



BOLETIN INFORMATIVO N°131 – PANDEMIA CORONAVIRUS

GENERAL LA MADRID – Prov. de Bs. As. - 29-7-20

Hoy fueron confirmados 5.641 nuevos casos de COVID-19. Con estos registros, suman 178.996 positivos en el país.

Del total de esos casos, 1.115 (0,6%) son importados, 52.375 (29,3%) son contactos estrechos de casos confirmados, 96.710 (54%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra en investigación epidemiológica.

Desde el último reporte emitido, se registraron 110 nuevas muertes. 71 residentes en la provincia de Buenos Aires. Al momento la cantidad de personas fallecidas es 3.288.

Detalle por provincia (Nº de confirmados | Nº de acumulados):

Buenos Aires 3.852 | 106.247

Ciudad de Buenos Aires 1079 | 57.327

Catamarca 0 | 60

Chaco 52 | 3.428

Chubut 3 | 269

Córdoba 111 | 2.057

Corrientes 16 | 162

Entre Ríos 15 | 784

Formosa 1 | 79

Jujuy 172 | 1.857

La Pampa 10 | 69

La Rioja 31 | 290

Mendoza 65 | 1.014

Misiones 0 | 44

Neuquén 30 | 1.125

Río Negro 55 | 1.762

Salta 9 | 241

San Juan 0 | 20

San Luis 2 | 24

Santa Cruz 44 | 420

Santa Fe 68 | 1103

Santiago del Estero 2 | 43

Tierra del Fuego** 14 | 412

Tucumán 10 | 159

Monitoreo de internados y camas UTI

➔ *Casos confirmados COVID-19 internados en UTI:*

1057

➔ *Porcentaje ocupación total de camas UTI adulto:*

-Nación: 54,4% -AMBA: 63,6%

En Gral. La Madrid tenemos, bajo control del Sistema de Salud Municipal, a 175 personas en confinamiento social obligatorio por haber regresado del Extranjero, CABA, La Plata, Bahía Blanca, Mar del Plata y otros lugares. Hoy 9 persona fue dada de alta del mismo. Dejaron ya el confinamiento 945 personas.



CORONAVIRUS

INFORME 29 JULIO

CASOS POSITIVOS HOY	NUEVOS SOSPECHOSOS	DESCARTADOS HOY (HISOPADOS NEGATIVOS)	SOSPECHOSOS DESCARTADOS A LA FECHA
0	2	0	100

POSITIVOS ACTIVOS	0
RECUPERADOS	1
AISLADOS POR CONTACTO ESTRECHO	0
TOTAL CASOS POSITIVOS	1

ANTE LA PRESENCIA DE SINTOMAS COMUNICATE CON NOSOTROS

8 A 14 HS
2286-401391

14 A 8 HS
2286-420036

AL VIRUS LO VENCEMOS ENTRE TODOS, CUIDÉMONOS



Reg. San. IX	N° de casos	Reg. San. I	N° de casos
Alvear	0	A. Alsina	0
Azul	47	G. Chávez	0
B. Juárez	5	B. Blanca	508
Bolívar	10	C. Dorrego	23
La Madrid	1	C. Pringles	1
Laprida	10	C. Rosales	123
Las Flores	3	C. Suarez	6
Olavarria	273	Guaminí	0
Rauch	0	M. Hermoso	2
Tapalqué	0	Puán	1
Total	349	Patagones	1
		Saavedra	5
		Torquist	0
		Tres Arroyos	2
		Villarino	13
		Total	685

Caso sospechoso: 6/7/2020

CRITERIO 1: (Personas no incluidas en los CRITERIOS 2 y 3)

<p>Toda persona que presente 2 o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de 37,5°C o más • Tos • Odinofagia • Dificultad respiratoria • Anosmia/Disgeusia, sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica 			
Y			
<p>Que en los últimos 14 días: tenga residencia en zonas de transmisión local (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 en Argentina</p>	O	<p>Que en los últimos 14 días: Tenga un historial de viaje fuera o dentro del país, a zonas de transmisión local (ya sea comunitaria o por conglomerados)</p>	O

- **Sea Personal de salud**
- **Residentes y personal de instituciones cerradas ó de estancia prolongada***,
- **Personal esencial****
- **Residentes de barrios populares y pueblos originarios*****

*Penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños

**Fuerzas de seguridad y Fuerzas Armadas, Personas que brindan asistencia a personas mayores

***Se considera barrio popular a aquel donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a los servicios básicos. Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares

CRITERIO 2

Toda persona (de cualquier edad) que presente dos o más de los siguientes síntomas

- Fiebre (37.5°C o más)
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Anosmia/disgeusia de reciente aparición

sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

Y Requiera internación, independientemente del nexo epidemiológico

CRITERIO 3

Toda persona que sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19:

Ante la presencia de **1 o más** de estos síntomas: fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia/disgeusia de reciente aparición.

- **CRITERIO 4**

Todo paciente que presente anosmia/disgeusia, de reciente aparición y sin otra etiología definida y sin otros signos o síntomas.

NOTA: Ante la presencia de este como único síntoma, se indicará aislamiento durante 72 horas, indicando toma de muestra para diagnóstico por PCR, al tercer día de iniciados los síntomas.

CRITERIO 5**SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO* POST- COVID19 EN PEDIATRÍA:**

*Definición adaptada de la Organización Mundial de la Salud

Niños y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días Y dos de los siguientes

- a) Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).
- b) Hipotensión o shock.
- c) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de Troponina / NT-proBNP).
- d) Evidencia de coagulopatía (elevación de PT, PTT, Dímero-D).
- e) Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal). **Y** Marcadores elevados de inflamación, como eritrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina. **Y**

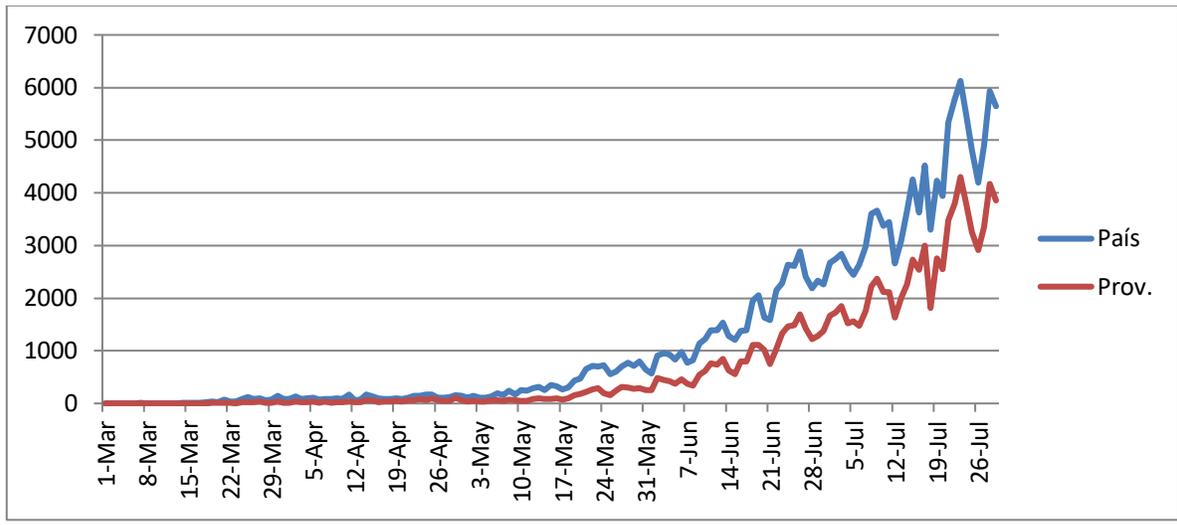
Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócicos o estreptocócicos)

DEFINICIÓN DE CASO CONFIRMADO COVID-19 EN PEDIATRÍA

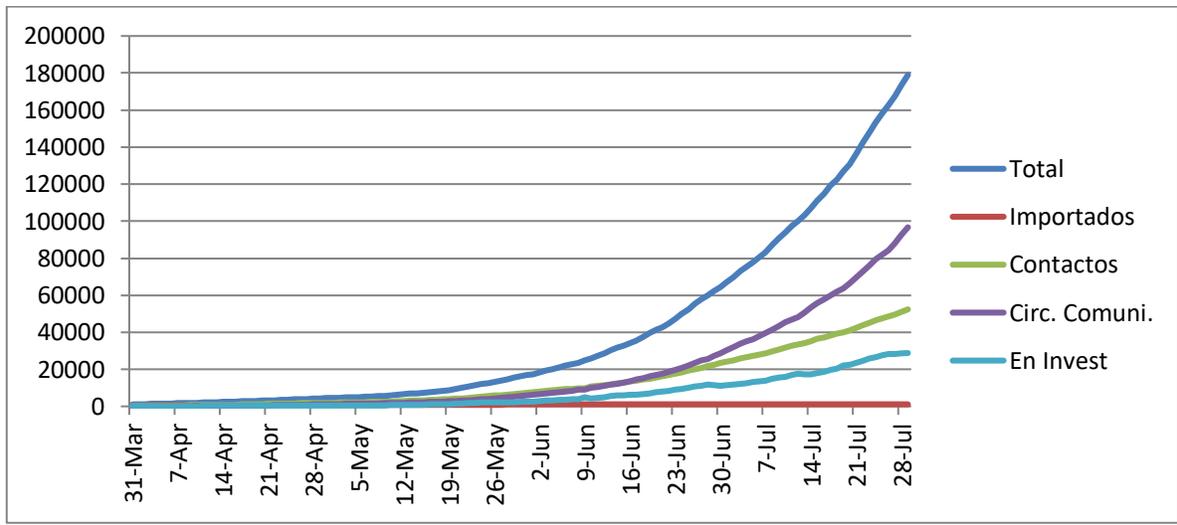
Toda persona que cumpla con criterios de caso sospechoso (1 al 4) que presente resultados positivos por rtPCR para SARS CoV-2.

Toda persona que cumple con criterio 5 (síndrome inflamatorio multisistémico) y que presenta resultado positivo por rtPCR y/o serología positiva para SARS CoV-2.

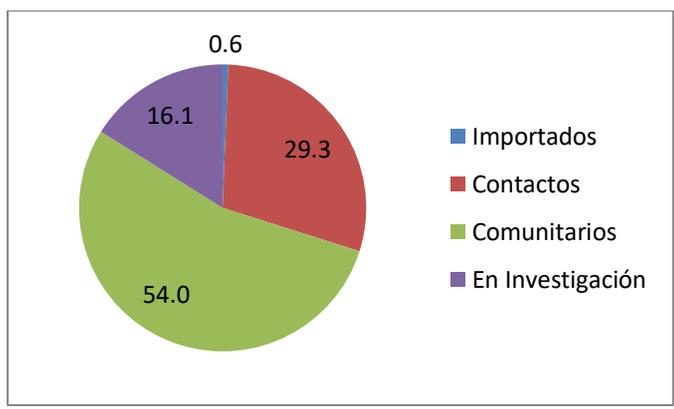
Evolución diaria de los casos en el País y en Provincia de Bs. As.



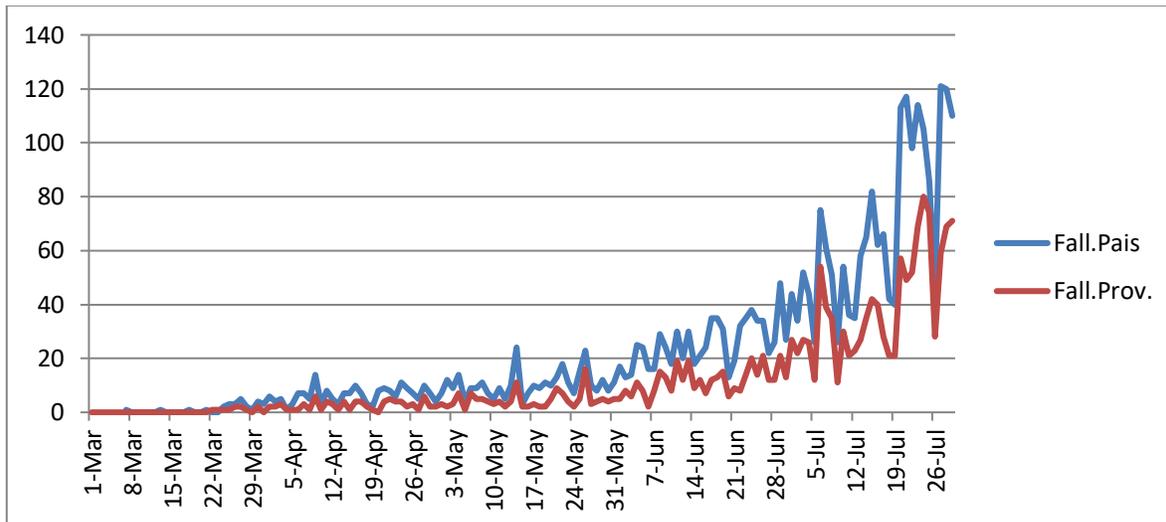
Progresión de casos por modo de contagio



Proporción según tipo de contagio



Evolución diaria de las defunciones en el País y en Provincia de Bs. As.



Letalidad País y Provincia de Bs. As.

Fallecidos	N°	Letalidad
País	3228	1,80
Prov.	1732	1,63

Tiempo de duplicación de casos

País		
Tiempo en duplicar casos		
Hoy	Mitad	Aproxim
178996	89498	90693
29-jul	Intervalo	09-jul
	21 días	

Prov. Bs. As.		
Tiempo en duplicar casos		
Hoy	Mitad	Aproxim
106247	53124	53661
29-jul	Intervalo	12-jul
	18 días	

LAVARSE BIEN LAS MANOS SALVA VIDAS !!!!!!!

Consultorio de Respiratorios y Febriles

**FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR o
FALTA DE OLFATO o DE GUSTO SIN OTRA CAUSA QUE LO EXPLIQUE**

CONSULTÁ !!!

Está ubicado en la calle Madre Teresa de Calcuta, continuación de Avenida Roque Sáenz Peña, atrás del Hospital frente al Barrio Municipal, y se accede por donde se entraba a Kinesiología.

Atienden

De Lunes a Viernes de 8 a 14 hs. y los sábados de 8 a 11 hs.

Teléfonos Para Atender la Emergencia Sanitaria por Coronavirus

Por consultas relacionadas con la salud, como presencia de fiebre, tos, dolor de garganta:

Comunicarse al celular [2286 401391](tel:2286401391) de 8 a 14 hs. o al teléfono fijo [2286 420036](tel:2286420036) el resto del día, así podremos hacerte seguimiento desde el Sistema Municipal de Salud

Por consultas sobre disposiciones, reglamentaciones o denuncias por incumplimiento de las mismas

Llamar al teléfono fijo [02286 420020](tel:02286420020), de 8 a 12 y de 16 a 20 hs.

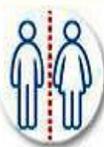
Emergencias [107](tel:107)

Recomendaciones para la atención domiciliar de casos posibles, probables y confirmados de COVID 19

Estas son las recomendaciones que debe seguir si usted es un caso posible, probable o confirmado de COVID-19 con síntomas leves y sin criterios de ingreso hospitalario.



Quédese en su casa, evite salir de la habitación, manteniéndola ventilada y con la puerta cerrada.



Evite distancias menores de 2 metros de los convivientes.



Evite visitas a su domicilio.



Utilice su propio baño; si lo comparte, debe desinfectarse antes de que lo usen otros.



Tenga en la habitación productos de higiene de manos.



Tenga un cubo de basura de pedal en la habitación.

Los productos de desecho deben tirarse en la bolsa de plástico colocada dentro del cubo de basura. Anúdela bien antes de tirarla.

Prevenir el contagio



Tápese al toser y estornudar con un pañuelo de papel



Tire el pañuelo en la papelera



Lávese las manos con agua y jabón



No comparta utensilios personales como toallas, vasos, platos, cubiertos y cepillo de dientes



Póngase la mascarilla si sale a espacios comunes o entra alguien en la habitación, y lávese las manos al salir.



Limpe a diario las superficies que se tocan a menudo, baño e inodoro con bayetas desechables y lejía (1 parte de lejía al 5% por 99 de agua). Lávese las manos al terminar.

Persona cuidadora



Guantes para cualquier contacto con secreciones



Utilice mascarilla cuando compartan espacio



Lave las manos si entra en contacto, aunque haya usado guantes.



La persona cuidadora no debe tener factores de riesgo de complicaciones, y debe realizar autovigilancia de los síntomas.

Limpeza



Use lavavajillas o friegue con agua caliente



No sacudir la ropa, meterla en bolsa hermética. Lavarse siempre las manos después de tocar la ropa.



Lave la ropa a 60-90° y séquela bien

VACUNA A TU NIÑO CONTRA EL
SARAMPIÓN
LE PUEDES SALVAR LA VIDA

EL SARAMPIÓN ES MUY CONTAGIOSO
 SE TRANSMITE CUANDO UNA PERSONA INFECTADA RESPIRA, TOSE O ESTORNUDA.

EL VIRUS QUEDA EN EL AMBIENTE Y EN LAS SUPERFICIES POR 2 HORAS.

LA PERSONA INFECTADA PUEDE CONTAGIAR DESDE 4 DÍAS ANTES HASTA 4 DÍAS DESPUÉS DE PRESENTAR EL SARPULLIDO.

UNA PERSONA CON SARAMPIÓN PUEDE INFECTAR A 9 DE CADA 10 PERSONAS A SU ALREDEDOR SI NO ESTÁN VACUNADAS.

OPS Organización Panamericana de la Salud
 Organización Mundial de la Salud
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

paho.org/sarampion

quedate en casa

nuevo coronavirus
 COVID-19

Argentina unida

Argentina
 Presidencia

Ministerio de Salud



La Dirección de Atención Primaria de la Salud informa a la comunidad modificaciones en los Centros de Atención Primaria (CAPS), a partir del 04/05/2020

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| • Atención de 8:00 a 14:00 hs | * Enfermería |
| • Vacunación | * Medicina General |
| • Pediatría | * Trabajo Social |
| • Entrega medicamentos REMEDIAR | * Entrega de leche |
| • Entrega métodos anticonceptivos | * ILE |

CAPS FONAVI

- Miércoles Pediatría Dr. Córdoba Ubaldo
- Viernes Medicina General Dr. Malianni Jorge.

CAPS BARRIO 17 DE OCTUBRE

- Lunes/ martes / miércoles / jueves Medicina General Dra. Álvarez Cecilia
- Jueves Pediatría Dr. Córdoba Ubaldo

CAPS VILLA FLORIDA

- Lunes y martes Medicina General Dra. Caggiano Alejandra
- Viernes Pediatría Dra. Stechina Evelyn

Llamar para pedir turnos!!!!

Con respecto al **CAPS BARRIO CHINO**, continuará cerrado hasta nuevo aviso debido a redistribución de personal sanitario en periodo de pandemia Covid-19.-

Vacunas Antigripales Aplicadas 2020 (22-7-2020)

Personal de Salud: 317. Menores de 2 años: 305. Personal Esencial: 14

Niños de 2 a 8 años: 65 Personas de Riesgo 9 a 64 años: 713

Embarazadas y Puérperas: 76 Adultos Mayores de 65 años: 1427

MAMÁ:

Si como consecuencia de la restricción en las consultas y controles, tu bebé se saltó alguna vacuna, aprovechá y completá los esquemas en el CAPS de tu Barrio de 8.00 a 14.00 horas solicitando tu debido turno.

APROVECHA Y CONCURRI

MUSICA PARA IRNOS A DORMIR EN CUARENTENA

<https://www.youtube.com/watch?v=e7HRoqwdMZ4>

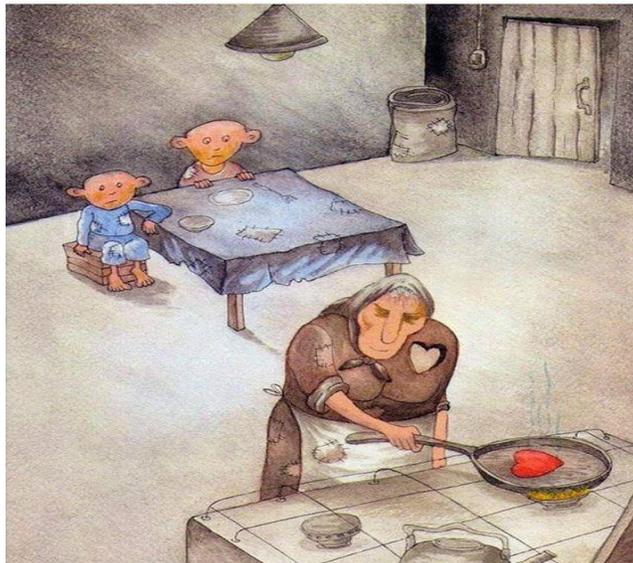
Lila Downs - Balas y Chocolate

HUMOR EN LOS TIEMPOS DEL CORONAVIRUS



“Si bien lo que nos compete es tan serio como que de esta pandemia depende nuestra salud e incluso nuestra vida, siempre hay un momento para el humor. Y una sonrisa en estos tiempos es como una bocanada de aire fresco que solaza nuestra alma”

Para pensar.....



PARA LEER EN LA CUARENTENA

LA CAJA

Arturo Uslar Pietri

Al salir del puerto, fue el escándalo.

Cuatro palabras duras, la cubierta sola bajo el bochorno del sol, y se le había ido encima con el cuchillo desnudo, hasta que cayó al suelo con la gran panza glotona borboteando sangre.

Al coger la escotilla tropezó a Cumaná: la cabeza chica entre los hombros recios y la pipa pisada con los dientes.

- ¿Pa onde vas, Felipe, tan de carrera?

- No, aquí mismo, hermano, ya... a... a... ¡a buscar el rancho!

- ¿El rancho a esta hora, Felipe?

No había podido decir otra cosa.

Entretanto, Cumaná había, salido sobre la escotilla, y al ras de la cubierta la vista se le mojó en la sangre fresca.

- Ven acá, Felipe, ¿qué es esto?

No hubo otro recurso sino decirlo todo. Lloró, gimió.

- Déjame ir. No lo digas.

-¿Qué vas a hacer? No pués echarte al mar.

El asesino se abismó en la pregunta.

- No. ¿Qué hago?

Entonces el bueno de Cumaná lo tomó por el brazo con fuerza. El trató de zafarse.

-¿Qué ...?

-No preguntes bobadas...

Llevaban ocho días de navegación. Ocho días en que la Eugenia había ido avanzando sobre el mar, azul como un pájaro.

Muy atrás, entre las olas, envuelto en una hamaca habían echado el cadáver. Lo lanzaron entre dos marinos, al caer, les salpicó el agua el rostro, se secaron con las mangas, como lo hacían después de comer.

A Felipe, el asesino, lo buscaron por toda la nave, hasta que, cansados, los hombres se agruparon en la borda a ver el agua ancha con curiosidad.

Cumaná sonreía recostado al trinquete.

Después se olvidaron, ¡había tanto que navegar...! Además, el mar es un profesor de indiferencia.

Pero aquel día se oscureció bastante el cielo, y el viento comenzó a silbar recio sobre el agua, y bajo su resbalón largo se levantaban las olas como azuzadas.

Empezó a cortinear la lluvia con gotas obesas.

La goleta iba cargada hasta los topes y en el vaivén del agua agitada su pesantez no le permitía defenderse.

Eran dos ritmos sin armonía posible: uno, violento, ágil; el otro cansado, muelle... A los marinos se les cuajó la boca de maldiciones. A ratos se alzaba la proa hasta sacar al aire la tabla de la quilla, luego se calaba hasta el bauprés, y entonces, por babor, entraba un gran golpe de mar que se desmenuzaba sobre la cubierta. El agua se empinaba, se empinaba hasta tapar los palos, para barrer luego, como un atajo desbocado, sobre la obra muerta. El timonel zarandeaba sobre la rueda como una banderola. La situación se estaba poniendo desesperada. Desde la popa, embocando las manos, el patrón gritó:

-¡Todos a echar carga al mar...!

Cumaná, recostado al palo mayor, miraba y sonreía.

Los hombres se precipitaron, con el agua, en la bodega. Los fardos pasaban por las manos, como deslizados, hasta caer en el oleaje. Dos marinos fuertes agarraron una caja. Sobre la tapa tenía una cruz de carbón.

-¡Ese no! - aulló Cumaná.

Era muy grande el estruendo para que se le oyese la voz. Intentó moverse, llegar a ellos, decirles que no hicieran eso, pero una ola enorme lo obligó a agarrarse con más energía al palo. Los ojos casi le saltaban afuera; vio cómo izaban el bulto, cómo llegaban dos hombres y tomándolo en sus brazos poderosos comenzaban a bambolearlo en el aire.

-¡Ese no!

Y, por último, vio cómo saltaba en el vacío y era tragado por la tiniebla rugidora...

SI EN ESTA CUARENTENA ESTAS SUFRIENDO VIOLENCIA



NÚMEROS ÚTILES

 **144** WhatsApp (mensaje de texto)
221 353-0500

**Información, orientación y/o asesoramiento
por situaciones de violencia por razones de género**

Comisaría de la mujer y la familia
Tel: 2286-420215
Juzgado de paz
Tel: 2286-420134
Guardia: 2286-413784 24 hs.

Línea 911
Emergencias

Ayudantía Fiscal
Tel: 2286-410096
Servicio Local de Prev. y Prom.
de los Der del N, N y A
Tel: 2284-15478114 24 hs.

SI VIVIS UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA
NO ESTAS SOLX

Mesa Local contra la Violencia de Género



Covid-19 - Implicaciones para el sistema de salud.

22 de julio de 2020. DOI: 10.1056 / NEJMSb2021088

David Blumenthal, MD, MPP, Elizabeth J. Fowler, Ph.D., JD, Melinda Abrams, MS, y Sara R. Collins, Ph.D.

La nueva pandemia de coronavirus ha generado cuatro crisis de atención médica entrelazadas que revelan y agravan profundos problemas subyacentes en el sistema de atención médica de los Estados Unidos. Al hacerlo, sin embargo, la pandemia señala el camino hacia reformas que podrían mejorar nuestra capacidad no solo para hacer frente a las posibles epidemias futuras, sino también para satisfacer las necesidades básicas de atención médica de los estadounidenses.

Las crisis y sus orígenes

COBERTURA DEL SEGURO

La pandemia ha socavado significativamente la cobertura del seguro de salud en los Estados Unidos. Un repentino aumento del desempleo, que supera los 20 millones de trabajadores ¹, ha provocado que muchos estadounidenses pierdan el seguro patrocinado por el empleador. Una encuesta reciente del Commonwealth Fund mostró que el 40% de los encuestados o su cónyuge o pareja que perdieron un trabajo o fueron despedidos tenían seguro a través del trabajo que se perdió. ² Aunque muchos continuarán

obteniendo cobertura del empleador o serán elegibles para Medicaid o planes de mercado, un número considerable probablemente quedará sin seguro. ^{3,4}Incluso los trabajadores que mantienen sus trabajos pueden ver que su cobertura se reduce o se reduce a medida que los empleadores con dificultades financieras reducen los costos. Estos desarrollos se sumarán a los 31 millones de personas que no tenían seguro y los más de 40 millones estimados que no tenían seguro suficiente antes de que ocurriera la pandemia. ^{5,6}

Esta nueva crisis de cobertura tiene al menos dos causas. El primero es nuestra continua dependencia del seguro patrocinado por el empleador para cubrir aproximadamente la mitad de los estadounidenses contra el costo de la enfermedad. El segundo es la incapacidad de implementar vigorosamente la ley actual. Por diseño, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) ayuda a las personas que pierden el seguro patrocinado por el empleador al poner a disposición subsidios para la compra de seguros individuales en los mercados de la ACA, al ampliar la elegibilidad para Medicaid y al exigir que el seguro privado cubra las condiciones preexistentes y una condición básica. Paquete de beneficios. Sin embargo, aunque los estados con sus propios mercados han alertado a los recientemente desempleados sobre su elegibilidad potencial para planes subsidiados, ⁷El gobierno federal no ha emprendido un esfuerzo paralelo. No ha educado a los nuevos desempleados sobre su elegibilidad inmediata fuera de los períodos de inscripción abierta para el seguro subsidiado en los mercados de ACA administrados por el gobierno federal ni ha abierto períodos de inscripción especiales para aquellos que desean inscribirse, incluso si no tenían cobertura previa. Además, 14 estados han optado por no expandir Medicaid.

PÉRDIDAS FINANCIERAS PROFUNDAS PARA PROVEEDORES

Por primera vez desde la Gran Depresión, las pérdidas financieras paralizantes amenazan la viabilidad de un número sustancial de hospitales y consultorios, especialmente aquellos que ya eran financieramente vulnerables, incluidos los proveedores de redes rurales y de seguridad y las prácticas de atención primaria. ⁸La causa inmediata de esta crisis financiera sin precedentes son cambios sustanciales e inesperados en la demanda de servicios de salud. Por un lado, una nueva enfermedad infecciosa ha aumentado la demanda de cuidados agudos especializados que ha sobrecargado a algunos hospitales e impuesto costos inesperados en muchos más. Por otro lado, la disminución abrupta de la demanda de servicios de rutina ha reducido los ingresos de los proveedores. Las prácticas basadas en consultorios tuvieron reducciones del 60% en el volumen de visitas en los primeros meses de la crisis, y, según sus propias estimaciones, los hospitales perderán un estimado de \$ 323.1 mil millones en 2020. ^{9,10} El empleo en el sistema de atención médica ha disminuido en más de 1 millón de empleos hasta mayo. ¹

La vulnerabilidad de los proveedores a estas fluctuaciones de la demanda plantea una pregunta fundamental sobre la forma en que actualmente pagamos por la atención médica en los Estados Unidos. Los proveedores operan como negocios que cobran por los servicios en un mercado predominantemente de pago por servicio. Cuando el mercado de

servicios bien pagados se derrumba, también lo hacen los proveedores de atención médica.

Este sistema tiene una serie de efectos adversos en tiempos normales. Crea incentivos para aumentar los precios y aumentar los volúmenes, la escasez de servicios mal remunerados, como la atención primaria y la salud del comportamiento, y una oferta insuficiente de servicios en comunidades pobres y rurales menos atractivas económicamente. Pero en las circunstancias extremas de una pandemia, surge una nueva pregunta: ¿es la atención médica un recurso nacional esencial que garantiza un financiamiento seguro más allá de lo que ofrece el sistema actual de pago por servicio?

DISPARIDADES RACIALES Y ÉTNICAS SUSTANCIALES EN EL SISTEMA DE SALUD

Las personas negras constituyen el 13% de la población de EE. UU., Pero representan el 20% de los casos de Covid-19 y más del 22% de las muertes de Covid-19, a partir del 22 de julio de 2020. Las personas hispanas, con el 18% de la población, representan casi 33% de casos nuevos en todo el país. ¹¹ Casi el 20% de los condados de EE. UU. Son desproporcionadamente negros, y estos condados han representado más de la mitad de los casos de Covid-19 y casi el 60% de las muertes de Covid-19 a nivel nacional. ¹²

Estas disparidades raciales y étnicas constituyen una nueva crisis que agrava el fracaso de larga data de nuestro sistema de salud para atender adecuadamente a las personas de color. Las causas comienzan con un sistema que desproporcionadamente no asegura a las personas de color el costo de la enfermedad, un problema reducido pero no eliminado por la ACA. ¹³ La falta de cobertura causa menos acceso a la atención, lo que resulta en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas menos controladas entre las personas de color. Estas enfermedades los hacen más vulnerables a los estragos de Covid-19. ¹⁴

Otra causa es que las personas de color se ven más afectadas por amenazas no médicas para la salud, incluida la inseguridad alimentaria y de vivienda. También tienden a tener trabajos que son más riesgosos durante las pandemias, como brindar atención en el hogar y centros de atención a largo plazo. ¹⁵ Una vez enfermas, es más probable que las personas de color reciban atención en instalaciones de redes de seguridad abrumadas por los aumentos repentinos de la demanda de atención aguda.

Las disparidades en el acceso y los resultados de salud son características arraigadas del sistema de atención médica de los EE. UU. ¹⁶ Reflejan una historia de racismo y discriminación que impregna la sociedad en general.

UNA CRISIS EN SALUD PÚBLICA

Estados Unidos tiene el 4% de la población mundial, pero, a partir del 16 de julio, aproximadamente el 26% de sus casos de Covid-19 y el 24% de sus muertes por Covid-19. ¹⁷ Estas cifras sorprendentes reflejan una profunda crisis en nuestro sistema de salud pública.

En pocas palabras, ese sistema no pudo identificar y controlar rápidamente la propagación del nuevo coronavirus. Estados Unidos no hizo que las pruebas estuvieran ampliamente disponibles al comienzo de la pandemia, llegó tarde para imponer pautas de

distanciamiento físico y aún no se ha implementado tan ampliamente como sea necesario. ¹⁸ La orientación nacional sobre el manejo de la pandemia ha sido inconsistente y retrasada. Muchos estados han abandonado las estrictas pautas de distanciamiento físico sin prestar especial atención a las medidas de salud pública necesarias para evitar el resurgimiento.

Aunque el liderazgo inadecuado y el partidismo excesivo han jugado un papel en estas deficiencias, otros factores también están en juego. La salud pública es una función esencialmente gubernamental, emprendida colectivamente para el bien público a nivel nacional, estatal y local. En parte debido a la desconfianza de muchos estadounidenses hacia el gobierno, las funciones de salud pública históricamente han sido subestimadas. ¹⁹ El personal capacitado que se necesita para el rastreo de contactos, una función tradicional de salud pública aplicada durante mucho tiempo a afecciones tan antiguas como la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, ahora es escaso. Es revelador que no existe un sistema nacional de información de salud pública, electrónico o de otro tipo, que permita a las autoridades identificar variaciones regionales en la demanda y la oferta de recursos críticos para la gestión de Covid-19. Sin dicha información, las autoridades no tienen forma de dirigir recursos vitales desde áreas de excedentes a áreas de falta de oferta. No es exagerado decir que Estados Unidos actualmente carece de un sistema nacional que funcione para responder a las pandemias.

Respuestas a las crisis

OPORTUNIDADES PARA LA REFORMA DE LA POLÍTICA FEDERAL

El trauma nacional puede cambiar la psicología nacional y crear oportunidades para reformas importantes. Si el nuevo coronavirus lo hará sigue siendo incierto, pero incluso si no lo hace, la pandemia puede abrir el camino a cambios incrementales significativos que normalmente son difíciles de lograr para nuestras instituciones políticas altamente divididas y partidistas. Las reformas importantes pueden resultar más factibles en el área de la salud pública, donde los eventos recientes han hecho que las deficiencias sean tan obvias.

Nos centramos aquí en soluciones de políticas a nivel federal, tanto por razones de espacio como porque la pandemia ha ilustrado el papel fundamental que desempeña el liderazgo federal, y su ausencia, en nuestro sistema de atención médica. Los cambios que se prevén naturalmente requerirán desembolsos federales adicionales. Las cantidades son difíciles de predecir porque algunas, como las reformas previstas en el pago a proveedores, en realidad pueden generar ahorros a mediano y largo plazo al reducir los costos de la atención médica. Los gastos pueden sufragarse adoptando otras políticas de reducción de costos, como modificaciones en la forma en que Medicare paga los productos farmacéuticos. Sin embargo, también es posible que pagar por estas reformas, y por los otros programas federales importantes adoptados para combatir las dislocaciones económicas inducidas por una pandemia, requiera revertir algunas de las reducciones de impuestos promulgadas en 2017.

COBERTURA DEL SEGURO

Estados Unidos ha debatido ferozmente durante casi un siglo si proteger a los estadounidenses contra el costo de la enfermedad y cómo hacerlo. ^{20,21} Ese debate ha generado un progreso progresivo constante que, más recientemente, a través de la ACA, redujo el número de estadounidenses sin seguro a un mínimo histórico de 28,6 millones en 2015. ²² Un aumento repentino de estadounidenses sin seguro creará la voluntad política para expandir nuevamente la cobertura ?

Si es así, los defensores de la cobertura ampliada tienen múltiples opciones de políticas para elegir, que van desde un sistema de pago único financiado por el gobierno, como Medicare para Todos, hasta reformas basadas en la ley actual. ²³ Uno de varios argumentos para un sistema de pagador único es que desvincularía el empleo y el seguro de salud. Si los eventos recientes han agriado a los estadounidenses y sus empleadores en el seguro patrocinado por el empleador, una transición a un sistema de seguro cada vez más público puede ser más atractiva políticamente.

Sin embargo, parece igual o más probable que nuestra preferencia nacional por el incrementalismo favorezca reformas que preserven el seguro patrocinado por el empleador y compensen sus fallas. Esto tiene la ventaja considerable de mantener los costos totales de asegurar a los estadounidenses - un proyectado de \$ 34 billones en un período de 10 años - fuera del presupuesto federal en un momento de déficit federales ya sobrios. ²⁴ En este sentido, desarrollar y hacer cumplir plenamente las autoridades existentes de ACA podría garantizar una cobertura de salud prácticamente universal. ²⁴ Un primer paso podría ser hacer que el gobierno federal absorba todos los costos de expandir Medicaid, alentando así a los estados resistentes a dar este paso. Otra reforma podría incluir extender y mejorar los subsidios para la cobertura del mercado ACA. Otra posibilidad más es una opción pública disponible para personas con planes de empleador. El logro de la cobertura universal bajo este enfoque incremental también requerirá un fuerte mandato individual o mecanismo de inscripción automática. ²⁴

ASEGURANDO LAS FINANZAS DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD

Hace solo unos meses, los proveedores de atención médica en los Estados Unidos parecían, en todo caso, sobrecompensados. Incluso ahora, muchas de las instituciones y prácticas de atención médica más ricas y prestigiosas del país probablemente puedan absorber y sobrevivir a las pérdidas inmediatas infligidas por Covid-19. ²⁵

Sin embargo, la pandemia también muestra que algunos hospitales y profesionales de la salud son demasiado vulnerables en virtud de los acuerdos financieros actuales, y el fracaso de estos proveedores podría dejar brechas importantes en los servicios críticos de atención médica. Esto plantea preguntas obvias sobre si Estados Unidos necesita un sistema de financiamiento que preserve los servicios de salud esenciales ante la interrupción del mercado.

Parte de la solución podría ser adoptar modelos de pago que corten el vínculo entre la compensación y el volumen de servicios prestados. La forma más prometedora para garantizar una financiación más segura para la industria del cuidado de la salud es la capitación, en la que una organización proveedora recibe pagos mensuales prospectivos por brindar toda la atención necesaria a grupos de pacientes. Los planes Medicare Advantage ya operan bajo este sistema.

Existen muchas variaciones sobre este tema, incluida la capitación para servicios seleccionados (p. Ej., Atención primaria o especializada) o una combinación de capitación con tarifa por servicio para ciertos tipos de atención (p. Ej., Servicios preventivos) que de otro modo podrían estar insuficientemente abastecidos o son particularmente valiosos. Para los hospitales, un equivalente de capitación podría ser un presupuesto anual prospectivo para proporcionar todos los servicios hospitalarios necesarios a pacientes en áreas geográficas particulares.

No existe un enfoque perfecto para compensar a los proveedores. Una ventaja de la capitación total o parcial y el presupuesto prospectivo es que ofrecen a los hospitales y profesionales de la salud un flujo de ingresos predecible que no está relacionado con el volumen de servicios prestados. La capitación habría protegido a muchos proveedores contra las fuertes pérdidas a corto plazo que están sufriendo como resultado de Covid-19, habría reducido la necesidad de subsidios federales inmediatos (que ahora suman cientos de miles de millones de dólares) y les habría dado tiempo para considerar su monto y distribución con más cuidado. Los pagos globales por adelantado también ofrecen a los proveedores la flexibilidad para innovar. Por ejemplo, podrían sustituir la atención virtual por la atención en persona sin preocuparse de cómo se compensa la telemedicina según las reglas de tarifa por servicio.

Los modelos de pago como la capitación no estabilizarían por completo la financiación de servicios vitales de atención de la salud. Si los volúmenes y los costos asociados para los proveedores son consistentemente más bajos de lo esperado, los pagadores insistirán en reducir los niveles de capitación cuando finalicen los acuerdos existentes. Sin embargo, los proveedores tendrán más tiempo para planificar y adaptarse a tales reducciones que los que tuvieron en los primeros meses de la pandemia. Sin embargo, si los pagos anticipados reducidos amenazan la disponibilidad de servicios críticos, pueden ser necesarias políticas públicas adicionales para subsidiar a los proveedores cuyas pérdidas pueden poner en peligro la salud de las comunidades. Todos los modelos de pago capitado deben incluir medidas de calidad y eficiencia para garantizar que los profesionales de la salud y las instituciones no ofrezcan servicios insuficientes y que la compensación sea proporcional al valor proporcionado.

Otra parte del rompecabezas de la financiación es garantizar que los servicios esenciales que no fueron apoyados en los mercados de pago por servicio antes de la pandemia sean adecuados en el futuro. Esto significará políticas públicas para apuntalar servicios de atención primaria, atención de salud conductual, proveedores de redes de seguridad y servicios de atención médica rural. La pandemia ha demostrado las limitaciones de los mercados insuficientemente planificados para atender a los estadounidenses, tanto en tiempos normales como en emergencias.

DISPARIDADES RACIALES Y ÉTNICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Las claras inequidades en el efecto de la pandemia en las comunidades de color arrojan luz sobre el racismo sistémico en la atención médica. El sistema de salud no puede resolver este problema por sí solo. Los determinantes sociales de la salud que explican parcialmente la mayor vulnerabilidad de las personas de color al nuevo coronavirus se

originan fuera de la atención médica, en el acceso diferencial a la educación, el empleo, la vivienda y la justicia.

Sin embargo, la pandemia vuelve a centrar la atención en cómo el sistema de salud puede mejorar las inequidades en salud. La cobertura universal mejoraría el acceso a los servicios de atención primaria y preventiva, lo que a su vez podría reducir la prevalencia y la gravedad de las enfermedades crónicas que exacerbaban los efectos sobre la salud de los desastres de todo tipo. Si bien la cobertura de salud ampliada en virtud de la ley ACA redujo la tasa de personas sin seguro en todos los grupos, las minorías raciales y étnicas vieron las mayores ganancias en cobertura y acceso a la atención. ²⁶

Un mayor apoyo a las instalaciones de redes de seguridad y a los pequeños proveedores de la comunidad, incluidos los hospitales y centros de salud comunitarios urbanos y rurales, también podría mejorar el acceso a los servicios básicos y avanzados para las poblaciones de color. Estos proveedores también necesitarían apoyo para la transición a una atención basada en el valor.

Se podría requerir que la educación y las licencias de los profesionales de la salud incluyan capacitación contra los prejuicios. Además, se podría exigir a todas las organizaciones de atención médica que comparen la calidad de la atención para pacientes de diferentes razas y grupos étnicos y que informen estos datos a las autoridades sanitarias locales y nacionales como condición para la elegibilidad para recibir fondos de Medicare y Medicaid. Informar es el punto de partida para aceptar la inequidad en nuestro sistema de salud.

UNA SÓLIDA CAPACIDAD DE SALUD PÚBLICA

Es improbable que el nuevo coronavirus sea la última pandemia que enfrentamos. ²⁷ Para controlar Covid-19 y evitar sufrimientos innecesarios y daños económicos por futuras pandemias, Estados Unidos deberá mejorar su capacidad de acción colectiva para proteger la salud pública.

Esto comienza con el desarrollo de la capacidad de las autoridades de salud pública locales y estatales para implementar medidas básicas de control de enfermedades, como pruebas, localización de contactos y aislamiento de personas afectadas. Debido a que los estados a menudo carecen de los medios para crear estas capacidades, se requeriría apoyo y orientación federal. Y debido a que los microbios no respetan los límites estatales, la infección que contiene depende de la coordinación entre estados. Solo el gobierno federal puede liderar de manera confiable dicha colaboración interestatal.

El gobierno federal actualmente carece de todas las autoridades necesarias para desempeñar este papel de manera efectiva. Este vacío de liderazgo deja al país sin preparación para montar una respuesta efectiva y unificada a las amenazas infecciosas emergentes. De todos los problemas destacados por Covid-19, crear capacidad de liderazgo federal puede ser el más difícil. Algunos estadounidenses simplemente tienen una aversión al poder centralizado de cualquier tipo. Y un aumento en el papel federal potencialmente cambiaría el equilibrio de poder entre Washington y los gobiernos estatales.

Sin embargo, es difícil imaginar un enfoque efectivo para contener las pandemias que no implique la dirección nacional. Mientras un estado o región continúe albergando infecciones, la nación en su conjunto permanece en riesgo.

Es necesaria una nueva legislación federal para aclarar y reforzar la capacidad del gobierno federal para intervenir de manera decisiva y rápida, y especialmente para exigir a los estados y localidades que implementen medidas de salud críticas que actualmente son responsabilidad de los estados pero que son vitales para la salud y el bienestar de las personas. En otros estados Esta legislación tendría varios objetivos. Primero, permitiría al gobierno federal establecer un sistema nacional de información de salud pública que proporcione datos en tiempo real sobre la prevalencia y la incidencia de enfermedades, así como sobre la disponibilidad de recursos críticos para tratar a los pacientes afectados. Este sistema debe conectar los departamentos de salud estatales y locales entre sí y con proveedores privados de atención médica y requiere la participación de instalaciones privadas de salud, laboratorios, y fabricantes para dar una imagen completa de los recursos disponibles. En segundo lugar, permitiría al gobierno federal gastar fondos federales, sin aprobación previa del Congreso, en respuestas de emergencia, incluido el desarrollo y la distribución de nuevas pruebas de diagnóstico, nuevos enfoques terapéuticos y nuevas vacunas y la contratación y capacitación del personal necesario para rastrear y contener epidemias a nivel local. Tercero, permitiría al gobierno federal exigir a los estados que adopten las medidas necesarias para contener la propagación de infecciones. En particular, la legislación podría facilitar el uso por parte del gobierno federal de sus poderes constitucionales para regular el comercio interestatal al obligar a los estados que no cumplen con las medidas críticas de control de infecciones a dejar de participar en viajes interestatales y actividades comerciales. Cuarto, permitiría al gobierno federal regular la distribución de nuevas vacunas y agentes antimicrobianos. Quinto, otorgaría al gobierno federal poderes de emergencia para exigir a los estados que permitan a los profesionales de la salud con licencia participar en la telesalud entre estados. El uso de algunas de estas autoridades podría estar condicionado a una declaración presidencial de una emergencia de salud pública y podría estar limitado en el tiempo a menos que el Congreso lo extienda.

Conclusiones

La pandemia de Covid-19 recuerda una vez más el viejo truísmo atribuido a Winston Churchill: nunca se debe dejar que una crisis se desperdicie. Es posible que ahora tengamos la oportunidad de reformar un sistema de atención médica defectuoso que hizo que el nuevo coronavirus fuera mucho más dañino en los Estados Unidos de lo que tenía que ser.

DENGUE



NO NOS OLVIDEMOS DEL DENGUE.

APROVECHA QUE ESTAS EN CASA Y ELIMINEMOS LOS CRIADEROS.

EL DENGUE TAMBIEN ACECHA!!!
