



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 71

Fecha: 26 de agosto 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 de Covid-19
2	Atención Primaria de Salud. Importante recordar. OMS
3	La continua necesidad de un día de los pueblos indígenas. The Lancet
4	¿Cómo curar el sistema de salud argentino?. Federico Tobar
5	La compleja vida de los mosquitos: clave para el control de la malaria. IS Global
6	Informaciones de interés para la salud pública
7	Beneficios por ser miembro de AASAP
8	Anuncios de actividades académicas



Berni

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

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 and 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)

ALGO PARA RECORDAR

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Tomado de OMS

Datos y cifras

- Al menos unos 3600 millones de personas en el mundo, es decir, la mitad de la población mundial, sigue sin disfrutar de una cobertura plena de servicios de salud esenciales.
- Ampliar las intervenciones en atención primaria de la salud (APS) en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030.
- Para lograr las metas en materia de APS se requiere una inversión adicional de, aproximadamente, US\$ 200-370 mil millones al año con la que poder ofrecer un paquete de servicios de salud más completo.

- **En la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal celebrada en 2019, los países se comprometieron a reforzar la atención primaria de salud. La OMS recomienda a todos los países incrementar la partida presupuestaria de APS en un 1% del PIB a partir de fuentes de financiación gubernamentales y externas o de otras partidas presupuestarias.**

¿En qué consiste la atención primaria de salud?

El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica. Con miras a coordinar las labores futuras en materia de APS a nivel mundial, nacional y local, y a modo de orientación en su puesta en práctica, se ha elaborado una definición clara y sencilla:

«La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».OMS y UNICEF. **A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.**

La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la salud.

Las raíces de la APS se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Para que la cobertura sanitaria universal (CSU) sea verdaderamente universal, los sistemas de salud deben pasar de su actual diseño basado en las enfermedades y las instituciones a uno basado en las personas y realizado con su ayuda. La APS requiere que los gobiernos de todos los niveles subrayen la importancia de tomar medidas más allá del sector de la salud con miras a que se aplique una metodología pangubernamental de la salud en la que se incluya a esta en todas las políticas, se preste una especial atención a la equidad y se realicen intervenciones que abarquen todo el curso de la vida.

En la APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud, y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la

THE LANCET

LE MONDE
diplomatique

OPS



ISGlobal Instituto de Salud Global
Barcelona



vida y no solo para una serie concreta de enfermedades. La atención primaria de salud garantiza a las personas una atención integral de calidad —desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos— lo más cerca posible de sus lugares habituales.

¿Por qué es importante la atención primaria de salud?

Los Estados Miembros se han comprometido a renovar y ampliar la atención primaria de salud como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la CSU, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria. La APS es el «motor programático» para lograr la CSU, los ODS relacionados con la salud y la seguridad sanitaria. Este compromiso ha sido formulado y reiterado en la Declaración de Astaná, la Resolución 72/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, el Informe de seguimiento de la cobertura sanitaria universal 2019 y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la CSU. La CSU, los ODS relacionados con la salud y los objetivos de seguridad sanitaria son ambiciosos pero alcanzables. Es necesario lograr avances urgentemente, y la APS proporciona los medios para hacerlo.

La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costoeficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Cada vez son más las pruebas en el mundo del amplio efecto que tiene invertir en la APS, particularmente en tiempos de crisis como los de la actual pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, las inversiones en APS mejoran la equidad y el acceso en relación con los servicios de salud, el desempeño de la atención médica, la rendición de cuentas de los sistemas sanitarios y los resultados de salud. Aunque algunos de esos factores están directamente relacionados con el sistema de salud y el acceso a sus servicios, cada vez hay más pruebas que demuestran que una amplia gama de factores más allá de los servicios de salud tienen un papel fundamental en la configuración de la salud y el bienestar. Por ejemplo, la protección social, los sistemas alimentarios, la educación y los factores ambientales.

La APS también es fundamental para que los sistemas de salud sean más resistentes en situaciones de crisis, sean más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. Aunque todavía faltan datos, existe un amplio consenso de que la APS es la «puerta principal» del sistema de salud y la base para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública ante crisis como la de la COVID-19.

Respuesta de la OMS

La OMS está ayudando a los países a reorientar sus sistemas de salud hacia la APS como un medio clave para lograr la CSU, el ODS 3 y la seguridad sanitaria. Los sistemas de salud deben ser adecuados para las personas, el contexto y el fin para el que fueron diseñados. El fortalecimiento del sistema de salud implica el fortalecimiento de, entre otras cosas: la gobernanza y la financiación sanitarias; la dotación de personal de salud; el respeto por las cuestiones de género, equidad y derechos humanos; los sistemas de

información; la calidad y seguridad del paciente; la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente hasta el envejecimiento saludable; la salud sexual y reproductiva; los medicamentos y suministros médicos; la preparación, respuesta y recuperación ante las emergencias, y la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La OMS ha definido tres esferas estratégicas de trabajo para fortalecer la APS en todo el mundo:

1. **Proporcionar un servicio de apoyo de ventanilla única a los Estados Miembros para la aplicación de la APS en función de su contexto y prioridades.** Eso implica poner en marcha el marco operacional para la APS y aprovechar las oportunidades de inversión de la respuesta a la pandemia de COVID-19, aplicando el principio de reconstruir para mejorar los sistemas de salud basados en la APS durante las labores de recuperación. Esa función central se basa en el trabajo y las experiencias realizados por los países y regiones de todo el mundo.
2. **Generar soluciones innovadoras y datos probatorios sobre la APS, prestando una mayor atención a las personas que se quedan atrás.** Este trabajo se basa en datos probatorios y soluciones de aplicación, orientaciones de mejores prácticas, experiencias positivas de países y literatura publicada sobre el tema. Entre los productos finales más importantes figuran la orientación sobre el seguimiento y la medición para evaluar los avances de la APS en los países y, seguidamente, un informe mundial sobre esos avances, así como labores de fomento de la capacidad innovadora organizadas por la Academia de la OMS.
3. **Promover la renovación de la APS mediante el liderazgo en políticas, la promoción y las asociaciones estratégicas** con gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, asociados para el desarrollo, organismos hermanos de las Naciones Unidas, donantes y otras partes interesadas a nivel mundial, regional y de país. Entre otras iniciativas, se establecerá un Grupo Asesor Estratégico externo sobre la APS para asesorar a la OMS sobre la renovación de la APS en todo el mundo, se creará un premio APS para reconocer la excelencia en ese ámbito a nivel mundial y se promoverá nuevas asociaciones y redes de colaboración en la materia para integrar a nuevas partes interesadas, como jóvenes líderes de la salud, parlamentarios y agentes de la sociedad civil en general.

LA CONTINUA NECESIDAD DE UN DÍA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

The Lancet

ALGO PARA RECORDAR



Como para proporcionar un recordatorio oportuno de las atrocidades experimentadas por los pueblos indígenas, este Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (9 de agosto) sigue los horribles descubrimientos de los restos de niños indígenas cerca de antiguas escuelas separados de sus familias por la fuerza para que asistieran a estas escuelas financiadas por el gobierno entre 1883 y 1996, cuyo objetivo era despojarlos de su cultura y someterlos a graves abusos y negligencia.

Estos hallazgos confirman una verdad sospechada desde hace mucho tiempo y representan solo un capítulo en el pasado y presente del colonialismo de violaciones de derechos humanos, borrado cultural y discriminación sistemática contra los pueblos indígenas que solo ahora está siendo validada por la cultura dominante. Según la ONU, más de 476 millones de indígenas viven en 90 países de todo el mundo: alrededor del 6,2% de la población mundial. En *The Lancet Global Health*, los peores resultados de salud experimentados por estas comunidades cultural, étnica y socialmente dispares en relación con sus contrapartes no indígenas son claros. El año pasado, publicamos una revisión sistemática y un metanálisis sobre la prevalencia de diabetes preexistente y gestacional en mujeres embarazadas en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y los EE. UU., que encontró una mayor prevalencia de ambas afecciones en indígenas frente a no-Indígenas, con una razón de probabilidad de prevalencia de diabetes preexistente de hasta 3 · 63 (IC del 95%: 2 · 35–5 · 62) en australianos indígenas. En todos los países, estas mujeres indígenas tienen poco en común más que una experiencia compartida del legado de discriminación y pobreza de la colonización, lo que hace que los factores socioeconómicos sean las causas más probables de estas diferencias.

Además de tener una mayor prevalencia de varias enfermedades transmisibles y no transmisibles, los pueblos indígenas a menudo también enfrentan resultados de atención inferiores. Por ejemplo, un estudio publicado en este número evaluó los resultados de la intervención coronaria percutánea entre australianos indígenas y no indígenas en seis hospitales terciarios. La herencia indígena se asoció de forma independiente con un mayor riesgo de mortalidad a largo plazo. A los 30 días, los australianos indígenas tenían más probabilidades de estar tomando la terapia médica óptima, pero el seguimiento fue menor y el tabaquismo persistente fue más común.

Estas disparidades en la incidencia y los resultados de la enfermedad son multifactoriales. En su mayoría surgen de un acceso deficiente a la atención, lo que lleva a un tratamiento demorado o nulo —especialmente atención culturalmente segura y de alta calidad— y determinantes sociales de la salud

7

menos favorables en los pueblos indígenas (como una mayor probabilidad de tener un empleo precario).

Una solución clave en el cuidado de la salud se ha planteado en repetidas ocasiones: las comunidades indígenas necesitan más servicios codiseñados y dirigidos por las propias comunidades. La participación de la comunidad no debe ser simbólica, sino comprometerse verdaderamente con los miembros de la comunidad para crear una atención adaptada a la cultura.

Estos servicios ya han tenido éxito. Por ejemplo, un servicio de Birthing in Our Community en Brisbane (QLD, Australia) fue co-diseñado por personas locales de las Primeras Naciones, con personal de una fuerza laboral de las Primeras Naciones, y tenía como objetivo alinearse con la cosmovisión aborígen. Un estudio sobre este servicio realizado por Sue Kildea y sus colegas encontró que, en comparación con la atención estándar, las mujeres de las Primeras Naciones que asistían al servicio tenían mayores probabilidades de asistir a cinco o más visitas prenatales y amamantar exclusivamente al alta y menores probabilidades de tener un bebé prematuro.

Pero la salud en estas comunidades no puede igualar realmente a la de la población dominante sin abordar los contribuyentes subyacentes. En 2015, la Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá publicó recomendaciones audaces para comenzar a corregir las inequidades. Los comisionados sugirieron áreas en las que el gobierno canadiense debería actuar para “cerrar las brechas”, incluido el trabajo con grupos indígenas para eliminar las diferencias en educación, empleo, encarcelamiento y salud; representar adecuadamente su patrimonio en escuelas y museos; y proporcionar formación cultural a quienes desempeñan funciones públicas. Muchas de estas recomendaciones podrían aplicarse en otros lugares. Los aspectos más fundamentales de estas recomendaciones que deberían replicarse en otros lugares son el énfasis en amplificar las voces de los pueblos indígenas y en que estas comunidades tienen un papel central en la decisión de las acciones necesarias.

Las disculpas están justificadas y son necesarias. Sin embargo, ninguna disculpa o esfuerzo de reconciliación puede recompensar completamente a estas comunidades por todo lo que les han quitado y les han hecho. Lo mínimo que pueden hacer los gobiernos ahora es implementar las lecciones aprendidas para evitar que los resultados de gran alcance del colonialismo persistan en las generaciones futuras.

ALGO PARA RECORDAR

¿COMO CURAR AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO?

Por Federico Tobar 1 (Publicado en el 2002)

En 1977, Ilya Prigogine se hizo acreedor del Premio Nobel de Química por sus estudios sobre los fenómenos aleatorios. Este físico y químico belga nacido en Rusia demostró que, llevado a condiciones extremas, un sistema en equilib

rio inestable puede alcanzar un equilibrio muy superior al inicial. Desde entonces Prigogine se hizo tan conocido entre los científicos sociales como entre los especialistas en ciencias exactas. ¿Por qué? Tal vez porque sus hallazgos constituyen la prueba científica de que vale la pena mantener la ilusión. Demuestran que, como afirma la sabiduría popular, cuando se tocó fondo se vuelve a subir más rápido.

Al igual que el país, el sistema de salud argentino no está condenado al fracaso. Es posible que las condiciones actuales de extrema precariedad sirvan para estimular una



transformación, una reforma hacia un equilibrio mucho más estable. El motivo es sencillo. Mientras restan algunos recursos, se da lugar a un juego de intereses que lleva a un equilibrio cada vez más precario. Solo cuando se han agotado prácticamente todos los recursos aparece la preocupación por la salud de todos como un asunto más

importante que los intereses particulares.

Un ejemplo concreto es la construcción de la "canasta básica" de prestaciones cubiertas por la seguridad social, que en Argentina hemos denominado Programa Médico Obligatorio (PMO). Mientras la seguridad social contaba con recursos, resultaba muy difícil establecer un ordenamiento restrictivo. Cada grupo de prestadores ejercía su influencia para que los servicios que brindaba no fueran excluidos. El resultado era un menú de prestaciones tan ambicioso como insostenible con los recursos financieros disponibles en el sector. Cuando la cadena de pagos del sector estalló y los servicios fueron definitivamente interrumpidos, la gran mayoría de las obras sociales no pudieron garantizar a sus beneficiarios el acceso a los bienes y servicios establecidos en el PMO, e incluso gran parte de las empresas de medicina prepagada (EMP) se encontraron en condiciones similares. En ese contexto extremo puede aparecer un nuevo PMO de emergencia que configure un modelo de prestaciones mucho más racional y sostenible que el anterior.

Crisis y oportunidad están juntas, como indica el tantas veces citado ideograma chino que se vale de los mismos trazos para aludir a la crisis y a la oportunidad. La situación sanitaria depende, en parte, de cómo se mire. Muchas son las señales alentadoras que indican que el sector de la salud puede alcanzar un equilibrio más estable, que nuestro sistema puede renacer más fuerte y saludable. Por ejemplo, de repente nos volvimos más eficientes. Si lo medimos en valores capitados, nuestro gasto en salud se redujo drásticamente, pasando de US\$ 612 en 2001 a \$183 proyectados para 2002. Ya no somos el país de América Latina que más invierte en salud. Primero cayó el gasto en pesos (casi dos mil millones entre 2000 y 2001), y a esto se agregó la devaluación del peso con relación al dólar con la caída de la convertibilidad. Algo similar ocurrió con el precio de los medicamentos. De un sacudón pasaron a costar la mitad en dólares y dejaron de ser los más caros del continente.

LA ENFERMEDAD DEL SECTOR DE LA SALUD

Argentina es un país avanzado en su transición epidemiológica, que ha sido pionero en la erradicación de algunas enfermedades infecciosas y en el desarrollo de una respuesta social organizada a los problemas de salud de su población. Sin embargo, la grave situación económica actual, sumada al progresivo deterioro de las condiciones sociales, compromete la sostenibilidad del sistema y sus servicios, y amenaza con deteriorar las condiciones de salud de la población. De no implementarse soluciones rápidas y eficaces, la población argentina podría involucionar varios años en lo que respecta a su situación de salud.

La salud de los argentinos está amenazada. La cobertura de los seguros de salud tiende a disminuir. Los recursos de las obras sociales se han contraído y ello repercutió en reducciones y atrasos en los pagos a los prestadores. La cobertura de vacunas ha retrocedido y en los hospitales públicos comienzan a faltar insumos. En síntesis, el sistema está enfermo, ya ha ingresado en la sala de urgencias y hace falta intervenir rápidamente. Hay que salvar a los trabajadores de la salud, que son nuestro principal recurso sanitario. Hay que salvar los establecimientos de salud públicos y privados. Hay que salvar nuestras obras sociales.



Por este motivo debe pensarse en el sector de la salud argentino en, al menos, dos fases. Por un lado debemos obtener una propuesta para salir de la situación de emergencia del sector. Por otro lado, debemos avanzar hacia una reforma estructural que permita prevenir futuras crisis.

El Ministerio de Salud ya está desarrollando un activo Programa de

Emergencia Sanitaria cuyos objetivos centrales son: a) garantizar el acceso a los bienes y servicios de salud básicos para la población argentina, y b) reducir y controlar los riesgos sanitarios y epidemiológicos. Sus prioridades son, en primer lugar, reactivar los servicios públicos de salud. Para ello se garantizó la provisión de medicamentos e insumos a los hospitales. Esto permitirá que todos los argentinos que necesiten tratamiento hospitalario puedan recibirlo de forma adecuada.

Para ello se consolidó con recursos del gobierno nacional y donaciones un fondo que permite adquirir medicamentos e insumos estratégicos para ser distribuidos entre los hospitales polivalentes de las provincias. En el ámbito del Consejo Federal de Salud, integrado por todos los ministros provinciales y coordinado por el Ministerio Nacional, se acordó una fórmula precisa y transparente para definir la asignación de recursos que corresponde a cada jurisdicción.

En segundo lugar, el Programa de Emergencia buscó garantizar la continuidad de los programas prioritarios, como el maternoinfantil y todos los relacionados con enfermedades transmisibles (tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue, fiebre amarilla, paludismo, sida y enfermedades de transmisión sexual).

Además se está implementando una política innovadora para que todo el mundo tenga acceso a los medicamentos de uso ambulatorio. Por un lado, se lleva a cabo a través de un seguro de medicamentos que permitirá a los desempleados y a sus familias acceder a los medicamentos directamente en las farmacias. Por otro lado, se va a proveer de medicamentos a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), para que todos los que acudan a una consulta médica puedan volver a su casa con el medicamento adecuado, sin tener que pagar nada por ello.

DE LA TERAPIA INTENSIVA A LA REHABILITACIÓN

El sistema de salud está enfermo, pero se puede curar y la recuperación puede ser mayor y más definitiva que unos años atrás, cuando ni siquiera vislumbrábamos esta crisis. Hoy los actores del sector de la salud estamos más cerca de ponernos de acuerdo, establecer prioridades y articular esfuerzos. El tratamiento adecuado para curar al sistema es "definir prioridades" y "articular intereses y acciones". La experiencia mundial indica que ese es el tratamiento adecuado para un diagnóstico conocido: la sobreexposición a políticas tóxicas y la atrofia del sistema de gestión.

Pero no nos podemos limitar a paliar los efectos de la crisis; también debemos reformar el sistema para poder tener más salud con los recursos disponibles.² Lo que necesitamos es adoptar mejores políticas que, en primer lugar, nos den más años y calidad de vida, no palabras vacías. En segundo lugar, políticas que curen al sistema de salud, que erradiquen sus males. Esto implica:

- Formular políticas saludables. Hace falta un Plan Nacional de Salud que integre todos los subsistemas, que establezca prioridades claras y precisas, con objetivos concretos, y que articule las acciones de todas las jurisdicciones.
- Rescatar las funciones rectoras en salud. Recuperar la misión del Ministerio de Salud de la Nación como el gran director de orquesta que defina las prioridades sanitarias de los argentinos. Porque ya no podemos continuar dilapidando recursos, duplicando funciones y acciones en diferentes lugares. Es preciso sincronizar esfuerzos, no solamente en el gobierno nacional sino también colaborando, orientando y fortaleciendo a los ministerios provinciales, es decir, rescatando también la misión del Consejo Federal de Salud.
- Establecer una adecuada división de responsabilidades en el sistema de salud. Esto significa avanzar hacia un sistema plural. Aunque un modelo único, como el Servicio Nacional de Salud británico o el Sistema Único de Salud brasileño, podría parecer una alternativa más eficaz y equitativa, hoy no representa una solución realista ni viable para Argentina. La reconstrucción del modelo argentino de salud debe seguir el precepto de *primum non nocere*, evitando destruir o dañar lo que ha restado de nuestros antiguos servicios de salud. Necesitamos definir un papel para cada uno, para los hospitales públicos y privados, para las obras sociales y las EMP y para los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), buscando que el todo sea más que la suma de las partes y no una dispersión de esfuerzos y recursos.

UNA PROPUESTA PARA LA REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

Este sistema de salud más saludable podría operar sobre tres grandes ejes:

- I. Un mercado de seguros de salud que opere en condiciones de competencia regulada.
- II. La universalización de la cobertura médica a través de seguros públicos de salud.
- III. Un despliegue de acciones localizadas de atención primaria, promoción y prevención.

Un mercado de seguros de salud que opere en condiciones de competencia regulada

El elenco argentino de aseguradores de salud es muy grande y variado. Operan más de doscientas obras sociales nacionales, algunas de origen sindical y otras estatales, una cantidad similar de EMP y un número aun mayor de mutuales. En la gran mayoría de los casos estos aseguradores actúan como financiadores que compran servicios en un mercado de prestadores también muy amplio y variado.

La propuesta es que correspondería al nivel central (nacional), a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, actuar como el gran director de una orquesta de aseguradores y prestadores, estableciendo incentivos y sanciones para obtener el máximo resultado en términos de niveles de salud. La competencia entre aseguradores no sería por precios ni por servicios cubiertos, y ni siquiera por calidad. Sería por resultados sanitarios obtenidos, es decir, por niveles de salud de la población cubierta. Para ello recibirían una capitación ajustada según el riesgo (el sexo y la edad de los beneficiarios), de manera que se evite la selección adversa. Pero además recibirían incentivos por sus conquistas epidemiológicas, como, por ejemplo, el aumento de la edad media a la que ocurren los infartos, la reducción de las hospitalizaciones por causas evitables y de los accidentes, etc. Esto reorientaría las preocupaciones de los aseguradores hacia la salud y la satisfacción de los usuarios, ya que para que su negocio fuera rentable deberían mejorar los niveles de salud y mantener satisfechos a sus beneficiarios.

Una variable clave para aumentar la competencia sin debilitar el sistema en su conjunto es establecer un menú de prestaciones (el PMO) sostenible. De hecho, a medida que se aumenta la cobertura, se está concentrando el mercado, ya que serán menos los ofertantes que podrán competir. El PMO argentino en sus versiones históricas (decretos 247/1996 y 939/2000) constituía la quintaesencia del sueño argentino: "vivir en un Estado de bienestar a la europea con la disponibilidad de recursos del tercer mundo".

El PMO debe ser revisado y redefinido, no una vez, sino de forma periódica y sobre fundamentos epidemiológicos (incluir la cobertura de las principales enfermedades prevalentes), garantizando su sostenibilidad actuarial (evaluar los riesgos que involucra cada prestación para cada grupo etario) y estableciendo prioridades de inclusión a través de criterios de eficiencia (medir el impacto de la inclusión de cada prestación en términos de carga de morbilidad y costos, para luego ordenarlas según su importancia).³

Una segunda variable clave para viabilizar el sistema es organizar y socializar el financiamiento de los tratamientos de enfermedades

catastróficas mediante un seguro nacional. Existe un grupo de enfermedades de baja incidencia y alto costo cuyo tratamiento implica gastos tan elevados que desequilibran las ecuaciones presupuestarias de los organismos financiadores. Muchas de ellas cuentan con leyes específicas y sus tratamientos deben ser impartidos de manera obligatoria (discapacidades, diabetes, insuficiencia renal crónica). Frente a la escasez de recursos y a la imposibilidad de responder a la demanda, muchas entidades financiadoras han puesto en práctica distintos mecanismos, tales como la transferencia del riesgo a los prestadores, convirtiéndolos en prefinanciadores del sistema o estableciendo diversas barreras de acceso al tratamiento.

Para revertir esta situación resulta conveniente implementar un seguro nacional que contemple a la totalidad de la población y permita la cobertura de estas enfermedades. La financiación del mismo debería estar integrada por todos los financiadores actuales, con una cuota por determinarse. Los recursos se constituirían en lo que se denomina una reserva técnica, siendo el Estado el garante de dichos fondos, que no podrían ser asignados a otros fines. Las prestaciones, los medicamentos e insumos deberán estar establecidos impositivamente, y las poblaciones perfectamente determinadas, de modo que se puedan aplicar cálculos actuariales.

Universalización de la cobertura médica mediante seguros públicos de salud

A su vez, los gobiernos provinciales conducirían las reformas en sus provincias según sus posibilidades y necesidades, respetando las particularidades de cada una, pero con una orientación común. Buscarían ampliar la cobertura y el acceso a los servicios médicos para la mayor parte de la población provincial. Esto se podría lograr fortaleciendo su poder de compra, consolidando seguros provinciales de salud centrados en dos cosas: la obra social provincial como asegurador, y los hospitales públicos como principales prestadores.

La emergencia hace más viable esta reforma porque la interrupción de la cadena de pagos y el consecuente corte de servicios en las obras sociales ha unificado el modelo, conduciendo toda la demanda hacia los servicios públicos. Es decir, la situación de emergencia forzó a los servicios públicos a asumir la cobertura de un 70 a 80% de la población, sin contar con fondos adicionales ni una unificación de fondos, sin contar con apoyo técnico para el diseño de un modelo de prestaciones adecuado, sin identificar a los destinatarios y sin avanzar hacia esquemas de financiación de los servicios públicos que incentiven un mejor desempeño. La propuesta consiste en extender la cobertura, fundamentalmente a los sectores de la población con mayores carencias, unificando el financiamiento a nivel de los estados provinciales y organizando una amplia red de prestaciones integrada por servicios públicos y privados.

Las dudas clave son: ¿en qué medida se puede apoyar el seguro sobre la estructura de la obra social provincial? y ¿qué plan de cobertura se podría sostener con los recursos disponibles en cada jurisdicción? Para dar respuesta adecuada a estas preguntas se contemplan las siguientes definiciones:

Una estrategia gradual para asumir la cobertura de los beneficiarios de la obra social de los jubilados (el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como Pami, en alusión a su

Programa de Asistencia Médica Integral). Las provincias que cuenten con una obra social provincial autónoma y equilibrada se harían cargo de los beneficiarios del Pami y, a la larga, del Programa Federal de Salud (Profé), que brinda cobertura a los beneficiarios de pensiones no contributivas, pero aquellas que no presenten las condiciones adecuadas deberían comprometerse con un conjunto de reformas para comenzar a contar con el apoyo técnico y financiero de la nación.

En el ámbito de cada provincia se organizará un fondo de salud. El mismo estará integrado básicamente por tres fuentes: a) recursos del tesoro provincial que hasta ahora han sido destinados a la atención médica, b) recursos de la obra social provincial (aportes y contribuciones), y c) recursos transferidos desde un fondo compensador nacional.

Toda la población provincial que carezca de cobertura de seguros de salud será identificada y empadronada. Se entregará un carné de afiliación a toda la población que no figure en los padrones de beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales) ni en la lista de beneficiarios de EMP.

El seguro público tendrá la responsabilidad de brindar a sus beneficiarios una cobertura médica que debería aproximarse al PMO. Sus prestadores conformarán una mezcla de servicios públicos de la red provincial y municipal junto a servicios privados.

En la medida en que toda la población estaría cubierta por los diferentes esquemas de seguros de salud, se podría modificar la financiación de los servicios públicos que incorporen incentivos para reducir los costos administrativos y aumentar la productividad de los hospitales públicos.

Un despliegue de acciones localizadas de prevención y de promoción de la salud

Los municipios, a su vez, concentrarían sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), así como en acciones preventivas y de promoción de la salud, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas. Desde esta propuesta no se impediría que los municipios que estén en condiciones de hacerlo asuman también funciones de asegurador, como es el caso de algunas ciudades de la provincia de Buenos Aires, pero se buscaría que el objetivo de los gobiernos municipales no se limitase a garantizar cobertura, sino a alcanzar progresivamente los rasgos de un municipio saludable. Si los gobiernos provinciales asumen la función aseguradora no es necesario que lo hagan también los municipios. Por otro lado, para lograr economías de escala, un esquema de seguros públicos de salud debería involucrar a un número muy alto de beneficiarios que se acercaría a las 100 000 personas.

Es evidente que la estrategia de APS es muy eficiente y también que su implementación adecuada debe ser planteada a nivel local. Sin embargo, hay dos obstáculos históricos para ello en Argentina. Por un lado está el carácter hospitalocéntrico del sistema. En Argentina, los centros de mayor complejidad todavía destinan gran parte de sus servicios al primer nivel de atención. Por otro lado, diseñar, implementar y evaluar un sistema de APS implica un conjunto de costos que muchas veces los municipios no consiguen mantener. Para superar estos obstáculos, el ministerio nacional deberá desarrollar una estrategia que permita asistir a los CAPS que se

comprometan a implementar un modelo adecuado de APS. La asistencia desde la nación consistirá, en primer lugar, en el diseño de un modelo de atención adecuado para la APS en centros locales. En segundo lugar, el ministerio nacional se ocupará de la provisión de medicamentos genéricos para garantizar el acceso a ellos por parte de la población de bajos recursos. Esto implica incorporar un incentivo directo sobre la población para dirigir la demanda de servicios de salud hacia los CAPS en lugar de hacia los hospitales. Además, la nación acreditará y clasificará los CAPS, realizará capacitación e introducirá incentivos para los profesionales responsables.

CONCLUSIONES

Para mejorar la salud de los argentinos hace falta desplegar un esfuerzo articulado y federal. El modelo fragmentado está agotado. Hay que extender la cobertura e igualar las condiciones de acceso. Es decir, lograr igual respuesta para igual necesidad. Esto requiere un esfuerzo organizado para que los hospitales públicos mejoren y para que las obras sociales no quiebren ni reduzcan sus prestaciones.

Como un gran director de orquesta, el ministerio nacional deberá dirigir, coordinar y articular a los actores del sector para obtener los mejores resultados. Su primera función deberá ser dirigir el cambio del sistema. En segundo lugar, puesto que la mano invisible del mercado no resuelve los problemas de salud de la población, corresponde al ministerio nacional ejercer una fuerte regulación de la oferta y de la demanda de los bienes y servicios de salud. En tercer lugar, para garantizar mejores condiciones de funcionamiento de los seguros públicos, sociales y privados de salud, es necesario que el país organice un seguro nacional para las enfermedades de baja prevalencia y alto costo. En cuarto lugar, el país deberá concentrar sus esfuerzos en monitorear y evaluar estructuras, procesos y resultados de salud entre regiones, provincias y municipios, así como entre los beneficiarios de las distintas obras sociales, y propulsar la forma de reducir las diferencias y alcanzar mayor equidad.

Los gobiernos provinciales deberán organizar sus seguros públicos de salud. Esto implica hacerse cargo de la planificación, monitoreo y financiación de los servicios, pero no de su provisión directa. Si toda la población de cada jurisdicción cuenta con un carné de cobertura, algunos de EMP, otros de obras sociales nacionales, otros de la obra social provincial y el resto del seguro público provincial, se podrían financiar los servicios públicos a través de la demanda que atienden y de los resultados que obtienen. Esta debería ser la tarea principal de la provincia, ya que la provisión y gestión de los servicios debería ser lo más autónoma y descentralizada que resulte posible.

Los hospitales públicos deben ser de la gente. La única forma de mejorar definitivamente los servicios públicos es poniéndolos en manos de la comunidad organizada. Esto se logrará por tres vías. Por un lado, la conducción deberá ser descentralizada hacia consejos municipales con fuerte participación comunitaria. Por otro lado, los usuarios deberán ser claramente identificados; cada ciudadano debe tener un carné para ser atendido. En tercer lugar, la financiación de los servicios deberá estar vinculada a los resultados perseguidos y logrados.

A su vez, los municipios deberían concentrar sus esfuerzos en definir e implementar políticas en materia de prevención, promoción de la salud y fiscalización: todo aquello que convierte a la salud en un bien público. Si el ministerio nacional fortalece su capacidad de monitoreo y seguimiento epidemiológico, podría ejercer un importante papel en la asistencia técnica a los municipios para la implementación de este tipo de políticas.

Para compensar las diferencias regionales se constituiría un fondo compensador manejado por el país e integrado por recursos que hoy son destinados al Pami, al Profé y a parte de los programas verticales del ministerio. Además de garantizar la equidad de la financiación, el fondo permitirá incentivar a los seguros provinciales para obtener mejores resultados sanitarios. De forma similar actuará el fondo que financiará a las obras sociales nacionales, mutuales y EMP que se inscriban como agentes del seguro. El objetivo sería consolidar un gran fondo de salud que sea administrado por el país y que permita una regulación adecuada, tanto de las obras sociales nacionales y provinciales como de las EMP.

Además, se trata de un esfuerzo racionalizador que cambiaría de forma progresiva las conductas de todos los actores involucrados en el sistema de salud, desde el gobierno nacional hasta los propios ciudadanos, pacientes y usuarios. Probablemente de esta forma no se logre resolver de inmediato todos los problemas de nuestro sistema de salud. Sin embargo, cabe recordar aquella fábula que narraba un incendio en el bosque. Cuando todos los animales ya habían huido, el león, al salir, se encuentra con el colibrí que volaba apresurado desde el río hasta el foco del incendio llevando agua en su piquito. El león le dijo:

^{3/4} Colibrí, vámonos, ya está todo perdido, no hay nada más que hacer.

Puede ser ^{3/4}le respondió el colibrí^{3/4} pero yo al menos hice mi parte.

¹ 2002 - Jefe de gabinete del Ministerio de Salud de Argentina, Buenos Aires.

² Ya no podemos proclamar "más salud por el mismo dinero" porque los recursos del sector se han contraído de forma significativa.

³ De acuerdo con lo dictado por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/2002 que establece la Emergencia Sanitaria en Argentina, el Ministerio de Salud formuló un Programa de Prestaciones Esenciales Garantizadas, que representa un avance en ese sentido.

LA COMPLEJA VIDA DE LOS MOSQUITOS: CAVE PARA EL CONTROL DE LA MALARIA

Tomado de ISGlobal

[Este artículo ha sido escrito por Fredros Okumu, Director de Ciencias del Ifakara Health Institute en Tanzania, biólogo especializado en mosquitos, experto en salud pública en el ámbito del control y la prevención de enfermedades transmitidas por vectores, y entomólogo del proyecto BOHEMIA. El texto es una actualización del artículo publicado previamente en MalariaWorld.]

Los mosquitos transmiten enfermedades a millones de personas en todo el mundo, aunque siguen siendo unos desconocidos para una gran mayoría. **Estudiar su biología y comportamiento puede ayudarnos a combatir** y eventualmente eliminar peligrosas **enfermedades como la malaria** y el dengue.

Se puede lograr un control efectivo de la malaria simplemente identificando, entendiendo y luego apuntando únicamente a una o dos especies dominantes de ‘Anopheles’

Existen cerca de **3.500 especies de mosquitos**. Aproximadamente **400 pertenecen a** una familia llamada Anopheles, de los cuales **solo entre 50 y 70 pueden transmitir la malaria a los humanos**. En África, donde la carga de paludismo es mayor, las especies más relevantes son **Anopheles gambiae, Anopheles funestus, Anopheles arabiensis y Anopheles colluzzi**. A menudo, solo una o dos son los principales vectores de malaria en un país. Por lo tanto, se puede lograr un **control efectivo de la enfermedad** simplemente **identificando, entendiendo y apuntando únicamente a una o dos especies dominantes de Anopheles** en vez de intentar aniquilar a todos los mosquitos.

Una hembra de **Anopheles** pone alrededor de **500 huevos en toda su vida**, generalmente en aguas dulces estancadas, aunque algunos se reproducen en ríos y en aguas salobres. Los huevos pesan solo 4 microgramos cada uno y flotan como pequeñas balsas en la superficie del agua.

Las larvas de mosquito maduran en 1-2 semanas y forman pupas que, tras 48 horas, eclosionan y liberan a los adultos maduros. (Foto: ISGlobal)



Cuando incide la luz del sol, los huevos eclosionan y **las larvas emergen** como pequeños nadadores ondulantes. En este estadio, son especialmente **vulnerables a la aplicación de productos químicos** en la superficie del agua, **una estrategia que permitió eliminar la**

especie *Anopheles gambiae* **en Brasil** a finales de la década de 1930 y supuso una **reducción sustancial de la malaria en Dar es Salaam** a mediados de la década de 2000. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la eliminación o el tratamiento de los espacios acuosos donde se reproducen los mosquitos es más eficaz en áreas donde estos puntos no abundan, son fáciles de encontrar y existen durante todo el año. Sin embargo, un número creciente de científicas y científicos defiende que estas estrategias pueden expandirse de manera rentable y, con ello, crear puestos de trabajo para jóvenes locales en los países donde la malaria es endémica.

Las larvas maduran en 1-2 semanas y forman pupas, dentro de las cuales se desarrollan alas, patas, aparatos bucales y antenas para oler a los humanos. **En 48 horas, las pupas se abren y liberan mosquitos adultos maduros.**

Usando sus sensores especializados en antenas y piezas bucales, detectan el dióxido de carbono y otros olores de vertebrados desde la distancia, y pueden distinguir con precisión entre individuos

Los adultos emergentes inician de inmediato su búsqueda de azúcar y pareja. Al atardecer, los machos se reúnen en enjambres y **danzan de 20 a 30 minutos** sobre horizontes bañados por la puesta de sol. La ubicación de estos enjambres está marcada por los "abuelos" de los mosquitos y se mantienen durante varias generaciones a lo largo de los años. Las hembras vírgenes, **atraídas por las "canciones masculinas"**, se adentran en los enjambres para elegir a su "Don Perfecto". A veces hasta puede verse como parten estrechamente unidos. Si bien los mosquitos hembras se aparean solo una vez, durante 20 segundos, los machos son escandalosamente polígamos. Durante varios años, **se ha investigado cómo atacar estos enjambres de apareamiento con el objetivo de reducir las poblaciones de vectores de la malaria.**

Solo las hembras se alimentan de sangre para obtener proteínas para el desarrollo de los huevos, pero ambos sexos toman azúcar para obtener energía. Usando sus **sensores especializados** en antenas y piezas bucales, detectan el dióxido de carbono y otros olores de vertebrados a lo lejos y **pueden distinguir con precisión entre individuos**, basándose en el aliento, el sudor y el olor corporal. Es por ello que pican más a unas personas que a otras. A corta distancia, los mosquitos **pueden "ver" los colores y pueden distinguir los cuerpos cálidos de los fríos.** También memorizan y pueden regresar a los hogares donde obtuvieron sangre por última vez.

Los mosquitos 'Anopheles' pueden identificar a portadores de la malaria y picar en el momento adecuado, incluso en lugares donde hay pocas personas con la enfermedad

En pleno vuelo, las hembras hambrientas de **Anopheles** son como jeringas voladoras. Con un peso de solo 2,0 miligramos, **pueden duplicar o triplicar su peso después de una sola ingesta** de sangre. Cuando pican a las personas, los mosquitos inoculan saliva que puede contener parásitos infecciosos de la malaria (llamados **esporozoítos**). También pueden recoger parásitos inmaduros (**gametocitos**) de personas previamente infectadas. Las formas inmaduras pasan la mayor parte del tiempo en el hígado o en vasos

sanguíneos internos y solo llegan al torrente sanguíneo periférico unas pocas veces en su vida. Las hembras de mosquito pueden llegar a duplicar o triplicar su peso después de una única ingesta de sangre.
(Foto: Fredros Okumu)

Cabe señalar que **los mosquitos Anopheles pueden identificar a portadores de la malaria y picar en el momento adecuado**, incluso en lugares donde hay pocas personas con la enfermedad. En cambio, el personal científico pueden llegar a pinchar cientos de dedos de personas sin encontrar parásitos en esta etapa, cuando los mosquitos los encuentran fácilmente. Todavía no sabemos cómo lo hacen. Ya dentro mosquito, los parásitos se desarrollan en su intestino y, en 10-12 días, alcanzan las glándulas salivales a la espera de ser inoculados en humanos.

En regiones de Kenia y Tanzania, el 'Anopheles gambiae' prácticamente desapareció cuando se extendió el uso de telas mosquiteras tratadas con insecticida

Los mosquitos tienen diferentes preferencias al picar, lo que también influye en el control de enfermedades. Los **Anopheles gambiae** y **Anopheles funestus** pican principalmente a los seres humanos y prefieren alimentarse en interiores, por lo que las telas mosquiteras tratadas con insecticida, la fumigación de las casas y las viviendas a prueba de mosquitos pueden resultar muy eficaces. De hecho, **en regiones de Kenia y Tanzania, el Anopheles gambiae prácticamente desapareció cuando se extendió el uso de telas mosquiteras tratadas con insecticida** entre 2005 y 2010, lo que provocó importantes reducciones en la transmisión de la malaria.

Otras especies, como *Anopheles arabiensis*, prefieren picar a humanos y animales al aire libre por lo que se ven menos afectadas por las intervenciones en interiores. Para tales especies, el control efectivo requerirá herramientas adicionales que se dirijan a los mosquitos fuera de los hogares. Un ejemplo es el **uso de medicamentos como la ivermectina**, que se administra a humanos y animales **para matar indirectamente a los mosquitos que pican a estos huéspedes**. Otros ejemplos son los cebos atrayentes a base de azúcar tóxico, las trampas masivas o los repelentes de mosquitos, sobre todo los que protegen a las personas en áreas amplias.

El uso prolongado de productos químicos en la salud pública y la agricultura ha provocado una resistencia generalizada a los insecticidas y está desacelerando la lucha contra la malaria

Hoy en día, las **principales herramientas de prevención** de la malaria todavía incluyen **telas mosquiteras tratadas con insecticida y fumigación de casas con insecticidas**. Lamentablemente, el uso prolongado de sustancias químicas en la salud pública y la agricultura ha provocado una **resistencia generalizada a los insecticidas** y está desacelerando la lucha contra la malaria. En algunas partes de África, los niveles de resistencia son tan altos que hará falta multiplicar por diez la dosis de los productos químicos ya utilizados para matar a los mosquitos. El **Anopheles funestus**, el más pequeño de estos “mercaderes de la muerte”, desarrolló subrepticamente una fuerte resistencia a los insecticidas. Hoy en día, reina en muchas partes del este y el sur de África y, en algunas regiones de

Tanzania, ya **transmite nueve de cada diez nuevas infecciones de malaria**. Es cada vez más obvio que **las estrategias de control de la malaria deben alejarse gradualmente de la actual dependencia excesiva de las intervenciones basadas en insecticidas**.

Las telas mosquiteras tratadas con insecticida son todavía hoy una de las principales herramientas de prevención de la malaria. (Foto: ISGlobal)

Se necesitan estrategias integradas a más largo plazo que complementen las que se basan en el uso de insecticidas **para lograr y mantener la**



"malaria a cero". Por ejemplo, eliminar fuentes de agua idóneas para la cría del **Anopheles**, construir casas a prueba de mosquitos, fortalecer los sistemas de salud, y educar a las personas acerca de los mosquitos y la prevención de enfermedades. También se están desarrollando nuevas tecnologías potencialmente transformadoras que podrían acelerar estos esfuerzos a costos y esfuerzos mucho más bajos.

Un ejemplo especialmente interesante es la **liberación de "mosquitos protectores"**, que al aparearse con los mosquitos silvestres producen crías que son incapaces de reproducirse más o de transmitir la **malaria** a las personas. Laboratorios de todo el mundo han optimizado la tecnología observada en la naturaleza de los **gene drives** que se está utilizando para producir este tipo de mosquitos de manera eficiente. Su eficacia ya se ha demostrado en laboratorio y, con suerte, se someterán a una evaluación de campo en países donde la malaria es endémica, una vez finalicen las evaluaciones de riesgos y se completen los procesos regulatorios oportunos.

Aunque todavía no hay evidencia de campo, los resultados en jaulas de laboratorio y en grandes jaulas controladas han sido tan prometedores que los expertos piensan que los mosquitos **protectores** se propagarían fácilmente a través de las comunidades, atacarían selectivamente ciertas especies de **Anopheles** que son motivo de preocupación y, por consiguiente, lograrían frenar de manera rentable la transmisión de la malaria, incluso en los lugares más remotos e inaccesibles para las redes organizadas de los sistemas de salud. Uno de los principales expertos me dijo recientemente que la evidencia disponible es tan prometedora que no sería ético que no investigáramos las ventajas y desventajas reales de esta tecnología en entornos del mundo real.

Los 'mosquitos protectores' se propagarían fácilmente a través de las comunidades, atacarían selectivamente ciertas especies de 'Anopheles' que son motivo de preocupación y frenarían de manera rentable la transmisión de la malaria

Entonces, ¿qué pasa si eliminamos los mosquitos, ya sea con insecticidas o mediante la ingeniería genética como la que se usa para producir mosquitos **protectores**? Sí, **existen depredadores como las libélulas y los murciélagos**, que se alimentan de varios mosquitos y otros insectos.

Alrededor del lago Victoria, **hay una araña vampiro que se alimenta de sangre de vertebrados** que encuentra en el abdomen de mosquitos **Anopheles**. Sin embargo, esta araña también se nutre con otros mosquitos que ingieren sangre. Por lo tanto, **es poco probable que la pérdida de las pocas especies peligrosas de Anopheles ponga en peligro a las poblaciones de mosquitos en general o a sus depredadores naturales.**

La biología de los mosquitos de la malaria es realmente un asombroso jardín de intrigas. Cuanto más lo entendamos, más nos acercaremos al control sostenible de la malaria.

20/8/2021

Unicef estima que la mitad de los niños afganos sufrirá desnutrición severa este año. Uno de cada dos menores en Afganistán sufrirán desnutrición severa este año, según las estimaciones de Unicef, que ha iniciado contacto con representantes talibanes en distintas regiones del país para definir la manera en que continuará sus actividades de ayuda a niños y niñas, así como a otros grupos vulnerables de la población. <https://lacritica.com.ar/2021/08/18/unicef-estima-que-la-mitad-de-los-ninos-afganos-sufrira-desnutricion-severa-este-ano/>

20/8/2021

La OMS pide proteger a los trabajadores sanitarios y los centros de salud en Afganistán. El acceso sostenido a la asistencia humanitaria y los suministros médicos no debe interrumpirse", reclamó el representante de la Organización para el Mediterráneo Oriental, Ahmed Al-Mandhari. <https://www.telam.com.ar/notas/202108/565460-oms-trabajadores-sanitarios-salud-afganistan.html>

20/8/2021

La OPS insistió en la necesidad de acelerar y ampliar la vacunación en Latinoamérica. Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud, señaló que en Latinoamérica se encuentran vacunadas una de cada cinco personas. Además advirtió que la variante Delta ya es "predominante" en el continente. <https://www.telam.com.ar/notas/202108/565494-ops-vacunacion-latinoamerica-coronavirus.html>

20/8/2021

El futuro es multilateral. Por Ulrich Sante y Claudia Scherer-Effosse. https://www.clarin.com/opinion/futuro-multilateral_0_o7AnrA2QX.html

20/8/2021

Es hora de un acuerdo global contra la contaminación marina por plásticos. Por Manuel Jaramillo. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/es-hora-de-un-acuerdo-global-contra-la-contaminacion-marina-por-plasticos-nid18082021/>

20/8/2021

Unicef dice que algunos talibanes apoyan la educación para las niñas afganas. Unicef está entregando todavía ayuda a la mayor parte de Afganistán y tiene muchas esperanzas de poder cooperar con los representantes de los talibanes, dijo Mustapha Ben Messaoud, jefe de operaciones de campo de la agencia en Afganistán, en una conferencia de la ONU en

Ginebra. <https://www.lanacion.com.ar/agencias/unicef-dice-que-algunos-talibanes-apoyan-la-educacion-para-las-ninas-afghanas-nid17082021/>

20/8/2021

La OMS pidió 7.700 millones de dólares de forma urgente para “frenar la oleada” de variantes del coronavirus. Buscan que todos los países de renta baja y media-baja tengan acceso a testeo y vacunación. https://www.clarin.com/sociedad/oms-pidio-7-700-millones-dolares-forma-urgente-frenar-oleada-variantes-coronavirus_0_UYA36DGnR.html

20/8/2021

Pese al pedido de la OMS, EEUU se prepara para dar una dosis de refuerzo. Tras el avance de la variante Delta, esperan la recomendación del ente especializado para esta semana. Sería una tercera dosis, ocho meses después de la segunda. La OMS había pedido a los países más ricos postergar los refuerzos para garantizar el suministro a otras naciones. <https://www.telam.com.ar/notas/202108/565326-estados-unidos-pandemia-tercera-dosis.html>

20/8/2021

El derecho ambiental, el cambio climático y la Antártida. Por Dino Bellorio Clabot. <https://www.perfil.com/noticias/opinion/dino-bellorio-clabot-el-derecho-ambiental-el-cambio-climatico-y-la-antartida.phtml>

21/8/2021

Nueva fase del ensayo Solidarity de la OMS. En esta etapa se evaluarán las respuestas frente al artesunato, imatinib e infliximab. Participarán pacientes hospitalizados por COVID-19 de 52 países. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=98977>

20/8/2021

Dar una tercera dosis cuando África solo tiene al 2% vacunado, es "una burla a la equidad". La Organización Mundial de la Salud consideró que la decisión de los países ricos "amenaza la promesa de un mañana más brillante". La situación en el continente sigue "muy frágil", ya que la variante Delta es ahora dominante en la mayoría de los 54 países. <https://www.telam.com.ar/notas/202108/565595-oms-tercera-dosis-burla-equidad.html>

23/9/2021

El FMI pide que los países usen los DEG “responsablemente” para una recuperación sostenible. La directora gerente, Kristalina Georgieva dijo que los fondos que girará mañana a los países miembros deben “desplegarse” para el máximo beneficio de las naciones y las personas. <https://www.lanacion.com.ar/economia/el-fmi-pide-que-los-paises-usen-los-deg-responsablemente-para-una-recuperacion-sostenible-nid22082021/>



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=d6c04a3678&e=2215a9f6bf>

La agencia de la salud de la ONU insiste en la necesidad de compartir el conocimiento sobre la producción y suministro de las vacunas para poder controlar la pandemia.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=6b8e454287&e=2215a9f6bf>

El país caribeño requiere personal y equipos médicos, entre otras necesidades. La agencia de la ONU ya ha comenzado a entregar medicinas y suministros quirúrgicos. Además, hay que garantizar que el agua y el saneamiento son adecuados para evitar enfermedades diarreicas, respiratorias y cutáneas.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=118ef5d7b6&e=2215a9f6bf>

Un informe confirma que el cambio climático se ensañará con América Latina, donde se batirán récord de huracanes, se sufrirán sequías severas, seguirá aumentando el nivel del mar y habrá más incendios. Todo podría empeorar si no se logra detener urgentemente la emisión de gases de efecto invernadero.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=a44d5b75aa&e=2215a9f6bf>

Un relator especial señala que los países han de apartarse de una conservación de la biodiversidad basada "en los enfoques de siempre" y velar por el cumplimiento de los derechos humanos. "Un acercamiento más inclusivo, justo y sostenible para proteger y restaurar la biodiversidad es una obligación, no una opción", asegura.



<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=d745256879&e=2215a9f6bf>

Entre los más vulnerables están los niños de la República Centroafricana, el Chad y Nigeria, según el primer estudio de la agencia de la ONU para la infancia sobre el impacto de la crisis del clima a través de sus efectos en el agua, el calor o los ciclones, entre otros fenómenos. estas cifras seguirán empeorando a medida que los efectos del calentamiento global se aceleren.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=3fc4459075&e=2215a9f6bf>



El Fondo de la ONU para la Infancia advierte sobre la posibilidad de que un millón de niños sufran desnutrición aguda grave durante este año, y destaca que incluso podrían llegar a morir de no recibir ningún tratamiento. Las agencias de la ONU también alertan sobre el bloqueo que padece el suministro de ayuda de emergencia y abogan por la creación de un “puente aéreo humanitario”.

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)

Universidad Nacional de La Plata	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: escueladeinvierno@psico.unlp.edu.ar
UCEMA	25 de agosto 12:00 hs	La experiencia de liderar una empresa sujeta a fuertes y recurrentes cambios regulatorios. Online. No arancelada. <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;">Registra tu participación</div>
CARI	26 agosto 2021 18:00 hs	Mesa Debate: ¿En la nueva normalidad. Cómo será el cuidado ambiental?. INSCRIPCIÓN
ACAMI	26 de agosto 18:00 hs	Congreso Argentino de Salud. Hacé clic en el flyer y registrate en la web oficial del Congreso. Si ya estás registrado, ingresá aquí.
CLACSO	26 de agosto 2021	Virtual- Conversatorio virtual: «La gran transformación de la sociología». Presentación de libro Organizan CLACSO, FCS-UNC, Facultad de Filosofía y Humanidades, Biblioteca Aricó y Adiuac Participa el Grupo de Trabajo CLACSO Teoría social y realidad latinoamericana [+] Información/Inscripción
UNTREF	30 agosto 2021	Doctorado. Mujeres y conflictos ecoterritoriales: impactos, estrategias y resistencias. mailto:doctoradoenestudiosdegenero@untref.edu.ar
CEMA	8 septiembre 10:00 hs	Economía circular. Es posible en Argentina?. Cámara Empresaria de Medio Ambiente. Actividad Gratuita. Conoce el Programa en el siguiente enlace Link del programa
UBA - SOCIALES	1-5 nov 2021	XIV Jornadas de Sociología. Se recibirán las propuestas de ponencias ingresando en : jornadassociologia2021.sociales.uba.ar

REVISTA MEDICINA NRO. 2 DE 2021	AQUI	Adjunto el índice con links de No.2, MEDICINA, y el de una nota de NOVEDADES. Todo se puede consultar en www.medicinabuenaosaires.com >SEMANA MUNDIAL DE LA INMUNIZACIÓN (24-30 ABRIL 2021) https://www.medicinabuenaosaires.com/semana-mundial-de-la-inmunizacion-24-30-abril-2021/
UCA	4 de agosto	Curso virtual: Bioética y cuidados paliativos. bioetica@uca.edu.ar Telef: 0810- 2200-822 (2634)
Foro del Sector Social	5 de agosto 09:30 hs	Tramitación de la certificación única de discapacidad (CUD) Unirse a la reunión Zoom https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09 - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420 POLITICAS DEL CUIDADO CON PERSPECTIVA DE GENERO. 3ra Cohorte. Coordinación: Karina Batthyány. Duración 1 año. Consultas: +54911 3880 1388. posgrados@clacso.edu.ar
UNTREF	11 de agosto	Homicidios en América Latina: divergencias, registros y causas. mailto:celiv@untref.edu.ar Actividad no arancelada Organizan: Centro de Estudios Latinoamericano sobre Inseguridad Maestría en Criminología y Seguridad Ciudadana
OPS	19 agosto	Las nuevas demandas del envejecimiento y la CIE 11: Perspectivas desde América Latina. https://www.paho.org/es/eventos/nuevas-demandas-envejecimiento-cie-11-perspectivas-desde-americas
	26 agosto 09:00 - 12:30	Aborto: Más allá de la mirada ideológica. Seminario virtual. Coordinación: Raquel Bolton. Zoom: https://us02web.zoom.us/j/81030943252?pwd=cDdBUFRnNEg0WVpSNEhrbkRKUENadz09 ID de reunión: 810 3094 3252 Código de acceso: 787768
ACAMI	26 de agosto	XXIV Congreso Argentino de Salud. "Los recursos humanos de salud en tiempos de pandemia".
FLACSO Brasil	Septiembre	Especializaciones y cursos internacionales.
Foro del Sector Social	2 de septiembre 09:30 hs	Servicios, beneficios y derechos. Estrategias de adaptación para acciones de voluntariado en tiempos de Covid-19- Unirse a la reunión Zoom

		https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09 - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420
ACAMI	16 septiembre	XXIV Congreso Argentino de Salud. "El abordaje y la gestión de la pandemia desde la mirada de los expertos".
AMNET	22-24 sept	Este año nuestra conferencia anual, se llevará a cabo de la mano de la Universidad UNIVALI de Santa Catarina, Brasil . Se dará en las fechas de Septiembre 22 al 24 de 2021 , en formato virtual. Nos encontramos en recepción de trabajos de investigación. Participa con tu trabajo, instrucciones aquí: <u>Español</u> <u>Português</u> <u>English</u> Americans' Network for Chronic Disease Surveillance
Foro del Sector Social	7 de octubre 09:30 hs	Temas sobre gestión de proyectos de cooperación Unirse a la reunión Zoom https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09 - ID -de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420
Foro del Sector Social	4 de noviembre 09:30 hs	Comunicación y generación de contenidos para organizaciones sociales. - Unirse a la reunión Zoom https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09 - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420
Foro del Sector Social	2 de diciembre 09:30 hs	Temas sobre gestión administrativa de OSC. Disposiciones sobre lavado de dinero- Unirse a la reunión Zoom https://us02web.zoom.us/j/85112472557?pwd=a0VySW5POC8rWEcwcUFWSGxPUU04UT09 - ID de reunión: 851 1247 2557 - Código de acceso: 201420
USAL - Universidad del Salvador		Curso de Extensión de posgrado : "La puericultura en los primeros 1000 días de vida". Coordinadora: Silvia Solá. Arancelada. Información e inscripción: difusionfacdemedicina@usal.edu.ar https://unso.edu.ar/puericultura.html

Convocatoria: Feria virtual abierta y solidaria de trabajos juveniles sobre la obra y el pensamiento de Paulo Freire en el siglo XXI

Fecha de cierre: 20 de septiembre

Paulo Freire fue una persona comprometida con el cambio y la transformación social. Su apuesta educativa se basa en la profunda capacidad humana de reinventarnos y crear inéditos viables. ¿Qué de su legado sigue vigente para pensar el presente hoy? ¿Cómo reinventamos a Freire desde los desafíos que vivimos? ¿Cómo impactan sus enseñanzas en el marco de la cultura digital?

Para responder a esas preguntas queremos centrarnos en los actores que se destacan en los procesos de transformación de Nuestra América: los jóvenes. Para ello, proponemos una convocatoria abierta y libre en el formato de una feria de trabajos juveniles, que consiste en crear un trabajo o producto digital basado en Paulo Freire.

Más allá de ser un espacio para mostrar el resultado de sus talentos, buscamos hacer extensiva una invitación para el encuentro, con motivo de la celebración del centenario de este reconocido pensador que promovió la educación popular en todas sus formas, desde los procesos colectivos, para aprender unidas y unidos.

La convocatoria se sustenta en no perseguir la lógica del concurso donde se seleccionan determinados ganadores que recibirán reconocimiento público, sino, más bien, que todas las propuestas recibidas sean reconocidas, apoyadas y difundidas. Entendemos que esta mirada, condice con la perspectiva freiriana en su más profundo sentido dialógico y equitativo.

Esta Convocatoria es promovida desde los Grupos de Trabajo CLACSO “Educación Popular y Pedagogías Críticas” y “Procesos y Metodologías Participativas” y cuenta con el apoyo técnico del Laboratorio de Programación Creativa Enflujo

Bases de la convocatoria e Inscripción en línea

Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP www.aasap.com.ar .

Correo electrónico de la AASAP: aasaludpublica@gmail.com

Estatutos de la AASAP: 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