



## BOLETIN DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Miembro Adherente del Foro del Sector Social de Argentina  
y Miembro de la Alianza de Asociaciones de Salud Pública de las Américas (AASPA)

Año 2021 / Número 65

Fecha: 15 de julio 2021

### Comisión Directiva AASAP

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

### PARA INSCRIBIRSE EN LA 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](#)



### INDICE

1	Datos e informaciones sobre la pandemia Covid-19
2	Covid-19 en Latinoamérica: Emergencia y oportunidad. <b>The Lancet</b>
3	Ventilación invasiva en Covid-19 en Argentina. <b>Elisa Estenssoro</b>
4	El Mercosur salud: ¿Cuesta abajo frente a la pandemia?. <b>P. Buss y S. Tobar</b>
5	China barre la malaria de su territorio. Cómo lo consiguió?. <b>ISGlobal</b>
6	Hermes Binner. Orgullo del sanitarismo argentino. <b>A.C. Pereiro</b>
7	Aborto en la Ciudad de Buenos Aires: Las cifras del 2020. <b>Mónica del Rio</b>
8	Pueyrredón y la epidemia de Cádiz. <b>Roberto Elissalde</b>
9	El G20 debe actuar ahora para vacunar al mundo. <b>Jeffrey D. Sachs</b>
10	Informaciones de interés para la salud pública
11	Beneficios por ser miembro de la AASAP
12	Anuncios sobre actividades académicas



Van Gogh

## DATOS E INFORMACIONES SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19



**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 Magíster 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](http://www.aasap.com.ar)

**Las últimas noticias y análisis sobre el brote de coronavirus.** The latest news and analysis on the coronavirus outbreak. You can find a complete list of recent releases on [KFF.org](http://KFF.org) and [KHN.org](http://KHN.org).

**[También podría entrar al sitio del Ministerio de Salud de la Nación \(MSN\) www.msal.gov.ar donde encontrará información actualizada sobre Covid-19](http://www.msal.gov.ar)**

## COVID - 19 EN LATINOAMERICA. EMERGENCIA Y OPORTUNIDAD

Tomado de : The Lancet - 10 Julio 2021

### THE LANCET

América Latina y el Caribe (ALC) han sido los más afectados por la pandemia de COVID-19, con un 25% de las infecciones globales recientes ocurridas en la región. De los diez principales países con la tasa de mortalidad más alta a nivel mundial, ocho son de ALC. Las muertes por COVID-19 en la región ascienden a casi 1.3 millones de personas, pero la pandemia continuará generando un exceso de mortalidad debido a la interrupción de los servicios de salud, la inestabilidad económica y la profundización de las

desigualdades existentes. Además, los países con altos niveles de infección pueden dar lugar a la aparición de variantes más transmisibles y resistentes a las vacunas. La región no ha atraído la atención mundial y ahora enfrenta nuevos desafíos que probablemente empeorarán la situación y representarán una amenaza para el resto del mundo.

La implacabilidad de la pandemia está agotando las intervenciones de salud pública para contener la propagación viral en los países de ALC, que están

muy poblados y tienen economías informales. A pesar de la persistente inestabilidad política en la región, la pandemia ha aumentado aún más la frustración por las arraigadas desigualdades y la corrupción, y países como Perú y Brasil se enfrentan actualmente a disturbios civiles. Existe desconfianza en los gobiernos y, lo que es más alarmante, una ausencia generalizada de cohesión social en la región, lo que dificulta el cumplimiento de las medidas de salud pública. Al mismo tiempo, se están extendiendo varias variantes en la región. La conocida variante de preocupación, gamma (P.1), inicialmente encontrada en Brasil, ahora se ha extendido a los países vecinos y se ha vuelto dominante en Uruguay. Lambda (C.37), detectada por primera vez en Perú y actualmente considerada una variante de interés, ahora representa el 80% de las infecciones en Perú. Lo que es más preocupante, la variante delta altamente transmisible (B.1.617.2) que ahora se está extendiendo en Europa también se ha detectado en al menos 16 países de ALC y ya hay transmisión comunitaria.

Se requiere con urgencia la vacunación masiva. Sin embargo, solo el 11% de toda la población de ALC ha sido completamente vacunada, y aunque Chile ha logrado una tasa de vacunación de más del 65%, en otros países como Honduras y Guatemala es menos del 1%. ALC tiene un historial impresionante en los programas de vacunación existentes, con poca vacilación ante las vacunas. El cuello de botella con la vacuna COVID-19 es un factor limitante importante. Frente a la escasez mundial, los países individuales tienen poca influencia o voluntad para obtener vacunas. Los países menos ricos como Colombia y Paraguay están confiando en COVAX. Pero la entrega de vacunas a LAC es demasiado lenta para controlar las altas tasas de infección y muerte. Independientemente, COVAX distribuye dosis hasta que todos los países alcancen una tasa de vacunación del 20%, independientemente de su situación epidemiológica existente. También hay donaciones bilaterales, pero en su mayoría impulsadas por motivaciones geopolíticas. Se debe priorizar las vacunas para los países más afectados con tasas de vacunación más bajas en ALC.

Actualmente, ALC necesita urgentemente que la comunidad global ayude a controlar la pandemia en la región, pero eso no debería impedir que la región desarrolle capacidad interna para manejar la pandemia. La expansión de la fabricación local de vacunas a otros países además de Brasil y la replicación de centros de vacunación COVID-19 como el establecido por el consorcio de Sudáfrica apoyado por la OMS sería un comienzo. La secuenciación del genoma, que es esencial para monitorear el aumento y la propagación de diferentes variantes, está escasamente disponible en la región, pero la OPS ha establecido la Red Regional de Vigilancia Genómica COVID-19 para fortalecer la capacidad de secuenciación del genoma. Según investigadores de la región, la recuperación y la preparación para una pandemia requieren que los países sean más autosuficientes en la producción de vacunas, pruebas, equipos de protección personal y secuenciación del genoma. La región se beneficiaría del liderazgo no gubernamental liderado por organizaciones de la sociedad civil o grupos profesionales para impulsar el derecho a la salud y exigir responsabilidades a los gobiernos. Se necesita una fuerte colaboración de los países de la región y hasta ahora ha fracasado catastróficamente.

En octubre de 2020, los Ministros de Relaciones Exteriores de la región firmaron una declaración que llama a la solidaridad, el multilateralismo y la cooperación internacional, que aún no se ha tomado acción. Impulsado por

fallas en la respuesta a la pandemia, el diálogo interamericano, una red de líderes mundiales lanzó un grupo de trabajo de salud, que debe publicar un Libro Blanco en julio para mejorar la cooperación en futuras emergencias de salud en ALC. Las iniciativas lideradas por la región podrían tener el potencial de un cambio duradero mediante el desarrollo de programas de salud e infraestructuras tecnológicas para aumentar la resiliencia y la equidad. La grave situación actual en ALC debería generar una seria reflexión sobre las fallas de entidades regionales como la OPS. Se necesita con urgencia una respuesta mucho mejor coordinada en toda la región.

## VENTILACION INVASIVA EN COVID-19 EN ARGENTINA

### Estudio SATI/COVID - Tomado de IntraMed

Características clínicas y resultados de los pacientes con COVID-19 con ventilación invasiva en Argentina: un estudio de cohorte prospectivo y multicéntrico.

*Autor/a: Elisa Estenssoro, MD, Cecilia I Loudet, MD, Fernando G Ríos, MD, Vanina S Kanoore Edul, Gustavo Plotnikow, Macarena Andrian, et al. Fuente: The Lancet Respiratory Medicine DOI:[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00229-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00229-0) [Clinical characteristics and outcomes of invasively ventilated patients with COVID-19 in Argentina \(SATICOVID\): a prospective, multicentre cohort study](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00229-0)*

### Introducción

Desde que se informó el primer caso de neumonía relacionada con el SARS-CoV-2 en 2019, el COVID-19 se ha extendido sin cesar por todo el mundo. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al COVID-19 una pandemia; al 1 de mayo de 2021 se habían confirmado 153 480 005 casos de COVID-19, con 3,206 117 muertes.

Desde el comienzo de la pandemia, hubo una gran preocupación en las comunidades clínicas y de investigación sobre su impacto potencial en los países de ingresos bajos y medios (PIBM), dadas sus profundas y duraderas desigualdades económicas y educativas, la turbulencia social y sistemas de salud frágiles.

La información epidemiológica sobre pacientes críticamente enfermos con COVID-19 en países de ingresos bajos y medianos ha sido escasa, aunque algunos países con bases de datos a nivel nacional han presentado información valiosa.

En Argentina, un país de ingreso mediano alto (definido por el Banco Mundial como economías con un ingreso nacional bruto per cápita de entre US \$ 4046 y US \$ 12,535), la información proporcionada por el Ministerio de Salud está fragmentada debido a la ausencia de un sistema integrado de salud, y los datos disponibles sobre los subsectores privados de salud son deficientes.

En este contexto, la Sociedad Argentina de Cuidados Intensivos (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva o SATI) lanzó un estudio de cohorte prospectivo con el objetivo de describir las características epidemiológicas, clínicas y fisiológicas, los entornos de ventilación y los tratamientos recibidos, y los resultados en pacientes con problemas de laboratorio. confirmó COVID-19 que requirió ventilación mecánica invasiva.

### Antecedentes

Aunque COVID-19 ha afectado en gran medida a muchos países de ingresos bajos y medios, la información detallada sobre los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) aún es escasa.

Nuestro **objetivo** fue examinar las características y los resultados de la ventilación en pacientes con COVID-19 ventilados de forma invasiva en Argentina, un país de ingresos medios altos.

### Métodos

En este estudio de cohorte prospectivo y multicéntrico (SATICOVID), inscribimos a pacientes de 18 años o más con COVID-19 confirmado por RT-PCR que estaban en ventilación mecánica invasiva e ingresaron en una de las **63 UCI** en Argentina.

Los datos demográficos de los pacientes y las variables clínicas, de laboratorio y de manejo general se recopilaron el día 1 (ingreso a la UCI); Las variables fisiológicas respiratorias y de ventilación se recogieron en los días 1, 3 y 7.

El **resultado primario** fue la mortalidad intrahospitalaria por todas las causas. Todos los pacientes fueron seguidos hasta la muerte en el hospital o el alta hospitalaria, lo que ocurriera primero.

Los **resultados secundarios** fueron la mortalidad en la UCI, la identificación de predictores independientes de mortalidad, la duración de la ventilación mecánica invasiva y los patrones de cambio en las variables fisiológicas respiratorias y de ventilación mecánica.

El estudio está registrado en ClinicalTrials.gov, NCT04611269 y está completo.

### Resultados

Entre el 20 de marzo de 2020 y el 31 de octubre de 2020, inscribimos a 1909 pacientes con COVID-19 con ventilación invasiva, con una mediana de edad de **62 años** [IQR 52-70]. 1.294 (678%) eran hombres, siendo la hipertensión y la obesidad las principales comorbilidades, y 939 (492%) pacientes requirieron vasopresores.

La **ventilación con protección pulmonar** se utilizó ampliamente y la duración media de la ventilación fue de 13 días (IQR 7-22).

El **volumen corriente** medio fue de 6 · 1 ml / kg de peso corporal previsto (IQR 6 · 0–7 · 0) el día 1, y el valor aumentó significativamente hasta el día 7;

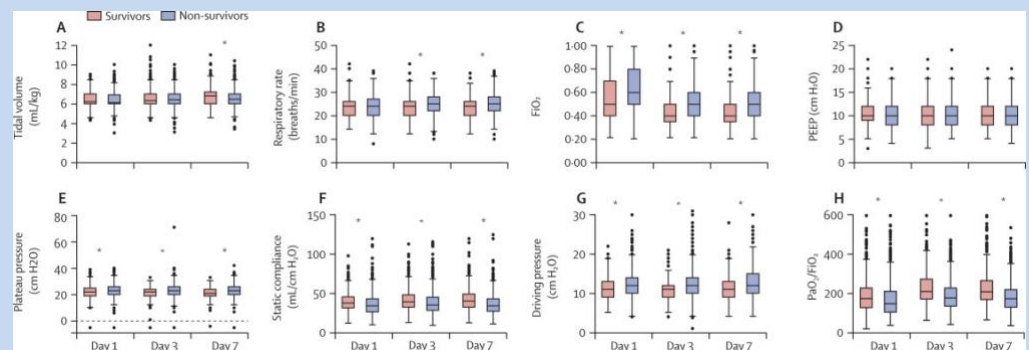
la presión positiva al final de la espiración fue de 10 cm H<sub>2</sub>O (8-12) el día 1, con una disminución leve pero significativa hasta el día 7.

La relación entre la presión parcial de oxígeno arterial (PaO<sub>2</sub>) y el oxígeno inspirado fraccional (FiO<sub>2</sub>) fue 160 (IQR 111–218), distensibilidad del sistema respiratorio 36 ml / cm H<sub>2</sub>O (29–44), presión de conducción 12 cm H<sub>2</sub>O (10–14) y FiO<sub>2</sub> 0·60 (0·45–0·80) el día 1.

El síndrome de dificultad respiratoria aguda se desarrolló en 1672 (87·6%) de los pacientes; 1176 (61·6%) recibieron posicionamiento en **decúbito prono**.

La **mortalidad hospitalaria** fue del 57·7% (1101/1909 pacientes) y la mortalidad en UCI fue del 57,0% (1088/1909 pacientes); 462 (438%) pacientes murieron por hipoxemia refractaria, frecuentemente solapada con shock séptico (n = 174).

La regresión de Cox identificó la edad (índice de riesgo 1·02 [IC 95% 1·01–1·03]), puntuación de Charlson (1·16 [1·11–1·23]), intubación endotraqueal fuera de la UCI (es decir, antes de la admisión en la UCI; 1·37 [1·10–1·71]), uso de vasopresor el día 1 (1·29 [1·07–1·55]), concentración de dímero D (1·02 [1·01–1·03]), PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> el día 1 (0·998 [0·997–0·999]), pH arterial el día 1 (1·01 [1·00–1·01]), presión de conducción en día 1 (1·05 [1·03–1·08]), lesión renal aguda (1·66 [1·36–2·03]) y mes de ingreso (1·10 [1·03–1·18]) como predictores independientes de la mortalidad.



Mecánica pulmonar, ventilación mecánica y PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> en supervivientes y no supervivientes, en los días 1, 3 y 7. Una interacción tiempo por grupo está presente para todas las variables (p < 0,001) excepto para los niveles de PEEP. FiO<sub>2</sub> = concentración fraccionada de oxígeno en el aire inspirado. PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> = relación entre la presión parcial de oxígeno arterial y la fracción de oxígeno inspirado. PEEP = presión positiva al final de la espiración. \* Las diferencias entre supervivientes y no supervivientes, cuando están presentes (p < 001), se dan para cada punto temporal, corregido para comparaciones múltiples.

### Interpretación

En los pacientes con COVID-19 que requirieron ventilación mecánica invasiva, se utilizó ampliamente la ventilación con protección pulmonar, pero **la mortalidad fue alta**.

Los **predictores de mortalidad** en nuestro estudio coincidieron en general con los estudios de pacientes con ventilación invasiva en países de ingresos altos.

La carga sostenida de COVID-19 sobre el escaso personal de salud podría haber conllevado una alta mortalidad a lo largo de nuestro estudio en Argentina. Estos datos podrían ayudar a identificar puntos de mejora en el tratamiento de los pacientes en países de ingresos medios y bajos lugares.

### Implicaciones de toda la evidencia disponible

La ventilación con protección pulmonar se utilizó ampliamente en Argentina, como en otros lugares. La mortalidad hospitalaria general de los pacientes con COVID-19 ventilados de forma invasiva fue alta, como se ha informado en otras regiones (p. Ej., México y Brasil).

La mortalidad se relacionó con la edad, las comorbilidades, la disfunción renal y cardiovascular aguda y la oxigenación comprometida; también encontramos una asociación con la presión de conducción, una variable de la mecánica respiratoria.

Si bien el sistema de salud en Argentina contó con buenos recursos en términos de equipos y consumibles durante los períodos de alta demanda, la mortalidad aumentó durante el período de estudio, de abril a octubre de 2020, quizás como resultado de la carga sostenida sobre el escaso personal de salud. Nuestros hallazgos se suman al cuerpo de conocimiento existente sobre los aspectos y resultados epidemiológicos de COVID-19, y también sobre la práctica actual de la ventilación mecánica.

## EL MERCOSUR SALUD: ¿CUESTA ABAJO FRENTE A LA PANDEMIA?

Por: Paulo Buss y Sebastián Tobar



El MERCOSUR tiene la oportunidad de mancomunar acciones y cooperación para la producción regional de vacunas para la COVID-19, facilitando un acceso más equitativo, así como otros futuros episodios con potencial pandémico, generando beneficios para todos en la región. Si no lo hace, la integración regional en salud una vez más quedará reducida a lo que cantó Carlos Gardel en el tango **Cuesta abajo**: “la vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser”.

Sin duda, uno de los principales problemas a nivel regional es cómo enfrentar la alta dependencia de insumos estratégicos para la salud: equipos de protección personal, medicamentos y vacunas. El acceso a la vacuna constituye un requisito importante para volver a la “normalidad” y para retomar el camino del crecimiento. No obstante, la desigualdad en el acceso a la vacuna significa que los países desarrollados alcanzan la “normalidad” más rápidamente que los países en desarrollo, como los del MERCOSUR. Solo a manera de ejemplo, en las Américas ya fueron aplicadas 527,5 millones de vacunas, de las cuales apenas 17,6%

corresponden al MERCOSUR. El 75% de la producción mundial de vacunas está concentrada en los países desarrollados, y muchos de estos países han optado por el “nacionalismo de vacunas”,<sup>[1]</sup> comprando dosis que superan las necesidades de sus poblaciones, e incluso prohibiendo la exportación de vacunas e insumos necesarios para su producción, dificultando el acceso a los países en desarrollo.

Frente a la pandemia, han sido hechos esfuerzos sin precedentes en la investigación y desarrollo de vacunas, pero debido a este nacionalismo, apenas unos pocos países desarrollados tienen acceso a sus beneficios. Es en este contexto que los ministros de Salud del MERCOSUR se han reunido el 16 de junio de 2021, y han suscrito un Acuerdo sobre la “Pandemia de COVID-19”. El acuerdo, lejos de significar una estrategia común para la producción regional de vacunas, se limita a un petitorio a la OPS-OMS para que “logre acceso equitativo, transparente, efectivo y a precios asequibles a las vacunas contra la COVID-19, de acuerdo con la realidad de nuestro subcontinente, incluso mediante el Mecanismo COVAX”.

La OPS se ha alineado a la OMS con relación al mecanismo COVAX. Dicho mecanismo es una alianza público-privada, con primacía de actores como el Fondo Global, la Alianza de Vacunas-GAVI y la Coalición para las Innovaciones en Preparación ante Epidemias-CEPI. Se ha evidenciado la escasa capacidad decisoria de OPS-OMS. La lentitud del COVAX en estados parte del MERCOSUR han generado importantes críticas,<sup>[2]</sup> e incluso conflictos que afectan el prestigio de la OPS. En Paraguay, el representante de la OPS tuvo que salir del país ante serias críticas de la canciller y las autoridades del gobierno por la demora en las vacunas comprometidas.

El mecanismo COVAX fue creado como una pata del llamado “ACT Accelerator” (Acelerador de Acceso a Herramientas para COVID-19)<sup>[3]</sup> como un mecanismo de colaboración global para apoyar el desarrollo y el acceso equitativo a tests diagnósticos, tratamientos y vacunas para COVID-19. Sin embargo, el mecanismo ha demostrado su fracaso, si consideramos que Haití, el país más pobre de las Américas, hasta el momento de escribir este artículo no ha recibido una sola dosis por medio suyo, e incluso generó críticas sobre su transparencia y rendición de cuentas. En tal sentido, si buscamos avanzar en el acceso equitativo de vacunas en el MERCOSUR y en Latinoamérica, son precisos otros mecanismos de gobernanza, pensando tanto en la producción local como en la negociación regional.

Otros puntos de la Declaración de ministros del MERCOSUR abogan por mantener un “diálogo regional continuo sobre el impacto desigual en el acceso a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias contra la COVID-19, con miras a la adopción de acciones conjuntas que garanticen el derecho humano universal a la salud y a la vida”; y “Promover la transferencia de tecnología y producción regional de insumos críticos para la lucha contra la pandemia”.

Argentina y Brasil son dos de los Estados parte del MERCOSUR que ya cuentan con una experiencia significativa en la transferencia de tecnología para la producción de vacunas de COVID-19. Argentina desde el sector privado del laboratorio MabScience ha recibido parte del proceso de transferencia tecnológica, produciendo el principio activo para la vacuna de AstraZeneca; y el laboratorio Richmond está trabajando con la transferencia tecnológica de la vacuna Sputnik. Brasil cuenta con una importante



# THE LANCET OPS



**ISGlobal** Instituto de Salud Global  
Barcelona

LE MONDE  
**diplomatie**



**WFPHA** World Federation of Public Health Associations

**World Health Organization**



**Ministerio de Salud**  
Presidencia de la Nación

experiencia con la transferencia de la vacuna AstraZeneca a la FIOCRUZ, y el Instituto Butantan con la vacuna Coronovac. Paraguay hizo gestiones con el Fondo Ruso de Inversión (RDIF) para que en dicho país se haga el fraccionamiento y envasado de la vacuna Sputnik V.

Asimismo, otros países de la región, como Cuba, han planteado desarrollos e innovación científica y tecnológica a partir del desarrollo de una vacuna propia. El proyecto de su “Soberana 02” está siendo desarrollado: la vacuna es producida por el Instituto de Vacunas Finlay y por el Centro de Inmunología Molecular.[4] En la base de datos de la OMS hay dos proyectos del Instituto Finlay dentro de las 83 vacunas en etapa clínica. También en etapa “preclínica”, el Instituto Butantan y la Universidad de Sao Paulo de Brasil están desarrollando un proyecto íntegramente nacional denominado “Butanvac” con una tecnología similar a la vacuna de la gripe. En Argentina, el CONICET y la Universidad Nacional de la Plata están desarrollando una vacuna **mucosal** basada en el uso de fragmentos de la proteína S, ubicada en la cubierta del SARS-Cov-2, el virus que causa la COVID-19. Proyectos de investigación y desarrollo se encuentran en otros países, como Chile, México y Ecuador, entre otros, involucrando iniciativa pública y de actores privados de la región.

Los mecanismos de integración regional deberían ser un medio para mancomunar esfuerzos y abordar los actuales desafíos de salud, que van más allá de las fronteras de los países del bloque. Frente a la pandemia, lejos de promover mecanismos o arreglos de cooperación frente a la COVID-19, los países se replegaron a su interior y cerraron las fronteras, obstaculizando la libre circulación de personas y factores de producción que planteaba el Tratado de Asunción. Hubo tensiones económicas que generaron cuestionamientos al bloque. El MERCOSUR tiene que salir de su letargia, convirtiéndose en un arreglo de gobernanza que permita el acceso de las vacunas para toda la población del bloque, e incluso con proyección para el resto de los países de la región. La diplomacia regional de la salud no puede reducirse a hacer petitorios o enunciar la idea de establecer “diálogos regionales” o “promover la transferencia tecnológica”, sin saberse entre qué actores. Por las capacidades científicas y tecnológicas y del complejo productivo industrial de la salud de algunos de los estados parte, tendrían capacidades para la elaboración e iniciar el camino hacia un “Plan Regional para la Producción de Vacunas”, permitiendo un acceso más equitativo a la vacuna. El propio MERCOSUR nació con la idea de la creación y la integración de cadenas de producción, que debería orientarse a la producción regional de vacunas. Esto implica integrar los esfuerzos y capacidades de investigación y desarrollo de los Estados parte para la producción de vacunas con tecnologías de tercera generación.

Es necesario articular capacidades de producción del sector público y del privado, tanto a nivel de los Estados parte del MERCOSUR como articulando con otros procesos de integración como la CELAC, la Comunidad Andina y el PROSUR, para que en conjunto se pueda avanzar en la “soberanía productiva” de vacunas en la región.

Este camino, lógicamente, requiere financiamiento. Algunos mecanismos podrían ser de suma utilidad, como el Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM).[5] Este Fondo fue pensado sobre todo para las economías menores y las regiones menos desarrolladas: hasta que no accedan a la vacuna será muy difícil retomar la senda del desarrollo.

Desde el punto de vista de la diplomacia de la salud, un bloque como el MERCOSUR debería tratar de incidir sobre el COVAX, abogando por un funcionamiento más transparente y promoviendo un acceso más equitativo de la vacuna en la región. En el pasado, la Red de Oficinas de Relaciones Internacionales de los ministerios de Salud de la extinta UNASUR constituyó un eficaz medio para armonizar posiciones regionales sobre aspectos sustantivos de la salud global. Retomar este mecanismo de articulación y consenso podría ser una herramienta de suma utilidad para abogar por una perspectiva regional y demandar mayor transparencia y un funcionamiento eficaz del COVAX, o de otros ámbitos de gobernanza global.

El director general de la OMS, doctor Tedros, señaló que, “a pesar de todas nuestras diferencias, somos una raza humana que comparte un mismo planeta y nuestra seguridad es interdependiente. Ningún país estará seguro hasta que todos estemos seguros”.

Las poblaciones de Latinoamérica compartimos también una identidad y una historia conjunta, donde nos hemos integrado frente a diferentes desafíos que atentaban contra nuestra soberanía. En una coyuntura como la actual, con un alto impacto humanitario, económico y social, es momento para articular los ámbitos de gobernanza regional en salud, uniendo los esfuerzos del MERCOSUR, Comunidad Andina, PROSUR y la CELAC, y proponiendo un foro donde los ministros de Salud de la región asuman un fuerte protagonismo y aborden conjuntamente los desafíos de salud de nuestra región. De no ser así, como dice el tango, tendremos que resignarnos al “dolor de ya no ser”.

**Sebastián Tobar es sociólogo BS, MPH, asesor e investigador del Centro de Relaciones Internacionales en Salud/CRIS de la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil. Paulo M. Buss, MD, MPH, DSc, es director del Centro de Relaciones Internacionales en Salud/CRIS de la Fundación Oswaldo Cruz.**

[1] El secretario general de la ONU, Antonio Guterres, ha apuntado que las vacunas están llegando rápidamente a los países de altos ingresos, mientras que los más pobres del mundo no tienen ninguna. Ha destacado que el mundo ha alcanzado un desgarrador récord: “La pandemia de la COVID-19 se ha cobrado ya dos millones de vidas. El impacto mortal de la pandemia se ha visto agravado por la ausencia de un esfuerzo global coordinado. En memoria de esos dos millones de almas, el mundo tiene que ser mucho más solidario. Ahora es el momento”.

[2] En Uruguay, el ministro de Salud, Daniel Salinas, cuestionó los “magros resultados” del mecanismo impulsado por la OMS y señaló que recibió sólo 48.000 dosis del millón y medio que se reservó. En el caso de Brasil, el doctor Luizinho ha señalado que “la Organización Mundial de la Salud, en el programa Covax Facility, ha dejado a Brasil de lado. La Organización Mundial de la Salud tiene países privilegiados que no tienen la circulación pandémica y viral que Brasil tiene”, y afirmó que la cantidad de dosis asignadas por COVAX a países de África y el sudeste asiático fue “desproporcionada” respecto a las enviadas a América y Brasil.

[3] Acceso al Acelerador de Herramientas COVID-19 es una iniciativa de colaboración global para acelerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a nuevos diagnósticos, terapias y vacunas, compuesta inicialmente

por el BMGF, CEPI, Gavi, Fondo Mundial, UNITAID, Wellcome Trust, OMS, socios del sector privado y otras partes interesadas.

[4] Se aguardan los resultados de la Fase 3, que se encuentra en plena ejecución. Los estudios están en pleno desarrollo e involucran a 90.000 voluntarios de La Habana y de varios distritos, constituyendo el mayor ensayo científico de la historia cubana.

[5] El **FOCEM** es un fondo destinado a financiar proyectos para promover la convergencia estructural; desarrollar la competitividad; promover la cohesión social, en particular de las economías menores y regiones menos desarrolladas; y apoyar el funcionamiento de la estructura institucional y el fortalecimiento del proceso de integración.

## CHINA BARRE LA MALARIA DE SU TERRITORIO. COMO LO CONSIGUIÓ?

Tomado de ISGlobal

**Desde los años 50 del siglo pasado el país puso en marcha estrategias novedosísimas contra la que entonces era la enfermedad infecciosa más común en su territorio. 70 años más tarde, la OMS ha certificado a China como 'país libre de malaria'**

China fue la gran desconocida para el mundo de la malaria en Occidente durante décadas. Cerrada a cal y canto en los años 60, fuera de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por más de 20 años y con contactos técnicos únicamente con países afines como Rusia hasta bien entrados los años 80, no fue sino hasta hace relativamente poco que la 'mariología' occidental descubrió con admiración las estrategias que China puso en marcha durante la segunda mitad del siglo XX y que le han llevado a ser certificada, esta misma semana, como **país 'libre de malaria' por la OMS**. 'De 30 millones de casos a cero', es el lema con el que la OMS ha anunciado esta gran noticia. Los números son impresionantes, pero... ¿cómo lo consiguieron?

**'De 30 millones de casos a cero', es el lema con el que la OMS ha anunciado esta gran noticia. Los números son impresionantes, pero... ¿cómo lo consiguieron?**

A pesar de ser un **miembro fundador de la OMS**, China se retiró de la organización en 1949 argumentando que estaba dominada por la ideología capitalista y que era imposible tener éxito si se negaban los vínculos entre los problemas sociales y económicos, y la salud. En la práctica, esto significó que China nunca participó en el Programa Mundial de Erradicación de la Malaria vigente entre 1955 y 1969 y que, mientras en la mayor parte del mundo las estrategias se alineaban para fumigar masivamente contra los mosquitos con DDT, China emprendió un **camino propio, fructífero y muy original**.

En un momento en que la malaria era la enfermedad infecciosa más común, endémica en 80% de su territorio y con tasas de infección que superaban el

40% en ciertas zonas, **en 1951 China lanzó su primer y ambicioso Plan Nacional de Control de la Malaria**, uno de cuyos pilares fue establecer 'Estaciones de malaria' que combinaban la prevención y el tratamiento con la investigación epidemiológica. Fuertemente influidos por los 'doctores descalzos' y la importancia de la participación comunitaria en temas de salud, para finales de los años 50 se calcula que había **un trabajador comunitario dedicado a combatir la malaria por cada cinco hogares**, a lo largo y ancho del vasto territorio.

**Para finales de los años 50 se calcula que había un trabajador comunitario dedicado a combatir la malaria por cada cinco hogares, a lo largo y ancho del vasto territorio**

La información generada por esta red de trabajadores permitió **adaptar las estrategias** a las variadas condiciones epidemiológicas, y **combinar diferentes herramientas** según la especie del parásito, la intensidad de la transmisión o el tipo de mosquito que se combatía, entre muchos otros factores que determinan la transmisión de la malaria. A la fumigación con DDT los chinos sumaron intervenciones ambientales y los laricinas contra las crías de mosquitos. De manera muy importante, se organizaron **campañas masivas para administrar fármacos antimaláricos a grandes grupos poblacionales**, como una manera de reducir la transmisión e incluyendo el uso de primaquina para atacar los estadios

Los años 60 y 70 fueron testigos de un **drástico empeoramiento** de la situación de la malaria en China. La Revolución Cultural desmanteló el sistema de salud en las zonas rurales, mientras la pobreza y la hambruna, los desplazamientos forzados y las grandes obras de infraestructura abonaban el terreno para las terribles epidemias que asolaron China en esos años.

Paradójicamente, fue también durante la Revolución Cultural que se materializó lo que hoy en día constituye la mayor aportación de China a la lucha contra la malaria: **el descubrimiento de la artemisinina** que, tras la generalización de la resistencia contra la cloroquina por parte de los parásitos que causan la malaria, constituye hoy por hoy **la primera línea de tratamiento contra esta enfermedad**.

**Durante la Revolución Cultural que se materializó lo que hoy en día constituye la mayor aportación de China a la lucha contra la malaria: el descubrimiento de la artemisinina**

En plena **guerra de Vietnam**, cuando los ejércitos del Norte y del Sur podían comparar sus bajas en combate con las causadas por la malaria, el gobierno chino recibió la petición formal de sus aliados norvietnamitas de desarrollar un nuevo medicamento antimalárico. A ello se pusieron cientos de científicos coordinados en el llamado Proyecto 523, que se desarrolló bajo el más estricto secreto militar. Los investigadores que participaron en él vivían con el temor de que las milicias comunistas tomaran represalias contra ellos en el contexto de la persecución a la que estaban sujetos científicos e intelectuales, llegando incluso a trabajar de noche para no levantar sospechas, en condiciones realmente difíciles. La recompensa llegó de la confluencia de la farmacología 'moderna' y la medicina tradicional china: leyendo sistemáticamente las antiguas Materias Médicas y replicando los

métodos antiguos de extracción para no dañar las sustancias activas, la artemisinina (Quinhaosu) se probó por primera vez en humanos en 1972, con resultados espectaculares (la farmacóloga china [Tu Youyou recibió por ello el premio Nobel](#) de medicina años después).

También en los años setenta, en la provincia de Guangdong, se hicieron los primeros estudios de eficacia de lo que hoy en día es la herramienta preventiva más común –y más útil- contra la malaria: las **redes mosquiteras impregnadas con insecticida**. Tan pronto como en 1984, cuando en el resto del mundo la efectividad de este tipo de redes era controvertida y la OMS no la había recomendado todavía, más de 5 millones de chinos dormían cada noche bajo su protección, lo que llevó a disminuciones drásticas en las tasas de infección.

**Cuando en el resto del mundo la efectividad de las redes mosquiteras impregnadas con insecticida era controvertida y la OMS no la había recomendado todavía, más de 5 millones de chinos dormían cada noche bajo su protección, lo que llevó a disminuciones drásticas en las tasas de infección**

La última etapa en la larga lucha contra la malaria en China comenzó en los años 80, cuando el gobierno restituyó la **distribución gratuita** de medicamentos y diagnósticos contra la malaria y fortaleció nuevamente el **sistema de vigilancia epidemiológica**.

En 2010, China lanzó su **plan de eliminación de la malaria**, bajo el amparo de una sólida voluntad política y basado en una estrategia denominada '1-3-7', en función del número de días desde la aparición de un caso de malaria hasta su reporte (1), su confirmación e investigación (3) y la puesta en marcha de una respuesta de salud pública para prevenir la propagación de la transmisión (7). Volviendo a los orígenes de la malariología china, la estrategia 1-3-7 fue implementada por los centros de atención primaria de salud, y se complementó con estrategias específicas en áreas particularmente conflictivas, como las fronteras con países con transmisión mayor.

70 años después del establecimiento de su primer plan contra la malaria y después de innumerables altibajos, la declaración de la OMS certifica que en China no ha habido ningún caso de transmisión local durante los últimos tres años, y que el país cuenta con un sistema capaz de detectar los casos importados y evitar que se propague la infección. **De 30 millones a cero casos**, dice la OMS. Y con ella todos respondemos: ¡Salud!

## HERMES BINNER. ORGULLO DEL SANITARISMO ARGENTINO

Por: Ana Cristina Pereiro

La nota fue preparada con materiales extraídos de <https://unr.edu.ar/noticia/14547/la-unr-distinguió-a-hermes-binner-con-el-título-doctor-honoris-causa>



En un merecido homenaje realizado de manera virtual, la Universidad Nacional de Rosario otorgó su máximo reconocimiento académico-el título Doctor Honoris Causa-, de manera post mortem, al ex intendente de Rosario y gobernador de Santa Fe.



La Universidad Nacional de Rosario, a través de la resolución de consejo Superior 284/ 2020, decidió otorgar, por primera vez en su historia, un título Doctor Honoris Causa post mortem. Distinguiendo a Hermes Binner por su incansable trabajo y dedicación en pos de fortalecer el sistema de salud de la ciudad y la región. Durante la ceremonia, el Comedor Universitario del Área Salud recibió el nombre del ex Gobernador de la Provincia de Santa Fe. Hermes Binner se formó como médico en la Universidad Nacional de Rosario, como también, fue allí donde se inició en la política, abrazando para siempre la vocación por lo público. Participó desde joven en distintos ámbitos, siendo Consejero Directivo y Secretario de Extensión de la Facultad de Ciencias Médicas.

Se especializó en Anestesia y Medicina Laboral, ejerciendo mayoritariamente en el sector público y se desempeñó como Subdirector y Director de diferentes hospitales. Entre 1989 y 1993 fue Secretario de Salud Pública de Rosario, donde comenzó a desarrollar un modelo transformador en esta temática. Luego, fue electo Concejal y en 1995 se transformó en Intendente de la ciudad, cumpliendo dos mandatos consecutivos. Los ejes principales en los que hizo foco durante su gestión se vincularon con la descentralización y la atención primaria de la salud, creando centros de atención en todo el territorio de la ciudad y así, logrando que cada ciudadano y ciudadana tenga acceso a este derecho humano básico.

En 2007 fue elegido Gobernador de la Provincia de Santa Fe, llevando el modelo de salud pública implementado en Rosario a toda la provincia, creando nuevos centros de salud y efectores de media y alta complejidad en distintas localidades. Durante su mandato, Santa Fe logró la mortalidad infantil y materna más baja de su historia. También se ampliaron derechos en materia de educación y titularización docente. Además, en dos oportunidades fue electo Diputado Nacional.

El acto, que se realizó en el Comedor Universitario del Área Salud, fue transmitido en vivo por el canal de YouTube de la Universidad. La ceremonia contó con la participación del rector Franco Bartolacci, el vicerrector Darío Masía, el secretario general de la UNR, Guillermo Montero, el decano de la Facultad de Ciencias Bioquímica y Farmacéutica, Andrés Sciara, las decanas de Ciencias Exactas, Ingeniería y Agrimensura, Graciela Utges; y de Ciencias Económicas y Estadísticas, Adriana Racca y del intendente de Rosario, Pablo Javkin. Además de autoridades provinciales y municipales, compañeros de gestión, de militancia, familiares y amigos.

Los oradores hicieron hincapié en su obra y en sus cualidades humanas, la firmeza y convicción de sus valores y principios que se tradujo en cada uno de sus actos, su mesura, honestidad y humildad.

Los familiares de Hermes Binner recibieron el diploma del Doctorado Honoris Causa. “Este es un homenaje al buen político, un premio a la buena forma de hacer política. Su nombre en este comedor va a propiciar un espacio de discusión colectiva, tanto entre los estudiantes como en toda la comunidad, y ese va a ser uno de los mejores homenajes que se le puede hacer” dijo Carolina Binner, hija de Hermes

Los estudiantes del Movimiento Nacional Reformista también propulsores de esta iniciativa expresaron: “Hermes fue una de esas personas imprescindibles, y esperamos que su memoria no sólo sea un recuerdo, sino la manifestación de su lucha continua por un mundo mejor, y de la persona que nos demostró siempre que los sueños se pueden hacer realidad. Agradecemos a la Universidad Pública por hacer suyo el reconocimiento a Hermes Binner, a sus políticas y también a un conjunto de valores que Binner representaba”.

## **ABORTO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: LAS CIFRAS DEL 2020**

Por: **Mónica del Río**

Consignamos en este informe algunas cifras precisadas por la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud porteño, a los equipos de SSyR. Durante el 2020 se incorporó otro CeSAC (centro de atención primaria) a la red de centros de salud pública que practican abortos en la Ciudad (45 CeSACs + 16 hospitales).

El año pasado se practicaron 7896 abortos: 6303 en los CeSACs y 1593 en los hospitales.

La cuarentena del 2020 produjo una reducción en el número de abortos practicados en los CeSACs, no así en los hospitales.

Es probable que debido a la pandemia los hospitales no derivaran a los CeSACs algunos abortos de menos de 13 semanas para minimizar el traslado de las mujeres. El 54% del total de abortos (7896) se concentró en las áreas programáticas que recaen sobre los hospitales: Piñero (1572), Santojanni (1425) y Penna (1225).

### Distribución etaria de las mujeres que abortaron durante el 2020.

Grupo etario	Número de casos
10 a 14	36
15 a 19	772
20 a 24	2299
25 a 29	2008
30 a 34	1471
35 a 39	899
40 a 44	348
45 a 49	29
Sin informar	34
Total general	7896

### Abortos por causales

Como advertimos en oportunidades anteriores, la salud integral es el gran coladero que se usa para intentar justificar cualquier aborto y en la Ciudad de Buenos Aires sigue creciendo el porcentaje de abortos que se acogen a esa causal (93%).

### Niños abortados según edad gestacional.

El 89% de las embarazadas que terminan recurriendo al aborto llegan al efector de salud con menos de 13 semanas de gestación, pero hay un 3% que llega con un embarazo de 18 semanas o más. En el 10% de los casos, transcurren 15 días o más, entre la llegada de la gestante y el aborto; lo que estaría indicando que eliminaron a varios niños por nacer que eran viables.

Edad gestacional	Número de casos
Menos de 13 semanas	6910
De 13 a 17,6 semanas	643
18 semanas o más	217
Sin informar	126
Total general	7896

### Método utilizado

En el 93% de los abortos que se realizaron en los CeSACs se utilizaron 12 comprimidos de misoprostol, en un 6% entre 13 y 24 y en un 1% más de 25.

Sobre los 1593 abortos reportados por hospitales, el 18% no tenía información sobre el modo de resolución. El 39% fue sólo farmacológico, el 28% fue farmacológico e instrumental y un 15% fue sólo instrumental. De los casos en que se reportó alguna clase de intervención instrumental hay un 50% de AMEU (aspiración manual endouterina), un 34% de RUE (raspado uterino evacuador), un 10% Dilatación y evacuación y un 6% de "Otros".

### Anticoncepción post aborto

En cuanto al suministro de anticoncepción inmediata post aborto (AIPE), la misma se proveyó en el 56% de los casos. De las mujeres que recibieron AIPE el 47% se llevó un método de larga duración y el 53% uno de corta duración. El método más provisto fue el implante (1522); seguido por los anticonceptivos orales (948), los inyectables (799) y los DIUs (527).

### Recursos



Si bien la Ciudad destinó menos presupuesto a los insumos del área, el aporte del Gobierno nacional para los mismos se incrementó en un 129% (a moneda homogénea).

[NOTIVIDA](#), Año XX, N° 1253, 7 de julio de 2021

Editora: Lic. Mónica del Río

Página web: [www.notivida.org](http://www.notivida.org)

Email: [notivida@hotmail.com](mailto:notivida@hotmail.com)

## PUEYRREDON Y LA EPIDEMIA EN CADIZ

Por Roberto Elissalde



La fiebre amarilla asoló la ciudad española en 1800, justo cuando el luego reconocido general tenía allí su residencia temporaria. Amores y cartas.

Este artículo es algo así como un homenaje al recordado amigo César García Belsunce, quien se ocupó largamente de la vida del general Juan Martín de Pueyrredón con valiosos aportes a lo largo de su fecunda carrera, desde los primeros trabajos en la revista Historia, dirigida por Raúl A. Molina, hace más de 60 años. Su desaparición fue sorpresiva a pesar de sus largos años porque César jamás abandonaba sus proyectos y estaba preparando una biografía de Pueyrredón que estaba a punto de finalizar.

Seguramente en ella se ocupó de muchos aspectos de la vida del general, quizás estos también, en ese caso los lectores tendrán en estos renglones una modesta aproximación a lo que habría sido su estudio, pero serán disculpables como reconocimiento a un maestro que, además, nos ofreció su generosa amistad.

Pueyrredón nació en Buenos Aires el 18 de diciembre de 1776 en el hogar del bearnés Juan Martín de Pueyrredón y Labroucherie, que para entonces había obtenido la ciudadanía española, y de doña Rita Damasia Dogan y Soria, con viejo abolengo criollo por los Soria y nieta de irlandeses. El jefe de la familia se dedicaba al comercio en Buenos Aires y su hermano Diego, en Cádiz, a su fallecimiento en 1791, unos años después, con edad suficiente, fue enviado a la compañía de su tío Diego para aprender el comercio.

Don Diego estaba con Marilou, como se comprende de la correspondencia familiar, y era padre de cuatro hijos: Rafael (que habría de morir en Buenos defendiendo la ciudad en agosto de 1806), Pedro, Dolores y Josefa. Al poco tiempo la simpatía entre el primo y Dolores se convirtió en un romance que duró los años que él estuvo en Cádiz, de donde retornaría brevemente a Buenos Aires en abril de 1802.

En agosto de 1800 la ciudad gaditana había sufrido una de las peores epidemias de fiebre amarilla. Se creía que el tráfico de esclavos había difundido la enfermedad, originaria de África, a los puertos que tocaban los buques que los transportaban. Uno de los síntomas característicos del terrible mal era el vómito de sangre, por lo que también se lo conocía como "vómito negro". En el grupo familiar de los Pueyrredón el único inmune al flagelo fue el tío Diego, que atendió a todos. Para dar una idea de la gravedad del mal, desde el 15 de agosto y hasta fines de octubre de ese año

afectó a 48.520 personas, de las cuales fallecieron 7.387. Apunta un documento al respecto: "Las banderas amarillas ondeaban sobre torres y miradores. El mal era apreciable: escalofríos, pulso frenético, calor, temperaturas muy elevadas, sequedad en la nariz, dolor fuerte en la espalda, cabeza y articulaciones, ictericia tanto en la piel como en los ojos y vómitos de sangre que debilitaban hasta la muerte. El período de incubación era de seis días y a partir del octavo, se producía la curación o la muerte".

Juan Martín se repuso del mal y regresó a Buenos Aires para volver a Cádiz en busca de Dolores, para casarse y regresar a Buenos Aires, pero el temor a las epidemias y la falta de noticias le hacían escribir en febrero de 1803: "Creo que hasta mi Dolores está ya enferma, pues debía tener contestación a las que escribí... por el amor de Dios le suplico que trate de curármela antes que esta maldita epidemia tome cuerpo, y voy a persuadirme que esta enfermedad hace más estrago en Europa que en América y para alejar de V.M. este mal tan perjudicial a mi sosiego, pido continuamente a Dios en mis cortas oraciones los cure sin hacerles mucho daño".

A qué se refiere con la enfermedad: a la angina gangrenosa y a la viruela que se sucedieron en Buenos Aires por esa época. La primera atacaba especialmente a los niños, presentándose con síntomas tan graves que sofocaban y ahogaban a los enfermos sin que nada pudieran hacer los médicos. Por otra parte la costumbre era enterrar a los muertos en las iglesias, donde el cadáver se colocaba sin ataúd, echándose tierra sobre él, la que luego se aplanaba con un pisón y se ponían encima algunos ladrillos que a veces se quitaban, siendo reemplazados por un pedazo de mármol. Esto le hizo escribir a Mariquita Sánchez, otra testigo de muchas epidemias, que "se puede considerar el olor que habría en estos templos y la indecencia de poner delante del altar, estas miserias".

Como vemos, no estaba previsto el mejoramiento de las condiciones sanitarias que requería el aumento demográfico en las colonias, aunque en Europa la medicina se perfeccionaba y ya en 1796 se había comenzado a utilizar con éxito la vacuna antivariólica en seres humanos.

La salubridad en Buenos Aires adolecía de graves deficiencias a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX. Faltaban suficientes médicos competentes como hábitos elementales de higiene. En los fondos de las casas donde se echaban los desechos humanos, con "miríadas de moscas", diría años después el general Lucio V. Mansilla en sus memorias, se criaban animales domésticos cuyas suciedades se añadían a los cueros, grasas, sebos y carnes saladas en estado de putrefacción, atractivos para toda clase de insectos y alimañas. Si sumamos a esto la mala calidad del agua sacada del río y que el único agente higienizante era el viento "Pampero", que soplaba de vez en cuando, no extrañará que la ciudad fuera castigada periódicamente por epidemias.

Si la situación era complicada en épocas de bonanza, más lo era en esos momentos en que las largas y extensas sequías produjeron malas cosechas en los que murieron miles de animales.

El 26 de enero de 1803 ya se hablaba de un cementerio en las afueras de la ciudad. El Semanario de Agricultura, Industria y Comercio señalaba que la causa era "el aire impuro de que se compone la atmósfera impregnada de tantas exhalaciones pútridas como despiden incesantemente los vivos, y más que todo las que despiden los muertos sepultados en los sagrados asilos donde asiste con frecuencia la piedad cristiana", que son "la causa inmediata

de las epidemias y las pestes que se ven no pocas veces afligidos los poblados, ésta es una de las causas que desbasta esta ciudad”.

Pueyrredón partió para Cádiz, adonde llegó en octubre de 1803, pero para entonces en Málaga se había desatado “una peste violentísima y la inmediatez nos hace estar llenos de temores”, según le escribió a su hermano Diego. Poco después se casó con Dolores y a comienzos de 1804 emprendió el regreso a Buenos Aires.

Pero eso es otra historia y hubo otras enfermedades y epidemias que enfrentó don Juan Martín sobre las que volveremos en algún momento.

**\* Historiador. Vicepresidente de la Academia Argentina de Artes y Ciencias de la Comunicación**

## EL G20 DEBE ACTUAR AHORA PARA VACUNAR AL MUNDO

Por: Jeffrey D. Sachs y Juliana Bartels



Es imperativo que la reunión de ministros de finanzas del G20 en Venecia esta semana actúe para proporcionar las vacunas COVID-19 necesarias para lograr la inmunización integral de adultos en todo el mundo a principios de 2022. Dada la producción actual, esto no debería ser un problema, siempre y cuando un plan global se implementa rápidamente.

Venecia del 9 al 10 de julio, deberían adoptar un plan para inmunizar al mundo contra el COVID-19. Todos los países productores de vacunas estarán en la sala: Estados Unidos, Reino Unido, la Unión Europea, China, Rusia e



India. Juntos, estos países producen dosis suficientes para completar el proceso de inmunización en todo el mundo a principios de 2022. Sin embargo, el mundo todavía carece de un plan para hacerlo.

El esfuerzo global existente para llevar la cobertura de la vacuna a los países pobres, conocido como la instalación de Acceso Global a la Vacuna COVID-19 (COVAX), se ha quedado desastrosamente por debajo de lo que se necesita. Los países productores de vacunas han utilizado su producción para vacunar a sus propias poblaciones, con muchos millones de dosis de sobra. Y las empresas productoras de vacunas han hecho acuerdos secretos con los gobiernos para vender vacunas de forma bilateral en lugar de a través de COVAX a un costo menor.

El mundo está plagado por el egoísmo de los países productores de vacunas, la codicia de las empresas y el colapso de la gobernanza cooperativa básica entre las principales regiones del mundo. Dudamos que los expertos del gobierno de EE. UU. Se hayan reunido alguna vez (incluso por Zoom) con sus homólogos en China y Rusia para planificar una campaña mundial de vacunas. Estados Unidos ha estado más interesado en enviar vacunas a Taiwán, presumiblemente para avergonzar a la República Popular China, que en trabajar con China para proteger al mundo entero.

Los científicos han hecho sonar la alarma de que la demora en la cobertura mundial de vacunas podría resultar devastadora para todo el mundo, a medida que surgen nuevas variantes que evaden las vacunas existentes. Esa ominosa ruptura ya está en marcha. Científicos israelíes han informado que la vacuna Pfizer-BioNTech tiene solo un 64% de efectividad contra la variante Delta, en comparación con un 95% de efectividad contra el virus original (aunque otros cuatro estudios encontraron una eficacia significativamente mayor).

La buena noticia es que es factible una cobertura global integral de vacunas. Los niveles de producción global son ahora lo suficientemente altos para alcanzar una cobertura integral para la población adulta en todos los países en unos pocos meses. Lo que necesitamos ahora son planes para compartir las dosis de vacunas entre países de todo el mundo, ricos y pobres por igual, con el apoyo de la logística y la financiación. Nada de esto está fuera de alcance si los miembros del G20 finalmente comienzan a planificar seriamente.

Sorprendentemente, no existen cifras oficiales sistemáticas, completas y actualizadas sobre la producción mensual esperada de vacunas según la empresa productora y el país. Hemos basado nuestras estimaciones de producción probable de vacunas en los próximos meses en las dosis reales entregadas y los anuncios de cada empresa, principalmente en declaraciones a inversores para comunicados de prensa. A partir de esta proyección, hemos diseñado un cronograma preliminar para lograr un alto nivel de cobertura mundial de vacunas. El fracaso de COVAX, la Organización Mundial de la Salud, el G20 y los países productores de vacunas para hacer lo mismo equivale a una ruptura dramática de la cooperación global.

Nuestra estimación es la siguiente. La producción mensual de todas las empresas que producen vacunas COVID-19 que han recibido una lista de uso de emergencia por parte de la OMS y las autoridades reguladoras nacionales, y que se administran ampliamente entre julio y diciembre de 2021, promediarán alrededor de mil millones de dosis.

La población mundial es de 7.800 millones y 5.800 millones tienen 15 años o más. Si definimos la inmunización integral como una cobertura del 80% de la población adulta (de 15 años en adelante) en cada país, el mundo debería apuntar a inmunizar a 4.600 millones de personas.

Al 30 de junio, alrededor de 850 millones de personas habían sido completamente inmunizadas y alrededor de 950 millones más habían recibido la primera dosis de la vacuna. Para lograr una cobertura de vacunación de adultos del 80% a nivel mundial, se necesitarán alrededor de seis mil millones de dosis adicionales.

Hemos elaborado un modelo de hoja de cálculo preliminar que muestra que con aproximadamente mil millones de dosis de vacunas administradas cada mes y aproximadamente seis mil millones de dosis requeridas, podemos lograr una cobertura de vacuna integral en aproximadamente seis meses, para principios de 2022. Las cifras precisas dependen de la combinación específica de vacunas. Pero eso sucederá solo si existe un plan global que incluye un cronograma para asignar las dosis en todos los países, un plan logístico para transportar las vacunas, un plan de implementación dentro de cada país y un plan de financiamiento.

La situación es especialmente urgente en África, donde solo unos 16 millones de personas, o solo el 2% de la población adulta, estaban completamente inmunizadas al 30 de junio. Esto es increíblemente bajo, especialmente en comparación con las tasas de vacunación total del 17% de los adultos en todo el mundo. población fuera de África y tasas mucho más altas en los países productores de vacunas: 57% de la población adulta en los EE. UU., 59% en el Reino Unido, 40% en la UE, 15% en Rusia y 6% en la India al 30 y 19 de junio. % en China al 10 de junio.

Existen enormes riesgos globales. La variante Delta está surgiendo ahora a través de África, augurando una catástrofe monumental a menos que la cobertura de inmunización se acelere drásticamente. El Grupo de Trabajo de África de la Comisión Lancet COVID-19 ha emitido un llamamiento urgente para 300 millones de dosis de vacunas para África.

Además, pronto pueden surgir nuevas variantes con una mayor capacidad para evadir las vacunas existentes. Y el movimiento mundial contra las vacunas y las campañas de desinformación han estimulado la vacilación de las vacunas, lo que significa que incluso cuando hay dosis disponibles, la captación cae muy por debajo de la cobertura integral para adultos.

En resumen, todavía estamos profundamente inseguros, en todas partes. Los cuatro millones de muertes confirmadas por COVID-19 hasta la fecha (las cifras de muertes en exceso indican que las muertes reales son probablemente muchas veces más altas) son el resultado trágico de la incapacidad del mundo para responder al COVID-19 con claridad, cooperación y compasión. El compromiso del G7 el mes pasado de donar 870 millones de dosis, suficientes para inmunizar por completo a alrededor de 435 millones de personas, sigue estando muy lejos de ser un plan global.

Es imperativo que el G20 se una y actúe para proporcionar las vacunas necesarias. La salud del mundo depende de lo que suceda en Venecia esta semana.

<https://www.project-syndicate.org/commentary/g20-finance-ministers-in-venice-must-adopt-covid19-vaccination-plan-by-jeffrey-d-sachs-and-juliana-bartels-2021-07? Referencia = c50051>

## INFORMACIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA

13 julio	<p><b>FEMECON - Efectos neurocognitivos y neuropsiquiátricos Post Covid</b> Ricardo Allegri, Jefe de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría del FLENI, explicó que un 30% de los pacientes sintomáticos tienen alguna sintomatología neurológica a los 6 meses de haber tenido el episodio agudo de covid-19. Entre las complicaciones neurológicas a lo largo de seis meses se han observado: ansiedad y depresión, neuropatías, ACV, demencias, insomnio y psicosis. Además, el especialista mencionó un trastorno cognitivo post covid frecuente denominado “niebla mental” que constituye una modificación a nivel de la atención y del sistema ejecutivo. “Hay complicaciones neurológicas a largo plazo del covid y por eso tenemos que estar atentos y diagnosticarlas en forma temprana para realizar el seguimiento adecuado” afirmó Allegri. Con respecto a los efectos neuropsiquiátricos asociados a la pandemia de covid-19, Pablo Bagnati, médico neurólogo, mencionó que hay síntomas de trastornos por estrés postraumático, depresión, ansiedad, síntomas obsesivos compulsivos e insomnio y recomendó al apoyo psicosocial como una estrategia terapéutica para su abordaje. “La pandemia va a contramano de todo lo aconsejado y por eso todos, y sobre todo el personal de salud, están en mayor condición de vulnerabilidad cognitiva-afectiva”, concluyó Bagnati.</p>
13 julio	<p><b>FEMECON - Atención de las urgencias en salud mental en hospitales generales</b> Durante el ciclo de encuentros virtuales en el marco de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Hugo Barrionuevo, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, aseguró que el hospital general tiene que ser el ámbito para la atención de las urgencias en salud mental. “Necesitamos que las guardias de los hospitales generales tengan capacidad de respuesta a las urgencias de salud mental” afirmó y agregó: “necesitamos de ese desarrollo para sostener el modelo de salud mental comunitaria”. Por su parte, el jefe de Departamento de Salud Mental del Hospital Posadas, Silvio Ferrer, sostuvo que “se debe tomar a la ley de Salud Mental y a los datos duros de las consultas o demandas que llegan a los hospitales como herramientas para poner en la agenda de los decisores la importancia de tener un espacio para la atención de la salud mental”.</p>
12 julio	<p><b>La pandemia llevó a 811 millones de personas a la desnutrición.</b> Según informe publicado por cinco organismos de la ONU, el coronavirus empujó a la desnutrición a una décima parte de la población mundial. <a href="https://www.ambito.com/mundo/desnutricion/la-pandemia-llevo-811-millones-personas-la-n5220280">https://www.ambito.com/mundo/desnutricion/la-pandemia-llevo-811-millones-personas-la-n5220280</a></p>
12 julio	<p><b>La atención a la salud reproductiva retrocede con la covid.</b> La pandemia covid-19 ha ocasionado una merma en la efectividad de los sistemas de atención sanitaria, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva, sostuvo un reporte divulgado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). <a href="https://ipsnoticias.net/2021/07/la-atencion-a-la-salud-reproductiva-retrocede-con-la-covid/">https://ipsnoticias.net/2021/07/la-atencion-a-la-salud-reproductiva-retrocede-con-la-covid/</a></p>
12 julio	<p><b>Cambio climático: advierten que se acaba el tiempo para limitar la temperatura global.</b> Según explica la ONU, debería fijarse en 2°C e idealmente mantenerse en 1,5°C, pero los esfuerzos son pocos, asegura. <a href="https://www.infocampo.com.ar/cambio-climatico-advierten-que-se-acaba-el-tiempo-para-limitar-la-temperatura-global/">https://www.infocampo.com.ar/cambio-climatico-advierten-que-se-acaba-el-tiempo-para-limitar-la-temperatura-global/</a></p>
12 julio	<p><b>La OMS instó a los productores de vacunas a que prioricen a los países sin dosis.</b> La Organización Mundial de la Salud reclamó a las empresas farmacéuticas que incluyan en la repartición a los países con menores recursos económicos, en lugar de presionar a los Estados</p>

	más ricos para que den una tercera dosis. <a href="https://www.telam.com.ar/notas/202107/561052-la-oms-pidio-a-pfizer-y-modena-que-suministren-vacunas-para-los-paises-de-escasos-recursos.html">https://www.telam.com.ar/notas/202107/561052-la-oms-pidio-a-pfizer-y-modena-que-suministren-vacunas-para-los-paises-de-escasos-recursos.html</a>
12 julio	<b>Salud realiza estudio para la implementación del autotest de VIH en Argentina.</b> El estudio está coordinado por los equipos técnicos de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis de la cartera sanitaria nacional, en conjunto con programas provinciales de VIH de Salta, San Juan y Córdoba, y el Laboratorio Central de la provincia serrana. Además, cuenta con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). <a href="https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-realiza-estudio-para-la-implementacion-del-autotest-de-vih-en-argentina">https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-realiza-estudio-para-la-implementacion-del-autotest-de-vih-en-argentina</a>
12 julio	<b>La medicina social, en contacto profundo con el padecimiento de las personas.</b> Por Claudia Emilia Lascano. <a href="https://www.telam.com.ar/notas/202107/561022-dia-nacional-medicina-social.html">https://www.telam.com.ar/notas/202107/561022-dia-nacional-medicina-social.html</a>
12 julio	<b>El Etiquetado Frontal, garante de derechos.</b> Por Paula Español. <a href="https://www.perfil.com/noticias/opinion/paula-espanol-el-etiquetado-frontal-garante-de-derechos.phtml">https://www.perfil.com/noticias/opinion/paula-espanol-el-etiquetado-frontal-garante-de-derechos.phtml</a>
12 julio	<b>Alarma por la variante Lambda: cómo es esta cepa de Covid que ya fue detectada en 30 países.</b> De acuerdo con la OMS, esta variante representa más del 30% de los casos en Chile y también se detectó en Argentina. <a href="https://www.iprofesional.com/actualidad/343173-lambda-como-es-esta-cepa-de-covid-ya-fue-detectada-en-30-paises">https://www.iprofesional.com/actualidad/343173-lambda-como-es-esta-cepa-de-covid-ya-fue-detectada-en-30-paises</a>
13 julio	<b>Test para Covid-19: sus diferencias y variantes locales.</b> Por Fernando Baidanoff. <a href="https://www.telam.com.ar/notas/202107/560611-coronavirus-test-opinion.html">https://www.telam.com.ar/notas/202107/560611-coronavirus-test-opinion.html</a>



[https://news.us15.list-](https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=1785c5038b&e=2215a9f6bf)

[manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=1785c5038b&e=2215a9f6bf](https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=1785c5038b&e=2215a9f6bf)

Desde que entraron en vigor las medidas de confinamiento, entre el 20 y 30% de los asalariados que estuvieron efectivamente trabajando, lo hicieron desde sus domicilios. Antes de la pandemia, esa cifra era inferior al 3%. El teletrabajo ha posibilitado la continuidad de negocios y empleos, y representó un salto inesperado hacia el futuro del trabajo que deja abierto un escenario de oportunidades y desafíos para la región.



[https://news.us15.list-](https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=9c9aab3782&e=2215a9f6bf)

[manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=9c9aab3782&e=2215a9f6bf](https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=9c9aab3782&e=2215a9f6bf)

El mundo no estaba en camino de cumplir los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible antes de que golpeará el COVID-19, y ahora el desafío se ha magnificado muchas veces, según un nuevo informe de la ONU que indica que los países deben tomar medidas 'críticas' en para salir de la pandemia, durante los próximos 18 meses.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=5e4d08afca&e=2215a9f6bf>

Las pruebas actuales sugieren una probable asociación causal entre la miocarditis y las vacunas de ARNm, como Pfizer y Moderna. Las personas vacunadas que presenten síntomas indicativos de miocarditis o pericarditis, como dolor torácico, dificultad para respirar o palpitaciones tras la vacunación deben buscar atención médica inmediata, señala la agencia de la ONU encargada de velar por la salud de todos.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=4667802ded&e=2215a9f6bf>

El país caribeño vive su peor crisis humanitaria de los últimos años y el deterioro aumenta día tras día debido a la violencia, la falta de acceso a servicios básicos, la pandemia y los huracanes. Haití es el único país de América que no ha recibido ninguna vacuna COVID-19.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=1c8734d170&e=2215a9f6bf>

Muy probablemente, esa cifra sea menor al número real de defunciones, afirma el responsable de la agencia mundial de salud, quien también advierte que el planeta atraviesa un momento peligroso y llama a mantener las medidas de seguridad incluso en los países con tasas altas de vacunación.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=5e7ce8b77e&e=2215a9f6bf>

Las pruebas actuales sugieren una probable asociación causal entre la vacunadas que presenten síntomas indicativos de miocarditis o pericarditis, como dolor torácico, dificultad para respirar o palpitaciones tras la vacunación deben buscar atención médica inmediata, señala la agencia de la ONU encargada de velar por la salud de todos.



## BENEFICIOS POR SER MIEMBRO DE LA AASAP

### ¿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 coorganizadora 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.

## CURSOS, SEMINARIOS, PUBLICACIONES SUGERIDAS Y OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS (anuncios que llegan a la AASAP)

<b>Consejo Académico de Ética en Medicina</b>	Jueves 15 de julio 09:00 hs	Seminario virtual “Cerebro, pandemia y Covid-19”. <b>Jueves 15 de Julio de 2021 de 9.00 hs.11.30</b> hs <a href="https://us02web.zoom.us/j/87131811755?pwd=aGRsMXhVQWFKZFM3VW9wd05oWCtjUT09">https://us02web.zoom.us/j/87131811755?pwd=aGRsMXhVQWFKZFM3VW9wd05oWCtjUT09</a> ID de reunión: 871 3181 1755 Código de acceso: 152642 - <b>COORDINADORES</b> Dra. Alejandra T. Rabadán – Dr. Juan Ollari – Dr. Alejandro Caride
<b>Venezuela</b>	28 - 30 de julio de 2021	Escuela de Salud Pública “Prof. Beatriz Feliciano” Venezuela. 1er Congreso de la Escuela de Salud Pública “Prof. Beatriz Feliciano”: La salud pública ante el reto de los nuevos tiempos. (información en salud; inspección de salud; terapia ocupacional; fisioterapia; tecnología cardiorrespiratoria, radioimagenología; salud pública y SARS_CoV-2) <a href="https://ajpyeventos.com/event/1621620879">https://ajpyeventos.com/event/1621620879</a>
<b>Universidad ISALUD</b>	Agosto	Especialización en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto y Anciano. Dirección: Lic. Rufino Leandro Barrios. Duración dos años. <a href="http://www.isalud.edu.ar">www.isalud.edu.ar</a>
<b>Universidad Nacional de La Plata</b>	12, 26 de agosto y 9 septiembre 18:00 hrs- 20:00 hs	Seminario de Postgrado “Ley de Salud Mental : Enfoque de Derecho”. Docente Dr. Hugo Cohen. Modalidad virtual. Actividad arancelada. Consulta: <a href="mailto:escueladeinvierno@psico.unlp.edu.ar">escueladeinvierno@psico.unlp.edu.ar</a>
<b>REVISTA MEDICINA NRO. 2 DE 2021</b>	<a href="#">AQUI</a>	Adjunto el índice con links de No.2, MEDICINA, y el de una nota de NOVEDADES. Todo se puede consultar en <a href="http://www.medicinabuenosaires.com">www.medicinabuenosaires.com</a>  >SEMANA MUNDIAL DE LA INMUNIZACIÓN (24-30 ABRIL 2021) <a href="https://www.medicinabuenosaires.com/semana-mundial-de-la-inmunizacion-24-30-abril-2021/">https://www.medicinabuenosaires.com/semana-mundial-de-la-inmunizacion-24-30-abril-2021/</a>
<b>Foro del Sector Social</b>	5 de agosto 09:30 hs	Tramitación de la certificación única de discapacidad (CUD) Unirse a la reunión Zoom

		<a href="https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09">https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09</a> - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420
<b>UBA Facultad de Derecho</b>	5-6 agosto	<p><b>Observatorio de Salud: Encuentro binacional sobre Derecho de la Salud</b></p> <p>Los días 5 y 6 de agosto se llevará a cabo el Tercer Encuentro Binacional Argentino-Brasileño sobre Derecho a la Salud, Jornadas Preparatorias de las VII Jornadas Nacionales de Derecho de la Salud, con la participación de destacados profesionales nacionales e internacionales, organizado por el Observatorio de Salud de la facultad de Derecho de la UBA, el Seminario Permanente de Investigaciones en Derecho y Salud del Instituto Gioja de la misma facultad, junto a la Maestría en Derecho de la Salud de la Universidad de Santa Cecilia, Brasil.</p> <p>El jueves 5 de agosto el tema será "Judicialización de los medicamentos de alto costo" y el viernes 6 "Medicina de precisión". Los encuentros serán vía Zoom, los cupos son limitados y la actividad es no arancelada con previa inscripción.</p> <p>Más información: <a href="mailto:observatorioderechoysalud@derecho.uba.ar">observatorioderechoysalud@derecho.uba.ar</a></p>
<b>Foro del Sector Social</b>	2 de septiembre 09:30 hs	<p>Servicios, beneficios y derechos. Estrategias de adaptación para acciones de voluntariado en tiempos de Covid-19- Unirse a la reunión Zoom</p> <p><a href="https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09">https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09</a> - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420</p>
<b>AMNET</b>	22-24 sept	<p>Este año nuestra conferencia anual, se llevará a cabo de la mano de la <b>Universidad UNIVALI de Santa Catarina, Brasil</b>. Se dará en las fechas de <b>Septiembre 22 al 24 de 2021</b>, en formato virtual. Nos encontramos en recepción de trabajos de investigación.</p> <p><b>Participa con tu trabajo, instrucciones aquí:</b>  <b><u>Español</u> <u>Português</u> <u>English</u></b>      Americans' Network for Chronic Disease Surveillance</p>
<b>Foro del Sector Social</b>	7 de octubre 09:30 hs	<p>Temas sobre gestión de proyectos de cooperación Unirse a la reunión Zoom</p> <p><a href="https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09">https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09</a> - ID -de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420</p>
<b>Foro del Sector Social</b>	4 de noviembre 09:30 hs	<p>Comunicación y generación de contenidos para organizaciones sociales.</p> <p>- Unirse a la reunión Zoom</p> <p><a href="https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09">https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09</a> - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420</p>
<b>Foro del Sector Social</b>	2 de diciembre 09:30 hs	<p>Temas sobre gestión administrativa de OSC. Disposiciones sobre lavado de dinero- Unirse a la reunión Zoom</p> <p><a href="https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09">https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09</a> - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420</p>

Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP [www.aasap.com.ar](http://www.aasap.com.ar) .

Correo electrónico de la AASAP: [aasaludpublica@gmail.com](mailto:aasaludpublica@gmail.com)

Estatutos de la AASAP: [www.facebook.com/aasaludpublica](http://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**