

Comisión Directiva AASAP

Julio N. Bello	Presidente
Ana C. Pereiro	Vice Pdta
Silvia Necchi	Secretaria
Facundo Nahuel Christel	Tesorero
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 | Federalización de la secuenciación del SARS-CoV-2. Celina Abud |
| 3 | Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la Provincia de Salta - Argentina. UNFPA |
| 4 | Funciones esenciales de salud pública. Evento gratuito. OPS/OMS |
| 5 | La salud pública desaparecida. Rubén Torres |
| 6 | COP 26: cómo (y cómo no) abordar el cambio climático. CARI |
| 7 | Covid a largo plazo: Compromiso cardiovascular. IntraMed |
| 8 | Por qué el dinero público no debe destinarse a coches eléctricos, sino a la planificación urbana. ISGlobal |
| 9 | Noticias e Informaciones de interés para la salud pública |
| 10 | Beneficios por ser miembro de AASAP |
| 11 | Anuncios sobre próximas actividades académicas (las que llegan a la AASAP). |

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 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

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

FEDERALIZACION DE LA SECUENCIACION DEL SARS-CoV-2 Entrevista a la Dra. Mariana Viegas Por: Celina Abud



El consorcio, conocido popularmente por vigilar las variantes en tiempo real, secuencia genomas completos para realizar estudios evolutivos y determinar las rutas de ingreso del virus. Cuentan con 16 laboratorios en toda la Argentina.

Autor/a: Celina Abud Fuente: IntraMed

Secuenciar el genoma de un virus implica tener toda su información genética. Con esos datos se pueden realizar desde estudios evolutivos hasta determinar sus rutas de ingreso en un país o una región específica donde surge un brote. Si se lo vigila de forma constante, se pueden determinar mutaciones y linajes. Eso es lo que realiza

el Proyecto Argentino Interinstitucional de genómica de SARS-CoV-2,














conocido como **Proyecto PAIS**, en el que se buscó federalizar la secuenciación del coronavirus causante de la enfermedad COVID-19. Su coordinadora es la doctora en Bioquímica e investigadora del Conicet **Mariana Viegas**, quien fue convocada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCyT) para su armado, **siempre bajo la consigna de federalizar la secuenciación genómica del SARS-CoV-2**, con los recursos ya instalados en el país. De esta forma se aunaron fuerzas hasta formar una red para la vigilancia de este virus, que también pueda estar disponible ante la irrupción de otros patógenos causantes de brotes. Durante su entrevista con IntraMed, Viegas relató cómo evolucionó el Proyecto PAIS desde sus comienzos, sus expectativas a futuro y cómo ve el país hoy frente a la pandemia.

Aquí, los principales conceptos, en sus propias palabras:

- Hace tiempo lidero un grupo de genómica de virus respiratorios y, cuando en enero de 2020 vislumbramos que el coronavirus podía llegar, nos propusimos tener una estrategia lista para secuenciar su genoma con la tecnología que utilizábamos. Para marzo, que llegan los primeros casos a la Argentina, ya teníamos todo preparado. Probamos nuestra estrategia, que funcionó y para abril pudimos obtener los primeros 28 genomas importados y casos que mostraban circulación local. En paralelo, en el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación se arma la Unidad Coronavirus para hacerle frente a la pandemia y como nosotros contábamos con este recurso pedí que nos tuvieran en cuenta. Hasta que un día me llamaron del MINCyT porque querían armar y coordinar un consorcio de genómica del SARS-COV-2, pero bajo la premisa de que fuera federal, que la genómica no se centrara solo en CABA sino que se utilizaran plataformas ya instaladas en el país para dar una respuesta federal. En síntesis, nos pidieron que federalicemos la secuenciación del SARS-Cov-2.

- El consorcio tiene un nodo central, que es el Laboratorio de Virología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, que a la vez está en un laboratorio de diagnóstico, por lo cual conocemos todo el proceso que va desde la muestra clínica hasta la secuenciación y el análisis final de esos datos para interpretarlos. El nodo central coordina otros que son los de toma y procesamiento de muestras; los nodos de secuenciación; los nodos informáticos, que procesan los datos para dar los genomas. Después esos genomas consensos pasan al nodo de evolución, donde realizamos los estudios evolutivos, los árboles filogenéticos, clasificamos linajes y variantes a la par que analizamos cómo se introdujeron en el país, si por una sola persona en un caso índice o por introducciones múltiples. Todo lo comunicamos a epidemiólogos para terminar con nuestros informes.

- Arrancamos con el objetivo de secuenciar genomas completos y hacer estos estudios evolutivos. Después, en diciembre de 2020, cuando empezaron a aparecer las segundas olas en el mundo (y nosotros estábamos terminando la primera) emergen las famosas variantes de preocupación. Si bien el consorcio PAIS no es el Malbrán, los periodistas empezaban a preguntarnos si había llegado la variante Alfa. En ese momento nuestro objetivo no era ver en tiempo real qué estaba pasando,

sino que realizábamos estudios por períodos, como por ejemplo muestreos en dos meses de una determinada región. Pero con las variantes hubo necesidad de respuestas inmediatas. Fue entonces que nos adaptamos: a la par de nuestros estudios genómicos, el nodo central se propuso hacer también una secuenciación parcial de la proteína Spike, donde están las mutaciones de cada una de las variantes. Entonces usábamos la secuenciación masiva para los genomas y los estudios evolutivos y por otro, la parcial de una secuencia pequeña para saber si era o no una u otra variante. Y nos propusimos que el muestreo de vigilancia de variantes fuera en tiempo real. En algunas regiones, como el AMBA, la vigilancia es constante y en algunos otros lugares se hace un “estado de situación” en caso de un aumento de casos puntual de casos para ver si corresponde a una variante.

- Hoy el consorcio país cuenta con 16 laboratorios, tanto de secuenciación masiva y de variantes. La idea es conservar esta estructura, porque al SARS-CoV-2 hay que seguir vigilándolo y porque la idea del MinCyT era reforzar una red de genómica no solo de este virus sino de otros agentes patógenos para que, si hay un brote, no tengan que esperar los resultados de un centro de Buenos Aires.

EN otras partes del mundo la variante Delta se dispersó primero en la población no vacunada

- La variante que más preocupa en Argentina hoy es la Delta porque hay una mayor transmisibilidad. Empezó a verse más en CABA y luego en el AMBA. Pero lo importante es que hay que saber es que la variante Delta aumenta en proporción de los casos analizados (por ejemplo, del 100% de muestras analizadas, el 37% corresponde a la variante Delta). Pero eso no quiere decir que aumenten los casos, sino que aumenta Delta en proporción a la Gamma y a la Lambda. Es probable que suban los casos porque hemos empezado a salir, pero también avanza la vacunación. Además cabe aclarar que en otras partes del mundo la variante Delta se dispersó primero en la población no vacunada, como en los colegios en Israel o los grupos antivacunas en EE. UU. Y nuestro país, con la contención de viajes, tuvo la posibilidad de frenar esta variante a la par que avanzaba la vacunación. Las medidas, por más que hayan sido molestas, funcionaron.

- Se llegó a decir que la variante Delta no se había dispersado por sus competidoras locales Gamma y Lambda, pero yo no creo en esta hipótesis. No se puede sacar una conclusión de lo que pasó en Argentina porque acá hubo un programa de contención de Delta, una intención de que no ingresara, mientras que Gamma y Lambda, que circulaban en América Latina, ingresaban al país a través de múltiples introducciones. Si las condiciones de ingreso de Delta, Lambda y Gamma hubieran sido las mismas, podríamos haber sacado una conclusión. Recordemos que en nuestro país hubo un antecedente: en enero nos preocupamos de que no ingresara la variante Alfa, que produjo grandes brotes en Europa y EE. UU., pero que en el país se frenó. Mientras tanto no se prestó tanta atención a lo

que pasaba con Brasil, donde la Gamma se instaló luego de haber sido identificada por primera vez en Manaos.

***Dra. Mariana Viegas.** Doctora en Bioquímica. Investigadora del Conicet. Coordinadora del Consorcio interinstitucional para la Secuenciación del genoma y estudios genómicos de SARS-CoV2 (Proyecto PAIS) desde el Laboratorio de Virología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires.

UNFPA: PROMOCION DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EL FIN DE LAS VIONENCIAS EN LA PROVINCIA DE SALTA

UNFPA Argentina



UNFPA Argentina en Salta: por la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y el fin de las violencias

El equipo de UNFPA Argentina realizó un viaje a la provincia con el objetivo de fortalecer y continuar apoyando los proyectos que desarrolla la oficina.

En la provincia de Salta, UNFPA Argentina apoya diferentes proyectos para promover los derechos sexuales y reproductivos, y la prevención de las violencias de género. Parte del equipo de la oficina realizó un viaje a la provincia para continuar fortaleciendo estas iniciativas.



Uno de los proyectos se desarrolla en Santa Victoria Este, al norte de la provincia. Se trata de una iniciativa de formación, sensibilización y acción concreta en el territorio dirigida a mujeres integrantes de las comunidades indígenas y agentes estatales, incluyendo personal de salud. El objetivo es brindar talleres centrados en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y la prevención de las violencias por razones de género.

“Uno está metido en las comunidades y no llegan mucho las informaciones”, explica **Estela Torres**, una de las promotoras territoriales formadas. “Gracias al taller podemos llegar con este mensaje a chicas jóvenes, enseñarles cómo se pueden cuidar, por ejemplo, con el DIU, con las pastillas, o contarles acerca de enfermedades que nosotras no conocíamos”.



Rodrigo Cuba, Subsecretario de Desarrollo Humano de Cruz Roja Argentina, brindó más detalles: “Lo que hacemos es generar un equipo de promotoras de salud, de promotoras en derechos y, por otro lado, trabajamos la réplica de estas formaciones brindadas por las mismas promotoras a las comunidades, haciendo extensiva esta formación”, explicó.

Estos talleres fueron brindados por UNFPA Argentina, junto al gobierno de Salta y Cruz Roja Argentina, con el apoyo de la Iniciativa Spotlight. **Edgardo Sosa**, Gerente General del hospital de Santa Victoria Este, destacó la relevancia de estas formaciones para personal de salud. Para él, es necesario capacitar a los y las médicas en materia de acceso a anticonceptivos, cómo utilizarlos, y con el objetivo de derribar los mitos en torno a esta temática. Otro de los proyectos se desarrolla en la ciudad de Salta, en el Hospital Materno Infantil, uno de los dos centros de referencia del país. Con el apoyo de la Oficina de UNFPA en América Latina y el Caribe y el Ministerio de Salud de la Nación, el trabajo junto al equipo de salud de la institución sanitaria se enfocó en el fortalecimiento del acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, con foco en adolescentes.



Como agencia que implementa la Iniciativa Spotlight, una alianza entre la Unión Europea y Naciones Unidas por el fin de las violencias de género, el equipo de UNFPA Argentina también visitó el Hospital San Bernardo, donde conocieron el trabajo de la Oficina Hospitalaria de violencia contra la mujer. Asimismo, junto a las autoridades salteñas se realizó un balance de las acciones que se iniciaron y se evaluaron posibles proyectos a implementar en el marco de la segunda fase de la Iniciativa Spotlight.



“Estamos convencidas de que las comunidades y las personas sensibilizadas pueden transformar realidades. Y en este camino, seguimos trabajando con un fuerte foco en los territorios donde existen las brechas más grandes, para que mujeres, jóvenes y adolescentes puedan tomar decisiones libres e informadas y así ejercer su autonomía corporal. Es decir, que tengan el poder y la capacidad de decidir sobre sus cuerpos y su futuro, sin violencias ni coacciones”, concluyó **Mariana Isasi**, Jefa de Oficina de UNFPA Argentina.

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PUBLICA.

Evento Gratuito.

OPS/OMS

Estimados/as,

En nombre de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS) de la OPS/OMS, tenemos el gusto de invitarles a [registrarse aquí](#) y participar del quinto evento de la serie de seminarios virtuales sobre Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) que tendrá lugar el viernes **19 de noviembre del 2021 a las 10.00 horas (EST)**.

El seminario busca relevar las importantes experiencias de participación social en salud de la Región de las Américas, generar un espacio de reflexión y debatir sobre los nuevos desafíos que se presentan para la participación en el contexto actual e impulsar la participación social como elemento clave del fortalecimiento de las FESP, sumando organizaciones comunitarias y sociedad civil a este esfuerzo.

Durante el seminario ofreceremos traducción al español, inglés, portugués y al Sistema de Signos Internacional. Adjuntamos información; y les agradecemos desde ya toda difusión que puedan hacer de esta actividad entre sus colegas y redes profesionales y académicas. En el siguiente enlace encontrarán [información sobre la serie](#) y los materiales, grabación y reporte de los anteriores seminarios virtuales.

Ante cualquier inquietud, por favor comuníquese con el Dr. Ernesto Bascolo a bascoloe@paho.org o con la Sra. Natalia Houghton a houghtonn@paho.org.

 [Regístrese aquí](#)

LA SALUD PUBLICA DESAPARECIDA

Rubén Torres

Verdaderas columnas de males colectivos están avanzando sobre la población. ¿Cómo se combatieron? De manera totalmente irracional. A cada médico le dieron su ciencia y su título, y él fue solo a buscar los enfermos o los enfermos fueron a buscarlo a él para que los curara en trabajo individual. Es lo mismo que si el país se preparara para una invasión y llamáramos a cada ciudadano y le dijéramos: vea, cuando vengan los vamos a parar. Es probable que no paráramos a nadie. La lucha contra el mal colectivo hay que hacerla con un ejército colectivo. Salud pública es ese ejército que ha de combatir colectivamente a los males colectivos". J. D. Perón, ante un auditorio médico, julio de 1943.

Cuando en Europa aparecían múltiples denuncias sobre la deficiente situación sanitaria de la población asalariada, Alemania, cuna de un pensamiento que asignaba al Estado responsabilidad central en el progreso sanitario, tuvo en el creador de la patología celular, Rudolph Virchow, un apasionado promotor de la idea de la medicina como ciencia social, aseverando que la política no era otra cosa que medicina en gran escala.

Desde entonces, nuestro país ha tenido referentes a nivel local e internacional de ese pensamiento; como Emilio Coni, quién cuando Adolfo Alsina le encargó dirigir la Asistencia Pública, entendió que debía agregar una repartición encargada de la protección de la salud colectiva; Salvador Mazza, profesor de bacteriología tras Carlos Malbrán; Carlos A. Alvarado, infatigable luchador contra la malaria, son algunas de las figuras que contribuyeron a la construcción de un prestigio inmenso en la salud pública, hasta que en 1941 se creó en Santa Fe el primer ministerio argentino con la denominación de Ministerio de Salud Pública y Trabajo, y finalmente el 23 de abril de 1946, se asignó a la Dirección Nacional, la categoría de Secretaría de Estado dependiente de Presidencia, con jerarquía de Ministro, para su primer titular, el Dr. Ramón Carrillo.

Muchos años después, sabemos qué médicos tratan del corazón y cuáles lo operan, pero habitualmente desconocemos a quienes se ocupan de procurar que la salud del conjunto de la población sea mejor. Esos profesionales muestran como el exceso de contaminación atmosférica en áreas metropolitanas causa miles de muertes al año e identifican qué políticas podrían evitar el desastre. Evalúan y aseguran que los productos químicos que usamos no nos causan perjuicios y vigilan la aparición de enfermedades contagiosas, para establecer las medidas preventivas. Planifican la administración de vacunas, hacen que se alcancen coberturas muy altas y aplican intervenciones de promoción de salud para disminuir la frecuencia de obesidad en la población, o evalúan la efectividad de una acción preventiva como la detección precoz de cáncer de mama, que sólo puede juzgarse en poblaciones, viendo lo que ocurre con miles de mujeres, y las perfeccionan para recomendarlas cuando los beneficios superan los perjuicios. Deben dominar complejas y diversas competencias y debería preocuparnos que las dominasen muy bien, pues cuando sufrimos una enfermedad respiratoria, la causa puede ser la exposición pasiva al tabaco o cuando enfermamos de cáncer por un contaminante ambiental, su trabajo acertado podría haberlo evitado. Si los fallecimientos de una enfermedad se muestran caso a caso como por ejemplo se ha estado haciendo con la pandemia de Covid-19 nos impresiona y alarma, pero saber que cada día se mueren decenas de personas por contaminación, accidentes viales o exposición pasiva al tabaco nos pasa desapercibido, nos llama menos la atención.

Lo paradójico, es que mucha tragedia y sufrimiento es evitable si se adoptan adecuadas políticas de salud pública en cuya aplicación trabajan profesionales, cuya pericia nos debería importar, a pesar de que resultan poco menos que invisibles para nuestro sistema de salud. Tan invisibles o imperceptibles como esas muertes y enfermedades evitables. Hace muchos

años cuando la formación en salud pública era escasa y dispersa, ya nuestro país tenía iniciativas que contribuían a la formación y el interés por ella, y una brillante escuela se forjó con esfuerzos desinteresados y compartidos, reunió a personas, en un afán de innovar y mejorar la práctica de los que trabajan cuidando a toda la población. Nuestros sanitarios son poco reconocidos, especial y llamativamente cuando debe elegirse el ministro de salud.

Es difícil agradecer por sucesos no ocurridos (cuando el trabajo perseverante logra que una población mejore su salud esta no lo sabrá); como todas las políticas cuyos resultados son tangibles a largo plazo en ellas se demuestra la calidad de la fibra democrática de una sociedad, y encarna ese compromiso democrático y cívico de trabajo compartido y perseverante por la mejora del bienestar de la comunidad. Aun teniendo en cuenta que salud pública es un término muy amplio e implica arte, ciencia, conocimiento y acciones podría estar en riesgo de desaparición y que haya una correlación con determinadas ideologías políticas, pero no se nos ocurriría dejar de operar, aunque pudimos borrar la salud pública como algo accesorio. Sobre todo, esa que va más allá de las vacunas y los cribados. Pero cuidado, y esta es una reflexión para aquellos que queremos mantener la visibilidad de la salud pública: puede que tengamos que ser más audaces a la hora de operativizarla. Al menos insisto, esa que está más allá de determinados programas ya muy bien institucionalizados.

Hacer buena salud pública también va más allá de mantener cargos e instituciones con esta palabra. Por ello y para evitar su desaparición es necesario generar entornos favorables donde puedan mantenerse ideas, discusiones y realizar intervenciones en su abogacía y defensa. Y esto tiene que ver con el poder real que no tiene ni ha tenido la salud pública en nuestro contexto en los últimos años. Se ha realizado por parte de casi todos un silencio épico e inquietante sobre la situación de la salud pública. El análisis de las causas es complejo, pero está muy bien pararnos y pensar el porqué, se pueden paralizar estructuras y programas de eficacia probada en salud pública, pero no se deja de escribir sobre medicina personalizada, innovaciones tecnológicas en la era de la cronicidad, o de poco impacto en la salud colectiva de las poblaciones y sobre todo de las personas más desfavorecidas. Le doy bastante importancia a los símbolos y nuestros organismos de salud pública, son elementos simbólicos imprescindibles. Tenemos proyectos y programas, personas y equipos, para seguir avanzando juntos hacia una nueva salud pública. Una de las preguntas claves que tendremos que hacernos no será qué ha hecho por la pandemia la salud pública en el último año, sino qué hemos hecho por la salud pública en los últimos treinta años. “

COP 26: ¿COMO (Y COMO NO) ABORDAR EL CAMBIO CLIMATICO? CARI

“Tackle Climate Change” es el lema y objetivo de la tan esperada Conferencia sobre Cambio Climático (COP 26) que se está llevando a cabo en la ciudad escocesa de Glasgow, Reino Unido. Debido a la preocupación por este fenómeno, la conferencia de la ONU está recibiendo la atención global. Importantes avances se han realizado entre los mayores productores de carbón: más de 40 naciones han acordado reducir el uso de energía a base de carbón, en miras de cumplir la meta de 1,5 C. Lamentablemente, los mayores consumidores todavía no se han adherido al acuerdo (The Guardian).

En materia de inversiones, la coalición internacional Glasgow Financial Alliance for Net Zero (GFANZ) ha mostrado gran entusiasmo (The Economist). En vistas al objetivo de la descarbonización y la meta de cero emisiones para 2050, la GFANZ ofrece un foro para firmas financieras que busquen colaborar con políticas sustantivas que aseguren el alineamiento a dicho objetivo (GFANZ Progress Report). Sin embargo, perspectivas más críticas temen que los gobiernos decidan apoyar la causa climática esperando que otros resuelvan la crisis pagando la cuenta (Project Syndicate).

“Green Colonialism” es como algunos autores han denominado a esta postura de los países más ricos en la lucha contra el cambio climático. Noruega, el segundo proveedor de gas más grande de Europa después de Rusia, ha estado presionando al Banco Mundial para que detenga toda la financiación de proyectos de gas natural en África y en otros lugares a partir de 2025. Sin embargo, el país nórdico también ha acordado un aumento de las exportaciones de gas natural en 2 mil millones de metros cúbicos para aliviar la escasez de energía del continente europeo (Foreign Policy). Según Vijaya Ramachandran, la idea de que los países menos desarrollados utilicen hidrógeno verde, posiblemente la tecnología energética más compleja y cara que existe, y construyan “smart micro-grid networks” en unos pocos años a la escala requerida es absurda.

Por este motivo, sostiene que los países desarrollados -como Noruega-, que afirman estar comprometidos con un desarrollo equitativo y sostenible, deberían realizar grandes inversiones en tecnología e infraestructura limpias para apoyar a los países en desarrollo. Ramachandran concluye afirmando que perseguir las ambiciones climáticas a expensas de los países más pobres no solo es hipócrita, sino también injusto

COVID A LARGO PLAZO: COMPROMISO CARDIOVASCULAR

IntraMed

Alessandro Di Toro et al. Eur Heart J Suppl.2021 doi:10.1093

Introducción

Aunque el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) causa una enfermedad respiratoria aguda, numerosos pacientes que se recuperaron de COVID-19 experimentan posteriormente una constelación de síntomas y eventos heterogéneos tardíos que duran más de 3 meses después del inicio de la enfermedad aguda. infección.

Luego de un movimiento inicial en las redes sociales desencadenado por los pacientes, la comunidad médico-científica reconoció, en el espectro de síntomas y manifestaciones tardías, un posible vínculo con el COVID-19. La condición se denominó LONG-COVID o POST-COVID. Estos términos se introdujeron para proporcionar una nosología común adecuada para codificar todos los síntomas y la evidencia clínica de la participación de órganos / sistemas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que "algunas personas que han tenido COVID-19, independientemente de haber sido hospitalizadas, continúan experimentando síntomas, como fatiga, síntomas cardiovasculares, respiratorios y neurológicos". La OMS especificó el uso del término POST-COVID de la siguiente manera: 'la necesidad de desambiguación entre enfermedad aguda, efectos tardíos o curso prolongado llevó a la formulación neutra de Post-COVID'. La última actualización de la OMS ahora incluye un nuevo código ICD para la condición post-COVID-19 (condición específica UO9 +).

Epidemiología

Los primeros estudios incluyeron solo a pacientes que habían sido hospitalizados con COVID-19 agudo. Los porcentajes de COVID prolongado en los supervivientes oscilaron entre el 30% y el 80%; los pacientes informaron al menos un síntoma que duró varios meses después de la resolución de la fase aguda de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con COVID-19 no necesitaron hospitalización.

Por lo tanto, una estimación global solo puede depender de un seguimiento sistemático de los pacientes que han dado positivo por el virus o han demostrado serología positiva. La prevalencia esperada de síntomas posteriores a COVID es de alrededor de **un tercio** de los casos de toda la población de COVID-19. La carga es tal que ha llevado a la activación de

clínicas ambulatorias Long-COVID en todos los países afectados por la pandemia.

Síntomas

Las manifestaciones clínicas heterogéneas incluyen tanto los síntomas constitucionales como fatiga, dificultad o pérdida de atención y alteraciones de la memoria, como los síntomas y eventos relacionados con órganos / sistemas que involucran inmunológicos, respiratorios, cardiovasculares, neurológicos centrales y periféricos, musculares, hematológicos, gastrointestinales, sistemas renal / urinario, endocrino y cardiometabólico.

Generalmente, el diagnóstico de síndrome de COVID prolongado o post-COVID se realiza en presencia de uno o más síntomas comúnmente descritos por los pacientes como un deterioro sin precedentes del estado psicofísico individual. En este contexto, la afectación cardiovascular requiere la identificación de biomarcadores medibles con especificidad diagnóstica.

Síntomas de larga duración

El COVID prolongado se diagnostica al menos 12 semanas después del inicio del COVID-19.

Los síntomas pueden representar un continuo con los de la fase aguda, lo que sugiere la persistencia de los síntomas; aún no se ha establecido si existe un COVID prolongado "crónico". El Long COVID tiene un comienzo pero no un final preciso. Los estudios más recientes ahora informan datos de prevalencia un año después del inicio de la infección: " en el mes 12, solo el 22,9% de los pacientes están completamente libres de síntomas ".

Mantener el seguimiento es fundamental para definir los límites temporales y, en particular, el final de los síntomas. Los síntomas individuales pueden durar intervalos de tiempo variables, algunos de ellos retroceden y otros persisten por más tiempo.

Por ejemplo, los síntomas **neurocognitivos** prolongados de COVID pueden persistir al menos durante 1 año después de la aparición de los síntomas de COVID-19. La larga duración de la recuperación parece estar relacionada con una alta gravedad, pero también se ha informado independientemente de la gravedad de la fase aguda, la hospitalización y el ingreso a las unidades de cuidados intensivos.

¿Quién desarrolla COVID prolongado?

El COVID prolongado parece ser más común en **mujeres** que en hombres, pero esto podría reflejar una mayor gravedad del COVID-19 en los hombres, quienes demostraron mayores tasas de hospitalización y riesgo de mortalidad. Por tanto, las estimaciones relativas a Long COVID no reflejan la

epidemiología de COVID-19, sino solo la relativa a los supervivientes de COVID-19 y excluyen el elevado número de pacientes fallecidos, principalmente varones, de edad avanzada.

La distribución por edad en Long COVID debe leerse desde la perspectiva de los sobrevivientes de la fase aguda: esta condición es de hecho prevalente en personas de mediana edad. Por un lado, COVID-19 es menos frecuente en personas más jóvenes, por otro, han fallecido muchas personas mayores.

Se pueden distinguir dos grupos principales: (i) pacientes **con comorbilidades** preexistentes, cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, gastrointestinales, nefrológicas, endocrinas, etc. (ii) pacientes **sin comorbilidades** conocidas antes de COVID 19.

El análisis de la relación entre la fase aguda, la necesidad de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI), las salas fuera de la UCI versus la no hospitalización, demuestra que el COVID prolongado puede ocurrir independientemente de la fragilidad o las morbilidades preexistentes.

Afectación cardiovascular: síntomas

Palpitaciones

Los pacientes potencialmente afectados por Long COVID suelen quejarse de palpitaciones; pueden corresponder a taquicardias sinusales simples o arritmias supraventriculares o ventriculares. Estas manifestaciones no tienen especificidad diagnóstica, pero deben ser consideradas cuidadosamente ya que son una causa frecuente de solicitudes de asistencia médica. Sin embargo, los cambios electrocardiográficos de novo, ausentes antes del COVID-19, e incluso ausentes en el momento de la recuperación, rara vez se describen. De hecho, estos cambios deben considerarse de novo solo cuando se dispone de un electrocardiograma (ECG) pre-COVID basal.

Dolor precordial

El dolor de pecho es otro síntoma del que comúnmente se quejan los pacientes con COVID prolongado. Estos dolores a menudo no corresponden a hallazgos instrumentales útiles para una interpretación correcta.

Síndrome de taquicardia postural

Cuando la taquicardia ortostática excesiva y los síntomas de intolerancia ortostática durante al menos 3 meses son parte del síndrome COVID prolongado, pueden conducir a un diagnóstico de **síndrome de taquicardia postural** post-COVID-19 (POTS). El diagnóstico se realiza en presencia de un aumento de > 30 lpm en adultos (> 40 lpm en pacientes de 12 a 19 años) dentro de los 10 min de asumir la posición erguida en ausencia de hipotensión ortostática con síntomas asociados de intolerancia ortostática.

Varios informes de casos han descrito recientemente pacientes que desarrollaron POTS después de la infección por SARS-CoV-2.

Afectación cardiovascular: hallazgos y eventos

Insuficiencia cardíaca

Aunque muchos artículos de revisión incluyen la insuficiencia cardíaca (IC) entre las posibles manifestaciones clínicas del síndrome Long COVID, los estudios que han documentado la aparición de IC de novo en pacientes recuperados de COVID-19 son raros. En la mayoría de los estudios, se informan datos sobre pacientes con IC **preexistente** que posiblemente empeoren después de COVID-19 junto con los pocos casos de IC de novo. Esto limita la capacidad de identificar aquellos casos en los que la IC es de hecho una manifestación clínica del COVID prolongado.

Las manifestaciones tromboticas venosas

Los eventos tromboembólicos registrados en Long COVID dentro del primer año después de recuperarse de un COVID-19 agudo incluyen trombosis venosa profunda (2.4%) y tromboembolismo pulmonar (1.7%). Se ha propuesto una estrategia de seguimiento para evaluar la carga del riesgo residual, la lesión de vasos pequeños y las posibles secuelas hemodinámicas observando el estado de la perfusión pulmonar.

Trombosis arterial

La trombosis arterial en sujetos sin patología vascular conocida se describe a menudo como ocasional en informes de casos o series clínicas pequeñas. Además de las arterias coronarias, con manifestaciones de síndromes coronarios agudos en sujetos de bajo riesgo y sin arteriopatía coronaria significativa en la angiografía, se siguen describiendo episodios tromboticos / tromboembólicos inexplicables a nivel periférico / cerebral / esplácnico. La gravedad de la infección aguda, la necesidad de hospitalización en UCI o fuera de UCI, así como el manejo de infecciones en el entorno no hospitalizado, no se correlacionan con estas trombosis de novo .

Arritmias de novo

Aunque es difícil establecer el momento del inicio de los episodios arrítmicos, se han informado arritmias supraventriculares y ventriculares junto con alteraciones de la conducción entre las posibles manifestaciones del COVID prolongado.

Miocarditis, pericarditis, miopericarditis

La miocarditis es un tema debatido tanto en COVID-19 como en COVID largo principalmente debido a que el diagnóstico no está completo y, por lo tanto, a la falta de certeza, en particular a la evidencia patológica. En varios estudios,

el diagnóstico de miocarditis se basa en los niveles de **hipertroponinemia** aislada o en la combinación de hipertroponinemia y signos de edema de miocardio en la RMC. Sería correcto describir la hipertroponinemia y / o edema persistentes, **sin forzar** su interpretación en miocarditis.

Condiciones cardiometabólicas

La diabetes, tanto de tipo 1 como de tipo 2, se asocia con COVID-19 grave y COVID prolongado. Las intervenciones para atacar múltiples factores de riesgo, combinadas con el uso de nuevos agentes hipoglucemiantes que mejoran la función metabólica y los procesos clave que se ven afectados por el COVID-19, deberían ser las opciones terapéuticas preferidas para el tratamiento de las personas con COVID prolongado.

Marcadores y hallazgos medibles

El diagnóstico de COVID prolongado requiere un cambio de paradigma en la aptitud del médico para aceptar solo informes descriptivos para el diagnóstico; los datos de epidemiología clínica basados en gran parte en la narrativa de los síntomas muestran porcentajes tan altos que la condición se percibe como una "patología" real, a la que la OMS ha asignado el reconocimiento formal en el código ICD10 UO9. Sin embargo, este código rara vez se utiliza en la práctica clínica, lo que limita su posible papel en los estudios epidemiológicos. Además, muchos países todavía están adoptando el sistema ICD-9. Cabe destacar dos importantes aportaciones diagnósticas: los biomarcadores y la evidencia instrumental y de imagen, de especial utilidad si es posible demostrar su ausencia en la fase pre-COVID.

Los **biomarcadores** probados con más frecuencia son los relacionados con (i) **inflamación sistémica** como, por ejemplo, proteína C reactiva, recuentos de neutrófilos, linfocitos y plaquetas; (ii) **activación inmunológica** tal como la dosis de citocinas [típicamente interleucina (IL) 6]; (iii) **marcadores de hipercoagulabilidad**, tales como niveles de fibrinógeno, dímero D o pruebas funcionales de hiperactividad plaquetaria; (iv) **daño a los miocitos**, como los niveles plasmáticos de troponina I de alta sensibilidad; (v) **estrés / carga miocárdica** como péptidos natriuréticos. Menos frecuente es la dosificación de alarminas (HMGB1; HSP; IL-1 α ; IL-33; LL-37; S100; defensinas), investigadas tanto en la fase aguda como en Long COVID. 20

La evidencia instrumental de daño persistente y no preexistente es difícil de demostrar porque debe basarse en la ausencia del hallazgo en la fase pre-COVID. Sin embargo, los estudios de imágenes, incluida la **resonancia magnética cardíaca**, están en aumento y brindan información que es insuficiente para asignar los hallazgos a Long COVID con certeza. Entre los grupos seropositivos y seronegativos, puede no haber diferencias en la estructura cardíaca (volúmenes del ventrículo izquierdo, masa, área auricular), función (fracción de eyección, acortamiento longitudinal global, distensibilidad aórtica), caracterización tisular (T1, T2, mapeo de fracción de volumen extracelular, realce tardío de gadolinio).

Hipótesis patogenéticas

Se desconoce la patogenia de Long COVID. La amplia heterogeneidad de los síntomas sugiere que se trata de un trastorno multisistémico. La hipótesis de un papel directo del virus y su posible persistencia debe ser considerada cuidadosamente, también porque no hay evidencia directa de persistencia viral con propiedades de replicación. Por el contrario, existe la posibilidad de que fragmentos del genoma viral o antígenos virales, sin capacidad infecciosa, persistan en el tiempo.

Un estudio muy reciente reporta la posibilidad de que el genoma viral sea *retro-transcrito* e integrado en el ADN, convirtiéndose así en un impulsor y fuente de la síntesis de ARN y antígenos de origen viral. Por un lado, los autores sugieren plausiblemente que este fenómeno es la base de pruebas positivas persistentes en pacientes recuperados de COVID-19 22; por otro lado, estas moléculas pueden mantener activa la cascada inmuno-inflamatoria-procoagulante, explicando potencialmente, por ejemplo, los eventos trombóticos tardíos.

La hipótesis inmunológica / inmunomediada también podría estar relacionada con esta posibilidad. Esta hipótesis está respaldada tanto por los mecanismos patogénicos de COVID-19, con la **tormenta de citocinas** inducida por la reacción inflamatoria-inmune a la infección, como por los primeros estudios que informaron un aumento de autoanticuerpos, por ejemplo, elevaciones de títulos de ANA, 9que sin embargo no tienen especificidad diagnóstica.

Un frente de investigación común seguido por varios equipos explora la persistencia tanto del genoma / péptidos virales como de la inflamación, evaluando la posibilidad de que, entre los factores inmunomoduladores / citocinas, sustancias con efectos neuromoduladores puedan estar en la base de síntomas neurológicos comunes en estos pacientes. Sin embargo, la heterogeneidad de los síntomas, en particular las dificultades de salud mental, la ansiedad, las crisis de pánico y las alteraciones cognitivas y de la memoria, debe dejar abierta la posibilidad de perseguir objetivos de investigación distintos de los más plausibles.

Tratamiento

El tratamiento de pacientes cuyo diagnóstico se basa únicamente en síntomas refleja la falta de marcadores medibles de la enfermedad, lo que hace que el tratamiento sea empírico y orientado al único fin de controlar los síntomas subjetivos.

Aunque las pruebas bioquímicas o las evaluaciones instrumentales no invasivas se realizan con regularidad, es posible que no haya una contribución diagnóstica de biomarcadores o datos instrumentales que demuestren daño en órganos o tejidos. Viceversa, cuando los síntomas se

asocian con evidencia de daño orgánico [aumento de los niveles de biomarcadores (p. Ej., Daño de miocitos) o cambios en el ECG, hallazgos de imagen o eventos agudos], los tratamientos se guían por los fenotipos clínicos.

Impacto

El impacto global de Long COVID no puede ser ignorado: se refiere al desempeño psicofísico individual, las esferas social, productiva y económica en el contexto médico, financiero y laboral. La pérdida de eficiencia en el trabajo, la necesidad de apoyo médico, la demanda de diagnóstico hacen que esta condición sea digna de una nueva visión de las inversiones en el sector salud, orientadas también a contener las consecuencias sociales del brote y gestionar la salud ocupacional.

De hecho, la pandemia de SARS-CoV-2 desvió la atención del regreso al trabajo después de problemas de salud para reanudar el trabajo durante un brote, lidiar con el encierro y tener especialmente en cuenta a los trabajadores con vulnerabilidades.

Conclusiones

Long COVID es una entidad aún no completamente comprendida que comprende una constelación de síntomas heterogéneos de etiología incierta y causalidad directa incierta de la infección por SARS-CoV-2. La mayor parte de esta incertidumbre es atribuible a los datos en gran parte retrospectivos publicados hasta la fecha.

La recopilación sistemática y prospectiva de datos de seguimiento clínico, facilitada por la apertura de clínicas ambulatorias post-COVID, junto con una comparación precisa de las características clínicas de los pacientes antes y después del SARS-CoV-2, puede ayudar a corroborar su coherencia. Además, para alcanzar el objetivo terapéutico, aún quedan por responder muchas preguntas sobre los mecanismos patogénicos del SARS-CoV-2.

CUMBRE DEL CLIMA COP 26: POR QUE EL DINERO PUBLICO NO SE DEBERIA DESTINAR A LOS COCHES ELECTRICOS, SINO A LA PLANIFICACION URBANA

ISGlobal - Instituto de Salud Global de Barcelona



Las inversiones de los gobiernos, las subvenciones y las desgravaciones fiscales no se deberían destinar a los **coches eléctricos**, sino a una **mejor planificación de las ciudades**, a **nuevos modelos urbanos** para afrontar la crisis climática de forma más equitativa, y a una mejora de los entornos urbanos y la salud de la ciudadanía. A pesar de que los coches eléctricos están siendo muy promovidos para luchar contra el cambio climático, estos vehículos siguen generando emisiones de CO₂. Estas emisiones son menores, la mayoría **provienen de su fabricación** y dependen de la **energía** que se haya utilizado para generar su electricidad. Es cierto que, en comparación con los coches de combustible fósil, los eléctricos tienen diversas ventajas: emiten menos

contaminación atmosférica local (pero siguen teniendo emisiones que no son del tubo de escape), y causan menos ruido (excepto el de los neumáticos).

A pesar de que los coches eléctricos están siendo muy promovidos para luchar contra el cambio climático, estos vehículos siguen generando emisiones de CO₂

Es importante destacar que **un coche eléctrico sigue siendo un coche** y utiliza tanto espacio público como un coche de combustible fósil, espacio que podría utilizarse de forma mejor y más saludable. En la actualidad, los coches utilizan una cantidad desproporcionada de espacio público que provoca **efectos de isla de calor** y que podría aprovecharse mucho mejor. En Barcelona, aunque solo uno de cada cuatro desplazamientos se hace en coche, **los vehículos a motor ocupan el 60% del espacio público**. Además, los atascos ya han vuelto después de la pandemia del COVID-19. Es evidente que tenemos demasiados coches en la carretera. Además, los conductores de automóviles realizan menos actividad física en comparación con los demás usuarios del modo de transporte y causan accidentes y muertes de tráfico.

Años de excesiva inversión en infraestructuras de transporte motorizado privado y de escasa inversión en infraestructuras activas y públicas han conducido a la **dependencia del coche**. El acceso a transporte público ha disminuido en muchas zonas, sobre todo en las periurbanas y rurales, y se ha invertido demasiado poco en, por ejemplo, infraestructuras para el uso de

la bicicleta, a fin de poder ofrecer a la ciudadanía alternativas de desplazamiento seguras y adecuadas.

Un coche eléctrico sigue siendo un coche y utiliza tanto espacio público como un coche de combustible fósil, espacio que podría utilizarse de forma mejor y más saludable

Al ser una **industria** privada, está abierta a la competencia y a las fuerzas del mercado y, a la vez, está regulada por el gobierno. La industria del automóvil se mantiene a flote gracias a las **grandes inversiones del gobierno**, las subvenciones y las exenciones fiscales en combustibles fósiles, las inversiones en carreteras y las instalaciones de fabricación. La industria del automóvil proporciona muchos puestos de trabajo altamente cualificados, pero estos puestos han ido disminuyendo debido a la automatización y se reducirán aún más y beneficiarán a menos personas. **Es hora de invertir en alternativas**. Los gobiernos deben invertir en sistemas y servicios públicos que beneficien a más personas y promuevan la salud.

Es hora de invertir en lo que queremos tener, no en lo que creemos que tendremos. Los planificadores del transporte suelen predecir un mayor uso del automóvil y, por tanto, justifican la construcción de más carreteras. Sin embargo, se utilizan modelos anticuados para predecir la demanda y tienden a sobrestimar los beneficios y subestimar los costes. Seguro que **si se proporciona más espacio (público) para los coches, habrá más coches**. Las calles de las ciudades parecen aparcamientos (los coches están aparcados el 96% de su tiempo). Se trata de un espacio urbano que puede aprovecharse mejor, como los **espacios verdes** que son importantes para la salud. Dado el limitado espacio público urbano y la alta densidad de tráfico, con demasiada frecuencia parece que hemos diseñado nuestras ciudades para los coches y no para las personas.

Una gran parte de la población está excluida de la posibilidad de conducir un coche debido a la edad (infancia y personas mayores), la situación económica o a alguna incapacidad, y depende en gran medida del **transporte público**, que acostumbra a ser más lento y menos cómodo debido a la falta de inversión. Los propietarios de coches y los que se desplazan al trabajo acostumbran a tener más recursos económicos y pueden permitirse un viaje más rápido y cómodo.

Tenemos que **reducir nuestra dependencia del coche** y proporcionar infraestructuras y servicios que beneficien a todas las personas y que promuevan la salud, como el transporte público y activo. Demasiadas personas son obesas, enferman o mueren porque no realizan suficiente actividad física, están expuestas a la contaminación atmosférica y al ruido del tráfico o no disponen de suficientes espacios verdes. Las inversiones gubernamentales, incluidas las subvenciones a los coches eléctricos, son malas para la salud. El dinero debería invertirse en alternativas mucho más saludables que proporcionen movilidad a todas y todos.

Tenemos que reducir nuestra dependencia del coche y proporcionar infraestructuras y servicios que beneficien a todas las personas y que promuevan la salud, como el transporte público y activo

Es hora de invertir y comprometerse con una planificación urbana y del transporte que sea para las personas y no para los coches, y que no sea perjudicial para la salud, sino que la promueva. Por lo tanto, **es hora de replantear nuestra planificación urbana y de transporte centrada en el coche**. No más asfalto, sino menos. Necesitamos desarrollos suficientemente densos con un uso del suelo diverso que permita el transporte público y activo y distancias de viaje más cortas. Necesitamos implantar **modelos urbanos** como las "supermanzanas" de Barcelona, la ciudad de 15 minutos de París o la ciudad sin coches de Hamburgo, que priorizan el transporte activo y público sobre los desplazamientos en coche y utilizan el espacio público para zonas verdes y no para coches. Un **aire más limpio**, más **espacios verdes** y **más bicicletas** en las ciudades europeas podrían evitar cientos de miles de muertes prematuras cada año en Europa.

Estos modelos urbanos **requieren inversiones** masivas del gobierno, pero darán como resultado ciudades con menos tráfico motorizado, contaminación del aire y ruido, emisiones de CO₂ y efectos de isla de calor; más espacios verdes y actividad física; y promoverán una movilidad más equitativa e inclusiva. Esto contribuirá a reducir la dependencia del automóvil y ciudades neutrales en carbono, más habitables y saludables.

Para lograr esto, necesitamos tener **liderazgo político y enfoques sistémicos y de múltiples actores**. Necesitamos derribar los silos que existen actualmente y reunir, por ejemplo, a los planificadores urbanos y de transporte, los profesionales del medio ambiente y la salud pública, los sectores de la vivienda y la educación para que (re)diseñen nuestras ciudades. ¿Por qué los viajes diarios han de ser largos? ¿Por qué algunos niños y niñas necesitan ir a la escuela en coche? ¿Por qué no hay carriles bici seguros? ¿Por qué muchas personas tenemos que esperar en un semáforo para ver pasar solo a algunos coches?, o ¿por qué vemos tan poco verde en nuestras ciudades?

No hay que poner inversiones públicas en coches eléctricos, sino que hay que regularlos. La industria del automóvil puede cuidarse sola y producir automóviles más baratos y eficientes. Pero hay que invertir en las ciudades donde viven la mayoría de personas y hacer que nuestras ciudades sean más eficientes y saludables. **Necesitamos mejores ciudades para las personas, no para los automóviles, para hacer frente a la crisis climática.**

NOTICIAS E INFORMACIONES DE INTERES PARA LA SALUD PUBLICA

08/11/2021	<p>The Washington Post: El mandato de vacunación y pruebas de Biden es suspendido por jueces federales después de una demanda Un tribunal federal de apelaciones suspendió el nuevo requisito de vacunas de la administración Biden para las empresas privadas, lo que supuso un duro golpe para uno de los intentos emblemáticos de la Casa Blanca de aumentar el número de vacunas para acorralar la pandemia. La decisión fue emitida por un panel de tres jueces designados por presidentes republicanos en la Corte de Apelaciones del Quinto Circuito de Estados Unidos. Los jueces escribieron que había "motivos para creer que existen graves problemas estatutarios y constitucionales con el mandato", suspendiendo la orden mientras el tribunal la evalúa con mayor profundidad. (Rosenberg, 6/11)</p>
08/11/20221	<p>The Washington Post: miles de trabajadores federales buscan exenciones religiosas para evitar las vacunas contra el coronavirus. Las agencias federales aún tienen que actuar sobre las solicitudes que se acumulan en las bandejas de entrada de los gerentes de los que se resisten a las vacunas en busca de adaptaciones que les permitan continuar sus trabajos sin vacunar en lugar de enfrentar la posibilidad de ser despedidos como la administración ha amenazado. Un número mucho menor de empleados ha solicitado exenciones por motivos médicos, dijeron los funcionarios, lo que provocó lo que probablemente sean decisiones más claras sobre si se otorgan. El número de objetores religiosos varía desde un poco más de 60 personas en el Departamento de Educación hasta muchos miles entre la fuerza laboral de 38,000 personas en la Oficina de Prisiones, según funcionarios del sindicato de empleados federales. (Rein, Duncan y Horton, 7 de noviembre)</p>
08/11/2021	<p>AP: EE. UU. Levanta la prohibición de viajar por la pandemia y abre las puertas a los visitantes Estados Unidos levantó el lunes las restricciones a los viajes desde una larga lista de países, incluidos México, Canadá y la mayor parte de Europa, lo que permitió a los turistas hacer viajes muy retrasados y a los miembros de la familia volver a conectarse con sus seres queridos después de más de un año y medio de diferencia debido a la pandemia. A partir del lunes, EE. UU. Está aceptando viajeros completamente vacunados en aeropuertos y fronteras terrestres, eliminando una restricción de COVID-19 que se remonta a la administración Trump. Las nuevas reglas permiten viajar en avión desde países previamente restringidos siempre que el viajero tenga prueba de vacunación y una prueba de COVID-19 negativa. Los viajes por tierra desde México y Canadá requerirán prueba de vacunación, pero no prueba. (Loller, 8/11)</p>

08/11/2021	Reuters: Los casos mundiales de COVID-19 alcanzan los 250 millones, las infecciones en Europa del Este alcanzan niveles récord Los casos globales de COVID-19 superaron los 250 millones el lunes, ya que algunos países de Europa del Este experimentan brotes récord, incluso cuando el aumento de la variante Delta disminuye y muchos países reanudan el comercio y el turismo. El número medio diario de casos ha caído un 36% en los últimos tres meses, según un análisis de Reuters, pero el virus sigue infectando a 50 millones de personas cada 90 días debido a la variante Delta altamente transmisible. Por el contrario, tomó casi un año registrar los primeros 50 millones de casos de COVID-19. (Abraham y Biswas, 8/11)
08/11/2021	AP: Nuevas infecciones alcanzan un récord mientras persiste la ola de COVID-19 en Rusia Los casos de COVID-19 en Rusia alcanzaron otro récord de un día mientras el país lucha por contener una ola de infecciones y muertes que ha persistido durante más de un mes. El grupo de trabajo nacional de coronavirus informó el sábado 41,335 nuevos casos desde el día anterior, superando el récord diario anterior de 40,993 del 31 de octubre. El grupo de trabajo dijo que murieron 1,188 personas con COVID-19, solo siete menos que el registro diario de muertes reportado el jueves. . (6/11)
08/11/2021	RÍO DE JANEIRO – Aumentaron las víctimas de quemaduras graves en Brasil, algunas fatales. Sin dinero para comprar el gas de cocina, cuyo precio subió 30 por ciento este año, muchas familias pobres recurren al etanol y se lastiman en accidentes domésticos. Un grupo más numeroso de empobrecidos brasileños retrocedió a la leña, menos explosiva [...]
08/11/2021	WASHINGTON – El Banco Mundial y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) anunciaron este viernes 5 que trabajarán de manera conjunta para activar planes y estrategias contra el cambio climático y para proteger la biodiversidad en América Latina y el Caribe. El cambio climático “exige acciones inmediatas centradas en mitigar sus efectos potencialmente [...]



LA ONU APOYA A CUBA EN SU LUCHA CONTRA EL COVID-19 Y LA RECUPERACION ECONOMICA

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=4608573290&e=2215a9f6bf>

En un contexto marcado por la escasez de financiación y el incremento en el mercado internacional del costo de los insumos, Cuba vivió en julio y agosto los meses más complejos en la lucha contra la pandemia, con una alta incidencia de la variante Delta. Diferentes agencias de la ONU han aportado su ayuda con el objetivo de lograr una mejor recuperación, que ya se observa en la disminución sensible del número de casos y un alto porcentaje de la población vacunada.



LA OMS APRUEBA UNA NUEVA VACUNA COVID-19 FRABICADA EN INDIA.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=01dc3081db&e=2215a9f6bf>

La agencia sanitaria mundial agregó a la lista de vacunas contra el coronavirus para uso de emergencia la COVAXIN, una inmunización desarrollada por una farmacéutica india que se autorizó desde enero de este año en ese país. Con esta adición, suman ocho las vacunas aprobadas para su uso internacional.



SE NECESITA URGENTEMENTE UNA VACUNA PARA PREVENIR EL ESTREPTOCOCO B, LA BACTERIA QUE CAUSA NACIMIENTOS PREMATUROS Y MUERTES DE BEBES

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=9503514600&e=2215a9f6bf>

Aunque la bacteria es inofensiva para la mayoría de las mujeres embarazadas que la portan, puede ser extremadamente grave cuando pasa a los bebés durante el embarazo, el parto o en las primeras semanas de vida. Su repercusión es de alcance global y mayor de lo que se había reconocido hasta ahora, ya que está relacionada con más de medio millón de nacimientos prematuros al año y provoca casi 100.000 muertes de recién nacidos, al menos 46.000 mortinatos y una importante discapacidad a largo plazo.



ACABAR CON LA LABOR DE LOS NIÑOS EN EL CAMPO ES CLAVE PARA ERRADICAR EL TRABAJO INFANTIL ANTES DE 2025

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=6b16ae2c85&e=2215a9f6bf>

De los 160 millones de niños que engrosan las cifras del trabajo infantil, una violación flagrante de sus derechos humanos, 112 millones están empleados en el campo. Muchas familias no tienen otra opción, por ello proponen ayudarlas para escapar al círculo y la trampa de la pobreza.



UNICEF ADVIERTE QUE EL FUTURO DE MILES DE MILLONES DE NIÑOS DEPENDE DE LA COP26

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=24e2da9c17&e=2215a9f6bf>

Alrededor de 1000 millones de niños, cerca de la mitad de todos los menores del mundo, viven en 33 países clasificados de riesgo climático extremadamente alto. “Los líderes mundiales en la COP26 tienen una oportunidad importante y urgente de reconducir el terrible camino en el que nos encontramos”, señala la máxima responsable de la agencia de la ONU.



¿QUÉ ES DESIGUALDAD? NEGAR LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES A QUIENES NACEN EN LA POBREZA, ASEGURA UN RELATOR DE LA ONU.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=06975b6f40&e=2215a9f6bf>

La movilidad social ascendente que existía en los años 1940 ha disminuido en la actualidad, lo que significa que tanto el privilegio como la pobreza tienen más probabilidades de persistir a lo largo de las generaciones, afirma un experto en derechos humanos, que señala que la pobreza se convierte así en una trampa.



COSTA RICA CREA LAS BASES PARA UN PARLAMENTO SOSTENIBLE

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=a8d0abf83b&e=2215a9f6bfa>

La Asamblea Legislativa y la ONU firman un acuerdo por el que el Parlamento impulsará el logro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobando leyes que aseguren la Agenda 2030, la transparencia y la rendición de cuentas.

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 públic

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

CILAB	9 Noviembre 2021 08:00 hs (Quito)	En el marco de la Promoción de la Salud en la Región de las Américas: caja de herramientas, el 9 de noviembre del presente -de 08h00 a 10h00 (hora Ecuador)- el director del CILABSalud , Jaime Breilh, dictará la conferencia magistral: “ Fundamentos teórico metodológicos para pensar una transición hacia una sociedad de la vida ”. Adjunto link de inscripción: http://aplicaciones.uasb.edu.ec:8080/PortalV/registroCA.xhtml?actividad=2203 Enlace al portal web para ampliar información: https://www.uasb.edu.ec/uasb_agenda/promocion-de-la-salud-en-la-region-de-las-americas/
Consejo Académico de Ética en Medicina CAEEM	10 noviembre 2021 09:00 hs	Seminario virtual: Nueva genética - Desafíos científicos, médicos, filosóficos y éticos. Coordinador Omar Pivetta. Actividad no arancelada. http://bit.ly/3C3CPeS
OMS	15-17 Nov 2021	ESPAÑOL: Regístrese ahora para la Cumbre mundial de la OMS sobre pruebas científicas y políticas (E2P) del 15 al 17 de noviembre de 2021 - La pandemia de COVID-19 marca un punto de inflexión para la toma de decisiones de salud basada en la evidencia y planteó desafíos sin precedentes para traducir un cuerpo de evidencia en rápida evolución en esfuerzos de respuesta tangibles. Únase a los expertos mundiales y las partes interesadas en la Cumbre Global E2P de la OMS para capitalizar las lecciones aprendidas durante la pandemia. Juntos explorarán vías para fortalecer las capacidades de los países resilientes a las crisis hacia una salud mundial más equitativa y sostenible. La Conferencia se desarrollará a cabo íntegramente en línea y de acceso gratuito. Las sesiones se realizarán en inglés y, habrá opciones de traducción simultánea en portugués, español, francés, ruso y árabe. Visite: e2psummit2021.org para obtener más detalles e inscribirse a las demás sesiones. La sesión enfocada en la Región de las Américas se llevará a efecto el 16 de noviembre a horas 12:00 (hora local Washington, D.C.). Para registrarse a esta sesión, por favor entre: AQUI.

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=a0VySW5POC8rWEcwcUFW5GxPUU04UT09 - 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
Fundación Centro Psicoanalítico Argentino	2020-2021	<p>MÁS INFORMACIÓN EL CAMINO DE LA AFECTIVIDAD EN LA OBRA DE HEIDEGGER- La vida nos importa porque nos afecta, la afectividad es mi primer contacto con ella y de ella hacia mí: en ese encuentro voy siendo</p> <p>TELÉFONOS +54 11 4822-4690 +54 11 4823-4941 +54 11 4821-2366 E-mail: fcpa@fcpa.com.ar Horarios: Lunes a viernes de 09.00 a 20.00 Sábados de 9.00 a 18.00 Pdte. J. E. URIBURU 1345 Piso 1° (y JUNCAL) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES</p>
UCEMA	Marzo 2022	Maestría en estudios internacionales. Dos años de duración. Cursada dos veces por semana de 19 a 22 hs . Inicio marzo 2022. Prof. Sybil Rhodes - Ph.D en Ciencias Políticas. Universidad de Stanford. Inscripción a la reunión informativa
APSA		II Jornadas virtuales del capítulo de psicofarmacología de APSA. Nuevas tendencias en psicofarmacoterapia. ¿Más fármacos o menos fármacos? https://campus.intramed.net/intramed/course/view.php?id=430
UCEMA	2022	Maestría en Estudios Internacionales Inicio: marzo 2022

Consultá por beneficios especiales por inscripción anticipada hasta el 05/11/2021.
 Contáctanos al Whatsapp 1144786354

TALLER PRÁCTICO SOBRE GESTIÓN SANITARIA

POTENCIÁ TU
 DESARROLLO
 PROFESIONAL



1 CLASE



4 HORAS



MODALIDAD
 VIRTUAL



CERTIFICACIÓN

10 DE NOVIEMBRE
Miércoles de 17 a 21
horas (ARG)

Dirección y coordinación
 Dra. Marisa Aizenberg
 Lic. Marcelo Carrascal



INSCRIPCIONES: observatorioderechoysalud@derecho.uba.ar



UBA #1 Iberoamérica ranking QS



FACULTAD DE DERECHO | UBA
**OBSERVATORIO
 DE SALUD**



Para acceder al menú haga click en el siguiente enlace:

<https://linktr.ee/iscounla>

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