

[i]salud

Publicación de la
Universidad ISALUD 

Jornadas de Actualización

Los desafíos de la salud en la *adolescencia*

Los adolescentes representan el 21% de la población de América latina pero son un sector aún poco cuidado. Las distintas realidades de Chile, Uruguay y Argentina, y el panorama europeo fueron analizados en ISALUD. Despatologizar, fomentar la participación y prestar atención a nuevas realidades, como el bullying, algunas de las conclusiones.

Medicamentos

Carlos Chiale: "El sistema de trazabilidad tuvo un gran impacto en el sector"

El director de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) destacó los resultados de este seguimiento y adelantó que podría extenderse a otros productos. En una entrevista con ISALUD, el funcionario habló también del aporte de los pacientes en el sistema de farmacovigilancia.





CLÍNICA MÉDICA // NEUROCIENCIAS // SALUD FEMENINA // CARDIOLOGÍA // BIOTECNOLOGÍA // ONCOLOGÍA // VACUNAS // VENTA LIBRE

SEGUIMOS INVESTIGANDO,
SEGUIMOS EVOLUCIONANDO,
SEGUIMOS CRECIENDO,
SEGUIMOS PENSANDO EN VOS.

Laboratorio
ELEA
Hace bien

EDITORIAL



Queridos amigos y amigas:

El 7 de abril pasado se celebró el Día Mundial de la Salud en conmemoración de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948. Este año, el tema de interés prioritario para la salud pública mundial fue la hipertensión.

La hipertensión –tensión arterial alta– aumenta el riesgo de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. La OMS recordó este año que la hipertensión no controlada puede causar también ceguera, irregularidades del ritmo cardíaco y fallo cardíaco. El riesgo de que se presenten esas complicaciones es mayor si se dan otros factores de riesgo cardiovascular como la diabetes. Uno de cada tres adultos del mundo padece hipertensión. Esa proporción aumenta con la edad: una de cada diez personas de 20 a 40 años, y cinco de cada diez de 50 a 60 años.

Pero la hipertensión se puede prevenir y tratar. Cuando comenzamos con el Plan Remediador, en los primeros botiquines nos quedamos cortos de antihipertensivos. Está resuelto. La provisión pública de medicina para combatir la hipertensión a todo lo largo del país es una realidad desde hace años.

Prevenir y tratar a ese asesino silencioso que se lleva 10 millones de vidas por año en el mundo es una de las prioridades de la política sanitaria argentina

En nuestro país se ha avanzado en parte en cuanto a la difusión de las ventajas de reducir la ingesta de sal, llevar una dieta equilibrada, reducir el consumo de alcohol y dejar el cigarrillo, entre otras medidas. Retirar los saleros de las mesas en los restaurantes y sólo darlos a pedido del comensal puede ser una práctica testimonial, pero no deja de ser una señal clara de por dónde puede comenzar la prevención.

No queríamos dejar de recordar este importante mensaje de la OMS en esta edición, en la que abordamos un amplio espectro de temas. Hacemos un balance del sistema de la trazabilidad de medicamentos en una entrevista con el director de la Administrador Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat), Carlos Chiale, que adelanta la posibilidad de extender ese esquema a otros productos, como las prótesis implantables.

Además, sintetizamos las principales reflexiones expresadas durante las jornadas de actualización en salud integral del adolescente, una población que a pesar de representar el 21% de América latina todavía es poco cuidada. También llamamos la atención sobre varios pendientes en la agenda social argentina: la mortalidad materna –donde no se registran descensos significativos en las últimas décadas a pesar de los compromisos internacionales del Estado–; las infecciones intrahospitalarias, que matan a por lo menos 61 pacientes por día en Argentina; y el emergente problema de los desechos eléctricos y electrónicos que en nuestro país suman 120.000 toneladas anuales. Damos cuenta también de los beneficios económicos de la cobertura universal en salud: un 10% de aumento en la esperanza de vida al nacer está asociada con 0,3% a 0,4% de crecimiento anual de la economía.

Y por supuesto, reflejamos la intensa vida interna de nuestra Universidad, que en esta oportunidad incluyen la entrega en diciembre pasado de los XXI Premios ISALUD; y la actividad de nuestros graduados que ocupan importantes puestos de gestión en los ámbitos público, privado y de la seguridad social.

Reemplazo a un irremplazable, mi viejo. Es la razón de mi aparición en esta página. El Presidente de la Fundación ISALUD se fue como vivió: viviendo.

Trabajó en esta casa con juventud y optimismo perpetuo desde que nació ISALUD y hasta el último día previo a una embolia cerebral que lo llevó sin dolores.

Esta morada de sueños –y yo- lo extrañamos. Pero como toda ausencia de un irremplazable nos sirve para honrarla de la mejor manera que hubiera querido. Ayudando a construir una patria más sana, más justa y más solidaria. Con conocimientos para mejorar las acciones y las políticas sociales. Reforzando nuestros ideales y nuestro compromiso.

Ese es nuestro desafío siempre inconcluso.

Ginés González García
PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD



PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD
Ginés González García
RECTOR
Carlos Garavelli
VICERRECTOR
Eugenio Zanarini

Revista [i]salud

DIRECCIÓN GENERAL
Eugenio Zanarini
COORDINACIÓN EDITORIAL
Nicolás Rosenfeld
COORDINACIÓN ACADÉMICA
Martín Langsam
COMITÉ EDITORIAL
Alberto Cormillot
Silvia Gascón
Claudia Madies
Armando Reale
EDICIÓN PERIODÍSTICA
CTZ Contenidos
COLUMNISTAS
Rubén Torres
Claudia Madies
Carlos Díaz
Silvia Gascón
Claudio Mate
EDICIÓN DE DISEÑO
Daniel Boccardo
EDICIÓN DE TESIS
Daniela Álvarez
COMUNICACIÓN Y PRENSA
María Belén Gimenez
Federico Gómez
PUBLICIDAD
Daniel Di Scala
PRODUCCIÓN EDITORIAL
Ensamble Gráfico

Revista [i]salud
es una publicación de
Universidad ISALUD
Venezuela 925/31
C1095AAS, Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-4000
Fax: (54-11) 5239-4003
correorevista@isalud.edu.ar

ISSN: 1850-0668

Las opiniones vertidas en esta publicación son responsabilidad absoluta del/los autor/es o el/los entrevistado/s y no necesariamente reflejan las ideas de Universidad ISALUD.

Aportes, opiniones, críticas, sugerencias y elogios se reciben en la dirección especialmente dedicada a los lectores:
correorevista@isalud.edu.ar

EN ESTA EDICIÓN

MEDICAMENTOS

CARLOS CHIALE: "EL SISTEMA DE TRAZABILIDAD TUVO UN GRAN IMPACTO EN EL SECTOR"

El director de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) destacó los resultados de este seguimiento y adelantó que podría extenderse a otros productos, como las prótesis implantables. El funcionario habló también del aporte de los pacientes en el sistema de farmacovigilancia. [Pág. 6]

ACTUALIZACIÓN

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Los adolescentes representan el 21% de la población de la región pero son un sector aún poco cuidado. Las distintas realidades de Chile, Uruguay y Argentina, y el panorama europeo fueron analizadas en ISALUD. Despatologizar, fomentar la participación y prestar atención a nuevas realidades, como el bullying, algunas de las conclusiones. [Pág. 12]

SALUD REPRODUCTIVA

LA MORTALIDAD MATERNA: SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

Por Silvia Ramos y Mariana Romero

La muerte materna es un problema de salud prioritario en la Argentina, donde no se han registrado descensos significativos en las últimas décadas y donde algunas provincias muestran valores dos veces mayores a la media nacional. Las dimensiones del problema y las recomendaciones a seguir para comenzar a revertirlo. [Pág. 16]

RECONOCIMIENTO

XXI PREMIOS ISALUD

En diciembre pasado se realizó la XXI entrega de los Premios ISALUD, que reconoció las trayectorias de personalidades y a los programas que se destacan por su aporte a la salud y la inclusión social. [Pág. 20]

HOSPITALES

LA TRAGEDIA DIARIA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

Por Santiago Gerardo Spadafora

El autor propone alternativas para contribuir desde la gestión sanitaria para disminuir la incidencia de la principal complicación y causa de muerte evitable en los hospitales argentinos; por lo menos 61 pacientes por día mueren por este motivo en Argentina. [Pág. 24]



[Pág. 10]



[Pág. 14]



[Pág. 38]

GRADUADOS EN GESTIÓN

JAVIER LOMBAR: “LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA ARGENTINA ES MUY RESPETADA EN LA REGIÓN”

Abogado (Universidad Nacional de Lomas de Zamora), máster en Sistemas de Salud y Seguridad Social, y en Economía y Gestión de la Salud (ambas por la Universidad ISALUD), Javier Lombar tiene una larga trayectoria en el sector farmacéutico donde trabajó en varios laboratorios en áreas comerciales y de fármacopolíticas. [Pág. 28]

GRADUADOS EN GESTIÓN

GABRIEL LEBERSZTEIN: “LA CLAVE ES GESTIONAR MIDIENDO LA EFICIENCIA”

Médico, máster en Calidad por la Universidad de Murcia (España) y Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD), es actualmente gerente médico de la Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac), entidad que tiene 2,1 millones de afiliados. [Pág. 30]

CÓMO CONSTRUIR SALUD

HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA

Por Rubén Torres

La promoción de la cobertura universal en salud no sólo resulta apreciable en términos éticos sino que tal vez sea la decisión más inteligente para lograr la prosperidad económica y alentar el desarrollo. Está ampliamente demostrado que la mejora de la salud contribuye al crecimiento económico (un 10% de aumento en la esperanza de vida al nacer está asociada con 0.3 a 0.4% de crecimiento anual de la economía). [Pág. 32]

ENCUENTRO INTERNACIONAL

2° CONGRESO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE SOBRE SALUD GLOBAL

La Universidad ISALUD, por medio de su rector honorario, Ginés González García, participó de este foro de discusión y propuestas a los gobiernos para avanzar hacia el logro de mayores niveles de equidad y justicia social entre todos los países del mundo. [Pág. 36]

TRABAJOS ACADÉMICOS

MAESTRÍA EN SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MODELOS DE ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD Y EL MODELO DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Por Pablo Rosales

[Pág. 43]

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL

MATERNIDAD SUBROGADA

Por Rosa Sauer

[Pág. 51]

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL

CÉLULAS MADRE OBTENIDAS DE CORDÓN UMBILICAL CONTROVERSIAS DE LA REGULACIÓN SOBRE SU CONSERVACIÓN, DERECHOS DE PROPIEDAD Y UTILIZACIÓN

Por Martín Lerner

[Pág. 55]

MEDIO AMBIENTE

HACIA UNA GESTIÓN SUSTENTABLE DE LOS RESIDUOS ELÉCTRICOS Y ELECTRÓNICOS

Cada año se desechan en Argentina 120.000 toneladas de basura eléctrica y electrónica, un tipo de residuo cuya producción crece exponencialmente y exige urgentes medidas para su control y tratamiento. [Pág. 38]

ACADÉMICAS

Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD. [Pág. 62]

CARLOS CHIALE: “EL SISTEMA DE TRAZABILIDAD TUVO UN GRAN IMPACTO EN EL SECTOR”

El director de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) destacó los resultados de este seguimiento y adelantó que podría extenderse a otros productos, como las prótesis implantables. El funcionario habló también del aporte de los pacientes en el sistema de farmacovigilancia.

Desde la instrumentación del Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos, este innovador procedimiento que ubica a la Argentina a la vanguardia en la lucha contra la falsificación de medicamentos, se han reportado más de 58 millones de movimientos logísticos. El Dr. Carlos Chiale, director de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat), afirmó que el sistema de trazabilidad ha sido de gran impacto, ya que la industria ha tenido que reconvertir y validar una gran cantidad de procesos productivos.

—¿Cuál es el balance del Programa de Trazabilidad de Medicamentos a un año y medio de su lanzamiento?

—A partir de este sistema, que posiciona a la Argentina como uno de los líderes del mundo en trazabilidad—inclusive por encima de los países de la Unión Europea y Estados Unidos—, cada empresa o entidad interviniente ha tenido que generar códigos para

incorporar a la base de datos del sistema de la Anmat, donde cada caja o unidad de producto tiene un código propio y único, inmodificable e intransferible. El balance es muy positivo, a la fecha el Sistema Nacional de Trazabilidad (SNT) ha registrado 58.000.000 de movimientos logísticos y diariamente recibe información de más de 8000 agentes del sistema de salud.

Además, se logró la adhesión de las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Santa Fe, Santiago del Estero, Córdoba, Jujuy, Misiones, Santa Cruz, Chubut, San Juan, San Luis, Neuquén, Tucumán, Entre Ríos y Chaco. Y se han dictado también disposiciones reglamentarias a la resolución ministerial, incorporando más ingredientes farmacéuticos activos al SNT.

—¿Qué relevancia tuvo en el sector?

—El sistema de trazabilidad ha sido de gran impacto, ya que la industria ha tenido que reconvertir y validar una gran cantidad de procesos productivos. Cabe remarcar que la industria



Durante 2012 el 20% de las notificaciones que recibió el Sistema Nacional de FármacoVigilancia fue realizado por los propios pacientes y de ese total 28% fue imputado como notificaciones serias.

farmacéutica ha incorporado proactivamente algunos IFA (Ingrediente farmacéutico activo) que al momento no se encuentran en ninguna normativa de Anmat. Además, este sistema ha contribuido a asegurar el control de los medicamentos y a erradicar la circulación de aquellos que son ilegítimos.

–¿Cómo influyó en las notificaciones adversas que se reciben por año?

–El número de notificaciones ha ido en aumento desde la creación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (Snfvig), lo que demuestra el fortalecimiento y compromiso de todos los involucrados con el objetivo de que los pacientes reciban medicamentos seguros, de calidad y accesibles.

–¿Qué tipo de notificaciones más frecuentes hacen los pacientes y usuarios sobre los medicamentos?

–En nuestro país el Snfvig tiene en su página web un formulario especialmente implemen-

tado para pacientes que busca organizar la información a través de preguntas sencillas y con un vocabulario accesible. Las notificaciones de los pacientes son tomadas en cuenta junto a aquellas que realizan los profesionales, las mismas son analizadas, para generar información y proponer medidas administrativas de regulación y control como pueden ser los cambios en los prospectos, cambios en la rotulación, advertencias de uso y aún suspensión de la comercialización de los productos de acuerdo con la disposición N° 1402/08 de procedimientos de retiro de productos farmacéuticos por niveles de riesgo sanitario.

Respecto al tipo de notificación que realiza el paciente es muy amplia, desde un cambio de color del producto que habitualmente toma, falta de información en el prospecto o rótulo, mayor claridad en la manera de preparar el producto o de administrarlo y reacción adversa por el medicamento. Durante 2012 el 20% de las notificaciones que recibió el Snfvig fueron realizadas por los propios pacientes y de

ese total 28% fueron imputadas como serias.

–¿Cuándo puede aplicarse un “retiro voluntario” de productos?

–El término “retiro voluntario” comprende dos situaciones posibles. Una de ellas puede ser cuando una empresa, con base en sus investigaciones o sistema de calidad, encuentra en un producto, deficiencias, resultados fuera de especificación u otros desvíos de calidad, por lo que decide removerlo del mercado y lo comunica a la autoridad sanitaria. Otra situación posible es cuando la Anmat, a través de sus sistemas de vigilancia, detecta en un producto un desvío respecto de las condiciones bajo las cuales el mismo fue autorizado para su comercialización. En estos casos, la Anmat a través del control de calidad del producto u otro tipo de evaluación, verifica el desvío y comunica al elaborador/titular respecto de esta situación. En esta oportunidad el laboratorio titular del medicamento puede manifestar su decisión inmediata de retirar el producto/lote del mercado. En algunas de estas situaciones se ha aplicado, el término “retiro voluntario”.

–Luego de la experiencia de la trazabilidad de medicamentos ¿Se piensa realizar esta operatoria en otros productos?

–La idea es continuar avanzando en el funcionamiento del Sistema Nacional de Trazabilidad am-



La idea es continuar avanzando en el funcionamiento del sistema de trazabilidad ampliando la cantidad de ingredientes farmacéuticos involucrados.

Objetivos del Sistema de Trazabilidad de Medicamentos

- Permite regularizar la distribución de medicamentos a nivel nacional.
- Limita la desviación de productos y la distribución de medicamentos falsificados.
- Detecta duplicaciones de productos.
- Mejora la eficacia de los sistemas de salud y reduce los costos.
- Brinda mayor seguridad a los pacientes respecto a la autenticidad, calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que consumen.
- Minimiza la entrega errónea de producto.
- Desalienta el robo y la adulteración de productos.
- Facilita retiros del mercado más efectivos.
- Ofrece información en tiempo real del consumo de cada tipo de medicamento.

pliando la cantidad de ingredientes farmacéuticos involucrados. Asimismo, tomando la vasta experiencia reunida, el proyecto es implementar la trazabilidad para productos médicos, empezando con la trazabilidad de prótesis implantables.

–¿Cómo se opera a nivel nacional para lograr un control eficaz?

–El lanzamiento de la estrategia Plan Anmat Federal ha establecido a nivel nacional un mecanismo de cooperación e intercambio con las distintas jurisdicciones que permite trazar de manera conjunta objetivos generales y específicos tendientes a fortalecer las capacidades de regulación, fiscalización y vigilancia a nivel nacional y provincial en productos para la salud. Esta iniciativa pretende aportar a la mejora continua en el ámbito de competencia de la Anmat a partir de la articulación y el consenso de las actividades entre las provincias y nuestra administración. Veintitrés provincias han firmado la adhesión al Plan, que tiene como una de sus finalidades contribuir articuladamente al combate de las situaciones irregulares e ilegales que constituyen un riesgo para la salud humana. El Plan se compone de tres programas federales, el de control de medicamentos, el de alimentos y el de productos médicos.

40 años



VOS CRECÉS.
NOSOTROS TAMBIÉN.

CRECER JUNTOS
ES NUESTRO MEJOR LOGRO.



0810 - 444 - SALUD (72583)

www.sancorsalud.com.ar

Seguinos en:  

La idea es ampliar la cantidad de ingredientes farmacéuticos involucrados en el sistema de trazabilidad. Tomando la vasta experiencia reunida, el proyecto es implementar la trazabilidad para productos médicos, empezando con la trazabilidad de prótesis implantables.

–¿Cuál es el panorama de la región?

–Hay una tendencia al trabajo conjunto por parte de las agencias reguladoras en pos de fortalecer el concepto de vigilancia sanitaria contribuyendo al afianzamiento del nuevo paradigma de ciencia reguladora, reflejada en los procesos de cooperación e intercambio de información.

–¿Cuáles son las perspectivas futuras del sector?

–La perspectiva futura implica el cumplimiento de los objetivos estratégicos que esta administración se ha trazado para el corto, mediano y largo plazo que son, entre otros, el fortalecimiento del rol de la entidad como organismo de alta vigilancia sanitaria, basado en el nuevo paradigma de ciencia reguladora; la optimización de las herramientas para garantizar al usuario y al consumidor la seguridad, eficacia y calidad de los productos; el perfeccionamiento de los procesos de eva-

luación para el acceso seguro a nuevos productos y tecnologías; el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria; y el acompañamiento y vehiculización de los procesos de innovación tecnológica.

–El 23 y 26 de abril se realizará un congreso internacional en Buenos Aires donde participará la Anmat ¿qué temas se abordarán en las jornadas?

–Esta conferencia será un ámbito de intercambio para que todos los involucrados en el sector de la salud conozcan la experiencia del “modelo argentino” de trazabilidad de medicamentos. Asimismo nuestro país coordinará el encuentro de autoridades sanitarias *think tank* a realizarse dentro del marco de este evento, donde las autoridades sanitarias tendrán un espacio de discusión acerca de esta operatorio que es modelo en la región. 

Objetivos de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat)

- Autorizar y registrar la elaboración y comercialización de especialidades medicinales, productos para diagnóstico y cosméticos, así como su actualización y modificaciones.
- Fiscalizar los establecimientos dedicados a la elaboración, importación, fraccionamiento y/o comercialización de los productos mencionados, además de establecer las normativas y especificaciones técnicas que deben reunir.
- Controlar la composición, calidad, eficacia e inocuidad de los productos citados.
- Autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los alimentos, incluyendo los suplementos dietarios, así como los materiales en contacto con los alimentos. Todo ello en coordinación con las jurisdicciones sanitarias federales y las delegaciones del INAL.
- Participar en la elaboración y actualización de normas.
- Autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los productos de uso doméstico, así como también los materiales en contacto con los mismos.
- Autorizar dispositivos de uso médico, materiales y equipos de uso en medicina humana. Formular y aplicar normas que aseguren la calidad de los procesos de producción, importación y depósito de los dispositivos de uso médico.
- Vigilar los efectos indeseables, falta de eficacia y calidad de los productos de su incumbencia, mediante el desarrollo de redes de información que reúnen las notificaciones que realizan profesionales, instituciones y usuarios, a través de los Sistemas Nacionales de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Vigilancia Alimentaria.
- Comunicar y difundir, a los profesionales y al público en general, la información que resulta relevante para la salud, mediante publicaciones periódicas y no periódicas.
- Promover que la investigación clínica de nuevos medicamentos en la Argentina sea efectuada en base a la “Buena Práctica para Estudios de Farmacología Clínica”, cumpliendo con normas éticas de alcance internacional y bajo un programa específico de inspección.
- Autorizar la publicidad de medicamentos de venta libre, suplementos dietarios y dispositivos de uso médico para facilitar y orientar a los consumidores.



EMPRESA LIDER

EN LA GESTION MEDICO-FARMACEUTICA
(DISEASE MANAGEMENT) DE PATOLOGIAS CRONICAS
Y PROVISION DE MEDICAMENTOS

- **Patología Oncológica**
- **Patologías prevalentes:**
Diabetes, Hipertensión, Dislipemia
- **Enfermedades de baja incidencia y alto costo:** **Artritis Reumatoidea, Esclerosis Múltiple, Hemofilia, Hepatitis Crónica**



**Gerenciamiento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas**



Droguería ABC: Av. Juan de Garay 4138 (1256)

ABC S.A.: Av. Jujuy 570 (1229)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: (011) 4941-1001

E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar

Sitio web: www.abcsalud.com.ar

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Los adolescentes representan el 21% de la población de la región pero son un sector aún poco cuidado. Las distintas realidades de Chile, Uruguay y Argentina, y el panorama europeo fueron analizadas en ISALUD. Despatologizar, fomentar la participación y prestar atención a nuevas realidades, como el *bullying*, algunas de las conclusiones

El mundo enfrenta hoy la mayor generación de adolescentes registrada en la historia, más de 1200 millones de personas, cuyas necesidades de atención no pueden ser postergadas. En América Latina y el Caribe, las personas jóvenes representan el 30% de la población y los adolescentes conforman el 21% de la población total.

En ese contexto, las Jornadas de Actualización en Salud Integral del Adolescente, organizado por la Uni-



Mónica Borile, médica pediatra y de adolescentes, y el rector de la Universidad ISALUD, Carlos Garavelli

versidad ISALUD junto con la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (Sasia) y la Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia (SIMA), resultó un invaluable aporte para los concurrentes a la Diplomatura en Adolescencia (educación a distancia), que tiene como objetivo dar una adecuada respuesta a la problemática de los adolescentes con un enfoque integral, holístico, interdisciplinario e intersectorial.

Previo apertura del rector de la Universidad ISALUD, Carlos Garavelli, y los saludos de bienvenida a los expositores extranjeros, Mónica Borile, médica pediatra y de adolescentes, destacó la importancia de una diplomatura que convoca a los 23 países que constituyen el comité de adoles-

encia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (Alape). “Estamos convencidos –señaló Borile– de que la educación es una herramienta clave para el cambio y esto lo tenemos que conceptualizar en una capacitación interdisciplinaria e intersectorial que fomente una mirada distinta hacia el adolescente”.

El diplomado tiene una alta participación *online* y en los foros de debate, y la presidenta de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (Codajic) destacó el desafío por delante que significa volver a tener una mirada latinoamericana sobre las problemática del adolescente: “Uno piensa muchas veces en Europa y lo cierto es que hay muchas experiencias en nuestra re-

gión que merecen ser estudiadas. En Italia se dieron cuenta de que ellos estaban muy medicalizados y que no había aspectos psicosociales insertos en su mirada y en la construcción de los profesionales que trabajan la adolescencia. Esa es la razón de la visita de los especialistas a nuestro país”.

Chile, el desafío del presente

“Lindo país esquina con vista al mar” es el título de una obra emblemática de Chile que reflejaba el panorama social que se vivía en el país vecino a fines de la década del 70 y que la Dra. Paz Robledo Hoecker eligió para su presentación y como punto de partida de su análisis de un modelo histórico de desarrollo que se impuso y dejó que “se vendiera no solo la salud y la educación sino también hasta el agua”.

A partir de ese período histórico, según señalara la magister en Psicología del Adolescente y docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, se dio impulso “a una gran inversión a lo que se denomina la primera infancia”, y se hizo una reformulación para “cambiar la visión actual de la juventud como una amenaza”. No existían los adolescentes en el sistema sanitario chileno, “así que –agregó Paz Robledo– la frase juventud divino tesoro no era más que un enunciado”.

Para empezar a cambiar los paradigmas tradicionales de ver a los adolescentes solo como el futuro, fue necesario actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), es decir aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. El concepto de DSS da cuenta de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar las potenciales de salud, a lo largo de la vida de cada individuo y comunidad.



De izquierda a derecha: Fernando Zingman, coordinador del Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente; Susana Grunbaum, responsable del Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y la Juventud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, y Paz Robledo Hoecker, magister en Psicología del Adolescente y docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

“A partir de la reforma hecha en 2007 –señala Paz Robledo– se conformó un consejo consultivo de jóvenes con representación en todo el país y se hizo foco en la atención primaria, en evitar la medicalización y llevarlos a todos los niveles hospitalarios secundarios o terciarios. No hay que patologizar todas las enfermedades de los adolescentes, sino darles herramientas y cuando tengan necesidades específicas poder hacer los acompañamientos respectivos si fuera necesario”.

En Chile funcionan 58 espacios amigables para los adolescentes en 54 comunas, plan iniciado en 2010, que no ha tenido progresión y se quedó estancado pero no ha desaparecido. “Existe una gran tensión en mi país sobre cuál es el joven que queremos desarrollar, no hay metas comunes y tenemos que hacer un gran cambio cultural y social para determinar qué es lo que queremos construir para el desarrollo de un joven sano en nuestro país”, concluyó la doctora Paz Robledo.

Uruguay, planteos existenciales

“La participación es en la adolescencia lo que la estimulación es en la infancia”, destacó durante su exposición Susana Grunbaum, responsa-

ble del Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y la Juventud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, a modo de idea y propuesta para que fuera puesta en consideración durante las jornadas. Fortalecer las capacidades adolescentes “se parece mucho a lo que hacemos con la estimulación en la primera infancia. Esto no es una evidencia, sino una intuición que sale de la práctica y el ejercicio cotidiano de prestar atención a muchos adolescentes”, agregó.

Los resultados de una encuesta mundial realizada por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, en 82 países, encendió la alarma en lo que respecta a la salud mental de la adolescencia uruguaya: el 12,3% de los jóvenes consultados consideró “seriamente” suicidarse en el último año (2012) y 10,1% intentó “realmente” hacerlo. Entre las mujeres esa última cifra es ligeramente superior (11,9%) y también entre los mayores de 16 años (14,9%). Además, el 16,7% de los adolescentes reconoció haberse sentido “triste o desesperado, casi a diario durante dos semanas seguidas o más tiempo” en el último año.

“Desde 2005 con la reforma de la salud, que crea un financiamiento y un modelo de gestión y atención di-

Los adolescentes en la consulta



Por Piernicola Garófalo

Presidente de la SIMA (Sociedad Italiana de Medicina del Adolescente)

¿A qué edad los menores solos pueden solicitar una terapia o asistir a los consultorios médicos?

La respuesta es compleja porque en Italia a los 18 años es el límite de la mayoría de edad, pero según el Código Penal para ser culpable y condenado bastan 14 años; para comenzar a trabajar es necesario tener 15 años; para casarse 16 y expresar una opinión respecto a la separación de los padres basta con tener 12 años; después de los 13 años tampoco se es sujeto de abuso sexual si la otra parte tiene la misma edad o tres años de diferencia; para solicitar los anticonceptivos según la Ley Italiana basta tener 13 años. Esto da una muestra de la complejidad de las edades respecto de la autonomía del menor para tomar decisiones. Los pediatras especializados en el adolescente son muy pocos, la mayor parte de los médicos considera que los temas vinculados a la adolescencia en la carrera universitaria son insuficientes y si se les pregunta a los pediatras cuántos han participado de cursos sobre adolescentes son una minoría, aunque muchos manifiesten estar interesados en participar. No hay en Italia una figura médica dedicada especialmente al adolescente, ni cursos de capacitación específicos vinculados a su problemática. Tampoco hay estructuras hospitalarias específicas en el territorio italiano y una visión que junte la expectativa del adolescente en el ámbito sanitario nacional italiano.

¿Qué sabemos de la diversidad sexual?

Por Adrián Helian

Médico Psiquiatra Hospital Durand

Estamos asistiendo a una época de cambios. Todo está en redefinición, donde hay muchas preguntas para hacerse. Hemos sido todos criados en el modelo binario (hombre y mujer), y no había otra posibilidad. Todos hemos sido cortados por esta tijera, la ciencia también. Pero básicamente el género es una construcción, que tiene que ver algo más que lo biológico, con aspectos culturales, antropológicos y políticos, de esta subjetividad de las personas. La disforia de género (personas que nacieron con un sexo pero no se sienten identificados), las personas con género neutro (que no se identifican ni con el hombre ni la mujer), el bisexual verdadero, el plurisexual, la identidad tiene que ver con uno mismo y la orientación es la relación con el otro.

¿Qué sabemos los médicos de estos temas? Muy poco. La tendencia es a catalogar, discriminar, juzgar, como profesionales reproducimos las prácticas discriminatorias de esta sociedad porque fuimos educados en el sistema médico que internaliza este sistema binario. De esta manera simplificamos la importancia de los determinantes sociales a la hora de abordar la salud de las personas. La realidad nos muestra que la diversidad existe.

ferentes integrando lo estatal y mutual, los adolescentes se han hecho visibles en el sistema de salud –destacó Susana Grunbaum–. Pero hay que repensar cada propuesta, porque cuando nos quedamos fuera del sistema hemos tenido grandes dificultades, y esas estrategias con un gran potencial a menudo pueden ser desmanteladas y desaparecer. Hay ejemplos como los que conocimos en Costa Rica donde el PAIA (Programa de Atención Integral al Adolescente), se fue cayendo de a poco”.

De la encuesta internacional que en Uruguay involucró a 3524 adolescentes de la enseñanza media, surge que el 2,3% alguna vez había sido forzado a tener relaciones sexuales. La cifra asciende a 6,8% cuando se les pregunta si alguien los besó o tocó en alguna parte del cuerpo contra su voluntad. A su vez, es mayor entre las mujeres

y aumenta en la medida que crece la edad del adolescente. La encuesta revela también que “las riñas, peleas o intimidaciones” en colegios y liceos son, para el 32,8% de los adolescentes, algo “frecuente o muy frecuente”. La situación mejoró respecto al 43% que decía lo mismo en 2006.

En relación a la violencia, cifras nuevas sobre la incidencia del *bullying* entre los estudiantes del liceo, señala que el 18,6% dijo haber sido “intimidado” en el último mes (con golpes, patadas, burlas por raza, religión, sexualidad, apariencia o comentarios, o haber sido excluido de actividades a propósito). “El derecho a la atención de la salud ha sido una conquista –remarca la especialista– y hoy en día hace falta un trabajo interdisciplinario porque no hay una adolescencia sino varias adolescencias y eso empuja los cambios”. Además, según

esos datos, el 26,6% presenta sobrepeso y el 7% de estos es obeso. Solo el 24,4% de los adolescentes consume frutas y verduras habitualmente; el 71% toma bebidas azucaradas una o más veces por día; y solo el 28,8% realiza suficiente actividad física. El 59,1% reconoció que pasa más de tres horas diarias sentada.

“Los desafíos que tiene por delante nuestro sistema son organizar mejor los servicios de salud, poner en armonía y en sintonía los espacios exclusivos de adolescentes con la red de médicos de referencia para que estén conectados. Ahora estamos definiendo una estrategia porque hay que “capturar” a ese adolescente con problemas y no dejar que se pierda, y el espacio adolescente puede ser el articulador entre los diferentes niveles de atención y ayudar a coordinar con los otros sectores de la educa-

Trastornos del comer: un enfoque interdisciplinario

Por Graciela Saez

Médica de la Fundación Jóvenes, Salud Integral del Adolescente

La obesidad infantil es una epidemia local y mundial, entre un 25 a 35 por ciento de nuestros niños y adolescentes tienen problemas de sobrepeso y obesidad. Llevamos diez años de esta nueva epidemia y la tendencia sigue creciendo. Lo que preocupa es que los especialistas en adolescencia son contados con la mano, necesitamos más gente bien formada para trabajar con los adolescentes porque hace falta un trabajo interdisciplinario, cultural y científico muy fuerte.

En mi época de formación pediátrica estaba ese concepto que después se transformó en estructural de que no importaba que el chico sea gordo porque después venía el estirón. Al final los kilos se quedaban y el estirón parecía no llegar nunca. Hay que abordar los temas de bulimia y anorexia, de sobrepeso y obesidad desde distintos lugares, desde la familia, la salud y la escuela, porque desde lo médico solo no alcanza.

ción, la actividad física y la cultura”, sugirió Susana Grunbaum.

Argentina, barreras al acceso

“La adolescencia no es una transición, es un momento a ser disfrutado de la vida”, expresó a modo de definición Fernando Zingman, coordinador del Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. “La adolescencia no es vulnerable per sé, esto está instalado en nuestro sentido común, sino que el riesgo y la vulnerabilidad del riesgo es una definición epidemiológica, estadística, y todos tenemos riesgos y depende de dónde estemos, en qué circunstancias, edad y maduración o estado estén nuestras neuronas”.

Otro aspecto de la salud integral del adolescente analizada por el miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) fueron las barreras al ac-

Un servicio dedicado a la atención específica

Por María del Carmen Hiebra

Servicio de Adolescencia del Hospital Ricardo Gutiérrez



En 2012 cumplimos 30 años como servicio de adolescencia y conformamos un equipo de trabajo interdisciplinario con atención diferenciada, amplia y un abordaje que nos permitió enriquecernos mutuamente. La constitución de los profesionales de planta reconocidos como tal no son tantos pero se multiplican gracias a la cantidad de recursos humanos que se capacitan y permanecen bastante tiempo con nosotros.

¿Cómo se fue fortaleciendo la atención del adolescente? Hay un antes y un después de las leyes de protección de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva que modificaron totalmente la atención, con la mejora de los mecanismos de acceso a los anticonceptivos y de orientación de la sexualidad. Atender un adolescente puede ser muy sencillo o un desafío; es sencillo si uno se limita a resolver las consultas infrecuentes que uno pueda tener, en cambio es un reto o un desafío si queremos ofrecer una atención integral, informar, orientar y promover conductas saludables, esa es la diferencia. Tenemos armadas las redes para hacer las derivaciones según los casos, ya que no podemos internar chicos con adicciones severas, por ejemplo, por el tipo de hospital. Nos costó muchísimo llegar a tener presencia, nuestro equipo hace tres décadas que trabaja en temas de la adolescencia, tenemos experiencia en la formación de recursos humanos y en la asistencia y sin embargo, aún no tenemos una estructura oficial dentro del organigrama del hospital. Aunque lo más importante es que la gente sí ya nos dio ese reconocimiento.

ceso al sistema. No suele haber lugares de consultas y esa es una realidad que se está empezando a modificar pero que aún sigue vigente. “Los equipos de salud realizan juicios de valor –señaló Zingman–, ante cualquier consulta, con gestos, preguntas y formas que se manifiestan al encarar una práctica que resultan rechazables. Así como los seguimos considerando de riesgo por el simple hecho de ser adolescentes, ellos reciben esa mirada patologizante y, por supuesto, la rechazan”.

En estos tres años se llevaron adelante programas de adolescencia en 23 de las 24 jurisdicciones, se realizaron más de 80 eventos de capacitación con equipos de salud en las provincias para más de 2500 personas. “En el país se tienen buenos servicios de atención integral que generan docencia pero lamentablemente, son pocos y muy difíciles de mantenerlos”, ad-

mitió Zingman. Otro eje importante del análisis, fue en relación a la construcción de ciudadanía, a través de encuentros de adolescentes masivos y que ya van para más de 4500 chicos y chicas que pasaron en las provincias en números absolutos.

Aunque su impacto no es tan importante en temas de adolescencia la promoción de talleres artísticos ha sido una forma de instalar agenda adolescente en las provincias. “Cuando éramos chicos queríamos ser grandes y hoy todos queremos ser jóvenes, aunque como objeto de consumo cultural, al mismo tiempo que la juventud está en el centro de la mirada y sigue siendo estigmatizada, rechazada, depositándoles este estigma del riesgo y el peligro en sus comportamientos habituales y en su mirada, aunque algo esté cambiando”, destacó el representante argentino. 

LA MORTALIDAD MATERNA: SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

La muerte materna es un problema de salud prioritario en la Argentina, donde no se han registrado descensos significativos en las últimas décadas y donde algunas provincias muestran valores dos veces mayor a la media nacional. Las dimensiones del problema y las recomendaciones a seguir para comenzar a revertirlo

**Por Silvina Ramos
y Mariana Romero***

Las muertes maternas son un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres. Las Naciones Unidas han reconocido que las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna son inaceptables y que su prevención constituye una cuestión de derechos humanos ya que afecta el derecho de mujeres y niñas a la vida, la salud, la igualdad y a la no discriminación; el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y al más alto estándar de salud alcanzable (Naciones Unidas, 2009; Ramos *et al.*, 2004; Langer y Espinoza, 2002; WHO, 1999; WHD, 1998). Su reconocimiento como desafío colectivo ha impulsado la inclusión del mejoramiento de la salud materna entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) comprometidos por 189 naciones del mundo (Naciones Unidas, 2010).

La OMS define la defunción materna como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. Las muertes maternas tardías a su vez, son aquellas que ocurren después de los 42 días y hasta el año de terminado el embarazo (OMS, 1997).

Las muertes maternas son un problema relevante para el desarrollo social. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo para ellas, sino también para sus familias y comunidades (PAHO, 2003). Las repercusiones sociales y económicas son diversas: las mujeres son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que

proveen el sustento familiar. Una sociedad que pierde la contribución de una mujer es una sociedad cuya vida social y económica declina, su cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado (WHO, 1999). Cuando una mujer fallece, quienes más sufren son los niños: sus hijos sobrevivientes tienen 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes que los niños que cuentan con ambos padres. Asimismo, esos niños tienen menos probabilidades de acceder a la salud y educación durante su desarrollo (WHO, 1998).

Las muertes maternas son también un problema para la salud pública ya que pueden representar un sinnúmero de limitaciones de los servicios sanitarios, incluido el déficit de su calidad y el acceso a ellos (Langer y Espinoza, 2002). La muerte materna constituye un evento trazador pues permite a los decisores políticos en los diversos niveles del sistema de salud determinar las debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios. Es un evento adverso

* Las autoras pertenecen a la Diplomatura en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Gestión integral de políticas, programas y servicios. ISALUD - CEDES

prevenible pues es una injuria o complicación no intencional en el proceso de atención que ocasiona una prolongación de la estadía hospitalaria, discapacidad al momento del alta o muerte de la persona, y que es causado más por el proceso de atención del paciente que por su enfermedad subyacente (Ortiz *et al.* 2010).

América latina: inequidades en los riesgos

Las estimaciones de la OMS indican que las mujeres en los países en desarrollo enfrentan riesgos desproporcionadamente altos de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio, inequívoca muestra de la inequidad a la que están expuestas durante su período reproductivo: el 99.7% de las muertes maternas del mundo ocurren en los países en desarrollo. Como consecuencia de ello, la razón de muerte materna (RMM) es 15 veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

■ Luego de acordados los ODM en el año 2000, la mortalidad materna disminuyó considerablemente en el mundo entre 1990 (año considerado como base de la medición) y 2010. Según estimaciones y datos oficiales de los países de América latina, esa reducción es del orden del 43 o 29% según OMS y OPS res-

pectivamente (Organización Panamericana de la Salud, 2011; World Health Organization, 2012).

- Uruguay ya alcanzó la meta comprometida. Es muy probable que otros cuatro países (Brasil, Honduras, Paraguay y Perú) alcancen el descenso prometido para el año 2015, mientras que Chile, Colombia y Nicaragua posiblemente lleguen a reducciones cercanas al 70%, de mantenerse las tendencias actuales.
- Ocho países (Bolivia, Cuba, Guatemala, Haití, Jamaica, República Dominicana, Surinam y Venezuela) no han evidenciado reducciones de las muertes maternas durante los últimos veinte años, situación similar a la de Argentina, Ecuador y Panamá los que, si bien han logrado un leve descenso, se encuentran muy lejos de los demás países de la región.

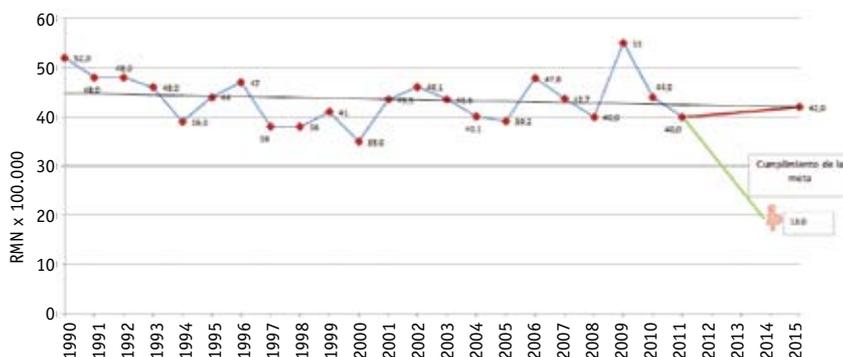
Las muertes maternas en Argentina

En nuestro país, 300 mujeres fallecen anualmente por causas relacionadas con el aborto inseguro, el embarazo, el parto y el puerperio. Son mujeres jóvenes -en su mayoría sanas- cuyas muertes podrían evitarse. Los datos de 2011 confirman que la tendencia de la RMM en el país se asemeja a una meseta, lo que confirma una vez

más que la situación de la mortalidad materna no ha variado significativamente en los últimos veinte años.

- A escala global se estimó que era necesario un descenso de la RMM del 5,5% anual para alcanzar la meta comprometida en el ODM 5.
- Para poder cumplir con la meta propuesta, la Argentina hubiera requerido un descenso anual del 5,4% que le permita llegar a la RMM comprometida de 13 x 100.000 NV en 2015. Si se hubiera cumplido este ritmo de descenso, la RMM debió haber llegado a 16,2 x 100.000 NV en 2011. Sin embargo, según la información recientemente publicada por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la misma fue de 40 x 100.000 NV, 2,5 veces superior al nivel esperado.
- Las RMM por provincia muestran grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y la calidad de la atención. Más de la mitad de las provincias (13 de 24) superan la RMM nacional y 4 llegan a duplicarla o triplicarla (Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones). Esto indica un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en diferentes jurisdicciones.
- Las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Neuquén han logrado descensos sostenidos en los últimos dos años y su situación actual, junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Río Negro, Santa Cruz y Santa Fe, es comparable a la de los países de menor mortalidad materna de la región (World Health Organization, 2012; Ministerio de Salud, 2012).

Gráfico 1: Tendencia de la razón de mortalidad materna por 100.000 NV y meta propuesta para alcanzar el ODM 5. Argentina, 1990-2015



Fuente: OSSyR en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación, 2012

Las causas

- La estructura de causas de las muertes maternas ha variado poco en las últimas dos décadas. Las compli-

caciones relacionadas con el aborto inseguro continúan como primera causa obstétrica directa. El peso proporcional de las muertes por aborto tiene relación con el 60% de embarazos no planificados reportados por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

- Alrededor del 95% de la mortalidad materna en América latina y el Caribe puede prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día. Las causas más frecuentes son hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%), y otras causas directas (15%) (Organización Panamericana de la Salud, 2011).
- El aborto es la primera causa individual de muerte en 17 de los 24 distritos del país. Si bien es la primera causa obstétrica directa en 9 provincias argentinas, en otras ocho (con excepción de Corrientes y Santa Fe) en donde la primera causa son las “otras obstétricas indirectas”, el aborto es la segunda causa de muerte.

Conclusiones

Las muertes maternas son evitables. Las intervenciones para prevenir sus causas más frecuentes están probadas, disponibles y son costo-efectivas. Los países que han conseguido disminuirlas han adoptado medidas globales, tales como: (OMS, 2010)

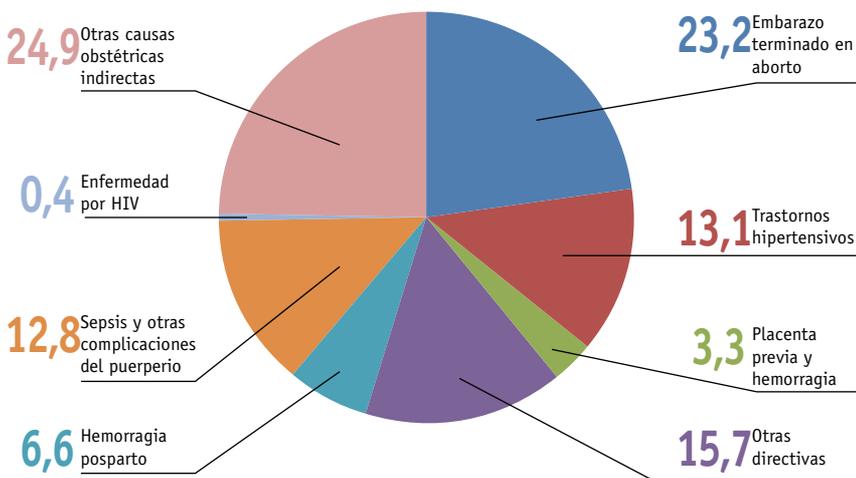
- La planificación familiar para la prevención del embarazo no deseado.
- El manejo apropiado del embarazo de alto riesgo (diabetes, hipertensión y anemia).
- El mejoramiento de los estándares y prácticas de personal calificado para el manejo del parto basado en evidencias: uso del partograma, prácticas asépticas, procedimientos manuales (remoción de placenta y reparación de episiotomía) y drogas para tratar la sepsis, la eclampsia y las hemorragias, intervenciones quirúrgicas (cesáreas) y anestesia.
- La provisión de abortos seguros y el tratamiento de sus complicaciones cuando han sido realizados en condiciones riesgosas.
- La vigilancia de las muertes maternas para monitorear su evolución,

distribución, determinantes y causas, evaluar el impacto de las intervenciones y realizar las acciones necesarias.

- Los esfuerzos por mejorar la medición de las muertes maternas deben ser complementados con información acerca de dónde, cómo y por qué estas muertes ocurren y cuáles son los cursos de acción que se deben implementar para evitarlas.

La Argentina ha sido signataria de compromisos en los ámbitos internacional, regional y nacional, que responsabilizan a los gobiernos por la implementación de políticas, programas y acciones tendientes a lograr la disminución de las muertes maternas (Consejo de Políticas Sociales, 2003). En los últimos años, algunos de estos compromisos han dado lugar a nuevos planes nacionales y/o provinciales para reducir las muertes maternas (ver http://www.ossyr.org.ar/linea_tiempo.html para una secuencia cronológica de los planes y normativas). La muerte materna es un problema de salud prioritario en la Argentina: su magnitud, gravedad y vulnerabilidad a intervenciones probadamente efectivas han sido claramente expuestas en varias publicaciones producidas en los últimos años así como en las recomendaciones realizadas por los comités de seguimiento y monitoreo (OSSyR, 2010.) Sin embargo, a pesar de los compromisos asumidos y de las evidencias disponibles, la razón de mortalidad materna (RMM) nacional no ha mostrado descensos significativos y algunas provincias muestran valores dos veces mayor a la media nacional, muestra indiscutible de la inequidad existente y del rezago en la implementación de acciones integrales y sostenidas, basadas en las evidencias y acompañadas por la movilización comunitaria (Ministerio de Salud, 2009). ¹⁸

Gráfico 2: Estructura de causas de las muertes maternas, quinquenio 2007-2011, Argentina



Fuente: Observatorio de salud sexual y reproductiva (OSSyR), Hoja Informativa No. 8 (http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf)

Nuestros Vinos

Tierra Mayor Varietales, vinos jóvenes que expresan las virtudes que adquiere la uva cosecha tras cosecha.

Tierra Mayor Actos, blends selectos elaborados con la mejor combinación de uvas y variedades de sus viñedos.

Tierra Mayor Reserva, representa la personalidad del terroir sanjuanino de Huamacache.

B O D E G A T I E R R A M A Y O R

HUANACACHE . SAN JUAN . ARGENTINA



VENTA EXCLUSIVA en www.bodegatierramayor.com.ar - [5411] 3142 7241

BEBER CON MODERACIÓN. PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS.

XXI PREMIOS ISALUD

En diciembre pasado se realizó la XXI entrega de los Premios ISALUD, que reconoció las trayectorias de personalidades y a los programas que se destacan por su aporte a la salud y a la inclusión social.



El rector honorario de la Universidad, Ginés González García, junto al rector, Carlos Garabelli, y al vicerector Eugenio Zanarini, encabezaron la ceremonia, en la que se recordó especialmente la figura del ex presidente de la Fundación, Mario González Astorquiza, fallecido unos días antes de la entrega de los premios.

Sociedad y Salud – Individual

Facundo Arana

Destacado actor que desde muy joven lucha con la enfermedad de Hodgkin, patología maligna de los ganglios linfáticos. Durante varios años fue tratado en Fundaleu, lo cual le permitió conocer a fondo la problemática de la donación de sangre, apoyando las acciones de promoción de ese gesto solidario.

Facundo Arana es un hombre que siente el compromiso con la comunidad y se ha convertido en un protagonista esencial en el campo de la salud pública. Sería largo enumerar sus acciones en tal sentido, pero basta con recordar que llevó a la cima del Aconcagua la bandera con la leyenda “Donar Sangre salva Vidas” y luego se propuso hacer lo mismo en la cumbre del Everest, propósito que se frustró porque fue afectada su salud.



Comunicación y salud – Individual

Marcelo Simón

La radio, acompañante de muchas personas, ya sea en el hogar, en el trabajo o viajando en el automóvil, tiene un papel protagónico en la difusión de los avances de la ciencia y la información sobre cuestiones tan vitales como las fechas de vacunación o de cuidados especiales en tiempos de mucho frío o excesivo calor.

En tal sentido, uno de los más destacados comunicadores –periodista, locutor– ha sido siempre y sigue siendo, el querido y respetado Marcelo Simón, a quien la Fundación ISALUD distingue con este premio.



Servicio y salud - Individual

Margarita Ayala

Las vacunas y los vacunadores (mujeres y hombres que han abrazado con vocación solidaria esa esforzada tarea) son verdaderas instituciones solidarias con el prójimo y más aún cuando desarrollan su profesión en lugares inhóspitos, como la alta montaña, afrontando bajísimas temperaturas, fuertes vientos y sorpresivos temporales de nieve y viento. Como homenaje a todos los vacunadores, que han sido claves para el éxito de la estrategia de prevención primaria, la Fundación otorga este premio a la enfermera y vacunadora de alta montaña, Margarita Ayala.



Premio a la trayectoria

Rául Calos Siufi

El bioquímico Rául Calos Siufi, ex jefe de servicio del Hospital Ángel Gallardo de Palpalá, Jujuy, organizó el servicio y participó muy activamente en la construcción del nuevo policlínico. En reconocimiento a su tarea, el laboratorio de ese hospital lleva su nombre. Además, fundó y preside desde 1992 la Fundación Hospital de Niños, que ha trabajado incansablemente por equipar y mejorar hospitales e instituciones de asistencia social en Jujuy. Por su extensa trayectoria, en agosto de 2012 el Dr. Siufi recibió la mención Senador Domingo Faustino Sarmiento, otorgada por el Senado de la Nación a personalidades destacadas.



Educación y salud - Individual

Gabriela Felippa

La enfermería, vital para la salud tanto en la atención de los pacientes como en la colaboración con otros profesionales, es central y recurrente para la Fundación ISALUD. Porque la formación del factor humano en Enfermería es clave en la cuestión sanitaria, es uno de nuestros cursos fundamentales de educación. Por haberse puesto al hombro la conducción del proyecto institucional de formación del Recurso Humano en Enfermería y haber diseñado un camino claro en el nivel estratégico del Departamento de Enfermería, coronado con nuestros primeros egresados, se le entrega este reconocimiento.



Educación y salud - Individual

Gustavo Irico

El doctor Gustavo Irico, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), ha aunado su vocación por la tarea educativa y su devoción por optimizar la situación sanitaria de los cordobeses. El respeto y la admiración que el doctor Irico ha obtenido tras una brillante y fructífera actividad en los dos ámbitos, tanto en los integrantes de la comunidad académica, como en los profesionales de la salud lo hicieron muy digno acreedor del premio ISALUD.



Sociedad y salud - Institucional

Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (Copal)

La alimentación y las empresas que producen y comercializan alimentos y bebidas, también han incorporado la Responsabilidad Social Empresaria –los valores éticos en los negocios- y la entidad que los agrupa, la Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (Copal) se ha caracterizado por ese compromiso. En tal sentido, se deben destacar los compromisos voluntarios asumidos con relación a las iniciativas de sustitución de grasas Trans y de reducción de Sodio en los alimentos industrializados, en el marco del programa “Menos Sal, más vida” del Ministerio de Salud de la Nación. Los avances en la materia han instalado a Copal en el liderazgo en América Latina.



Comunicación y salud - Institucional

Programa Infosalud



En 1997 se creó el Programa Infosalud para generar un observatorio de noticias mundiales de salud. Quince años después, InfoSalud –que incorporó los programas Infoambiente e Infoagua– mantiene un seguimiento diario de la información, su clasificación y categorización, se ha transformado en una herramienta de suma

utilidad para instituciones y profesionales involucrados con los temas de la salud.

Desde 2008, Infosalud cuenta con un portal web dinámico, que incluye la publicación diaria de las noticias recogidas para todos los programas, más todo el archivo histórico digitalizado y disponible para quienes se suscriben.

Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA)

Establecida en Argentina desde principios del siglo XX, forma parte de una institución de alcance mundial cuyos fines tienen relación directa con la salud desde que su misión común es promover los valores de la vida que la buena práctica de los deportes instala en lugar privilegiado. La asociación forma líderes comunitarios, ejerce su acción educativa y sanitaria en los sectores más vulnerables de nuestra sociedad. Cuenta con siete centros educativos y es una entidad promotora de la organización del deporte sistémico en el país, donde es miembro fundador de las federaciones de Voleibol, Pelota al Cesto, Básquetbol, Atletismo, Béisbol, Natación y Ajedrez, entre otras instituciones madres del deporte nacional.



Unidad Pediátrica Ambiental (UPA) del Hospital Elizalde



Más del 40% de la morbilidad mundial se origina por factores ambientales. Y dentro de ese negativo panorama, la población infantil es muy vulnerable. En el mundo, el número de años de vida sana perdidos por habitante debido a factores ambientales es cinco veces mayor entre niños de 0 a 5 años que en la población en general. Ante ese panorama, en abril de 2003 se creó en

el Hospital Elizalde el Comité de Salud Ambiental Infantil. En 2005 se constituyó allí la Unidad Pediátrica Ambiental (UPA), que posteriormente fueron extendidas a los hospitales Gutiérrez, Posadas y Sor María Ludovica. La ingente actividad del UPA del Elizalde permitió un mejoramiento en la prevención y promoción de la salud infantil, como también en la formación de los equipos de salud y de las familias.

Comisión del Ministerio de Salud de la Nación: Vacunación con una dosis de vacuna Hep A

Campañas que exceden al campo de la niñez, para acudir en auxilio de todas las personas, como es el caso de la Comisión Vacunación con una dosis de vacuna Hep A, que ha logrado que el nuestro sea el único país del mundo que utiliza una dosis única de vacuna contra la hepatitis A, en el calendario nacional de vacunación. Luego de aquella decisión política del entonces ministro Ginés González García, continuó el proceso de toma de decisión, monitoreo y realización de los estudios, el impulso dado por el actual ministro, Juan Luis Manzur, posibilitó que el grupo técnico asesor de la OMS avalara la estrategia argentina.



Fundación para la Salud Materno Infantil (Fundasamin)

La Fundación para la Salud Materno Infantil (Fundasamin) fue creada en 2005 y reúne a profesionales de neonatología, obstetricia, pediatría, infectología, enfermería, bioestadística, salud materno-infantil, metodología de la investigación, informática médica y asesores en calidad, como también normas regulatorias



y aspectos contables y legales. Ha desarrollado una intensa tarea docente en las provincias de Chaco, Santiago del Estero, Mendoza, Córdoba, Buenos Aires y en la Capital Federal para promover cuidados en salud humanizados y basados en evidencias científicas entre los profesionales de la salud y la comunidad.

María Verónica Pérez, Secretaria de Administración y Finanzas

En el premio interno fue para María Verónica Pérez, que desarrolla su actividad desde dos perspectivas centrales para una organización educativa: como responsable de la gestión administrativa financiera y de los servicios internos y también como docente. Es una profesional "Made in ISALUD", ya que egresó de la Licenciatura en Administración y posteriormente se graduó de Magíster en Finanzas en la Universidad del Salvador. Ingresó hace poco más de diez años de la mano del querido y recordado presidente de la fundación, Dr. Mario González Astorquiza.





Nuestra misión es **mejorar la calidad de vida de las personas**, para que la gente pueda hacer más, sentirse mejor y vivir más tiempo.

LA TRAGEDIA DIARIA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

El autor propone alternativas para contribuir desde la gestión sanitaria para disminuir la incidencia de la principal complicación y causa de muerte evitable en los hospitales argentinos; por lo menos 61 pacientes por día mueren por este motivo en Argentina.



Por Santiago Gerardo Spadafora*

El profesor Liam Donaldson, al ser designado en julio de 2011 como director de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostuvo que es más seguro tomar un avión que internarse en un hospital. Fundamentó su sorprendente afirmación con la siguiente información: la posibilidad de morir en un accidente de avión es de una por cada 10 millones de pasajeros, mientras que la posibilidad de morir por una infección contraída al internarse en un hospital es de una por cada 2000 pacientes internados. Esta estadística surge del análisis de la situación presente en la mayoría de los países europeos y en los Estados Unidos, donde no sólo se miden consistentemente las complicaciones y los eventos adversos que suceden en los hospitales sino donde, además, existen controles rigurosos y sistemáticos fruto de un generalizado compromiso con la calidad en los cuidados de la salud (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/patient_safety_20110721/es/index.html).

Esta elevada mortalidad asociada a las infecciones hospitalarias (IH), que incluso con estimaciones conservadoras, alcanza al 1% de los pacientes afectados por esta enfermedad, es el resultado de dos situaciones puestas de manifiesto por la propia OMS:

- 1) Las infecciones hospitalarias constituyen la principal complicación de los pacientes internados: la tasa de incidencia en los países desarrollados se ubica entre el 5 y el 10% de dichos pacientes (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/index.html> / http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/patient_safety_20110721/es/index.html)
- 2) La complejidad que reviste la atención de pacientes con infección hospitalaria, muchos de los cuales evolucionan hacia graves cuadros de sepsis (infección generalizada) y fracaso multiorgánico (insuficiencia renal, circulatoria, respiratoria...), que ameritan prolongados tratamientos invasivos en las unidades de cuidados intensivos.

La situación en Argentina

En Argentina, dado que no existe información generalizada, sistemática y consistente acerca del impacto de las infecciones hospitalarias, no es posible conocer cuál es la real tasa de incidencia de dicha enfermedad (número de casos anuales), ni de la mortalidad asociada a ella.

La OMS, según las referencias arriba señaladas, para los casos de los países en vías de desarrollo, estima que la tasa de incidencia de la infección hospitalaria es más del doble; la tasa de mortalidad por dicha enfermedad es, en el mejor de los casos, también del doble que aquella de los países desarrollados. Para otras organizaciones, como la Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones (www.inicc.org), la tasa de IH triplica a las de los países desarrollados. Dos investigaciones desarrolla-

* Médico sanitarista; Magister en Dirección y Gestión de Servicios de Salud; Especialista en Administración Hospitalaria, Terapia Intensiva y Anestesiología. Es Secretario de Extensión Universitaria de la Universidad ISALUD.

das en la Argentina, una realizada en 2008 por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (Itaes) en 39 hospitales de siete provincias (4249 pacientes incluyendo áreas críticas), y otra llevada a cabo en 2010 por el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalaria (Vihda) en 61 hospitales, en 21 provincias (2394 pacientes sin incluir áreas críticas), arrojaron una prevalencia de IH de 11,30% y 9% respectivamente. A partir de estos datos puede inferirse que la infección hospitalaria, en la Argentina, causaría por lo menos una muerte por cada 1000 pacientes internados.

Considerando que las internaciones en la Argentina alcanzan anualmente el 8,7% (Encuesta de utilización y gasto de salud de la Argentina, 2010, del Ministerio de Salud (<http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie10Nro21.pdf>), esto es alrededor de 3.500.000 internaciones al año, podríamos inferir que en la Argentina se producen por lo menos 20.000 muertes anuales por infecciones hospitalarias; esto es: más de 61 muertes por día. Una tragedia diaria.

Ahora bien, existe un consenso unánime, de parte de todos los expertos en el tema, que más del 50% de las infecciones adquiridas en los hospitales pueden prevenirse si existiesen tres condiciones esenciales:

- 1) Conciencia, por parte de todos los trabajadores sanitarios, para realizar un lavado de manos, sea con agua y jabón o con un gel desinfectante con alcohol, antes de asistir a los pacientes;
- 2) Seguimiento sistemático, en cada servicio hospitalario, de los procesos protocolizados para cada una de las prácticas sanitarias que en ellos se realizan; ejemplo: implementar las listas de control de la OMS para asegurar que se siguen procedimientos quirúrgicos seguros;
- 3) Existencia, en cada hospital, de un grupo multidisciplinario de profesionales abocado específicamente a atender la problemática de la infección hospitalaria; ejemplo: los "comités de infecciones hospitalarias".

En este sentido, los hospitales con menores tasas de infección hospitalaria son aquellos que exhiben los mejores indicadores en las mencionadas tres actividades

críticas. Si los hospitales cumplieran con las tres actividades que los expertos y el profesor Liam Donaldson señalan, se podrían reducir en por lo menos 10.000 casos, las personas que anualmente mueren en la Argentina a causa de la tragedia diaria que representan las infecciones hospitalarias. Dicho de otra forma, podrían ser evitables por lo menos la mitad de las 61 muertes diarias por infecciones hospitalarias que hoy se producen en la Argentina.

¿Qué podemos hacer?

Frente a la magnitud y las características del problema, es posible plantearse la siguiente pregunta: ¿Cuál es el común denominador, en nuestro país, entre las infecciones hospitalarias, que como hemos visto constituyen la principal complicación y causa de muerte evitable en los hospitales, hoy presente en los medios debido a la desgraciada muerte de un recordado actor, y la tragedia de Once? Claramente son tres aspectos vinculados a nuestra cultura:

- 1) La cultura de convivir, por parte de todo el conjunto social, con situaciones que conllevan un alto riesgo de morir sin que se produzcan mayores "olas"; cultura profundamente arraigada, especialmente entre quienes tienen responsabilidades

políticas y de gestión en los servicios públicos, pero también presente entre quienes operan dichos servicios y las asociaciones de profesionales que los agrupan;

- 2) La cultura de la no rendición de cuentas acerca del cumplimiento de la misión de las organizaciones que proveen servicios públicos y de la tolerancia ante la impunidad.
- 3) La falta de revisión de los procesos que conducen a muertes evitables, para identificar las causas y evitar que se reiteren.

En el sector salud contribuye a completar este cuadro, el hecho que en general, la salud es preocupación y noticia sólo cuando se la pierde.

En el caso de las infecciones hospitalarias, la principal causa de complicación de los pacientes internados, es posible sostener estas afirmaciones sobre la base de los siguientes datos objetivos:

- Periódicamente, por espasmos, cobra trascendencia entre nosotros la muerte por infecciones hospitalarias; pero sólo cuando esta situación afecta a



personas famosas, como fue el caso de Sandro en enero de 2010, o bien, a grupos de pacientes internados, como fuera el caso de las muertes por IH de los hospitales Piñero y Argerich de la ciudad de Buenos Aires en el año 2011. A partir de uno de estos espasmos, se presentó un proyecto de Ley para la creación del registro nacional de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, que habiendo sido aprobada en ambas cámaras, todavía no ha sido promulgada.

- A pesar de que existe el Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, implementado por el Ministerio de Salud de la Nación, desde hace tres décadas (Res. MS 2885/83), bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (Anlis), cuyo propósito es “Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infección hospitalaria... en los hospitales -públicos y privados- del país”, menos del 10% de los establecimientos con internación del país han adherido a la red Vihda para aportar datos y obtener capacitación y asistencia técnica: <http://www.vihda.gov.ar>.
- También es escaso, en relación al universo argentino, el aporte que realiza el excelente programa Vigilar, sistema de vigilancia de las infecciones hospitalarias, de participación voluntaria, creado por un grupo de profesionales independientes, reunidos en el Grupo VEHA (Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria en la Argentina), en asociación estratégica con el Itaes.
- La falta de información (indicadores), salvo las escasas excepciones que aportan las experiencias arriba indicadas, acerca de la incidencia y la mortalidad de infecciones hospitalarias; información que, obligatoriamente, no sólo debiera disponer cada hospital, sino que además debiera notificar a su respectivo ministerio de salud; para ello hasta no sería necesaria una Ley Nacional específica, sólo bastaría con incluir efectivamente la IH dentro del grupo de las enfermedades de notificación obligatoria.
- La falta de información, salvo escasas excepciones, acerca de la evolución de las tres condiciones esen-

ciales que, en cada hospital, se asocian con una menor incidencia de infecciones hospitalarias: el lavado de manos, la observancia de los protocolos de actuación y el control ejercido por parte de grupos multidisciplinarios especializados.

- La falta de cumplimiento en muchos hospitales, de los estándares de estructura establecidos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación, suscripto por los Ministerios de Salud Provinciales, especialmente en lo que hace a la cantidad y la calidad de los denominados “Recursos Humanos”. Particularmente grave es el déficit del personal de enfermería.

¿Es posible modificar estos aspectos negativos de nuestra cultura y remover las causas que subyacen en la tragedia diaria de las infecciones hospitalarias?

Los expertos coinciden en que más del 50% de las infecciones adquiridas en los hospitales puede prevenirse si existiese conciencia de los trabajadores sanitarios sobre el lavado de manos; seguimiento sistemático de los procesos protocolizados, y existencia de comités de infecciones hospitalarias.

Sin duda no es posible realizar procedimientos asistenciales de calidad, con resultados acordes (como en el caso de aquellos procedimientos que pueden conducir al desarrollo de una IH), cuando las horas de personal capacitado que se disponen para el cuidado de los diversos tipos de pacientes, son inferiores a las horas que están establecidas para que cada práctica se realice de acuerdo a los estándares que los protocolos nacionales e internacionales indican; o cuando existen siste-

máticamente jornadas laborales de más de 12 hs.

Es evidente que cada hospital debiera poder exhibir indicadores acerca de cuál es su real situación en torno a la relación que presenta las horas del personal capacitado y las diversas actividades que en ellos se realizan para poder cumplir con su misión: actividades asistenciales, de docencia, de investigación y de gestión. Por supuesto, como en los demás casos, no existe en nuestro medio, información acerca de tan crítica relación.

Tampoco existe información acerca de los verdaderos resultados que se espera de los hospitales: cantidad de producción de acuerdo a su misión, costos de dicha producción (eficiencia), calidad técnica, equidad y satisfacción de los usuarios.

Claramente, sin información acerca de la estructura y los procesos que se realizan en los servicios de

cuidado de la salud, así como de los resultados que en ellos se obtienen, no es posible conocer los efectos de las decisiones que toman los diversos niveles de gestión, por ende tampoco puede existir un ejercicio real de responsabilidades sobre dichas decisiones. Como corolario, sin información no puede existir control de gestión ni rendición de cuentas por parte de quienes tienen responsabilidades políticas, de financiamiento, de gestión y de gobierno del sistema (rectoría). Rendición de cuentas que para el sistema de salud significa explicitar, con indicadores específicos, el cumplimiento de la misión de las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud: brindar las prestaciones que tienen comprometidas como miembros de la red de servicios, con equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Para el caso de los servicios públicos de salud, la información (indicadores) acerca de la estructura (personal, bienes de capital, insumos...), los procesos que se realizan (operación, mantenimiento, docencia, investigación...) y los resultados que se obtienen, deben ser considerados insumos críticos por parte de quienes gestionan. También deben ser periódicamente exigidos por quienes financian y tienen responsabilidades de rectoría; no sólo para poder ejercer un adecuado control de gestión y una

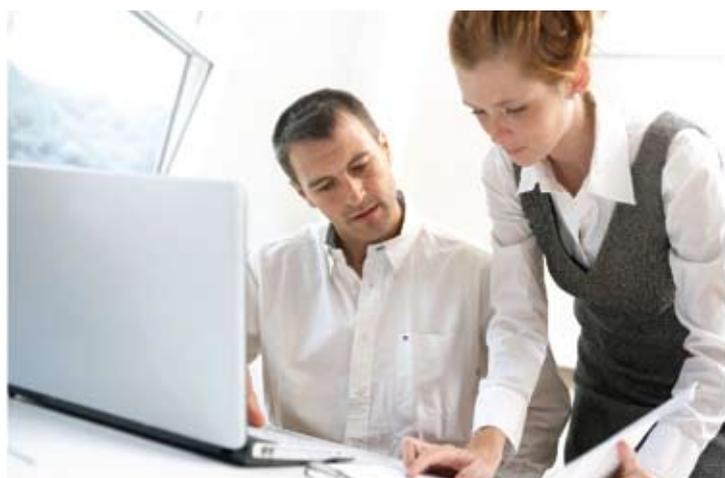
sistemática rendición de cuentas acerca del cumplimiento de la misión, sino además, para ser publicados y estar fácilmente disponibles para todos los actores del sistema de salud.

Sólo si avanzamos, bajo el liderazgo eficiente del Estado, forjando entre todos los actores del sistema de salud aquellos consensos que permitan enfrentar sustentablemente la enorme crisis de déficit de personal, de sistemas de información integrados, de gestión, y de financiamiento que padece el sector, tendremos la certeza de estar trabajando seriamente para que los servicios de cuidado de la salud tengan eficiencia, calidad y gobernabilidad, no sólo para evitar la tragedia diaria de las infecciones hospitalarias, sino esencialmente para que todos los ciudadanos puedan ejercer verdaderamente su derecho a la salud.

Alcanzar estos objetivos sólo será posible si mejoramos globalmente la gestión sanitaria; tanto la macro gestión, como la meso y la micro gestión. Para ello, como sucede con cualquier camino, el tránsito de esta mejora habrá de comenzar por el primer paso: brindar y obtener, adultamente, aquella información relevante y oportuna que nos permita tener un diagnóstico cierto del estado de situación; esto es, debemos pasar de las palabras vagas al conocimiento cierto; de la "doxa" al "episteme". 



ASE
NACIONAL



ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS

34 años trabajando en el sector de la salud

- TRAYECTORIA
- EXPERIENCIA
- ORGANIZACIÓN
- RESPONSABILIDAD
- IDONEIDAD
- ESFUERZO

Al servicio del país y su gente

JAVIER LOMBAR: “LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA ARGENTINA ES MUY RESPETADA EN LA REGIÓN”

Abogado (Universidad Nacional de Lomas de Zamora), máster en Sistemas de Salud y Seguridad Social, y en Economía y Gestión de la Salud (ambas por la Universidad ISALUD), Javier Lombar tiene una larga trayectoria en el sector farmacéutico donde trabajó en varios laboratorios en áreas comerciales y de farmacopolíticas.

Tras desempeñarse como gerente general de IMS Health Argentina, en 2011 Javier Lombar, abogado y magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social, y en Economía y Gestión de la Salud, fue designado gerente general de operaciones comerciales, logística y ventas para América latina en esa misma empresa, una compañía global dedicada a la auditoría farmacéutica.

–¿Cómo es su experiencia al frente de estas tres áreas?

–Durante los últimos dos años he estado desarrollando estas tres áreas estratégicas del negocio de IMS en toda latinoamérica.

IMS Health es una empresa global que por más de 50 años se ha dedicado a auditar el mercado farmacéutico mundial y desde hace una década a diversificado su negocio en los más de cien países donde se encuentra radicada, esto es a través de servicios de consultoría asesorando no sólo a laboratorios farmacéuticos, sino también a una diversidad de actores en el mercado llegando a ser un líder en el área de la salud consultado por Gobiernos, financiadores públicos y privados en todo el mundo.

Desde mi posición, he tenido la oportu-

nidad de trazar estrategias comerciales con los proveedores de medicamentos en la región, alineando las políticas de comercialización de los laboratorios productores tanto nacionales como regionales y multinacionales. Sumado a esto, he participado de diversas estrategias de *Sales Force Effectiveness* y *Customer Relationship Management* dentro de IMS que garantiza que nuestro equipo comercial y de consultoría estén entrenados y orientados a clientes en necesidades cada vez más sofisticadas.

–¿Cómo percibe las políticas públicas en materia de medicamentos y su relación con el escenario social y sanitario de América latina?

–América latina ha adquirido una gran visibilidad como mercado en especial en materia de salud, no sólo por sus tasas de crecimiento sino por su dinámica en cuanto a la adecuación de sus sistemas de salud y políticas públicas en la materia.

Es bien sabido que existe una agenda en América latina de profundizar los sistemas llevándolos a un modelo de “sistema universal de salud” que permita a los Estados tener mayor control

y relevancia en la implementación de políticas, aunque en casi todos los países seguimos observando una diversificación de modelos de seguros sociales sustentadas por un sistema privado muy fuerte y desarrollado.

En materia de medicamentos, las compañías farmacéuticas acompañan los cambios a nivel regional y se adecúan a las necesidades propias locales, con cada vez más foco en patologías de alto costo y baja incidencia, también llamadas “enfermedades catastróficas”.

El entorno social determina en mayor o menor medida el desarrollo de los llamados “medicamentos genéricos”, los cuales en muchos casos buscan distinguirse de los “originales o de patente” por menor precio. Todavía hay un gran camino para recorrer en materia de estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia que permita asegurar tanto procesos como calidad.

También se observa una adecuación de los canales de distribución y comercialización de medicamentos que se han diversificado en Latinoamérica para abandonar el clásico modelo de fabricante-droguería-farmacia-paciente, para integrar otros intermediarios como distribuidores, cadenas de far-

macias, autoservicios, supermercados, etc. En muchos de estos casos, un mismo actor integra varios eslabones de la cadena: por ejemplo un mayorista (droguería) tiene su propia cadena de farmacias y además provee a otras farmacias independientes.

Debido a la estratificación social y las distintas realidades sociales, se habla de “acceso al medicamento” y por lo tanto los estados legislan en función de facilitar ese acceso.

–¿Qué factores críticos de la industria de medicamentos podría destacar de acuerdo a las características de cada país de la región?

–Son factores críticos de la industria farmacéutica no sólo en la región sino también a nivel global, temas tales como el abordaje de los recursos limitados por parte de los Estados, dado que las moléculas de más reciente lanzamiento y las que se encuentran en *pipeline* tienden a ser para tratamientos de alto costo y baja incidencia o bien porque sus procesos requieren de tecnologías cada vez más avanzadas.

Tal es el caso de los biotecnológicos y biosimilares que cada vez cubren más enfermedades catastróficas y aportan mayor sobrevida y aún calidad de vida para el paciente desahuciado por su dolencia.

No sólo se ha avanzado en el tratamiento de enfermedades “catastróficas” sino también en desarrollos para las llamadas enfermedades “huérfanas” y las cuales han venido en la región a ser materia de discusión y agenda de muchos países latinoamericanos.

Varios países de la región –especialmente Brasil, México, Venezuela y Argentina– son considerados *emerging markets* o también llamados *pharmerring markets*. Esto hace que muchos laboratorios internacionales quieran estar presentes en la región con sus propias marcas y en la mayoría de los casos con filiales y hasta sus propias fábricas.

–¿Cómo ve la participación de la industria nacional en los países de la región?

–La industria argentina es muy respetada en toda América latina. Los laboratorios *top ten* nacionales ya tienen presencia regional en casi todos los países del área. Creo que el desempeño tiene que ver con el conocimiento que tienen de un mercado tan sofisticado como es el argentino, considerando el sistema de salud tan atomizado y complejo, pero también es de destacar la flexibilidad con que han sabido aceptar las distintas realidades latinoamericanas.

Flexibilidad que va desde manejar temas como incertidumbre económico-política hasta una mayor rigurosidad



Varios países de la región, como Brasil y Argentina, son considerados *emerging markets* o también llamados *pharmerring markets*. Esto hace que muchos laboratorios internacionales quieran estar presentes en la región con sus propias marcas y en la mayoría de los casos con filiales y hasta sus propias fábricas.

regulatoria o protección del mercado local. Argentina es percibida en la región como un país líder en materia de financiamiento de salud y los laboratorios en Argentina como fabricantes con calidad probada y experiencia en acompañar políticas de medicamentos para llegar a una población con tantos problemas de acceso como en el resto de la región.

–¿Qué significó para usted su paso por ISALUD? ¿Cómo lo ve aplicado en su trayectoria personal?

–Ingresé en ISALUD como alumno de la maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social en 2002 y en 2004 a la de Economía y Gestión de la Salud. Participé de varios cursos y conferencias

realizadas en la institución y hasta la fecha soy docente en diferentes cátedras relacionadas a Derecho, Legislación en Salud y Farmacopolítica.

ISALUD significa mucho más que una institución educativa, es un espacio donde profesionales de las más diversas formaciones académicas y experiencias en el área de la salud se acercan para compartir un espacio de conocimiento y desarrollar su propio networking estableciendo lazos con colegas, con los cuales también tienen interacción en sus propias responsabilidades laborales.

En ese ámbito, es que me formé y sigo intercambiando y aprendiendo de alumnos, colegas, compañeros que

trabajan en financiadores, laboratorios, empresas privadas ligadas al sector salud, entidades gubernamentales relacionadas a ministerios de salud, órganos de control, autoridad sanitaria, profesionales independientes, prestadores de salud, farmacéuticos e incluso varios funcionarios de gobierno.

Mi paso por ISALUD es parte del *back ground* que ha acompañado a mi trayectoria personal, y aunque muchas veces la marca es importante, mucho más lo es poder desarrollar una red de contactos que serán aquellos con quienes se continuará intercambiando experiencias, desarrollando proyectos, creando oportunidades hacia el futuro... y eso sí, puedo decir que lo he encontrado en mi paso por esta Institución. 

GABRIEL LEBERSZTEIN: “LA CLAVE ES GESTIONAR MIDIENDO LA EFICIENCIA”

Médico, máster en Calidad por la Universidad de Murcia (España) y en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD), es actualmente gerente médico de la Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac), entidad que tiene 2,1 millones de afiliados.

Gabriel Lebersztein afirma con orgullo que su paso por la Maestría en Economía y Gestión de la Salud le sirvió de herramienta al asumir sus funciones como gerente médico en la Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac) donde, dice, la clave es gestionar midiendo la eficiencia.

—¿Con qué panorama se encontró al llegar a la Osecac?

—Nos encontrábamos en una época donde la mayor parte de los servicios que prestaban las obras sociales en general estaban gerenciados por valor cápita, y comenzaba también a hacerse visible la crisis de recursos que tenía el sistema. La imposibilidad de actualizar los valores y el requerimiento cada vez mayor de servicios, más el advenimiento de la discapacidad como derecho de cobertura, con pagos obligatorios y la aparición fuerte de lo que se conoce hoy como medidas cautelares o amparos judiciales. Todo eso generaba un contexto cuanto menos complejo. Fue después de la última reforma constitucional pero empezó fuertemente con la restricción económica y de servicios, a fines de 1999.

—¿A qué apuntaron para normalizar la situación?

—A partir de 2000 tratamos de mejorar la calidad de los servicios brindando una mayor accesibilidad y teniendo en claro que los recursos con los que contábamos y la cápita promedio era de mediana a baja, insuficiente para lo que son las expectativas de los servicios de los beneficiarios. El desafío era incrementar ese valor de la cápita por los servicios asociados, lo que se conoce como el valor de la gestión. Después, entendiendo que no podíamos pagar a los buenos sanatorios, ni a los más caros, ni brindar servicios de médicos exclusivos o especiales, nos trazamos como prioridad agregar un valor intangible que era garantizar la calidad y la continuidad de los servicios.

—¿Y por dónde empezaron?

—Lo que hicimos primero fue hacer una medición de los servicios ambulatorios, de cómo eran, qué debía hacerse y cuáles eran los incumplimientos del sistema. A partir de ahí pudimos medir lo bueno y lo malo que teníamos, y cumplimos con todos los requisitos de las normas in-

ternacionales en todas las prestaciones. En realidad uno puede ocuparse de tener lugares de atención, de que haya turnos suficientes, lograr que no tengan que pagar mucho coseguro, pero a partir de ahí lo que pase dentro del consultorio médico es difícil de auditar. Empezamos hace más de diez años con estos objetivos de medición de calidad y hoy contamos con una red que multiplicó por 10 la cantidad de consultas, aumentó un 50% la cantidad de beneficiarios, y apareció la historia clínica web que permitió controlar el cumplimiento de las líneas prácticas técnicas de los criterios de prevención en forma automática.

—¿Qué valor tiene haber pasado por la Maestría en Economía y Gestión de ISALUD?

—Yo pasé en 2000 por la Maestría con Carlos Díaz, gerente médico del Sanatorio Sagrado Corazón, como tutor y fue en un momento de crisis institucional del país, en la que estábamos con muchas dudas de si podíamos armar una estructura de gestión real, que había sido desmantelada durante la década de los 90 en todas las obras sociales, pero finalmente nos animamos y lo hicimos. ISALUD tuvo un rol fundamental en la formación de cuadros, con Ginés González García en la conducción y dándole racionalidad a la toma de decisiones que tenían un sustrato político y técnico. Todo se po-

En un alto porcentaje las obras sociales se están gestionando muy bien y no son un problema del sistema de salud, más allá de quienes están en contra del modelo sindical, del modelo de representación de los dirigentes gremiales y de cómo manejan las obras sociales.

día explicar y todo tenía un porqué y un para qué.

–Y un objetivo hacia el que dirigirse

–Así es. ISALUD contribuyó a que el glosario de términos y de políticas fuera homogéneo en un número muy importante de personas, lo que significó una bisagra en la formación y en la construcción de consensos sobre la base del conocimiento, la transmisión horizontal, el glosario, y el acceso. Y para muchos que eligieron ser auditores se abrió la posibilidad de profesionalizar su trabajo. Si bien hoy es más amplia la oferta de universidades donde cursar una maestría en gestión de la salud, ISALUD es la institución que puede desarrollar estas especializaciones con una experiencia acreditada.

–¿Cuál es la situación hoy de las obras sociales?

–Las obras sociales en la Argentina reúnen a unas 16 millones de personas, de esas la Osprea, la de peones rurales debe tener 1.600.000 afiliados y nosotros andamos en los 2.100.000, por debajo de eso empiezan a posicionarse las que rondan el millón. En un alto porcentaje las obras sociales se están

gestionando muy bien, no son un problema del sistema de salud, más allá de quienes están en contra del modelo sindical, del modelo de representación de los dirigentes gremiales y de manejar sus obras sociales.

–¿Hoy son más eficientes?

–Sí, y tienen menos quejas que las prepagas. La gran mayoría de la población dentro de las obras sociales tiene una cápita que debe andar en el 20 y 25 por ciento de lo que cuesta una pre-paga. En Osecac teníamos 1.350.000 beneficiarios, pero a partir de la Ley de Afiliación Obligatoria donde los monotributistas tenían que elegir qué obra social querían, subió a dos millones. Hoy tenemos alrededor de 2.100.000 afiliados, que se distribuyen una mitad en el área metropolitana y la otra mitad en el resto del país. Se puede decir que donde hay una plaza, una iglesia, una escuela, un destacamento policial, hay también una agencia u oficina de atención de nuestra obra social.

–¿Se está cambiando una imagen sobre la prestación del servicio?

–Hay una frase de Rubén Torres –ex superintendente de los Servicios de la

Salud de la Nación– que la repitió en varias oportunidades mientras ejercía su cargo y decía que las obras sociales pasaron *de tener cautivos a cautivar a sus beneficiarios* y en un 80% se están gestionando muy bien, son eficientes, con control de sus recursos, buscando los costos más bajos, mejorando día a día la calidad de atención y prestación. Prácticamente todas las obras sociales han desarrollado centros de atención propia, han construido sanatorios y de alta complejidad, las prestaciones que realizan algunos sanatorios hechos por las obras sociales hasta superan grandemente lo que pueden producir los privados. En el accidente ferroviario de la estación Once los sanatorios de las obras sociales brindaron apoyo y sostén ante la emergencia, al igual que los hospitales públicos. Camioneros, Uocra... todos ofrecieron su ayuda y pudieron atenderlos.

–¿Cuáles son los desafíos a futuro?

–La aparición de medicamentos de alto costo modificó el tablero respecto de la salud, porque son medicamentos que van a ser muy difíciles de suplantar, o de reemplazar o de usar biosimilares en un futuro con lo cual hay un presupuesto con transferencia a los lugares de investigación que va a ser de mucho dinero y por muchos años, lo que sí sabemos es que el sistema de obras sociales en la Argentina, permitió que la población argentina tenga un acceso a las tecnologías de la salud, a los métodos diagnósticos, a los tratamientos, y a las especialidades como no lo hay en América latina. En la Argentina que un paciente pueda alcanzar un neurocirujano, un especialista, hacerse un estudio de nuevo, hacerse de un medicamento como lo tiene el hombre más rico de Europa, es mucho más fácil que en el resto de la región. Este sistema aseguró y le dio a la gente de más bajos recursos un acceso a la atención, que no hay en otros lugares de América latina. 

HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA



Por Rubén Torres*

La consecución de la cobertura universal en salud (CUS) constituye hoy el eje de las iniciativas sanitarias en la región de las Américas, donde una gran mayoría de países se encuentran transitando el camino hacia ella. En otras regiones del mundo, ese mismo tránsito se encuentra en distintas etapas, y los países desarrollados se encuentran en una denodada lucha para sostener los logros alcanzados

La propia Conferencia Río+20 dice en su declaración final reconocer la importancia de la CUS, no sólo para mejorar la salud, sino también la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles; a la vez que llama a la provisión de una cobertura en salud equitativa, y el compromiso de todos los actores relevantes para coordinar la acción multisectorial para conseguir solventar las necesidades en salud de todos los ciudadanos del mundo.

Y la preocupación no resulta menor, cuando cada año 150 millones de personas enfrentan severos problemas económicos, y 100 millones son empujados a la pobreza al usar servicios de salud pagados de sus propios bolsillos.

La buena calidad de los servicios de salud, y su acceso universal, no sólo puede proteger a los individuos contra la enfermedad, sino que estimula el crecimiento económico y la lucha contra la pobreza manteniendo a las personas saludables y con mayor capacidad productiva y de aprovechamiento de la educación, y contribuye

a la armonía social al otorgar la seguridad de cobertura efectiva en caso de enfermedad, con protección financiera para todos. De este modo, la salud constituye un poderoso camino para luchar contra la pobreza, y deja de ser un factor de empobrecimiento cuando no se asegura esa cobertura y protección.

La relevancia de estos esfuerzos, ha llevado a algunos autores a hablar de una probable tercera transición global en salud, considerando a la demográfica, que a fines del siglo XX redujo muertes prematuras con importantes avances en la salud pública (provisión de agua, etc.); y la epidemiológica, que en el siglo actual ha permitido el control masivo de las enfermedades transmisibles. Esta tercera gran transición estaría vinculada a las decisiones respecto de como se financia la salud y como se organizan los sistemas para lograr la CUS. Estas decisiones, (épicas, por cierto) están vinculadas con definiciones económicas, políticas, institucionales y de costos (justamente EPIC, en ingles).

La promoción de la CUS, no sólo resulta apreciable en términos éticos, sino tal vez, la decisión más inteligente para lograr la prosperidad económica y alentar el desarrollo, en la medida en que está ampliamente demostrado que la mejora de la salud contribuye al crecimiento económico (un 10% de aumento en la esperanza de vida al nacer está asociada con 0.3 a 0.4 % de crecimiento anual de la economía); y que a su vez existe un costo de la inacción, en la medida en que personas sin cobertura imponen costos ocultos a los sistemas,

* El autor es gerente del Área de Sistemas de Salud basados en la APS de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, DC

los tratamientos inadecuados disminuyen la productividad y aumentan los costos futuros, del mismo modo que la inadecuada prevención. Así, se establece la paradoja de que la misma salud que resulta un factor de empobrecimiento cuando no se asegura cobertura efectiva y protección financiera para todos, puede resultar el más poderoso camino de lucha contra la pobreza, cuando se distribuye equitativa y solidariamente.

A pesar de estas falencias, los países de la Región han desarrollado importantes respuestas en materia sanitaria, mejorando sensiblemente sus indicadores sanitarios básicos, así como los niveles de cobertura de inmunización, y aún el porcentaje de partos asistidos por personal calificado.

Sin embargo, el acceso incompleto a los servicios de salud en muchos países, los costos altos y crecientes del cuidado y las ineficiencias en el gasto, hacen de la reforma una prioridad urgente. El camino de reformas hacia la cobertura universal presenta en general, dos modalidades o tendencias claramente diferenciadas:

1. Un modelo basado en la oferta de servicios con financiamiento por rentas generales (por ejemplo Brasil).
2. Un modelo basado en el seguro, o la integración de distintos seguros, con financiamiento mixto (por ejemplo, República Dominicana o Colombia).

Ambos modelos apuntan a lograr la protección social en salud, garantizando que todos los individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud, obteniendo acceso adecuado a los servicios del sistema (o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país), sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.

Y ambos enfrentan desafíos similares: la transición demográfica y epidemiológica, con su consecuente impacto en la población económicamente activa; el hallazgo de los espacios fiscales necesarios para garantizar su sustentabilidad, y el aumento de la oferta de

En materia de financiamiento, el gasto total en salud en América Latina alcanza niveles estimados en una media de 6,6% del PBI, aunque con rangos muy variables entre los países.

nuevas tecnologías (innovativas, o no).

Más allá de ellos, un desafío central y común (a la vista de las experiencias de los países de la región) es el de hallar mecanismos de articulación (niveles de complementación, integración, subsidiariedad, mancomunación, etc.) entre los distintos subsectores (público, privado y de la seguridad social). Y hablamos de un desafío común, pues los hallazgos de todos los estudios muestran, que a pesar de existir múltiples fuentes de financiamiento, no se verifican procesos de integración solidarios desde el punto de vista de las prestaciones y servicios recibidos por los usuarios, así como absoluta ausencia de integración de las redes prestacionales que otorgan esos servicios.

En un escenario de profunda inequidad y marcadas asimetrías socio-económicas, la mancomunación de financiamiento y la articulación intersubsectorial con integración de redes y recursos de servicios, puede aportar racionalidad conceptual y generar condiciones de mayor eficiencia. Esto, sin olvidar, que la sola mancomunación de financiamiento, no siempre implica igualación de derechos.

En materia de financiamiento, el gasto total en salud en América Latina alcanza niveles estimados en una media de 6,6% del PBI (aunque con rangos muy variables entre los países); que pueden entenderse como aceptables, en términos de capacidad de financiamiento, pero que implican un importante gasto de bolsillo, que dista de los porcentajes verificados en economías centrales.

Sin embargo, y a pesar de que la insuficiencia en la disponibilidad de recursos resulta la barrera más importante a sortear para alcanzar la cobertura universal, no debe dejarse de tomar en cuenta que un entorno político institucional sólido y estable del sector salud, y el compromiso político de asignar los recursos en la prestación de servicios básicos para toda la población, en lugar de concentrarlos en servicios curativos que benefician a los grupos de medianos y altos ingresos, constituyen pasos fundamentales para

mejorar el acceso y la equidad.

Esto resulta particularmente importante en un nuevo contexto epidemiológico donde las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han pasado a ser las principales causas de morbilidad en todos los países de la Región, con excepción de Haití (en el mundo, casi el 80% de las muertes por ECNT ocurren en países de bajos y medianos ingresos).

Este cambio en el perfil de los factores de riesgo asociados con la morbilidad, resulta un factor adicional como impulsor del gasto, y las medidas de prevención y para muchas de ellas (eliminación del tabaquismo; disminución de la ingesta de sal; estimulación del ejercicio, etc.) resultan de notable y fundamentada evidencia de su eficacia y efectividad, además de costos infinitamente menores. Y en dicho costo no debe tomarse en cuenta solamente a la inversión necesaria en servicios de salud, sino también a las pérdidas de productividad provocadas por dichas enfermedades, que alcanza cifras astronómicas (los resultados del impacto de la salud en la productividad, la educación y el ahorro de los trabajadores muestran, en los resultados de numerosas investigaciones, que una mejor salud conduce a un mayor crecimiento económico), además de las insalvables pérdidas en términos de calidad de vida.

Del mismo modo, las ineficiencias en el gasto en salud, en términos de utilización de los recursos, son grandes, y su corrección permitiría alcanzar mejor nivel de resultados, sin grandes incrementos en la asignación de recursos (un estudio de la OCDE muestra que para los sistemas de salud de dicha organización, la reducción a la mitad de esas ineficiencias permitiría aumentar la esperanza de vida al nacer en un promedio de un año; mientras que el aumento de 10% en el gasto en salud per cápita solo lo haría en tres o cuatro meses).

Las causas más comunes de esta ineficiencia pueden hallarse en el uso inapropiado e ineficaz de la tecnología médica, muchas veces inducido por una inadecuada presión de los productores de la misma (el uso intensivo y extensivo de nuevas tecnologías da cuenta de uno a dos tercios del crecimiento del gasto en Estados Unidos y Francia).

Los sistemas de salud de la seguridad social, con una gran experiencia en la contratación de servicios, constituyen un auxiliar clave para contribuir a esos mecanismos regulatorios.

La creciente aparición de reclamos judiciales, en varios países de la región, para la prestación de servicios y/o medicamentos determinados (incluyendo indicaciones de marca) resulta en una “externalidad” de esta situación.

El diseño y correcta gestión de los conjuntos de prestaciones; el uso adecuado de guías y protocolos clínicos, fundados en evidencia y costo-efectividad; el fortalecimiento de las autoridades reguladoras y las mejoras de formación e información a profesionales de la salud y usuarios, constituyen herramientas de gran utilidad para atacar el problema.

Así, el gran reto en los países de la región para los próximos años, lo constituye el llevar la cobertura a la totalidad de la población, de una manera fiscalmente sostenible, y evitando las ineficiencias que resultan en altos costos para el sistema de salud.

También cabe analizar entre los desafíos el papel a desempeñar por los seguros y el sector privados de salud en general, ya que el análisis evolutivo del sector en la Región en los últimos años, muestra que, a pesar de los avances logrados en los niveles de aseguramiento público, el aseguramiento privado ha crecido en forma importante (el aumento de los ingresos, el efecto “aspiracional” de una clase media emergente, etc., pueden mencionarse entre los factores impulsores de dicho crecimiento), y no cabe duda de que debe establecerse (conforme a las preferencias y decisiones de cada país), un nivel óptimo de participación del sector, el cual en todos los casos exige de una estricta e inteligente regulación, que limite las imperfecciones del mercado, a la vez que permita su integración en un marco de solidaridad social. Los sistemas de salud de la seguridad social, con una gran experiencia en la contratación de servicios, constituyen un auxiliar clave para contribuir a esos mecanismos regulatorios.

El camino hacia una cobertura universal aparece como arduo para todos los países de la región, especialmente para aquellos de ingresos bajos, pero los pasos iniciados, en todos ellos, en esa dirección, hablan de una decisiva incorporación del tema en la agenda de las prioridades políticas y auguran un futuro esperanzador para el logro de una tan postergada salud para todos. 



A su lado, siempre.

Inauguramos un laboratorio donde confluyen el servicio más innovador, la mejor tecnología y el menú más amplio de prestaciones para el Diagnóstico Bioquímico y Genómico.

Atendemos Osecac, Osde, Omint, Consolidar, Galeno, Medicus, Ospedyc y Medife

MANLAB®

Diagnóstico Bioquímico y Genómico

M. T. de Alvear 2263, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 011 4825 5255 / 011 4826 1465, genesis@genesis-manlab.com.ar

www.manlab.com.ar

2° CONGRESO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE SOBRE SALUD GLOBAL

La Universidad ISALUD, por medio de su rector honorario, Ginés González García, participó de este foro de discusión y propuestas a los gobiernos para avanzar hacia el logro de mayores niveles de equidad y justicia social entre todos los países del mundo.

El embajador argentino en Chile y presidente de la Fundación ISALUD, Ginés González García, fue el encargado de dar inicio al 2° Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global, organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la Alianza Latinoamericana de Salud Global (Alasag), que se realizó en Santiago de Chile del 9 al 11 de enero pasado.



Ginés González García:
“La salud es el más efectivo de los distribuidores sociales”

CRECIMIENTO “Nunca hemos tenido mejor estado económico y salud colectiva que ahora. Tampoco nunca tuvimos tantas diferencias en la distribución del ingreso, y en la salud de las personas como las que tenemos ahora y no sólo entre los países, sino en los países. Hoy, nuestra lucha debe ser contra el flagelo de la exclusión. En nuestros países, más allá de la modernidad y el progreso, nos encontramos con crecientes poblaciones excluidas. Y este es el gran desafío que tienen nuestras sociedades: acortar la brecha entre pobres y ricos, que los excluidos vuelvan a estar incluidos en la sociedad. Y en esto la salud tiene un rol fundamental”.

SALUD “La salud es el más efectivo de los distribuidores sociales. Cuando se invierte en salud rápidamente tiene un efecto redistributivo, es un capital inmediato e inclusivo que le hace bien a todos, pero especialmente a los pobres. Y es ello lo que la transforma en un motor de desarrollo y de cohesión social. Nos encontramos atravesando un momento en el cual no hay enfermedades de ricos y enfermedades de pobres, pero hay cargas de enfermedad distintas entre ambos. Es entonces cuando se distingue una gran globalización de las causas. Por eso hay que hacer estrategias de enfoque, no sólo complementaria y

operativa, sino interdisciplinaria, multisectorial, aprovechando el conocimiento propio y ajeno”.

GLOBALIZACIÓN “La base de la constitución de las políticas de salud global debe ser la solidaridad recíproca entre países. Hoy mucho de lo que significa el motor de la investigación está dominado por el mercado. El mercado es un sistema de precios. Dejar que el conocimiento, la investigación o la explotación de la investigación a través de las patentes sea una cuestión de mercado significa que la investigación está dirigida a la investigación de las enfermedades de los ricos”.

COLABORACIÓN “Esto se vincula a la salud global por el hecho de que muchas enfermedades que tenían gran impacto pero poca trascendencia dado que no tocaban a los países centrales o las clases más ricas, hoy sí los afectan. Entonces, cabe comprender que la globalización tiene ventajas y desventajas pero no es una elección, es una realidad. Por eso exige colaboración horizontal, con políticas y conocimiento compartido entre los países. Más allá de las diferencias, hay que tirar todos para el mismo lado y trabajar en consecuencia”.

El encuentro reunió a prestigiosos académicos de la Salud Pública y Global de distintas universidades e instituciones de distintos países, e importantes personalidades como el ex presidente chileno Ricardo Lagos Escobar, quien fue invitado a dictar la conferencia magistral, titulada *Crisis económica y su impacto en salud*, la que fue comentada por Paulo Buss, de la Fundación Fiocruz, Brasil, Ronal Labonte de la Universidad de Ottawa, Canadá y Álvaro Franco, de la Universidad de Antioquía, Colombia.



Entre los expositores se destacaron Linda Fried, decana de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Columbia, Nueva York, y Joshua Rosenthal, del Fogarty International Center de Estados Unidos, entre otros. Asimismo la Universidad ISALUD estuvo representada también por el rector, Carlos Garavelli, que pronunció la conferencia *Migración y desplazamientos poblacionales*; y por la directora del Centro de Altos Estudios en Farmacopolíticas (Caefar) y la Maestría en Farmacopolíticas, Sonia Tarragona, con su propuesta acerca de *Industria farmacéutica y acceso a medicamentos*.

El 2° Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global se planteó como un foro de discusión y de propuestas a los gobiernos para avanzar hacia el logro de mayores niveles de equidad y justicia social al interior y entre todos los países del mundo.

En la clausura del evento se firmó el acta de constitución de la Alianza Latinoamericana de Salud Global (Alasag), encabezada por la Dra. Nelly Salgado de Snyder, del Instituto Nacional de Salud Pública de México; el Dr. Giorgio Solimano, presidente del 2° congreso, y el Dr. Oscar Arteaga, director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. La Universidad ISALUD firmó el acta constitutiva acompañados por miembros representantes de universidades de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Brasil. 

Alianza Latinoamericana de Salud Global (Alasag)

Acta de constitución

Actualmente existe un movimiento de globalización de la salud a través del cual las naciones transfieren sus recursos más allá de sus propios intereses y territorios porque reconocen la existencia de riesgos comunes, valoran las colaboraciones multinacionales y comparten estrategias que buscan la salud

y el bienestar mundial. En este contexto, el abordaje de la salud global es un proceso emergente en la región de América Latina que provee herramientas útiles para subsanar las inequidades, aprovechando similitudes, sinergias e intereses comunes. Al mismo tiempo contempla a la salud como un bien público mundial, bajo una perspectiva de justicia social y derecho universal, que gira en torno a la equidad,

la ética y el respeto a los derechos humanos.

Con base en estos antecedentes durante el 1° Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global, que se llevó a cabo en abril de 2010 en el Instituto Nacional de Salud Pública-México, los abajo firmantes como Miembros Fundadores decidimos constituir la Alianza Latinoamericana de Salud Global (Alasag), como una red de colaboración en la región de América Latina y el Caribe en torno al tema de la salud global que busca dar respuesta a los retos comunes anteriormente mencionados y la cual tiene sus bases en las realidades nacionales y en un profundo respeto a la idiosincrasia e identidad de nuestros pueblos.

Teniendo como:

Misión: “Impulsar el abordaje de salud global en la enseñanza, capacitación, investigación, vinculación y cooperación técnica en Latinoamérica y el Caribe a través de colaboraciones interinstitucionales”; y como

Visión: “Ser la alianza líder en salud global en América Latina y el Caribe y portavoz del tema en la región a nivel mundial”.

Alasag se organiza sobre la base de una asociación voluntaria de instituciones académicas y de investigación para impulsar, de acuerdo a sus posibilidades, el logro de los siguientes objetivos:

- Promover la cooperación horizontal utilizando modelos que integren diversas disciplinas, sectores, niveles y métodos que generen sinergias y colaboraciones en temas de salud global, prioritarios para América Latina y el Caribe.
- Aprovechar las nuevas dinámicas de cooperación que enfatizan un ambiente de colaboración regional, especialmente entre las naciones del sur, y potenciando colaboraciones con flujos de Sur a Norte y de Norte a Sur en áreas de la salud global en la investigación, formación y capacitación de recursos humanos, vinculación y cooperación técnica.
- Contribuir a la institucionalización del Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global como el foro oficial de Alasag, con una periodicidad bienal.

Por este acto las instituciones, cuyos representantes suscriben la presente Acta, se comprometen a trabajar para definir conforme a la disponibilidad presupuestaria y a la normativa interna de cada institución todas las acciones que sean necesarias para la expansión y consolidación de la “Alianza Latinoamericana de Salud Global”, estableciendo un grupo de trabajo integrado por los individuos y las instituciones firmantes.

La incorporación de nuevos miembros de Alasag se realizará según el interés nacional e institucional, buscando la representatividad de todos los países, así como la mayor capacidad técnica posible para el cumplimiento de su misión.

Firmado el 11 de enero de 2013, en la Ciudad de Santiago de Chile

HACIA UNA GESTIÓN SUSTENTABLE DE LOS RESIDUOS ELÉCTRICOS Y ELECTRÓNICOS

Cada año se desechan en Argentina 120.000 toneladas de basura eléctrica y electrónica, un tipo de residuo cuya producción crece exponencialmente y exige urgentes medidas para su control y tratamiento.

Por Atilio A. Savino y Gustavo Fernández Protomastro

“Reconocemos la importancia de adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida y de seguir elaborando y aplicando políticas para lograr una gestión de los residuos con un uso eficiente de los recursos y ambientalmente racional. En consecuencia, nos comprometemos a seguir reduciendo, reutilizando y reciclando (las tres R) los residuos y a aumentar la recuperación de energía procedente de residuos con miras a gestionar la mayor parte de los residuos mundiales de manera ambientalmente racional, y cuando sea posible, utilizarlos como recurso. Los residuos sólidos, como los residuos electrónicos y los plásticos, representan problemas particulares que se deben abordar. Pedimos que se elaboren y apliquen políticas, estrategias, leyes y reglamentos nacionales y locales amplios sobre la gestión de los residuos.”

Declaración Final de la Conferencia Rio+20, Documento “El futuro que queremos”.

Un moderno sistema de manejo de residuos debe responder a claras definiciones políticas e institucionales alineadas en un planeamiento estratégico que combine las tecnologías disponibles aptas para el tratamiento y disposición final de las diferentes corrientes de residuos, que tienda a la profesionalización del sistema con una debida integración público-privada, con participación comunitaria e inclusión social y con claros canales de información, comunicación y educación y con el prioritario objetivo de contribuir al logro de un desarrollo sostenible (Figura 1).

Todo lo expuesto se da en un contexto social global caracterizado por un consumismo agigantado por la velocidad de su dispersión, patrones de producción pensados y diseñados

para satisfacer dicha demanda, aumento de la población mundial, urbanización, un crecimiento exponencial en el uso de los recursos naturales que en algunos anuncia su pronta escasez asediado además por las consecuencias inevitables del cambio climático.

Debe tenerse en cuenta además el proceso de transición en el que los países en vías de desarrollo, vía crecimiento económico y copias de expectativas y hábitos, se convierten en actores principales y casi líderes de la nueva geografía del poder mundial.

En tal medida los fenómenos enunciados inevitablemente se concentran con más fuerza en este grupo de países. Por ende aumentará la generación de residuos.

Analicemos brevemente el cuadro precedente que nos demuestra de qué manera en las últimas décadas la velocidad del aumento del consumo se incrementó en forma geométrica. Tomemos algunos ejemplos en la Figura 2:

- Pasaron casi cien años para que más del 90% de los habitantes de los Estados Unidos poseyeran un auto.
- Pasaron 80 años para que los lavapropas se utilizaran en más del 80% de los hogares de EEUU.
- Bastaron solamente 15 años para que los teléfonos celulares fueran utilizados por el 90% de los habitantes de Estados Unidos.

La corriente de residuos proveniente del uso de los aparatos eléctricos y electrónicos es la que más ha crecido tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Partiendo de la base que la vida útil de las computadoras en países desarrollados ha pasado de seis años en 1997 a solamente dos en 2005 y que la vida útil de los teléfonos celulares es aún menor a los dos años, la cantidad de residuos ha crecido rápidamente.

Un dato que aclara la magnitud del problema es que existen en el mundo 6000 millones de suscripciones a aparatos celulares, lo que representa un 86% del total de la población. Solamente en los países en vías de desarrollo existen

4500 millones de suscripciones, de las cuales 1000 millones pertenecen a China e India. Existen 105 países en el mundo con más móviles que habitantes, especialmente en el continente africano. (Fuente: ITU, 2012 *Measuring the information Society: Executive Summary*. Disponible en http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/ind/D-IND-IC-TOI-2012-SUM-PDF-E.pdf)

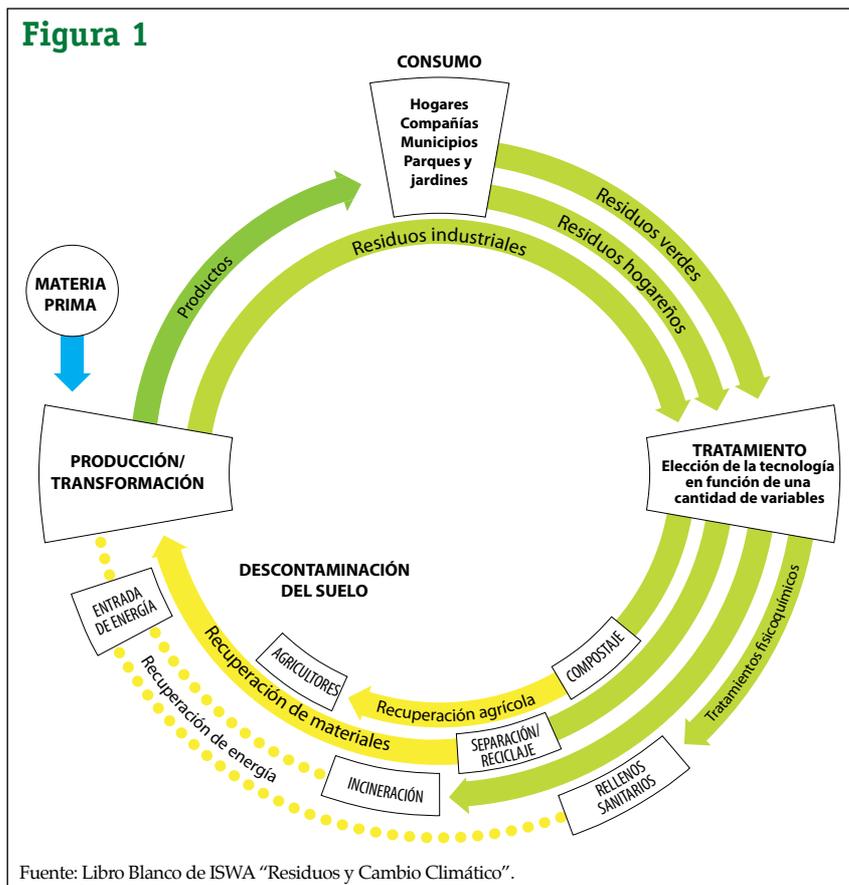
El impacto es mayor en países en vías de desarrollo en tanto hay una corriente de exportación de aparatos electrónicos usados procedentes de los países desarrollados. Métodos inapropiados de reciclado utilizados en general por trabajadores informales para recuperar materiales con alto valor en el mercado conducen a graves riesgos para la salud humana.

La situación en Argentina

En la Argentina ya hay más de 60 millones de líneas de telefonía celular. En un hogar promedio, funcionan unos 40 dispositivos eléctricos y electrónicos, considerando desde electrodomésticos, equipos de aire acondicionado, heladeras, televisores, teléfonos, luminarias, herramientas eléctricas y alarmas, hasta equipos de audio, video, juegos, impresoras y computadoras.

Cada año, desechamos 3 kg/habitante de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE, esto es, más de 120.000 toneladas a nivel nacional, con del doble inconveniente de enterrar metales pesados con metales preciosos. No sólo intoxicamos los rellenos sanitarios y vertederos municipales de todo el país, sino que dilapidamos los

Figura 1



Fuente: Libro Blanco de ISWA "Residuos y Cambio Climático".

metales claves de la economía del futuro. Esto es, un cero en ecología y un cero en competitividad.

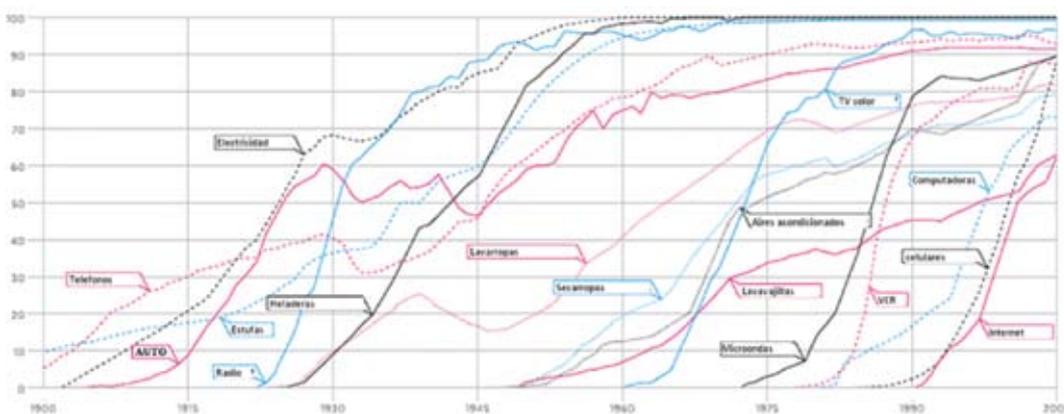
Los RAEE son la corriente de residuos que más crece tanto en los rellenos sanitarios de la Argentina como del mundo, en la medida que nuestros hogares, ámbitos laborales, industrias y el esparcimiento se incorpora a la era electrónica y digital. Pero también, la "huella ecológica" de nuestra demanda de aparatos electrónicos crece, ya que están manufacturados con metales ferrosos y no ferrosos, plásticos (petró-

leo procesado), tierras raras y metales estratégicos que están comenzando a escasear o cuyos costos de extracción crecen hasta tornarse limitantes.

Hoy la Argentina debe hacer frente al doble problema que implican éstos desechos electrónicos:

- 1. Dejar de contaminar:** mediante el desarrollo un marco normativo, políticas públicas y convocando a la inversión privada para instrumentar sistemas integrados de gestión que permitan recolectar en forma diferenciada la mayor parte de los

Figura 2
Crecimiento del consumo



Fuente: Visualizing Economics. <http://visualizingeconomics.com/blog/2008/02/18/adoption-of-new-technology-since-1900/>

RAEE, transformarlos en insumos de nuevos procesos industriales, y todo lo que no pueda ser reciclado, al menos tratarlos con operadores habilitados y minimizar sus disposición final;

2. Desarrollar una industria de reciclado, recupero y refinado de los RAEE que adopte Buenas Prácticas de Gestión Sustentable de los RAEE, empleando las mejores tecnologías y prácticas disponibles, que se integren a la producción de materias primas y cumpla estándares globales de productividad por tonelada de RAEE desechada y cero vertido ilegal.

Cuando una computadora, una heladera o una pila se entierran, pueden llegar a liberar metales pesados y compuestos bromados que afectan tanto al ser humano próximo a los rellenos sanitarios (como nuestra Ceamse), como al resto de los seres vivos, dejando pasivos ambientales muy difíciles de remediar.

Experiencias argentinas como las de las empresas pioneras Silkers, Dalafer, Gestión Ambiental y Pelco, demuestran que los RAEE pueden ser los “yacimientos mineros” del futuro, donde obtener hierro, cobre, aluminio, estaño, metales preciosos y plásticos de ingeniería. Un mundo que cada vez paga más por éstos metales no entiende que los argentinos los sigamos enterrando recuperando el mínimo valor de éstos desechos/insumos.

Por dónde empezamos

Podemos definir los siguientes tres pilares que deben actuar de manera alineada e interactiva para de encontrar sinergias y adoptar las mejores prácticas en la materia:

- Políticas públicas que den un marco legal junto con incentivos de desarrollo de las industrias de la logística reversa, de la re-manufactura, del reciclado y la disposición final de los RAEE;
- Compromiso ciudadano para participar en la segregación, reuso y/o reciclado de los RAEE;
- Responsabilidad extendida de los productores de aparatos eléctricos y electrónicos, pero también de todas las empresas que importan, distribu-

yen, comercializan, consumen y/o reparan dichos equipos.

La Argentina debe desarrollar un marco jurídico y transparente para incorporar buenas prácticas ambientales y modernizar la industria de los residuos/chatarras. Pero también se debe involucrar al conjunto de la Sociedad en la gestión posconsumo, reciclado/valorización de sus desechos. Desde el Estado, se deberá impulsar políticas y normas con el objeto de:

- a) disminución de sustancias peligrosas en la etapa de diseño y fabricación;
- b) fomento de su reutilización, valorización y reciclado durante su vida útil y durante su etapa de descarte.

Dentro de la Argentina, al igual que en el resto de América Latina, las leyes RAEE deben tener un marco de pre-

En Argentina desechamos 3 kg/habitante de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos cada año. Esto es, más de 120.000 toneladas a nivel nacional, con del doble inconveniente de enterrar metales pesados con metales preciosos.

supuestos mínimos ambientales para evitar que los desechos electrónicos sea gestionados con procesos o tecnologías obsoletas y contaminantes que pongan en riesgo la salud de los trabajadores y el entorno de las plantas gestoras.

Una parte esencial de este aspecto consiste en hacer que los fabricantes e importadores (“Productoras”) de los aparatos eléctricos y electrónicos carguen con los costes de logística reversa (del usuario final al Gestor); así como un parte de los costos del tratamiento y recuperación de los RAEE. Si los productos se diseñan teniendo el ciclo de vida de los aparatos y dispositivos, debiendo pasar por su reciclado final, las propias empresas Productoras harán que sean menos contaminantes y más rentables en su reciclado y recupero. Esta política se conoce como responsabilidad extendida del productor (REP)

y quiere decir que se hace responsable al “productor de un producto” de la disposición final del mismo. La Argentina ya cuenta con dos leyes, una de residuos peligrosos (Ley Nacional N° 24.051) y otra de residuos industriales y comerciales (Ley N° 25.612), obligan a las empresas o grandes generadores de desechos a hacerse cargo de los residuos de sus actividades.

Éstas deben ser complementadas con una Ley RAEE que cree un marco de gestión de éstos desechos que no deben ir al tacho, sino a recupero y reciclado, por los riesgos para el ambiente y por el valor de los metales con los cuales están manufacturados los aparatos de la Era Electrónico-Digital.

Los proyectos de ley RAEE pueden buscar la prohibición, total o parcialmente el ingreso de los desechos electrónicos los rellenos sanitarios, pero previamente deben asegurarse contar con una industria del reciclado acorde con los volúmenes generados. En tal sentido, y en función de la capacidad instalada de Operadores de RAEE, se pueden ir fijando pautas graduales de gestión y reciclado de las toneladas de aparatos eléctricos y electrónicos (AEE) comercializados anualmente, por ejemplo, 20 % a 5 años y 50 % a 10 años. Las normas deberán evaluar qué hacer con el pasivo de RAEE y con todos aquellos aparatos sin un Productor responsable.

Producción y consumo sustentables

Los ciudadanos, sean consumidores particulares de AEE, institucionales o corporativos, serán los protagonistas fundamentales del proceso de logística reversa posconsumo, ya sea para los RAEE o cualquier otro tipo de residuo o efluente. Aquí es donde se juega el destino ambiental de cada nación, más cuando se acostumbra al cortoplacismo y vivir el presente. Generar una conciencia para el desarrollo sustentable requiere de mucho tiempo, recursos y mucha educación cívica, partiendo de la currícula de la educación básica, terciaria y universitaria, al respeto normativo o temor a las penalizaciones.

Los argentinos y la mayoría de los latinoamericanos hemos aprendido a



ExpoMedical ²⁰¹³

11ra. feria INTERNACIONAL DE PRODUCTOS,
EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD

En conjunto con
12das JORNADAS DE
CAPACITACION
HOSPITALARIA

25 AL 27
SEPTIEMBRE
2013

- 65 jornadas & seminarios
- 240 empresas expositoras
- 15.000 visitantes profesionales
- 12.000 m² de superficie

CENTRO COSTA SALGUERO - BUENOS AIRES

Media Partner:

TEMAS  HOSPITALARIOS
Guía Anuario  ExpoMedical.

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54-11) 4791-8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar

consumir pero no a ser responsables por los desechos generados por ese consumo. Educar tanto para un consumo responsable, aprendiendo a elegir aquellos productos o servicios que generan mínimo impacto ambiental dentro de precios razonables y prestaciones similares; como para la responsabilidad posconsumo, esto es, cómo cada uno de nosotros gestionamos los desechos que generan nuestras actividades, ya sean particulares como sociales, institucionales y/o corporativas, son los grandes desafíos para un desarrollo sostenible regional. Nuestras decisiones y acciones dejan su huella en el ambiente.

El desarrollo de toda Nación tiene un importante sustento en el consumo interno y en las exportaciones. Todo crecimiento medido ya sea por el PBI o el consumo impactan en el medio ambiente tanto físico-ecológico, como en el ambiente socio-económico. La pobreza y la falta de recursos crecen a una velocidad alarmante y la disparidad entre el ingreso y el consumo es una situación presente en todo el país. Los argentinos debemos hacer que nuestros patrones de consumo sean más equitativos, y debemos adoptar patrones de consumo sostenibles, tanto en el aspecto social como en el ambiental, basados en una mejor y más sustentable calidad de vida.

Estos retos de consumo sustentable se alcanzarán solamente si el sector privado, los gobiernos y la sociedad civil trabajan estrechamente con un objetivo común. Durante los últimos 25 años ha existido un cambio gradual en la manera en que el sector privado ha dado cauce a las preocupaciones ambientalistas de la sociedad. A partir de las quejas reactivas de la década de 1970, pasando por una labor más de relaciones públicas durante la década de 1980, el sector privado se ha orientado cada vez más a la labor ecológica, preventiva y de producción más limpia durante la década de los noventa.

Se han adoptado ya un gran número de medidas regulatorias y voluntarias para promover este cambio hacia la economía del «ciclo de vida». Se han adoptado también, y siguen siendo necesarios, instrumentos económicos

adicionales y enfoques institucionales para reorientar a la industria hacia un desarrollo sustentable. Un elemento crítico para alcanzar niveles de consumo sustentable es la disponibilidad de los productos y servicios diseñados tomando en cuenta un enfoque sustentable.

Esto resulta particularmente importante en Argentina, donde la mayoría de los consumidores tienen opciones limitadas. El desarrollo y la sustentabilidad de productos es una reciente combinación de términos que surge a partir de que se reconoce la importancia que tienen sobre el ambiente y el futuro elementos como el diseño, la fabricación, la selección de materiales, el tipo de productos, su uso y deshecho final.

El desarrollo sustentable es el proce-

Experiencias argentinas como las de las empresas pioneras Silkers, Dalafer, Gestión Ambiental y Pelco, demuestran que los RAEE pueden ser los “yacimientos mineros” del futuro, donde obtener hierro, cobre, aluminio, estaño, metales preciosos y plásticos de ingeniería.

so que crea diseños de productos que son sostenibles en términos del ambiente y el uso de recursos tomando en cuenta la necesidad del producto. Es el proceso de planeamiento y diseño que integra los siguientes elementos en un producto:

Eficiencia en el uso de los recursos: considera la energía y los materiales utilizados en la fabricación, la producción de los componentes y la fase de uso. También incluye la selección que favorezca el uso de materiales locales, renovables, reciclados y que utilicen poca energía, y evita aquéllos que sean escasos o contengan materiales tóxicos.

Calidad de los productos: incluye el uso, necesidad y función del producto, la durabilidad, el óptimo tiempo de vida, la eficiencia de energía, el uso adecuado de los materiales y el terminado.

Organización y eficiencia en la producción: incluye procesos mejorados de manufactura en términos de recursos, trabajo manual y maquinaria, además del uso y el desarrollo de las tecnologías apropiadas y la energía renovable.

Cultura y capacidades locales: incluye la comprensión y aplicación de la cultura y el conocimiento local, las necesidades de los pueblos locales, las tradiciones y las capacidades (técnicas y económicas) a lo largo de todo el proceso productivo. Asimismo incorpora y favorece el uso de productos locales y el consumo a nivel local.

Mercado: incluye el análisis e investigación de las oportunidades del mercado que consiga procesos económicos sostenibles.

Final del ciclo de vida: incluye consideraciones relacionadas con la posible reutilización, desensamblado, reciclaje y deshecho final de los productos.

Entonces, se plantea la necesidad de la sustentabilidad, la Huella Ecológica de Era Electrónica (que llamaremos huella RAEE), basada en:

- Planificar, prever, dar sustentabilidad o resolver las restricciones o limitaciones de acceso y disponibilidad de todas aquellas materias primas o fuentes energéticas que pueden ser usados en los AEE;
- Gestionar de los RAEE, siguiendo el orden de opciones: re-manufactura y re-uso de AEE, recupero de materias primas (o minería urbana), reciclado y disposición final sustentable;
- Eficiencia energética tanto en los procesos de manufactura, como la logística, comercialización, consumo, posconsumo y reciclado de los AEE;
- “Diseñar para el ambiente” como concepto holístico que busca minimizar los impactos ambientales de cada etapa del ciclo de vida de los AEE, optimizando las opciones de re-uso y desmontaje para el reciclado o recupero de materias primas
- Adopción de políticas o prácticas de negocios que incluyen un abastecimiento sustentable de las materias primas, procesos productivos de mínimo impacto y responsabilidad extendida en el posconsumo. 

Modelos de abordaje de la discapacidad y el modelo de construcción social

Por Pablo Rosales



Abogado (UBA)
Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD)
Director del Programa de actualización y profundización en discapacidad, salud mental y envejecimiento (UBA)

Experto independiente designado por Argentina ante el (CEDDIS) de la OEA
Coordinador jurídico del Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia (ADAJUS) del MJ y DDHH.

Directora de Tesis:
María Angélica Touceda (UNLP)

Jurado Evaluador:
Mg. Silvia Gascon (Universidad ISALUD)
Mg. Araceli López (Universidad ISALUD)
Dra. Silvia Bersanelli (CONADIS, CEDDIS, OEA)

Este texto forma parte de la tesis de maestría "Análisis crítico descriptivo de la normativa de la discapacidad en Argentina con énfasis en el sistema de salud y en el marco de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Ley 26.378)".

El texto completo de este trabajo se encuentra disponible en el Centro de Documentación de Isalud.

1. Introducción

La República Argentina ha sido uno de los países pioneros en América Latina en dictar normativas legales sobre discapacidad. La primera ley marco nacional vigente es del año 1981 (ley 22.431). En 1994 la reforma de la Constitución nacional incorpora en su artículo 75 a las personas con discapacidad como grupo especialmente protegido y en 1998 se promulga la ley 24.901, que es la que más influencia ha tenido para la cobertura de salud de las personas con discapacidad. Veintisiete años después de aquella ley, en 2008, nuestro país adhiere a la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de la ONU (2008) y apenas unos años antes, en 2000, incorpora por ley 25.280 la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala en 1999.

En ese amplio intervalo de tiempo se han dictado numerosas leyes, nacionales y provinciales, que abarcan desde aspectos de seguridad social y transporte y accesibilidad, a nuevas prestaciones de salud y educativas para las personas con discapacidad.

La tesis en cuestión apunta a averiguar si, pese a ello, existía en 2009, un compendio normativo organizado de la discapacidad en Argentina y como fue interpretado por el poder judicial y por el ámbito administrativo.

La historia de la legislación sobre discapacidad en nuestro país nos indica la existencia de un amplio conjunto de normas nacionales y locales, que Argentina tiene desde mucho antes de la vigencia de la ley 22.431. A modo de ejemplo veamos las siguientes leyes de carácter nacional, todas ellas anteriores a 1981:

- Ley 12.938 del 17/01/1947: Creación del Instituto Nac. De Sordomudos BARTOLOME AYROLO.
- Ley 12.960 del 13/03/1947: Acuerdo crédito extraordinario imprenta de la H. Cámara de Diputados.
- Ley 13.022 del 24/09/1947: Parálisis Infantil. Hospital de Niños.
- Ley 13.025 del 26/09/1947: Prórroga y modificación de la ley 12903 que otorga bonificaciones a jubilados y pensionistas nacionales de previsión.
- Ley 13.053 del 29/09/1947: Patronato Nacional de la Infancia. Reconocimiento servicios. Se reconoce como servicios en la administración

nacional a todos sus efectos prestados en las escuelas del Patronato Nacional de la Infancia.

- Ley 13.926 del 30/08/1950: Protección de la discapacidad. Trabajo para personas no videntes y ambliopes. Fue abrogada por la ley 22.431 (Art. 26). (CUPO: “Art. 1.– Los establecimientos y dependencias del Estado en que existan tareas que puedan ser desempeñadas por ciegos, admitirán personal en estas condiciones en la proporción de uno por cada cien personas ocupadas” y CREDITOS: “Art. 3.– Las instituciones bancarias oficiales reglamentarán el otorgamiento de créditos destinados a la instalación o ampliación de los pequeños comercios a que se refiere el artículo anterior, así como también a pequeños talleres individuales o colectivos de manufacturas de la especialidad en que fueran diplomados los ciegos o ambliopes.”)
- Ley 15.224 del 23/12/1959. (Art. 1º: “Agréguese el artículo 2º de la Ley 13.337, como inciso nuevo el siguiente: Inciso g) Las personas que se encuentren incapacitadas para trabajar, víctimas de atentados o atropellos provocados por razones políticas, gremiales o actos derivados o conexos a ellas; o sus deudos, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3º, incisos a), b), c) y d).”

También la lectura de las leyes transcritas en el párrafo anterior y las que se citan a lo largo de la tesis, nos permiten entender que la mayoría de ellas se enmarcan en el ámbito del sistema de salud. De este encuadre no escapará la ley 24.901 que ha sido construida partiendo del nomenclador del INSSJP-PAMI de la época.

Más adelante abordaremos en detalle los modelos vigentes a lo largo de la historia de la discapacidad, siendo desde la segunda guerra mundial, principalmente, el modelo medico-rehabilitatorio el que dará sustento a la modalidad de abordaje de la discapacidad hasta el desarrollo, en la últimas décadas, de un modelo de construcción social de la discapacidad, que sin escapar totalmente de lo médico, tratará de relacionar el diagnóstico clínico con el entorno y las posibilidades de las personas con discapacidad. La herramienta será, en términos generales, el traspaso de la posta de la clasificación médica CIDDIM a la más amplia C.I.F. (clasificación Internacional de Funcionalidad). Todos estos modelos serán descritos en detalle más adelante.

Argentina comparte con muchos de los países de la región de Latinoamérica la situación de tener una gran cantidad de regulaciones legales o administrativas sobre discapacidad, en ámbitos amplios como trabajo, educación, seguridad social, salud, etc. También comparte, como veremos cuando analicemos comparativamente varios países de la región, un importante desfasaje entre la existencia de normativas y su aplicación en la práctica. Concretamente: un importante nivel de incumplimiento de las normativas vigentes en el país.

Argentina ha suscripto en la última década dos importantes convenciones de derecho internacional sobre discapacidad, una regional y una internacional. En 2000 incorporó al derecho interno mediante la ley 25.280 la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala en 1999 y en el año 2008 mediante ley 26.378 incorpora la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de la ONU (2008), que tiene además la particularidad de ser la primera Convención de derechos Humanos del siglo XXI. De esta última además suscribe el Protocolo Facultativo.

La suscripción de ambas convenciones nos obliga a analizar si estas

normas tendrán los mismos problemas para su entrada en vigencia real como las leyes mencionadas y en su caso, cuál sería el marco de progresividad que se necesitaría para la entrada plena en vigencia de ambos instrumentos internacionales. No nos cabe duda que resulta necesario realizar un previo análisis crítico de la situación normativa del país en materia de discapacidad, compararla con la de otros países y realizar una propuesta de organización posible que permita evaluar la situación de Argentina con el horizonte puesto, principalmente, en la vigencia de la CIDPCD ley 26.378 desde el año 2008. Este trabajo se dispone a investigar sobre las posibilidades de dicha propuesta y su viabilidad en un sistema federal como el de nuestro país.

¿Por dónde deberíamos empezar para analizar el futuro de una Convención Internacional que interpela desde su origen no solo a la ley vigente en nuestro país, ya que el artículo 4 exige la adecuación de las normativas locales a la misma, sino a los actores, principalmente los gobiernos y el poder judicial de un país con larga tradición en Derechos Humanos, pero con una costumbre aún no erradicada de incumplimiento sistemático a los compromisos asumidos precisamente con las personas con discapacidad?

En principio, analizando si existe un compendio normativo organizado de la discapacidad en Argentina y cuál es el estado de situación a 2009. Este abordaje lo hacemos en la primera parte de la tesis. Esta parte se complementa con el informe sobre la situación normativo-política de varios países de la región a fin de sustentarla afirmación sostenida respecto a que buena parte de dichos Estados se encuentran en una situación de desarrollo normativo similar a nuestro país.

Luego corresponde describir como fue interpretado por los tribunales y por el ámbito administrativo de nuestro país ese cuerpo normativo a lo largo de los años, con el corte en el año 2009, pero agregando a modo ilustrativo, los primeros intentos sobre todo de los jueces nacionales y provinciales y del Congreso nacional de aplicación de la CIDPCD desde su vigencia en mayo de 2008.

Por último, describimos que cambios y como pueden proponerse, a la legislación nacional para adecuarla al Derecho Internacional como lo establece la CIDPCD, en forma inmediata y a mediano y largo plazo. En este punto cabe hacer la aclaración que se trataría de una proyección posible con las herramientas de análisis con las que hoy contamos y en el marco de los probables modos de abordaje de acuerdo a la idiosincrasia e historia de nuestro país.

En el presente artículo se extraen dos partes de dicho trabajo. La primera consta del análisis de los modelos vigentes a lo largo de la historia de la discapacidad, mientras que la segunda analiza de acuerdo a la metodología F.O.D.A. (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) el campo de la discapacidad en la Argentina.

2. El modelo de Prescendencia

En el desarrollo de los tres modelos de abordaje de la discapacidad que siguen, tomamos la descripción minuciosa y en nuestro entender adecuada, que realiza la Dra. Agustina Palacios en la excelente obra citada en la bibliografía, y que responde, a un modelo jurídico de acercamiento al campo de la discapacidad, descartando las citas que la autora menciona a fin de hacer la lectura y percepción de los tres modelos mas clara a los fines de esta tesis, que puede consultarse en el texto original.

Terminamos con un mínimo desarrollo del modelo de la encrucijada de Brogna (2009), desde el abordaje de la sociología, que lleva a este campo del saber una observación similar, desde otro punto de vista, al de la Dra. Palacios ayudándonos a entender además que estos modelos distan de ser sucesivos y excluyentes, para ser contemporáneos y simultáneos. Un primer modelo histórico, que se podría denominar de prescindencia, en el que se considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que, por lo desgraciadas, sus vidas no merecen la pena de ser vividas. Como consecuencia de dichas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres. Dentro de este modelo pueden distinguirse a su vez dos especies de paradigmas o submodelos, que si bien coinciden en los presupuestos respecto del origen de la discapacidad, no se ajustan en cuanto a sus consecuencias o características primordiales. Estos son:

a) El submodelo eugenésico, que podría ser situado a modo ilustrativo en la antigüedad clásica. Tanto la sociedad griega como la romana, basándose en motivos religiosos y políticos, consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños con deficiencias. En primer lugar, la explicación respecto de las causas que daban origen a la discapacidad era religiosa: el nacimiento de un niño con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres en el caso de Grecia, o una advertencia de que la alianza con los Dioses se encontraba rota en el caso de Roma. Ello, unido a la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena de ser vivida, sumada a la consideración acerca de su condición de carga —para los padres o para el resto de la comunidad—, originaba que la solución adoptada por el submodelo bajo análisis fuera prescindir de las personas con deficiencias, mediante el recurso a prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños.

b) El submodelo de marginación. Aunque muchas de las características definitorias de este submodelo son una constante histórica, un ejemplo que puede resultar ilustrativo puede encontrarse en el tratamiento brindado a las personas con discapacidad durante la Edad Media, en donde se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres y los marginados, y signadas por un destino marcado esencialmente por la exclusión. Si bien las explicaciones religiosas medievales fueron diferentes de las alegadas por los antiguos, e incluso dentro del cristianismo se presentarían de manera fluctuante, el poder de Dios o la consecuencia del pecado original, o como obra del diablo desde la creencia supersticiosa; el hecho de considerar a la deficiencia como una situación inmodificable originaba que debiera ser aceptada con resignación.

Los encargados de diagnosticar diferencialmente si un comportamiento extraño era un proceso natural o uno diabólico eran el médico y el sacerdote, aunque no olvidemos que en muchas ocasiones el peritaje médico se encontraba supeditado a la lógica teológica. El rasgo principal que caracteriza a este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerar-

Tabla 1

Resumen del Modelo de Presidencia

Características:

- Justificación religiosa de la discapacidad (Diversidad funcional asimilada al pecado)
- Consideración respecto a que la PCD no tiene nada que aportar a la sociedad.

Submodelos:

- Eugenésico: La PCD es un ser cuya vida no merece ser vivida. Exterminio como solución (infanticidio).
- Marginación: Exclusión social de la PCD como objeto de compasión, o por temor, o por rechazos por considerarlas objeto de maleficios o advertencia de un peligro.

Fuente: Elaboración propia

las objeto de maleficios o como advertencia de un peligro inminente. Es decir, que —ya sea por menosprecio ya sea por miedo, **la exclusión** parece ser la respuesta social que genera mayor tranquilidad. Así, a diferencia del submodelo eugenésico, ya no se comente infanticidio, aunque gran parte de los niños con discapacidad mueren como consecuencia de omisiones, ya sea por falta de interés y recursos, o por invocarse la fe como único medio de salvación. En cuanto a los que subsisten o a los mayores, la apelación a la caridad, el ejercicio de la mendicidad y ser objeto de diversión, son los medios de subsistencia obligados.

3. El Modelo Rehabilitador o Médico Hegemónico:

El segundo modelo es el denominado rehabilitador. Desde su filosofía se considera que las causas que dan origen a la discapacidad son *científicas*. Desde este modelo las personas con discapacidad ya no son consideradas innecesarias, pero siempre en la medida en que **sean rehabilitadas**. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este paradigma es **normalizar** a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. El principal «problema» pasa a ser, entonces, la persona, o mejor dicho, sus limitaciones, a quien es imprescindible rehabilitar psíquica, física o sensorial mente.

Los primeros síntomas del modelo rehabilitador datan de los inicios del Mundo Moderno. Sin embargo, la consolidación del modelo mismo, sobre todo en el ámbito legislativo, puede ser situada en los inicios del siglo XX, al finalizar la Primera Guerra Mundial. Las causas que dieron origen a su plasmación podrían ser resumidas muy brevemente: la guerra y los accidentes laborales. Relata Jacques Stiker que, al finalizar la Primera Guerra Mundial, quedaron heridos de por vida un número alarmante de hombres. Estas personas fueron denominadas mutilados de guerra sobre la base, y a fin de distinguirlas, de aquellas discapacitadas por accidentes laborales. El mutilado era una persona a quien le faltaba algo, ya fuera un órgano, un sentido o una función. De este modo, la primera imagen presentada por este cambio en la terminología fue la de daño, la de perjuicio. La sensación era que la guerra se había llevado algo que se debía reemplazar. Fue así como en este momento la discapacidad comenzó a ser relacionada con los heridos de guerra y comenzó a ser vista como una insuficiencia, una deficiencia a ser erradicada. En el plano del Derecho, en un primer momento esto significó la implementación de políticas le-

gislativas destinadas a garantizar servicios sociales para los veteranos de guerra con discapacidad, que reflejaba de algún modo la creencia acerca de la existencia de una obligación por parte de la sociedad, de compensar a estas personas mediante pensiones de invalidez, beneficios de rehabilitación y cuotas laborales.

No obstante, por los años sesenta dichas medidas fueron extendidas a todas las personas con discapacidad, dejándose de lado la causa de las deficiencias. El objetivo pasó a ser, entonces, rehabilitar a las personas, con independencia del origen de las deficiencias. En dicho proceso de recuperación o «normalización», y a dichos fines, los contenidos o herramientas esenciales pasaron a ser la educación especial, los beneficios de rehabilitación médica y vocacional, las cuotas laborales y los servicios de asistencia institucionalizados. De este modo, las personas con discapacidad recibían beneficios de los servicios sociales porque la discapacidad se veía exclusivamente como un problema individual de la persona, quien no era capaz de enfrentarse a la sociedad. Los niños con discapacidad tenían derecho a la educación, pero en escuelas separadas, las personas con discapacidad tenían derecho a la rehabilitación, pero ello incluía el control de muchas áreas de sus vidas por parte de los expertos, las medidas de acción positiva se introdujeron porque —a diferencia de otros grupos protegidos— no se consideraba que las personas con discapacidad fueran capaces de trabajar por sus propios méritos.

Las medidas descritas pueden ser fácilmente contextualizadas y comprendidas si se tiene presente que desde el modelo rehabilitador se considera a la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, accidente, o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. En consecuencia, el tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir **la cura, o una mejor adaptación** de la persona, o un cambio en su conducta.

De este modo, desde el punto de vista jurídico, la discapacidad es abordada exclusivamente dentro de la **legislación de la asistencia y seguridad social, o como parte de ciertas cuestiones del derecho civil relacionadas con la incapacitación y la tutela**. La atención sanitaria

se considera la materia fundamental, y en el ámbito político, la respuesta principal es la modificación y reforma de la política de atención a la salud. Si bien ha significado en su momento un avance importante en el ámbito del reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad, el modelo rehabilitador es criticado por diversas razones. Fundamentalmente, en cuanto a su justificación teórica, se censura que el éxito de la integración que se persigue, si bien depende de una variedad de estrategias de asimilación, denota la existencia de una perturbada ideología, a la que Sticker denomina: el ideal social de la goma de borrar —the social ideal of erasure—. El pasaporte de la integración, pasa a ser de este modo la desaparición, o mejor dicho el ocultamiento de la diferencia. Ello se debe a que la persona con discapacidad se considera desviada de un supuesto estándar de normalidad.

Sin embargo, no debe olvidarse que, como expresa Courtis, la configuración de lo estándar no es neutra, sino que se encuentra sesgada a favor de los parámetros físicos y psíquicos de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante. De este modo, si se sitúa una oficina gubernamental en un tercer piso sin ascensor se asume que todo usuario se encuentra en condiciones de subir una escalera, creándose de este modo barreras a través de un entorno hostil. Precisamente es esto último, es decir, la incidencia de factores sociales en la creación del fenómeno mismo, lo que se tiene presente desde otro modelo de acercamiento al fenómeno de la discapacidad, que se pasa a describir.

4. Modelos de la Construcción Social de la Discapacidad

Finalmente, un tercer modelo, denominado social, es aquel que considera que las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son preponderantemente sociales; y que **las personas con discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de personas**, sin discapacidad, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas, en ciertos aspectos, diferentes. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los **derechos humanos**, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la **inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil**, entre otros.

Asimismo, apunta a la **autonomía** de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

Esencialmente, el modelo social se ha originado, desarrollado y articulado, a partir del rechazo a los fundamentos expuestos desde el modelo que le precede. Precisamente, uno de los presupuestos fundamentales del modelo social radica en que las causas que originan la discapacidad no son individuales, como se afirma desde el modelo rehabilitador, sino que son preponderantemente sociales. Según los principios de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del fenómeno, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social.

Tabla 1

Resumen del Modelo Rehabilitador o Médico Hegemónico

Características:

- Las causas de la discapacidad pasan de religiosas a científicas (la diversidad funcional se habla en términos de salud o enfermedad).
- Las PCD ya no son inútiles, pueden aportar en la comunidad, pero a condición que sean “rehabilitadas” o “normalizadas”.
- Fortalecimiento de la “educación especial” (dirigida a las capacidades “residuales”) y de la “rehabilitación” y con ello de la INTITUCIONALIZACION y el empleo protegido.
- Identificación de diversidad funcional con enfermedad.
- La Asistencia social pasa a ser el principal medio de subsistencia de las PCD.
- Excesivo énfasis en el diagnóstico clínico (el problema aparece cuando el medico no solo determina el diagnóstico clínico, sino la forma de vida de la PCD)

Fuente: Elaboración propia

Es posible situar el nacimiento del modelo social, o al menos el momento en que emergen sus primeros lineamientos, a finales de la década de los años sesenta o principios de la del setenta del siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra. Hasta dicho momento, en las sociedades occidentales la discapacidad venía siendo considerada como el resultado exclusivo de las limitaciones individuales de una persona, que implicaba una tragedia personal para el afectado o afectada, y un problema para el resto de la sociedad. No obstante, desde finales de la década de los años sesenta, dicha consideración ortodoxa comenzó a ser el blanco de campañas a través de Europa y Estados Unidos. Las personas con discapacidad, en particular aquellas que vivían en instituciones residenciales, tomaron la iniciativa de buscar sus propios cambios políticos.

De este modo, los activistas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad se unieron, reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que, según alegaban, discapacitaban a las personas con deficiencias. Así fue como la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones abrió un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria.

Ello surgió inicialmente en Estados Unidos, donde ha existido una larga tradición en campañas políticas basadas en los derechos civiles. En la materia que nos ocupa, hubo un considerable refuerzo en las luchas por los derechos civiles de los años sesenta, que fueron teniendo influencia en las actividades de las organizaciones de personas con discapacidad. Esto acentuó, entre otras cuestiones, el apoyo mutuo, la desmedicalización, y los procesos de desinstitutionalización.

Por otro lado, el movimiento de personas con discapacidad en el Reino Unido ha perseguido generar cambios en la política social o en la legislación de derechos humanos. De este modo, la prioridad estratégica ha sido realzar la existencia de los sistemas patrocinados por el Estado de bienestar para cubrir las necesidades de las personas con discapacidad. Así, en el Reino Unido, las organizaciones de personas con discapacidad movilizaron inicialmente la opinión contra su categorización tradicional como un grupo vulnerable necesitado de protección. Sostenían el derecho a definir sus propias necesidades y servicios prioritarios, y se proclamaban contra la dominación tradicional de los proveedores de servicios.

Estas iniciativas internacionales han tenido importantes repercusiones en las políticas posteriores sobre las cuestiones que involucran a la discapacidad. Si se considera entonces, tal como postula este modelo, que las causas que originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona, sino más bien que deben encontrarse dirigidas hacia la sociedad.

De este modo, mientras el modelo anterior se centra en la rehabilitación o normalización de las personas con discapacidad, este modelo social propone y fundamenta la rehabilitación o normalización de una sociedad, que sea pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas. En términos generales, el tratamiento social del que son objeto las personas con discapacidad se basa en la **búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades**. A dichos fines se corresponden en tanto una serie de medidas, entre las que se destacan la **accesibilidad universal**, el diseño para todos y la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, entre otras.

Conforme a esta idea, los niños con discapacidad deben tener las misl)

Tabla 3

Resumen de Modelo del Modelo Social de la Discapacidad

Presupuestos fundamentales del modelo

- Las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas sino sociales, o al menos, preponderantemente sociales.
- Las PCD tiene mucho que aportar a la sociedad, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad
- Estos aportes de las PCD están íntimamente relacionados con la inclusión y la aceptación de la diferencia..

Supuestos de partida

- Movimiento de vida independiente (Ed Roberts. Alumno con discapacidad ingresa en Berkeley, California).
- Las PCD son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural.
- Distinción entre “deficiencia” y “Discapacidad” (como construcción cultural, relativa, que varía según los contextos históricos y sociales).
- El objetivo del modelo social es el cambio de la sociedad y no de las personas.
- La manera de abordaje de la educación (inclusiva) es esencial.

Orígenes del modelo: EEUU e Inglaterra, década de 1960

- Movimiento de vida independiente (Ed Roberts) Alumno con discapacidad ingresa en Berkeley, California).
- Las PCD son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural.
- Distinción entre “deficiencia” y “Discapacidad” (como construcción cultural, relativa, que varía según los contextos históricos y sociales).
- El objetivo del modelo social es el cambio de la sociedad y no de las personas.
- La manera de abordaje de la educación (inclusiva) es esencial.

Modelo de abordaje desde la educación

- Educación inclusiva no es modificación de la organización de la escuela, sino un cambio en la “ética” de la escuela.
- No se requiere que los maestros adquieran nuevas habilidades, sino que se necesita un compromiso.
- No alcanza con aceptación de la diferencia, sino con la valorización de la diferencia.
- Necesidad de compromiso moral con la inclusión de todas las personas en un mismo modelo educativo, como parte de un compromiso mas amplio que aspira a la inclusión de todas las personas dentro de la sociedad.

Fuente: Elaboración propia

mas oportunidades de desarrollo que los niños sin discapacidad, y la educación debe tender a ser inclusiva, adaptada a las necesidades de todos, como regla, reservándose la educación especial como última medida y para casos muy extremos. En cuanto a los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad, el modelo bajo análisis plantea como medios idóneos a la seguridad social y el trabajo ordinario, y sólo excepcionalmente se acepta el protegido. De todos modos, cabe resaltar que la connotación que tenía el trabajo como medio exclusivo de inte-

mento cultural normativo. Y es en la confluencia de estos tres elementos en donde cada sociedad (en un tiempo y espacio específico) “determina quién será un discapacitado y cómo deberá ser tratado”. Este modelo de la encrucijada resulta una útil forma de abordar una mirada distinta de la discapacidad en el nuevo paradigma de construcción social de la discapacidad”.

Según el Modelo de la encrucijada hay tres elementos que se interrelacionan para conformar la discapacidad como situación y posición social y que se conjugan para la protección, promoción y garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad:

1. La particularidad biológica y de conducta de una persona.
2. La organización económica y política.
3. La cultura y la normatividad de la sociedad en la que viven las personas con discapacidad.

La particularidad biológica y de conducta queda vinculada actualmente a la noción de déficit, de disfuncionalidad en relación con una norma, a un único modo concebido socialmente como “normal” de ser o hacer. Esta particularidad “hace referencia a una enorme variedad de deficiencias de funciones o estructuras corporales, etiologías (de causas adquiridas o congénitas), duración (permanentes, progresivas, transitorias), gravedad (leves, moderadas, severas), etc., que se combinan de los más variados modos y hacen imposible definir un “tipo único” de discapacidad.

La organización económica y política queda determinada por la relación entre el tipo de organización económica y política de una sociedad en un tiempo y espacio determinado, con el modo en que se significarán y tratarán cada tipo de particularidad biológica y de conducta de una persona.

Con respecto a cultura y normatividad, se pueden dar dos supuestos en esta desarmonización: uno es cuando surgen cambios en las normas para que se adecuen a los cambios culturales y otro, cuando se hacen evidentes las contradicciones y ambigüedades entre la una y las otras, sin que se produzca ningún cambio.

La discapacidad, desde la perspectiva que propone el Modelo de la encrucijada, es una construcción teórica compleja en la que los tres elementos que menciona dicho modelo se determinan unos a otros y no pueden analizarse por separado sino en su interrelación.

Ambos modelos abordan la comprensión del campo de la discapacidad desde dos miradas distintas: El primero desde lo jurídico y el segundo, desde la sociología a través de la construcción de un modelo de comprensión de la discapacidad.

5. Íntesis sobre la situación de la discapacidad en el periodo analizado, con énfasis en el año 2009

Del análisis de la información reseñada, podemos extraer un análisis de la situación del campo de la discapacidad desde la vigencia del periodo que llamaríamos normativo inicial (entre la vigencia de la ley 22.431 y la ley 24.901 en 1998), al periodo de fortalecimiento de la obligación jurídica legal (que entendemos desde la vigencia de la ley 24.901 y todas sus leyes y normas derivadas hasta la vigencia de la CIDPCD – Ley 26.378 en el año 2008).

La aparición de la ley 26.378 implica el inicio del periodo que llamaría-

mos de los derechos humanos, ya que la CIDPCD instala fuertemente esta impronta para el campo de la discapacidad a partir de su vigencia. Esto no empuja a que ley 25.280 del año 2000, que incorpora la figura de la discriminación por causa de discapacidad en la Convención de la O.E.A, haya estado vigente al menos 8 años antes que la Convención de la O.N.U., aunque pese a ello no haya alcanzado localmente la impronta de la primera convención de derechos humanos del siglo XXI. Es muy probable que ello se haya debido a una circunstancia histórico-política especial, ya que la ley 26.378 fue incorporada en un periodo político de gobiernos con una fuerte postura en defensa de los Derechos Humanos, ya incluso manifestada claramente en el Decreto 1085/2005. Durante el año 2005, el poder ejecutivo nacional promulga este decreto llamado “Hacia un plan nacional contra la discriminación” donde se realizan un amplio diagnóstico de la situación de la discriminación en Argentina (el decreto tiene en el anexo I el texto del plan de 263 paginas) y se evalúan el diagnóstico y una serie de propuestas, respecto a las personas con discapacidad (el plan denomina al colectivo como “Necesidades especiales”). El Plan Nacional contra la Discriminación toma a la Convención interamericana como el fundamento principal de derecho internacional sobre discapacidad y elabora algunas directrices sobre diagnóstico y propuestas para este colectivo. Este plan, que se trabajó desde 2001 en base a las conclusiones de la Conferencia de Durban significó una innovación en cuanto al reconocimiento por parte del Estado respecto del estado de situación de la discriminación, incluyó propuestas de trabajo y demostró ser una buena herramienta para la elaboración de posteriores políticas públicas (incluso muchos de sus compromisos, como la ley de violencia contra la mujer y la ratificación del protocolo CEDAW, entre otros, fueron cumplidos).

En resumen, se describirá a través de la técnica FODA, el estado de situación del campo de la discapacidad, primero desde el sistema único de la ley 24.901 (ya que el mismo ha tenido a la fecha casi 15 años de vigencia) y luego se agregarán a modo de descripciones y propuestas, las posibles consecuencias y aportes de la CIDPCD ley 26.378 en los pocos años de vigencia que ha tenido hasta la actualidad, con una proyección a futuro, tomando como parámetro el desarrollo a lo largo del tiempo de otros tratados internacionales, como la Convención de Derechos del niño o la Convención de derechos de la Mujer (CEDAW). Nuevamente y en el marco de esta tesis, el análisis se realiza con énfasis en el campo de salud, aunque se evalúan además otros espacios de relación con el mismo.

6. Análisis F.O.D.A del campo de la discapacidad en Argentina

Fortalezas:

- Estructura Jurídica organizada. Federalización (jurisdicción nacional) de una importante cantidad de leyes. Sistema de Financiación previsto por la ley 24.901
- Acreditación y categorización de los servicios de prestadores desde la creación del sistema único en base a una forma de evaluación uniforme.
- Muchos financiadores del sistema, principalmente obras sociales de la ley 23.660, INSSJP y PROFE.
- Impacto en el mercado de Empresas de Medicina Prepaga y en las OOS fuera del sistema de la ley 23.660.

- Existencia de normativa de encuadre de rango superior. Ej.: Tratados internacionales, Constitución nacional y provinciales, leyes y decretos.

Debilidades:

- Atomización de los beneficiarios en distintos agentes del seguro distribución muy desigual de los mismos lo que dificulta las políticas para discapacidad.
- El Nomenclador fue hecho sobre la base de una categorización arancelaria realizada por el INSSJP y no por niveles de resolución de los prestadores, no estimula la mejora del servicio.
- No existe articulación de prestadores, por ejemplo en cámaras empresariales, que posibilite la economía de escala.
- El sistema único incluye prestaciones que el Sector Salud resiste porque no cumplió con la formación de los equipos interdisciplinarios del artículo 11 de la ley 24.901 (Ej.: Educación)
- Poco control de las prestaciones: Las Obras Sociales casi no realizan auditorías de las Instituciones prestadoras. Tampoco la SSSalud.
- No se logró que la discapacidad fuera un tema de interés del sistema.
- Irregular distribución nacional de los prestadores, sin control estatal.
- Ausencia del Estado Nacional, provincial y municipal que impulse políticas adecuadas para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Pérdida de poder político real de los organismos específicos del campo de la discapacidad (Ej: CONADIS o COPINE, actualmente denominada COPIDIS) y dependencia del poder político.

Oportunidades:

- Aprobación de la ley 26.378 en 2008 que incorpora la CIDPCD.
- Importante cantidad de países se incorporan a la Convención en un período corto de años.
- La jurisprudencia ha receptado positivamente a la Convención.
- El crecimiento importante del abordaje de los derechos humanos a nivel local y mundial permiten esperar una recepción positiva de la CIDPCD.
- El lobby de las PCD y las organizaciones de PCD y el nacimiento de redes de organizaciones creció desde la discusión de la Convención lo que ha permitido una mejor visibilización de los derechos de las mismas.

Amenazas:

- Mantenimiento de una fuerte resistencia del sistema de salud a la ley 24.901 y actualmente a la CIDPCD e intentos de eliminar la misma.
- Poder de lobby del sistema de salud contra la vigencia efectiva de los derechos que surgen de este campo de la discapacidad.
- Poca capacitación de los legisladores y funcionarios públicos, lo que estimula el asistencialismo no permitiendo avanzar en el nuevo paradigma.
- Aumento en la incorporación de normativas sobre discapacidad no proporcional a la percepción de que las mismas serán cumplidas. Pocas de ellas tienen sanciones ante el incumplimiento, estableciéndose una cultura política negativa respecto al cumplimiento de las mismas.

Reflexiones finales:

- Necesidad de una firme recuperación del Estado como árbitro y como interlocutor efectivo para garantizar la existencia de políticas de estado que garanticen los derechos de las PCD que el propio estado suscribe internacionalmente.
- Necesidad de incorporación de financiamiento en el presupuesto nacional, a través de aportes e impuestos nacionales, recaudados específicamente para el desarrollo de políticas de Estado.
- Incorporar al Sector Educativo y del Trabajo, entre otros, a los organismos de control profundizando a la discapacidad como una propuesta política integral, transversal y de todo el estado.
- Necesidad de empoderar a los organismos de control para la elaboración, cumplimiento y promoción de políticas de Estado (Ej. Ministerios, Conadis, etc.).
- Impulso de la investigación en discapacidad en la Universidad y en el Estado.
- Necesidad de impulsar el cumplimiento progresivo y sistemático de la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad de la O.N.U.
- Integrar a la discusión sobre la discapacidad distintas áreas gubernamentales (no solo las relacionadas con Salud) e incentivar la participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones de la sociedad civil en todas las políticas y todos los programas que los involucren.

Bibliografía

- AUGÉ, Marc y COLLEYN, Jean Paul: "Que es la antropología", Paidós, Argentina, 2006
- BARTON, Len (comp.): "Superar las barreras de la discapacidad", Ediciones Morata, Madrid, 2008
- BROGNA, Patricia (comp.): "Visiones y revisiones de la discapacidad", Fondo de Cultura Económica, México, 1era edición, 2009.
- FOUCAULT, Michel: "Historia de la locura en la época clásica", 2 tomos, Breviarios del Fondo de Cultura Económica", 2006 (cualquier reimpresión).
- LE BRETON, David: "Antropología del cuerpo y modernidad", Nueva Visión, 3era Reimpresión 2006, Buenos Aires.
- PALACIOS, Agustina: "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad", CERMI- Ediciones CINCA, 1era edición, Octubre de 2008.
- PANTANO, Liliana: "La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y propuestas", EDUDEBA, Buenos Aires, 1993
- ROSALES, Pablo O. Y otros. "Discapacidad", Edit. Jurisprudencia Argentina, Nro. Especial, J.A. 2002-II, Fascículo 1, 4/4/2002.
- ROSALES, Pablo O. Nota: "La declaración de constitucionalidad de la ley 24.754 en la jurisprudencia reciente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación", J.A. Nro. 6255, 18/7/2001, Suplemento especial- Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, p.34.
- ROSALES, Pablo Oscar y VILLAVERDE, María Silvia: "Salud sexual y procreación responsable. Desde una perspectiva de derechos humanos y con enfoque de género. Estudio de la ley 25.673, normativa nacional, provincial y comparada", Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1era edición 2008.

Maternidad subrogada

Por Rosa Sauer



Medica Pediatra (UBA)
Especialista en Medicina
Legal (Universidad ISALUD)

1. Introducción

El presente trabajo intenta exponer las diferentes problemáticas científicas, jurídicas y sociales de la maternidad subrogada ante el anteproyecto de reforma del Código Civil Argentino. Se analizará la regulación procedimental de la maternidad subrogada como figura jurídica para la República Argentina en base al proyecto de reforma del Código Civil y su posible perfeccionamiento.

Argentina no contempla en ningún ordenamiento legal la figura jurídica de la maternidad subrogada, de manera tal que este tema plantea incertidumbre ante esta nueva figura.

En nuestro país ha surgido una problemática: cada vez más parejas en edad reproductiva presentan problemas de infertilidad y/o esterilidad. Ante este creciente anhelo de paternidad, recientemente, la presidenta de la Nación junto con el presidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación anunciaron una síntesis oficial de los puntos más importantes que incluye la reforma y unificación del Código Civil y Comercial Argentino.

Entre otros puntos *–y a lo que a este trabajo interesa–* se destaca del informe oficial:

- a) Reproducción humana asistida: Actualización de la legislación mediante la incorporación de las técnicas de reproducción asistida, por ejemplo, mediante las técnicas de inseminación artificial o fecundación in vitro, haciendo prevalecer la voluntad procreacional.
- b) Gestación por sustitución: reconocimiento central a la voluntad procreacional expresada por consentimiento previo, informado y libre de las personas que intervienen.

Ante ello, el juez deberá constatar que la gestante no haya recibido retribución de ningún tipo y que al menos uno de los comitentes aportó material genético.

Todos estos nuevos conceptos generaron consensos y descensos diversos. Es por ello que frente a este nuevo interrogante, resulta necesario y previo a cualquier análisis del tema de estudio, realizar un breve desarrollo histórico-jurídico del nacimiento de la fertilización asistida y la amplitud de casos ante el nuevo reconocimiento del matrimonio igualitario dentro de la órbita del matrimonio civil argentino.

2. Principales conceptos

Hasta no más de 30 años la filiación estaba fundamentada en el origen biológico de la consanguinidad sin descartar, por supuesto, la filiación por adopción. El principio de igualdad de la filiación condujo a la plena equiparación entre los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio y los hijos adoptados. Los hijos o eran concebidos sexualmente por sus padres (ya fuera dentro del matrimonio, fuera del matrimonio o en unión libre) o eran adoptados. En ese entonces, no cabía ni imaginar que los hijos pudieran ser concebidos a través de la procreación médicamente asistida, ya fuera mediante la fecundación homóloga o mediante la fecundación heteróloga.

El **“alquiler de vientre”, denominado correctamente como “útero portador” o “útero subrogado”** se trata de un acuerdo entre partes en la que una mujer lleva adelante un embarazo para otra persona o pareja. La mujer portadora podrá tener una relación genética con el embrión que lleva a término (en caso de haber aportado un óvulo propio) o ninguna relación genética en el caso de que el embrión haya sido formado con óvulos y espermatozoides de terceros.

En la actualidad existen dos tipos de maternidad subrogada. Los mismos han sido definidos como: la subrogación tradicional (donor surrogacy) y la subrogación gestacional (gestational surrogacy). En el caso de la **subrogación tradicional**, una mujer es contratada por la persona, o personas, con interés y ésta acuerda ser inseminada con el fin de dar a luz una criatura. Por ende, se puede decir que en estos casos la concepción y alumbramiento se convierten en el objeto del contrato. Lo particular de estos casos de inseminación artificial es que la persona que se ha de concebir, no solamente se aloja en el vientre de la subrogada, sino que el óvulo del que proviene es de ella.

En otras palabras, la persona que se ha de concebir en una subrogación tradicional es producto del material genético de la subrogada y la pareja del sexo masculino. O sea, la persona o personas interesadas en recurrir a una subrogada han de remunerar a la misma por su óvulo y por el alojamiento del feto durante los meses de embarazo. Convirtiéndose así en lo que se podría conceptualizar como dos mercados y dos gestiones independientes, por las cuales se ha de pagar a la subrogada.

Por lo tanto, al existir dos objetos independientes sobre los cuales las partes han de contratar, el óvulo y el alojamiento, las implicancias que surgen de estos contratos son de gran trascendencia. Para resolver ciertos aspectos se ha indicado que es necesario el acordar anticipadamente que la subrogada ha de ceder el derecho filial sobre la criatura desde su concepción.

La **subrogación gestacional**, por otro lado, conlleva la transferencia de un embrión fertilizado al útero de la madre subrogada. Este tipo de subrogación también es conocido como alquiler de útero. En estos casos la madre genética de unos embriones, no los puede anidar en su vientre por algún motivo. Bajo esta premisa la misma le pide o contrata a otra mujer para que esta gesté el feto y al nacer le entregue el niño. A diferencia de la subrogación tradicional, la madre subrogada no comparte material genético con el ser que está gestando. En este caso el embrión fertilizado puede provenir de la pareja contratante o por donación.

La maternidad subrogada comparte muchos elementos con la adopción. La diferencia principal entre la adopción y la maternidad subrogada estriba de la manifestación de la intención que da lugar a la concepción y del momento en que se ceden todos los derechos, deberes y obligaciones frente a la criatura nacida.

En la adopción el consentimiento a la renuncia de las relaciones filiales se manifiesta luego del alumbramiento. Mientras que en la maternidad subrogada, el niño se concibe con la intención y el propósito específico de entregarlo, el propósito de la concepción, por ende no es el retenerlo para sí. El consentimiento en la maternidad subrogada claramente se manifiesta antes de la concepción. Este hecho ha estado sujeto a críticas, específicamente se ha argumentado que el consentimiento a la entrega de custodia antes de haber tenido la experiencia de llevar en el vientre a un niño por nueve meses, es no informado y por lo tanto no sería válido.

2.1 Antecedentes, casos destacados en jurisprudencia de los Estados Unidos

En Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Arizona, Indiana, Michigan y New York prohíben los contratos de maternidad subrogada mientras que Kentucky, Louisiana, Nebraska, Washington, Florida, Nevada, New Hampshire y Virginia los validan si la madre subrogada no recibe paga por virtud del contrato. Los estados de Florida, New Hampshire y Virginia también requieren como requisito del contrato que la madre comitente, esto es, mujer con la intención expresa de procrear y de criar la criatura, sea infértil. Los estados de Virginia y New Hampshire, por el otro lado, requieren la aprobación judicial previa del contrato para que este sea válido. La jurisdicción de Arkansas es otra donde se validan los contratos de maternidad subrogada. A diferencia de los anteriores estados, en Arkansas se presume que el contrato de maternidad subrogada es válido y que el nacido por virtud de esta es hijo de los padres contratantes.

Juristas de los Estados Unidos de América han desarrollado mecanismos o teorías para determinar la maternidad legal en la gestación subrogada. Estas son, entre las principales: 1) la teoría de la intención (*intent-based theory*), 2) la teoría de la contribución genética (*genetic contribution theory*) 3) la teoría de preferencia de la madre gestante (*gestational mother preferente theory*) y 4) la teoría sobre el mejor interés de menor (*the best interest of the child theory*).

Cuando una Corte o un Estado adoptan la teoría sobre la intención la madre legal es aquella que tiene la intención de procrear y de criar la criatura. Esta es conocida como la madre comitente (commissioning mother). Esta teoría fue desarrollada por el estado de California en el caso de Johnson v. Calvert de 1993. En el caso Johnson es donde por primera vez una Corte se enfrentó al interrogante sobre si la madre legal es aquella que alumbró la criatura o la que provee el material genético. En este caso una mujer capaz de producir óvulos no podía gestar una criatura porque había sido sometida a una histerectomía. Como resultado la pareja contrato a una mujer la cual acordó ser implantada con el embrión fertilizado de la pareja. Tanto la madre biológica como

la que gestó la criatura solicitaron a la Corte que determinase preliminarmente la maternidad legal. Según el Código Civil del Estado de California la maternidad legal puede ser determinada mediante el parto o pruebas genéticas. Dado que tanto la madre biológica como la gestante tenían un reclamo válido en cuanto a la maternidad, la Corte se vio en la obligación de buscar un nuevo método para la atribución de maternidad. La Corte optó por hacer una determinación de la intención de las partes al entrar al contrato de subrogación independientemente de la validez del contrato. Concluyó que la madre legal es aquella con la intención, con el propósito de procrear y de criar la criatura. Esta teoría está basada en la creencia de que sin el interés de la pareja que contrató a la mujer gestante, la criatura no hubiese sido creada.

Otro caso resuelto en base a esta teoría de determinación de maternidad lo fue *Marriage of Buzzanca* en 1998. Este se diferencia de *Johnson* en el hecho de que en este se transfiere a la madre subrogada un embrión fertilizado donado, por lo tanto, la criatura no compartía componentes genéticos con ninguna de las partes participantes del acuerdo de subrogación. En el caso *Buzzanca* nació una niña como resultado a un acuerdo de maternidad subrogada mediante el cual el matrimonio *Buzzanca* contrató a una mujer para que fuera inseminada por un embrión fertilizado de donantes anónimos y lo gestara. Durante el embarazo de la madre subrogada el matrimonio *Buzzanca* enfrentó numerosas dificultades las cuales culminaron en su eventual divorcio. Posterior a este hecho, el ex-cónyuge se negó a aceptar la paternidad; la madre subrogada y portadora declaró no querer la criatura y no tener responsabilidad ni obligación ante esta porque no tenían relación genética; y la ex-cónyuge reclamó ser ella y su nuevo esposo los padres legales de la nacida. El Tribunal de Primera Instancia resolvió que la criatura no tenía relación paterno filial con ninguna de las partes. Basó esta decisión en el hecho de que ni los *Buzzanca* ni la madre subrogada tenían una relación biológica con la menor; la ex esposa no había aportado el óvulo ni había alumbrado a la menor y él no era el padre por que no aportó el semen, por tal razón la Corte inferior determinó que ambos no tenían ninguna responsabilidad ante la menor. Esta decisión fue revocada en apelación y Tribunal Supremo del Estado de California determinó que ambos eran madre y padre legítimos y tendrían la custodia de la niña con responsabilidad inmediata de alimentos y derechos futuros de custodia y visitas. La Corte también aprovechó la oportunidad para aclarar que en los estatutos de California existen dos métodos para establecer la maternidad legal, a través del alumbramiento o la donación del óvulo a ser fertilizado. En cuanto a la paternidad, al igual que otras jurisdicciones, estableció que el esposo que consiente a la inseminación artificial es el padre legal de la criatura independientemente de tener lazos genéticos con esta ya que este consintió a la procreación de la criatura. Este fallo se basó en la teoría sobre el mejor interés del menor, y se fundamenta en el bienestar del niño independientemente de la genética y gestación. Se tomó en consideración factores como la facultad que tienen las personas involucradas para proveer al niño, tanto en el ámbito psicológico como en el físico. Este estándar le da amplia discreción al Tribunal, en cuanto a analizar factores como

educación y manutención del niño entre otros, buscando lograr justicia para la criatura.

3. Situación legal en la Republica Argentina

En Argentina el artículo 543 del Código Civil establece que la maternidad queda establecida por la prueba del nacimiento y la identidad del nacido. Por lo tanto la maternidad es reconocida a aquella mujer que haya gestado la criatura aun cuando quede demostrado que esta fue implantada por un óvulo fecundado de otra mujer.

De lo expuesto en párrafos anteriores, se infiere que las construcciones jurídicas en torno del mismo resultan insuficientes para regular el fenómeno. Será deber de nuestros legisladores a la hora de evaluar el nuevo proyecto la seguridad jurídica de esta nueva especie dentro del derecho de familia.

Por otro lado, no puede desconocerse que los acuerdos de maternidad subrogada son claro ejemplo de lo antedicho. Cuando una mujer manifiesta su voluntad de llevar adelante la gestación de un óvulo fertilizado de otra pareja, contribuye con su declaración a formar el consentimiento. Dicho consentimiento constituye uno de los elementos estructurales del contrato, cuyo objeto es la entrega del niño nacido después del parto. De manera que este acuerdo presupone una obligación de hacer: llevar adelante la gestación; y una obligación de dar: entregar al nacido.

Bajo estas ideas, se genera una discusión que consiste en descubrir aquella norma vigente que sea susceptible de aplicación al caso que nos incumbe. En tal sentido, de considerar como contrato este negocio jurídico bilateral, la pregunta es ¿dentro de qué tipo de contrato previsto en nuestro ordenamiento normativo se encuadraría? Algunos de los expertos que analizan esto sostienen que se trata de actos jurídicos atípicos pero tipificables en el futuro y pertenecientes al derecho de familia. Otra parte de la doctrina considera que el acuerdo engendra obligaciones de hacer: recibir la implantación del gameto fecundado, llevar adelante la gestación del mismo, someterse a controles médicos periódicos, llevar una vida saludable, etc., podría encuadrarse en una locación de servicios. Pero el corolario de estas obligaciones de hacer lo constituye en una obligación de dar: entregar el niño a sus progenitores; en este caso la figura más a fin lo constituye *la locación de obra*. De la prevalencia dada a una de estas actividades, será la tipificación del contrato como una u otra figura, o se proclamara su atipicidad. Puede que la madre gestante se arrepienta del acuerdo celebrado e incumpla con su obligación de dar.

La solución que se dé a este problema dependerá de la postura que tome cada ordenamiento normativo en torno a la validez o nulidad de este tipo de acuerdos. Nuestro ordenamiento normativo actualmente no contempla de manera expresa el supuesto de maternidad subrogada o gestación por cuenta de otro. Ante esta carencia normativa, se recurre a la auto-integración, es decir a la aplicación analógica de aquellas normas que regulan casos similares; pero al realizar esta tarea el encargado del funcionamiento de las normas, advierte la imposibilidad de la auto-integración para tipificar dicho acuerdo.

También es importante resaltar que el objeto de la maternidad subrogada deberá estar fuera del comercio, ya que el artículo 953 del Código Civil Argentino prescribe que *“El objeto de los actos jurídicos deben ser cosas que estén en el comercio, o que por un motivo especial no se hubiese prohibido que sean objeto de algún acto jurídico, o hecho que no sean imposibles, ilícitos, contrarios a las buenas costumbres o prohibidos por las leyes, o que se opongan a la libertad de las acciones o de las conciencias, o que perjudiquen los derechos de un tercero. Los actos jurídicos que no sean conformes a esta disposición, son nulos como si no tuviesen objeto”*.

Ahora bien, luego de analizar la validez o nulidad de dicho acuerdo, será necesario determinar y precisar la cuestión atinente a la filiación, ya que si bien el acuerdo es nulo, debemos preguntarnos qué solución se debe abordar ante el supuesto de que esta práctica se de en la realidad.

Otros argumentos plantean que la solución de los problemas que se presentan en la maternidad subrogada dependen, en buena parte, de la respuesta que se de a un aspecto ciertamente relevante de la cuestión, consistente en la determinación de cuál de las personas que tienen alguna intervención en la práctica de que se trata tiene mayor derecho a ser considerada como madre del niño y, por tanto, a quedarse con él, en caso de discrepancia sobre ese aspecto.

La disociación entre el acto procreacional y la gestación, que supone la maternidad subrogada, conlleva problemas derivados del emplazamiento filial del niño y, en estrecha relación con este último, la cuestión acerca de la validez o nulidad del acuerdo celebrado entre sus padres genéticos y la mujer gestante.

Una respuesta a los mencionados problemas puede inferirse, en el ordenamiento normativo argentino, del art. 242 del Código Civil (según ley 24.540): *“La maternidad quedará establecida, aún sin reconocimiento expreso por la prueba del nacimiento y la identidad del nacido...”*. Esta disposición legal constituye la aplicación del aforismo romano según el cual *“el parto sigue al vientre”* (*partus sequitur ventrum*), y en virtud de ello, *“la maternidad siempre es cierta”* (*mater semper certa est*). Pero, las técnicas de reproducción humana asistida interpelan la certidumbre de la maternidad, o al menos, la certeza de la maternidad biológica, que no siempre es coincidente con la determinada legalmente. Cabría en el caso del ordenamiento normativo argentino, hacer una interpretación de la auténtica voluntad del autor de la norma, a fin de desentrañar el objetivo y los móviles que tuvo al momento de legislar. Está de más decir que en el siglo XIX, época de entrada en vigencia

de nuestro Código Civil, era impensado que la maternidad podía disociarse. Podría hallarse allí una carencia histórica de normas por novedad científica.

Ahora bien, las leyes posteriores (tales como la ley 23.264, a quien se debe la anterior redacción del mencionado artículo 242) se sancionaron en la década del '80, siglo XX, que ya conocía del avance tecno-científico en materia de reproducción humana asistida. Al respecto, dice Zannoni *“La ley 23.264 ha preferido, pues, prever la determinación de la maternidad de modo positivo si resulta directa e inmediatamente del nacimiento; demostrado el parto y la identidad del hijo queda constituida la maternidad jurídica que, por tanto, coincide con la biológica, sin precisar de más requisitos”*

La Argentina se halla actualmente debatiendo proyectos de reforma legislativa, intentando encontrar el concepto más inclusivo e igualitario de maternidad subrogada, armonizando conceptos y definiciones doctrinarias y las que surgen de legislaciones comparadas. En general proponen que puedan actuar en calidad de subrogante o subrogantes parejas heterosexuales, parejas homosexuales y personas solas, sin discriminar si es mujer o varón.

Los fundamentos apelados enfatizan que la ciencia contemporánea da la oportunidad de encontrar soluciones al problema de la infertilidad y la frustración de las personas que han deseado por años ser padres o madres y no lo han conseguido. En ese marco, la maternidad subrogada es una práctica tendiente a superar la imposibilidad de procrear de forma natural.

En lo que se refiere al público proyecto emitido desde la Presidencia de la Nación, al momento sólo han sido planteados los lineamientos generales, de manera que no aún no se ha avanzado sobre las especificaciones de regulación de esta actividad. Aun así, desde el sitio oficial www.codigocivil.argentina.ar se especifica que en la gestación por sustitución será central la *“voluntad procreacional expresada por consentimiento previo, informado y libre de las personas que intervienen”*. Al mismo tiempo, se destaca el carácter gratuito de la participación de la gestante.

4. Conclusión

La cuestión es que el problema está planteado y a situaciones y problemas reales hay que dar soluciones jurídicas. La sociedad toda debe asumir estos cambios sociales y generacionales tan profundos que se están dando en el panorama jurídico de este siglo, en torno a las nuevas formas de familia y de parentesco.

Bibliografía

- Ciuro Caldani, Miguel Angel “Interrogantes y comentarios de Filosofía y Teoría Gral del derecho respecto del Proyecto de Código Civil Argentino”, en *Revista del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social*, n° 23, pág. 39/40.
- Coll Pestaña Ivette, *Análisis Crítico sobre los Efectos del Desafío Genético en el Bienestar de los Niños*, 63, Rev. Col. Abogado 1, Año 2002.
- Larkey, A *Redefining Motherhood: determining Legal Maternity in Gestational Surrogacy Arrangements*. 51 Drake L. Rev. 605 . Año 2003. N.j 396, 537, 1988
- Sambrizzi, Eduardo, “La procreación asistida y la manipulación del embrión humano”, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2001, pag. 239. Sambrizzi, op.cit., pág. 236.
- Vera Ramírez, E El contrato de maternidad subrogada a favor y en contra de concederle eficacia jurídica, *Rev. Jurídica U.P.R.* 515 (1997)
- Weigmaier, Adriana “Maternidad Subrogada”, *Revista de Derecho de Familia*, n°3 Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1990, págs. 22 y ss.
- Zannoni Eduardo A., “Derecho de Familia”, Bs.As., Astrea, T.2, pág.334.

Células madre obtenidas de cordón umbilical

Controversias de la regulación sobre su conservación, derechos de propiedad y utilización

Por Martín Lerner



Médico (UBA)
Especialista en Cirugía Digestiva
(UBA, Hospital de Clínicas)
Especialista en Medicina Legal
(Universidad ISALUD)
Miembro titular de la Asociación
Argentina de Cirugía

1. Introducción

Los grandes avances tecnológicos de las últimas décadas ha llevado a que en la actividad médica a diario se generen situaciones límite en las que la toma de decisiones del profesional y los equipos se encuentra ante situaciones complejas desde el punto de vista médico, legal y ético. Frecuentemente ocurre además que al intentar resolver dichos dilemas, el profesional analice la legislación vigente y encuentre un vacío legal. En cuanto al tema tratado en éste trabajo, el vacío legal existente genera una serie de controversias cuyo análisis resulta de interés por su complejidad: el tratamiento con células precursoras hematopoyéticas obtenidas del cordón umbilical y la placenta del recién nacido, almacenadas y criopreservadas en bancos privados hoy en día tiene una sola indicación. El único tratamiento actualmente aprobado por la Sociedad Argentina de Hematología es para el trasplante autólogo en ciertas enfermedades inmunológicas que llegaron al estadio de requerir un trasplante.

Esto significa que sólo servirían para el niño del cual se ha guardado la sangre remanente el cordón umbilical, sólo en el caso de que desarrolle una enfermedad hematopoyética y que además llegue al estadio de requerir un trasplante de médula ósea.

El problema se instaló socialmente cuando empezaron a aparecer en las noticias los resultados de estudios realizados en animales que determinaban que existe una posible utilidad de dichas células en el tratamiento de otras enfermedades crónicas no hematopoyéticas, hasta el momento sin cura y que no solamente afectan al niño sino también a sus familiares, como ser alzheimer, diabetes, infarto de miocardio etc. A raíz de dichos descubrimientos, aunque aún se encuentren en etapa experimental, muchas familias han decidido almacenar en bancos privados las células precursoras hematopoyéticas por varios motivos:

- Preservar las ventajas que tienen dichas células sobre el trasplante de médula ósea en caso que el niño más adelante lo requiera.
- Mantenerlas como reserva potencial para el tratamiento de otras enfermedades crónicas no hematopoyéticas tanto en el niño como en sus familiares.

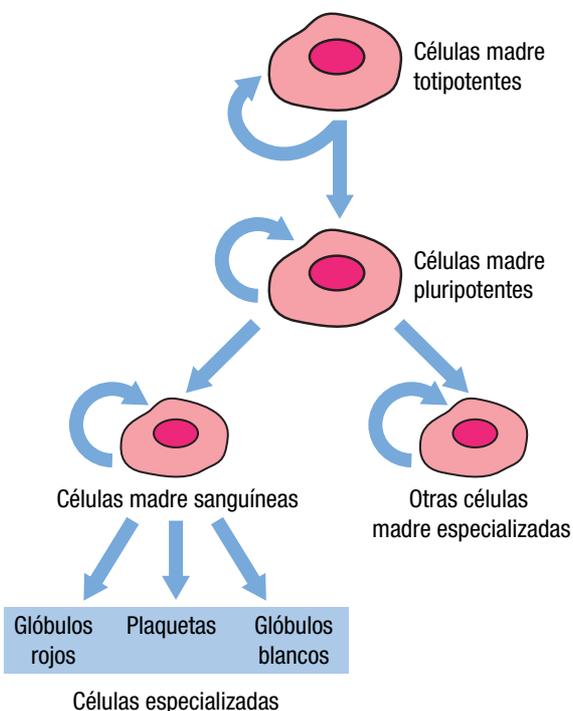
- Al considerarlas de su propiedad, se las almacena en un banco privado, para que si en un futuro aparecen otras aplicaciones para dicho tejido y deciden utilizarlas para tal fin, tengan la posibilidad de utilizarlas o no de acuerdo a su voluntad.

No existiría ningún conflicto de intereses si no hubiera una resolución del INCUCAI (órgano designado por el Ministerio de Salud de la Nación para regular la conservación y utilización de dicho tejido) que determinó que dichas células almacenadas en bancos privados y mantenidas en ellos con el aporte de “sus propietarios” deben estar al alcance de quienes las necesitaran tanto en la Argentina como en el exterior (debido a que el INCUCAI mantiene una red de trasplantes de tejidos con varias entidades internacionales) independientemente de que:

- 1 La recolección, procesado y almacenamiento de la muestra ha sido sustentado con el aporte de la familia del recién nacido.
- 2 De no haber existido dicha voluntad ese tejido hubiera sido descartado.
- 3 Desconocer si el niño cuya familia ha optado por mantener dichas células en un banco privado eventualmente las pudiera necesitar.
- 4 Desechar la posibilidad de que en un futuro las células precursoras almacenadas pudieran tener otra utilidad que la que conocemos actualmente.

Si a ello le agregamos que existen células precursoras hematopoyéticas de cordón umbilical y placenta almacenadas en bancos privados varios años antes de dicha resolución, entenderemos que existe cierto vacío legal que diferencia a aquellas familias que han almacenado sus células antes del año 2009 y aquellas que lo hicieron después de esa fecha.

Figura 1
Esquema básico de clasificación celular



Fuente: Elaboración propia

Definiciones: células madre y stem cells

Se define a una célula madre como un tipo de células indiferenciadas que tienen la capacidad de dividirse indefinidamente sin perder sus propiedades y llegar a producir células especializadas. Además estas células son capaces de dividirse por periodos indefinidos durante toda la vida de un individuo, i.e: capacidad de autoreplicación.

Bajo ciertas condiciones o señales del microambiente pueden diferenciarse y dar origen a otras células de características y funciones especializadas totalmente diferentes, como neuronas o células germinales (espermatozoides por ejemplo).

Las células madre se pueden clasificar básicamente en dos maneras: a) Según su potencial de diferenciación en células totipotenciales, pluripotenciales, multipotenciales y unipotenciales y b) Según el tejido de origen en células madre embrionarias o adultas.

- El término “totipotencial” (del latín totus, que significa completo) hace referencia al potencial que tienen estas células de generar un embrión completo e incluyen al tejido embrionario y extraembrionario. Las células pluripotenciales son aquellas que pueden dar origen a progenitores que forman tejidos derivados de cualquiera de las tres capas germinales embrionarias: mesodermo, endodermo y ectodermo. Las células madre multipotenciales son aquellas que pueden dar origen a precursores relacionados solamente con una de las tres capas embrionarias; por ejemplo, células madre que dan origen a tejidos derivados exclusivamente del endodermo como por ejemplo el tejido pancreático o pulmonar. La última categoría corresponde a las células madre unipotenciales, y corresponden a las células que sólo pueden generar células hijas que se diferencian en una sola línea celular (células hematopoyéticas por ejemplo).

- Las células madre embrionarias derivan de la masa celular interna del embrión cuando éste se encuentra en el estado de blastocisto (desde los 7 a 14 días de producida la fusión de gametas) y son totipotentes o pluripotentes. A partir de ellas, y tras muchas divisiones celulares, surgirán con las que forman parte del tejido especializado. Además de las células madre embrionarias, se han identificado células madre adultas que se pueden encontrar en la mayoría de los tejidos de un individuo totalmente desarrollado como la médula ósea, el músculo esquelético, el hígado, el páncreas y el pulmón.

Como puede observarse en la figura, las células pluripotenciales tienen la capacidad intrínseca para formar nuevas células pluripotenciales pero también mediante ciertos mecanismos biológicos aún no completamente conocidos, puedan diferenciarse en cualquier célula de cualquier tejido del cuerpo humano (incluso tan diferentes como una neurona o una célula germinal o espermatozoide). En un principio se pensó que las células madre adultas estaban predeterminadas a diferenciarse a un tipo celular procedente de su mismo tejido de origen, sin embargo, más tarde se demostró que las células madre adultas son capaces de diferenciarse funcionalmente a células especializadas procedentes de capas embrionarias distintas a las de su origen. Éste fenómeno es conocido como “plasticidad” y es la base fundamental para el tratamiento con trasplante de médula ósea en pacientes con enfermedades hematopoyéticas de una sola especie celular o bien de la obtención y conservación de células madre obtenidas de cordón

umbilical durante el parto para ser utilizadas en patologías de cualquier estirpe hematopoyética.

3. Células madre obtenidas de cordón umbilical durante el parto

Las células progenitoras hematopoyéticas se originan durante el período embrionario en el saco vitelino y luego en el mesodermo para aórtico. A partir de la decimosexta semana de vida intrauterina, la médula ósea alberga estas células para que prosperen y generen a su progenie.

Estos cambios explican el importante tráfico de progenitores hematopoyéticos durante la vida fetal, situación que cambia pocos días después del nacimiento, cuando la médula ósea se constituye en forma exclusiva como el sitio de producción y es por ello que la unidad feto-placentaria tiene una gran cantidad de células progenitoras pluripotenciales circulantes. Como luego del parto persiste en dicha unidad un volumen residual de sangre fetal en el lecho placentario, ésta sangre contiene un elevado número de progenitores hematopoyéticos.

Con el advenimiento de las investigaciones sobre células madre, el cordón umbilical ha pasado de ser un desecho biológico que se descartaba después del parto, a convertirse en una fuente perfecta de tejido con grandes cantidades de células con potencialidad para ser utilizadas en terapias y trasplantes celulares. Mediante la extracción de dichas células, éstas pueden ser almacenadas y ser capaces de utilizarse para el tratamiento de múltiples enfermedades. Existe además la posibilidad de que en un futuro próximo puedan ser la llave para la cura de ciertas enfermedades que en la actualidad no tienen tratamiento.

El primer trasplante de sangre del cordón umbilical fue realizado en Francia en 1988 de células obtenidas del cordón umbilical de un recién nacido, para tratar a su hermano de 6 años con diagnóstico de anemia de Fanconi. Y si bien hasta ese momento la placenta y el cordón umbilical eran materiales biológicos que se desechaban sin ninguna aplicación médica, la sangre que permanecía dentro de ese tejido, se ha convertido en una fuente alternativa muy importante de células pluripotenciales hematopoyéticas para trasplante de médula ósea.

Hasta el momento no hay estadísticas exactas disponibles pero se calcula que de 5000 a 6000 trasplantes de sangre del cordón han sido realizadas hasta la actualidad a nivel mundial, sobre todo en Estados Unidos, Europa Occidental, Japón y Australia.

Procedimiento de Recolección: El procedimiento es muy sencillo. Luego del parto, el obstetra debe canular la vena umbilical y recuperar la sangre retenida en el cordón umbilical y la placenta. Dicha sangre contiene una mezcla de diferentes tipos de células, incluyendo células madre, células del sistema inmunitario y glóbulos rojos. A partir de allí un laboratorio (particular o privado) procesa la muestra y realiza el conteo de células madre obtenidas garantizando un número total de las mismas. La muestra lacrada con los datos otorgados por los progenitores (quienes ejercen la patria potestad de dicho tejido) es almacenada en un cilindro con nitrógeno líquido y por medio de una computadora progresivamente criopreservadas a -196°C .

Ventajas: Las ventajas del almacenamiento de las células madre las podremos dividir en dos, las actuales y las posibles aplicaciones a futuro: En cuanto a las aplicaciones actuales, si bien se ha investigado mucho y han aparecido series muy importantes de enfermedades pasibles

de tratamiento con trasplante de células de cordón umbilical, la única indicación actual médicamente aceptada es como alternativa al trasplante de médula ósea en aquellos niños con alguna enfermedad hematopoyética que requiera en la fase final de su evolución un trasplante. Esto significa que debido a una serie de condiciones especiales de dichas células, el autotrasplante de células criopreservadas de cordón umbilical sea más eficiente y provoque menos complicaciones que el realizado a partir de células de la médula ósea de un donante a saber:

- Las células de la sangre de cordón umbilical propias tienen una compatibilidad total con el propio niño y una alta posibilidad de ser compatibles con sus hermanos, es por ello que la probabilidad de sufrir un rechazo inmunológico en el caso de un trasplante con células de cordón umbilical es mucho más baja.
- Para aquellos casos de urgencia, la disponibilidad de dichas células criopreservadas y almacenadas en un banco (público o privado) es inmediata, favoreciendo la pronta realización del trasplante y reduciendo los tiempos de tratamiento en los casos más graves.
- Enfermedades actualmente tratables mediante trasplante de células madre criopreservadas: Estudios actuales demostraron las posibilidades de éxito en trasplantes utilizando células de hermanos es del 63 % frente a un 29 % utilizando células histocompatibles. Esto se debe a que existe un 50 % de probabilidades de que las células obtenidas de cordón umbilical sean compatibles entre hermanos, y un 25 % de que sean idénticas. Las siguientes son las enfermedades más comúnmente tratadas mediante trasplante en la actualidad: talasemias, linfomas, leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia mieloide crónica, anemia de fanconi, anemia aplásica severa, anemia de células falciforme

Las posibilidades de la utilización de la terapia con células madre criopreservadas en un futuro son innumerables. Como se ha explicado previamente, las células se criopreservan a -196°C lo que les permite mantenerse viables por tiempo indefinido, y ya han sido utilizadas exitosamente en trasplantes de células que han sido almacenadas por más de 15 años.

Sin embargo, no existe actualmente evidencia de que las células criopreservadas y que no hayan sido perturbadas, pierdan su viabilidad o su actividad biológica. Es por ello que es muy difícil predecir con certeza todas las aplicaciones a futuro, sin embargo existe una serie muy importante de estudios sobre modelos experimentales in vitro para el tratamiento y la cura de diversas condiciones médicas.

4. Acerca de la Ley nacional de trasplante de órganos y materiales anatómicos

El marco legal regulatorio para el trasplante de las células obtenidas de cordón umbilical se enmarca dentro de la Ley nacional de trasplantes de órganos y materiales anatómicos (Ley 24.193) del año 1993, aunque su texto original ha sido modificado posteriormente por la Ley 26.066 del año 2005. Se presentan a continuación algunos artículos fundamentales de esta Ley para comprender el contexto regulatorio en el cual se da el debate y las dilemáticas acerca de las prácticas con células madre.

ARTICULO 1°: “La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos, se rige por las disposiciones de esta ley en todo el territorio de la Repúbli-

ca. Exceptúese de lo previsto por la presente, los tejidos naturalmente renovables o separables del cuerpo humano.”

Con posterioridad a ello la Ley 26.066/05 modifica dicho artículo agregando el texto “...con salvedad de la obtención y preservación de células progenitoras hematopoyéticas y su posterior implante a seres humanos, que quedará regida por esta ley”.

Quedando finalmente establecido en el artículo primero que la regulación de la actividad de almacenamiento y uso de las células precursoras hematopoyéticas quedan incluidas dentro de dicha Ley.

ARTICULO 3º: “Los actos médicos referidos a trasplantes contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados por médicos o equipos médicos registrados y habilitados al efecto por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional...”.

Aquí la Ley señala que las prácticas de trasplante sólo podrán ser realizadas por equipos médicos autorizados a tal fin.

Esto es importante ya que entiende que no podrán ser utilizadas las células madre almacenadas en bancos privados para técnicas no autorizadas o por equipos médicos no específicamente autorizados por el INCUCAI.

ARTICULO 9º: “Los actos médicos contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados en el ámbito de establecimientos médicos registrados por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional”

De la misma manera que para los equipos médicos la Ley establece que los establecimientos en donde se realizarán dichos procedimientos también deberán estar acreditados ante la autoridad correspondiente y registrar todos los procedimientos para tal fin.

ARTICULO 15º: “En los supuestos de implantación de médula ósea, cualquier persona capaz mayor de dieciocho (18) años podrá disponer ser dador sin las limitaciones de parentesco establecidas en el primer párrafo del presente artículo. Los menores de dieciocho (18) años –previa autorización de su representante legal– podrán ser dadores sólo cuando los vincule al receptor un parentesco de los mencionados en el citado precepto”.

Éste párrafo es muy importante ya que podría significar que los menores de 18 años sólo podrán ser dadores exclusivamente cuando su representante legal así lo defina (en la mayoría de los casos sus padres). Y si bien en ésta Ley se refiere a la médula ósea, bien podría extrapolarse su contenido y homologarse a la autorización para donar células precursoras hematopoyéticas almacenadas (aunque la reglamentación de ellas esté específicamente establecida en una resolución posterior del Organismo Competente).

ARTICULO 44º: “Serán funciones del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI): Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional...”

Como existen convenios a nivel internacional el INCUCAI mediante sus registros de donantes debe coordinar la distribución de órganos a nivel Nacional (para argentinos nativos y extranjeros residentes en el país) como Internacional (para argentinos viviendo en el exterior como extranjeros no residentes en el país).

La reglamentación de la ley se realizó por Decreto Reglamentario 512/95 en el año 1995 estableciendo en el artículo 2º como prácticas autorizadas a las siguientes:

- Ablación e Implantación de corazón, vasos y estructuras valvulares.
- Ablación e Implantación de pulmón.

- Ablación e Implantación de hígado.
- Ablación e Implantación de páncreas.
- Ablación e Implantación de intestino.
- Ablación e Implantación de riñón y uréter.
- Ablación e Implantación de elementos del sistema osteoarticular.
- Ablación e Implantación de piel.
- Ablación del globo ocular para la implantación de córneas y esclera.
- Ablación e Implantación de tejidos constitutivos del oído medio y externo.
- Ablación e Implantación de duramadre
- Ablación e Implantación de órganos dentarios erupcionados y no erupcionados.
- Ablación e Implantación de elementos del sistema nervioso periférico.
- Ablación e Implantación de médula ósea.

Posteriormente se incorporó mediante el Decreto 1195/00 del año 2000 a la Ley la práctica Ablación e Implantación de cordón umbilical.

La normativa señala el carácter voluntario, altruista, desinteresado y solidario de la donación de órganos y tejidos, situación fundamental para entender el debate en relación a resoluciones posteriores.

5. La regulación acerca del almacenamiento y uso

En el año 2000, la Resolución 082/00 del INCUCAI, aprobó las normas para la habilitación y la rehabilitación de establecimientos asistenciales y equipos profesionales con destino a la movilización, recolección, criopreservación y trasplante de células precursoras hematopoyéticas; derogando toda norma anterior.

Posteriormente como se mencionó anteriormente, mediante un decreto del Poder Ejecutivo Nacional (1125/00) se incorpora al listado de prácticas autorizadas, la ablación e implantación de cordón umbilical, entendiéndose como tal a las células progenitoras hematopoyéticas, existentes en la sangre que permanece en el cordón umbilical y la placenta luego del alumbramiento.

Cuatro años más tarde, mediante la resolución 319/04 el INCUCAI aprueba las normas necesarias para la habilitación de bancos privados de células progenitoras hematopoyéticas provenientes de la sangre de la vena umbilical y de la placenta y en el año 2007 se creó la Comisión Asesora de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas para que defina los lineamientos generales de las prácticas e indicaciones de dichas células progenitoras hematopoyéticas.

En el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación dictó la resolución Nº 610/07 por la cual se estableció la competencia del INCUCAI para entender en las actividades vinculadas con la utilización de células de origen humano, para su posterior implante en seres humanos (actividad en la cual estaría enmarcada el almacenamiento y uso de células precursoras hematopoyéticas obtenidas de cordón umbilical).

Sin embargo, recién en el año 2009, cinco años más tarde de que el Poder Ejecutivo Nacional decretara como práctica autorizada el uso de células provenientes de cordón umbilical, y nueve años después de regular la actividad de los bancos privados para su almacenamiento, el INCUCAI mediante la Resolución 069/09 regula la actividad de los

Bancos de Células Progenitoras Hematopoyéticas provenientes de la sangre de cordón umbilical de todo el país.

Por disposición de dicha Resolución, el INCUCAI establece que las células madre obtenidas de cordón umbilical criopreservadas serán para uso público, tanto para ciudadanos argentinos como extranjeros, incluso si están almacenados en bancos privados. Mediante dicha resolución se crea además el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas en la cual deberán ser inscriptas todas las unidades almacenadas a partir de la entrada en vigencia de dicha resolución. La nueva regulación establece además que quienes hayan decidido preservar células madre antes de la entrada en vigor de dicha norma podrán optar por incluirlas o no en el registro de donantes.

Descrito el marco regulatorio acerca del uso de las células madre, base fundamental para entender la controversia, resta comentar cómo se realiza en la actualidad la conservación de dichas células para ser utilizadas en el futuro por quienes deciden conservarlas aún en plena salud. Para ello existen en el país dos tipos de bancos que almacenan las células criopreservadas:

- Un solo banco público totalmente gratuito que funciona en el Hospital Garrahan y tiene convenio con varias maternidades de la CABA para recibir la sangre de cordón donada a ese centro ya que allí no se realizan partos.
- Nueve bancos privados, de los cuales hay cuatro en CABA, tres en Rosario, uno en Córdoba y uno en Mar del Plata en donde las personas que deciden guardar dicho tejido pagan una cuota de mantenimiento anual para ser utilizada cuando ellos lo dispongan. Los valores actuales para la recolección de la muestra, el procesamiento y la criopreservación hasta el primer año oscilan según los diferentes laboratorios entre U\$1.500 y U\$2.000 y U\$120 por año para el mantenimiento, según datos del año 2011

6. Debates y controversias

Para establecer la controversia generada en relación al almacenamiento y uso de las células madre de cordón umbilical debemos diferenciar dos posturas bien contradictorias. En primer lugar figuran aquellas personas quienes han decidido recolectar la sangre contenida en el cordón umbilical y placenta después del parto en lugar de descartarlo. Luego de ello almacenarlo en un banco privado de células madre (quienes tienen la capacidad tecnológica para hacerlo) y utilizarlo en un futuro para trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (como se describió anteriormente hasta el momento es la única indicación) en caso de ser necesario. De lo contrario, la postura de dichas familias es la de tomar la decisión que ellos creyeran correcta, ya que se trata de un elemento propio y privado.

En segundo lugar está la posición adoptada por el Estado Nacional a través de la resolución 069/09 que emite el INCUCAI mediante la cual reforzando el valor altruista, desinteresado y solidario de la donación de órganos exige que los Bancos Privados que guarden células madre de cordón umbilical las inscriban en un Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas. El objetivo de dicho registro es el de disponer de dichas células (según su histocompatibilidad) para el trasplante en cualquier ciudadano argentino o extranjero, incluso residente en el exterior, ya que el INCUCAI está en red con bancos

extranjeros. Planteadas las dos posturas se desprenden una serie de interrogantes que agregan aún más controversias al asunto planteado: ¿Quién es el verdadero “dueño” de dichas células? ¿Puede un Estado Nacional “obligar” a un individuo a ser donante de órganos? ¿Existe un vacío legal en referencia a la regulación del uso y almacenamiento de células precursoras hematopoyéticas? Las familias que deciden su conservación se amparan en el derecho a la propiedad privada, entendiéndolo como tal al derecho de las personas de poseer, controlar, emplear, disponer de, y dejar en herencia tierra, capital, o recursos materiales como una forma de propiedad. La propiedad privada se diferencia de la propiedad pública, en que esta última se refiere a bienes propiedad del Estado, o de un Gobierno y no a aquella de los individuos o empresas. En éste caso las células pertenecerían al niño que acaba de nacer, mientras que sus padres tomarían la potestad de dichas células, resguardarían el derecho a utilizarlas por el bien del niño hasta que éste cumpla los 18 años (edad en que se alcanza la mayoría de edad en la Argentina). En ese momento el adulto deberá firmar nuevamente el consentimiento para continuar preservándolas o decidir su utilización. La Resolución 069/09 del INCUCAI se opone a dicha postura, estableciendo que las células criopreservadas en un banco privado y para uso personal podrían ser utilizadas para el tratamiento de ciertas enfermedades en individuos histocompatibles antes de saber si quienes las guardaron las pudieran necesitar. A tal fin crea el Registro Nacional de Donantes de Células Precursoras Hematopoyéticas, estableciendo la obligatoriedad de que todas las células almacenadas a partir de dicha resolución deben estar allí ingresadas. Determina además que toda utilización de dichas células deberá ser realizada exclusivamente por personal del INCUCAI. La postura del Organismo es la de defender los intereses de quienes no han tenido los recursos para preservar dichas células y se beneficiarían en forma muy importante con el trasplante de células guardadas en bancos privados (y que quizá nunca se utilicen o hasta incluso pudieran llegar a ser descartadas). Basado además en los datos estadísticos que refieren que la probabilidad de necesitar un trasplante autólogo ha sido estimada en 1 en 20.000 para los primeros 20 años de vida.

La controversia en éste punto radica en definir si las células pertenecen al niño por desarrollarse y sus padres son quienes llevan la guarda de ellas hasta que el niño cumpla la mayoría de edad y decida qué quiere hacer con ellas, o es el Estado quien debe decidir sobre dicho tejido preservado.

A partir de la Resolución INCUCAI 069/09 se han presentado ante la Justicia numerosos recursos de amparo expresando que el Estado no puede expropiar las células guardadas en un banco privado ni vulnerar el derecho a la privacidad, la confidencialidad de los datos personales del recién nacido ni el derecho a la libre disposición de la sangre recolectada durante el parto.

En la actualidad, la ley regula muy claramente el uso y almacenamiento de dichas células precursoras. Dicha regulación comenzó en el año 2000 cuando se aprobó la norma para habilitar y regular el funcionamiento de los equipos destinados a almacenar y criopreservar las células hematopoyéticas. En el 2004, el INCUCAI aprueba las normas necesarias para la habilitación de bancos privados y en 2007 el Ministerio de Salud de la Nación dictó la resolución N° 610/07 por la cual se estableció la competencia del INCUCAI para entender en las acti-

vidades vinculadas con la utilización de células obtenidas de origen humano, para su posterior implante en seres humanos. La resolución 069/09 del INCUCAI establece (independientemente de los recursos de amparo presentados y los fallos que se han dictado en relación a ello) que todas las células guardadas deberán inscribirse en un Registro Nacional, cuya administración estará a cargo del INCUCAI y que será este Instituto quien determine para quiénes serán las células allí guardadas. El vacío legal existe en relación a las células guardadas desde el año 2000 hasta el 2009, en donde ya se había reglamentado el trabajo de los bancos privados.

Se calcula que hasta el año 2010 existían aproximadamente 16.000 muestras almacenadas en bancos privados, y que probablemente en la actualidad esa cifra se haya duplicado, sin embargo no se tiene registro de cuántas muestras existían antes de la resolución del 2009. Dichas muestras, o los propietarios de ellas, quedaron enmarcados en un vacío legal ya que como la Resolución 069/09 es posterior a su almacenamiento no estarían incluidos en los lineamientos establecidos en ella. Sin embargo allí se determina que dichos padres podrían optar por la inscripción en dicho Registro o no.

Mayor controversia se ha generado a partir de los reclamos generados ante la Justicia por la diferencia en cuanto a la obligatoriedad de donación para aquellas muestras almacenadas con posterioridad al 2009 versus aquellas realizadas con anterioridad a dicha fecha. Amparándose en el derecho constitucional de que todos los individuos son iguales ante la ley los propietarios de las muestras guardadas con posterioridad al 2009 reclaman que su caso sea tratado de la misma forma que los titulares de las células almacenadas antes del 2009, es decir, estableciendo la voluntariedad de donar en caso de que sea necesario y que ellos así lo deseen. Nuevamente un gran desafío para los jueces y la Honorable Corte Suprema de Justicia, quienes seguramente serán quienes determinen el camino final hacia donde se dirimirá este conflicto.

7. Conclusiones

La terapia con células precursoras hematopoyéticas actualmente está limitada al trasplante autólogo en aquellos pacientes con enfermedades hematopoyéticas que han fracasado todos los tratamientos previos al trasplante. En éstos casos existen numerosos beneficios sobre el trasplante heterólogo de médula ósea, como ser su menor antigenicidad, su disponibilidad sin necesidad de lista de donantes etc. Existen numerosas publicaciones que avalan una posible utilización

de las células precursoras hematopoyéticas como la cura de numerosas enfermedades crónicas que si bien hoy tienen tratamiento no se logra la remisión completa (diabetes mellitus, alzheimer, infartos de miocardio, displasias neuromusculares etc.) Estas aplicaciones no están disponibles hoy en día y esa sería la razón fundamental por la cual ha aumentado en forma exponencial el almacenamiento de dicho tejido en bancos privados.

La Ley Nacional 24193 regula la actividad, uso y almacenamiento de las células precursoras hematopoyéticas, determinando cómo debe ser su recolección, uso y almacenamiento.

Mediante la Resolución 069/09 el INCUCAI crea un Registro Nacional de Células Precursoras Hematopoyéticas independientemente de si se encuentran en un banco público o privados y establece que dichos tejidos estarán a disponibilidad de quien las llegara a necesitar, tanto en la Argentina como en el exterior generando así un gran debate entre los titulares de las células almacenadas en bancos privados y el Organismo. Éste debate que enfrenta posiciones que defienden el derecho a la propiedad, voluntariedad y confidencialidad versus la posición altruista, solidaria y desinteresada que sostiene la Ley, aún no ha finalizado y por el momento se ha dirimido en fallos parciales de jueces que han tenido que responder a recursos de amparo de familia que se han sentido afectadas por la Resolución. Creo que debería plantearse una situación intermedia en la cual quien quiera ser donante pueda hacerlo y quien se niegue tenga el mismo derecho a hacerlo (como lo establece la misma Ley en el apartado V).

Dicha Resolución también crea otra controversia no resuelta aún y que es la que reclaman los titulares de las células guardadas con posterioridad a dicha norma en el año 2009. Ellos plantean el derecho constitucional de "igualdad ante la ley" ya que quienes han almacenado sus células en una fecha previa a la norma pueden optar por ser donantes o no mientras que los almacenadas en forma posterior están obligados a serlo. La Justicia no ha definido aún cuál es su postura en relación a ello.

Como última conclusión, el Estado Nacional es el responsable de reglamentar el uso y almacenamiento de dichos tejidos. Debido a que existe una posibilidad bastante cierta de beneficios a futuro si se guardan dichos precursores hematopoyéticos y no debería prohibir a nadie de la posibilidad de dicho beneficio, también que el Estado Nacional debería fomentar la creación más bancos públicos y recolectar más donaciones de las diferentes maternidades de todo el país, de tejidos que actualmente es su gran mayoría son descartados, esto aportaría a la ciencia, a la investigación y a la generación de evidencias en torno a esta temática.

Bibliografía

- Banco de Tejidos del Hospital Garrahan. www.garrahan.gov.ar República Argentina
- Fagundo JCJ y cols Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas: tipos, fuentes e indicaciones. *Revista Cubana Hematología* 2004; 20(2)
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación. República Argentina Secretaría Parlamentaria. Aproximación a las células madre humanas. Mayo 2008
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. República Argentina www.incucai.gov.ar
- Larrondo y cols Criterios e Indicaciones de Trasplante de Médula Ósea en Población Pediátrica. *Rev. Hospital de Clínicas, BsAs*, 2007; 18:208-19
- Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar República Argentina
- Rogers I, Casper RF Umbilical cord blood stem cells.. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004 Dec; 18(6):893-908. Review.
- Saginur et al Umbilical cord blood stem cells: issues with private and public banks.. *Health Law J*. 2004;12:17-34.



OCA. Logística que mueve al país.



0800-999-7700 - www.oca.com.ar



[Enfermería ISALUD]

Alfa Funda Enfermería

A fin de 2012, los responsables de las universidades latinoamericanas cursaron en la Università degli Studi di Pavía (Italia) y en la Universidad Pública de Navarra (España) las pasantías consideradas por Alfa Funda Enfermería para analizar y evaluar las metodologías, recursos y dispositivos desarrollados por las instituciones europeas para favorecer la alfabetización académica, la reflexión crítica sobre las prácticas, las estrategias de enseñanza centradas en el estudiante, y las competencias de los alumnos que cursan estudios de

enfermería. Tras su finalización, los pasantes transmitieron al interior de sus universidades las cuestiones clave a considerar para la revisión y el diseño curricular de las carreras de enfermería, con hincapié en los dispositivos de inclusión y de aseguramiento de la calidad educativa. Bajo este contexto, en diciembre se lanzó el primer número del boletín de noticias del Proyecto, centrado en la presentación de los avances del primer año de implementación y en los déficits en educación y trabajo para los enfermeros profesionales de la región. El estado de

progreso de Alfa Funda Enfermería se expondrá formalmente en el encuentro internacional de coordinación del programa ALFA III que se realizará en la ciudad de Managua, Nicaragua, del 22 al 24 de abril. En el encuentro, el coordinador del Proyecto, Dr. Santiago Spadafora, y la Dra. Blanca Marín Fernández de la Universidad Pública de Navarra compartirán lo concretado en el primer año de trabajo y los planes para los dos venideros. Para más información, sugerimos ingresar a alfafundaenfermeria.org o a las redes sociales asociadas.



Apertura del ciclo 2013

El 26 de marzo, el auditorio de Venezuela 847 fue sede del acto de apertura del ciclo lectivo 2013 de la Profesionalización en Enfermería, la Licenciatura en Enfermería y el ciclo de licenciatura para enfermeras universitarias, carreras dictadas por la Universidad a través del acuerdo marco que mantiene con Fatsa. Participaron de la mesa inaugural autoridades de la Universidad, el secretario general de la federación, Carlos West Ocampo; el secretario general adjunto, Héctor Daer, y los secretarios generales de Atsa Zona Norte, Quilmes, La Plata y el Sindicato de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. Nuestros mejores deseos para todos los alumnos ingresantes.

Reunión de coordinaciones provinciales

El pasado 1° de marzo, los coordinadores de las distintas sedes nacionales de profesionalización en Enfermería de ISALUD, dictada junto con la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (Fatsa), se reunieron en la sede central de la Universidad para acordar el esquema de trabajo del ciclo lectivo 2013 y discutir los ajustes de programas académicos, a partir de las lecciones aprendidas en el marco del Proyecto Alfa Funda Enfermería.

Gabinete de simulación

Desde el ciclo lectivo 2013 los alumnos de las carreras de enfermería contarán con muñecos para la realización de prácticas simuladas que permitan fortalecer el análisis y la capacidad de respuesta en las pasantías profesionales. A fin de favorecer la diversidad de análisis, la Universidad adquirió tres modelos clave: un bebé, un adolescente y un adulto.



[Gerontología]

Envejecimiento en el siglo XXI: celebración y desafío

El martes 19 de marzo contamos con la presencia de Sylvia Beales, jefa de Alianzas Estratégicas de HelpAge International, quien eligió a la Universidad ISALUD para presentar el informe *Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío*. El documento se realizó en conjunto entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) y Help Age International. Además contó con la participación única de veinte cuerpos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), incluyendo todas las comisiones regionales, ONG internacionales y 1300 personas mayores de 36 países. En el escrito se destacan sólidas evidencias que cubren aspectos demográficos y de género, así como cuestiones ligadas con el papel de las personas mayores en la sociedad, la seguridad de ingresos y el impacto de las pensiones, los entornos favorables a la edad, los derechos humanos y la discriminación por la edad, entre otros temas. En él también se presentan ejemplos concretos de buenas prácticas eficientes para la acción nacional, con una revisión global actualizada de actividades locales y respuestas regionales. Podrán ver el material audiovisual de la actividad en el canal de YouTube.com de la Universidad.



M. Sc. Mabell Granados, Prof. Silvia Gascón y Dra. Nidia Aristizabal, directoras de las Maestrías en Gerontología de la Universidad Nacional de Costa Rica, ISALUD de Argentina y El Bosque de Colombia.

ISALUD en Canadá y Costa Rica

La Mg. Silvia Gascón, directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de ISALUD, fue convocada por el Departamento de Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de Quebec (Canadá) para integrar el comité científico de la *Segunda Conferencia Internacional de Ciudades Amigables con la Edad* que se realizará en tal localidad el próximo septiembre. El tema propuesto para la Conferencia será *Vivir y envejecer en nuestras comunidades* y hará hincapié en las innovaciones sociales de las ciudades amigables con la edad, los roles comunitarios para su cumplimiento, aspectos arquitectónicos a considerar, y generación de ambientes sociales propicios. Además, en febrero pasado la Mg. Gascón fue invitada por la Universidad Nacional de Costa Rica para desarrollar dos conferencias en el contexto del IV Congreso Internacional de Gerontología. En una de ellas abordó la formación gerontológica como herramienta de cambio y en la otra se refirió al proyecto Ciudades Amigables con las Personas Mayores, realizado en las ciudades de La Plata, Buenos Aires, y Resistencia, Chaco. Asimismo, durante su estadía dio asesoramiento al gobierno local para la puesta en marcha de un ambicioso proyecto: hacer de Costa Rica el primer País Amigo de las Personas Mayores. Esta actividad fue realizada junto con el Dr. Alexandre Kalache, creador de dicho programa en la OMS.



ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

CENTRO INFANTO-JUVENIL
Sede: Av. Rivadavia 4684
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: 4901-7800 / 4024 / 9081

CENTRO DE ADULTOS
Sede: Av. Córdoba 3534
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4862-0204

Web: www.cermisaludsa.com.ar
Mail: info@cermisaludsa.com.ar



Orgullo ISALUD

Nos alegra anunciar la publicación que un grupo de profesionales integrado por Walter Videtta, alumno de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de nuestra Universidad, ha realizado en el prestigioso *New England Journal of Medicine*. El estudio podrá encontrarse en www.nejm.org bajo el título *A Trial of Intracranial-Pressure Monitoring in Traumatic Brain Injury*

Nuevo centro informático

La Universidad inauguró el nuevo Centro de Informática de su sede de Venezuela 931, un espacio que con nuevos equipos ampliará el alcance del ya activo en la sede de Venezuela 847, para fortalecer la práctica e interacción de nuestros alumnos con herramientas y aplicativos informáticos en el contexto de las distintas carreras.

Alumnos estadounidenses en ISALUD

En marzo ISALUD recibió al segundo grupo de alumnos estadounidenses que participan del programa *Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos* de SIT-Study Abroad, por convenio con la fundación World Learning. El grupo, compuesto por 16 alumnos de distintas casas de estudio de los Estados Unidos, ha profundizado en historia argentina, sistemas y políticas de salud y cuestiones epidemiológicas, con clases en la Universidad y observaciones en instituciones socio-sanitarias de la Capital Federal y la provincia de Buenos Aires. Próximamente, los alumnos iniciarán la etapa de viajes a diversas localidades del país con el fin de favorecer el registro de datos para el proyecto de investigación que requiere el programa.



Ciclo de actualización en gestión de salud

Durante marzo y abril, las direcciones de las maestrías y especializaciones de la Universidad desarrollaron un ciclo de jornadas de actualización abiertas a la comunidad. El 21 de marzo, el Dr. Rubén Torres, gerente de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Dr. Mario Glanc, director a/c de los posgrados en Sistemas de Salud y Seguridad Social de ISALUD, brindaron la Conferencia *Pensar en Salud para los Tiempos que vienen, América Latina y Argentina. Perspectivas y Alternativas*. El 25 de marzo, en el contexto de la Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad, el Lic. Hugo Fiamberti, asesor legislativo en la materia, brindó la conferencia *El modelo social de la discapacidad en la gestión de políticas inclusivas*. En abril, el ciclo continuó con el seminario *Contribución de la economía de la salud a la gestión sanitaria en contextos turbulentos*, en el que el economista Tomás

Bulat y los directores de la Maestría y Especialización en Economía y Gestión de Salud de la Universidad, Mg. Arturo Schweiger y Dr. Carlos Díaz, presentaron un panorama sobre la situación económica global y las perspectivas económico financieras para Argentina, en relación con los efectos sobre el presupuesto del sector público y el requerimiento de herramientas de gestión en la gerencia de clínicas y hospitales. Con motivo de la apertura de la Especialización en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto y el Anciano, su equipo académico organizó la mesa redonda *Actualidad y perspectiva del rol del enfermero en los cuidados críticos del adulto y adulto mayor*, en el que participaron jefes de servicio de hospitales públicos y privados del país. Para más información sobre el resultado del ciclo, ingrese a www.isalud.edu.ar o al canal de [YouTube.com](https://www.youtube.com) de la Universidad.

Cierre de pasantías con el Gobierno de la Ciudad

El 4 de diciembre pasado la Universidad y el Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires, a través de su Subsecretaría de Tercera Edad, realizaron la Jornada 2012 de alimentación saludable para adultos mayores. Encabezaron el encuentro la ministra de Desarrollo Social, Carolina Stanley; el subsecretario de Tercera Edad, Claudio Romero; el rector de la Universidad, Carlos Garavelli, y el director del área de Alimentos y Nutrición de ISALUD, Alberto Cormillot. Alrededor de 400 adultos mayores participaron de la actividad, junto con los alumnos que desarrollaron con ellos las pasantías profesionales con actividades orientadas a la promoción de salud, el movimiento y los buenos hábitos de alimentación en diversos centros de jubilados de la ciudad. Durante la



reunión, Stanley destacó el compromiso en el trabajo conjunto realizado con los adultos mayores mientras que Romero señaló que “las expectativas de los adultos mayores se ven altamente complacidas”. Por su parte, el Dr. Cormillot compartió con los asistentes consejos de buenos hábitos de vida que favorezcan a una mayor y mejor salud.

Empresa responsable, comunidad sana

El pasado 17 de diciembre, el Centro de Estudios en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud (Cepryps) de ISALUD realizó el *Encuentro Empresa Responsable, Comunidad Sana* en el que participaron más de 90 profesionales, representantes de áreas de recursos humanos, salud ocupacional, relaciones con la comunidad y responsabilidad social empresaria de más de 50 empresas e instituciones públicas, sociedades científicas y organismos profesionales argentinos.

Tras las palabras de bienvenida del rector de la Universidad, Dr. Carlos Garavelli, el Lic. Mario Virgolini, director del Cepryps, se refirió a la situación de las enfermedades no transmisibles (ENT) que, se estima, en 2020 serán la causa del 75% de todas las muertes en el mundo. Esta situación conlleva un enorme costo no sólo en vidas y calidad de vida para millones de personas, sino también para sus familias y para la sociedad, en términos de gasto sanitario y pérdidas de productividad. Además, implica un enorme desafío para los gobiernos y el sector privado, que deberán encontrar maneras de promover una vida saludable en la población.

Avanzado el encuentro, se desarrolló el panel *La comunicación como estrategia de RSE* donde se abordaron las necesidades



que los medios de comunicación, las productoras, auspiciantes y las agencias de comunicación deben considerar para llamar la atención sobre la responsabilidad social en salud y la promoción de salud, particularmente en las audiencias jóvenes. En relación con ello, en una mesa posterior se trabajó en la incorporación del valor salud en productos y servicios, y en el impacto de éste en el ecosistema de salud de las organizaciones. Tales temas fueron profundizados por la Lic. Analía Flores, coordinadora de la Fundación Danone, y el Dr. Natalio Tassara, integrante del Departamento de Normativa Alimentaria de la Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (Copal). Con la afirmación de que el lugar de trabajo está reconocido internacionalmente como un marco adecuado para la promoción de la salud, en el que la empresa puede ejercer un rol muy destacado para promover vida sana en toda la población y no sólo en sus trabajadores, el Dr. Héctor Barzola, gerente médico del Grupo Arcor, y el Dr. Antonio Guardo, representante de

Petrobras, expusieron sus experiencias en la implementación de actividades exitosas que evidenciaron la costo-efectividad de este tipo de iniciativas.

Con el encuentro, Cepryps sentó un precedente al establecer un marco académico y herramientas basadas en la evidencia que favorezcan el trabajo de las empresas y organizaciones para fortalecer la promoción de salud en los espacios laborales y en los entornos sociales ligados a ellos. Para continuar con estas acciones, durante el 2013 el Centro de estudios programa la realización de:

- Cursos de RSE con orientación en salud, destinados a empresas.
- Proyectos de investigación, incluyendo evaluación de advertencias sanitarias de productos de tabaco; alimentación en el ámbito escolar; percepciones y actitudes relacionadas con estilos de vida saludables.
- Jornadas de capacitación y sensibilización con organizaciones e instituciones.
- Asistencia técnica y programas específicos para Empresas y Organizaciones.

Más información en cepryps@isalud.edu.ar

[Espacio de Arte]

Otra manera de ver

El 25 de abril, el Espacio de Arte de la Fundación ISALUD y el Museo de Artes Plásticas Eduardo Sívori de la Ciudad de Buenos Aires inaugurarán el ciclo de muestras 2013 con la presentación de las pinturas que el grupo de artistas ciegos y disminuidos visuales ha realizado en el contexto de las acciones que propone el Museo para fortalecer la posibilidad de compartir saberes y herramientas en el camino hacia el desarrollo expresivo. El encuentro será en la sede de Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires.

Más información en espaciodearte@isalud.edu.ar

TIC en salud

En marzo, el secretario de extensión de ISALUD, Dr. Santiago Spadafora, representó al Centro de Estudios en Tecnologías de Información y Comunicación en Salud de la Universidad

(Ticsa) en el Congreso Internacional de informática en Salud realizado en La Habana, Cuba. En el encuentro, se destacó el abordaje de herramientas para la enseñanza en salud y cuestiones sociales ligadas con la informática.

Además, en el marco de la agenda internacional del centro de estudios, en abril sus representantes participaron de la IV Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información, organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) mediante el proyecto Cepal @LIS2 –cofinanciado por la Comisión Europea– y el gobierno de la República Oriental del Uruguay, a través de su Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (Agesic). Con sede en Montevideo, la actividad examinó los logros y desafíos regionales en materia de sociedad de la información, en función de las metas acordadas en el marco del plan de acción regional para la sociedad de la información, eLAC2015, con el propósito de fomentar la universalización de la banda ancha, alcanzar un gobierno electrónico transaccional y participativo, promover la integración regional a través de las TIC, y universalizar el acceso y la expansión de las nuevas tecnologías para la salud y la educación. Para más información sobre las actividades, escribir a erosolen@isalud.edu.ar

CENTRO DE ESTUDIOS EN TECNOLOGÍAS DE
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD

Capacitación docente

El 18 de marzo, la secretaria académica de la Universidad inició el ciclo 2013 de su *Programa de Formación y Actualización Pedagógica para Docentes*. Lo hizo con el Taller sobre *Programación de la Enseñanza* en el que más de 30 profesores trabajaron con los contenidos de sus materias a cargo para favorecer la planificación y el seguimiento del trabajo en las aulas y en los espacios educativos virtuales.

Nuevos cursos

En 2013, el Departamento de Capacitación Permanente de la Universidad dará inicio al diplomado en Detección precoz, Aplicación de Procedimientos Diagnósticos y Atención de la Hipoacusia; al curso de Facturación y Asistente Técnico en Auditoría Médica; a la diplomatura en Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos; al curso Nuevos Enfoques de la Discapacidad Intelectual; al posgrado en Auditoría y Gestión Farmacéutica, y a los seminarios de Contrataciones con Financiamiento Internacional. Por su parte, el Departamento de Educación a Distancia lanzará el posgrado internacional en Gestión de los Procesos de Donación y Trasplantes; la Diplomatura en Psicooncología pediátrica, y los cursos en Conducción Efectiva de Equipos de Trabajo, Herramientas Administrativas para la Atención en Salud, y Diseño de Proyectos Orientados a Personas con Discapacidad. Más información, infocursos@isalud.edu.ar o distancia@isalud.edu.ar

Incorporaciones bibliográficas destacadas

Podrán consultarlas en la Biblioteca de la Universidad, Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires. Más información por el 5239-4040 o en biblioteca@isalud.edu.ar

- Curtis, H., [et al.] (2011). **Biología. (7ª. ed.)**. Buenos Aires: Médica Panamericana
- Menéndez, A., Montesano J., Giraudo, M. (2012). **Simulación en ciencia tecnología de los alimentos con UniSim Design**. Lanús: Ediciones de la UNLa
- Giraudo, M., [et al.]. (2010). **Las emulsiones y los alimentos: una mirada tecnológica con aplicación práctica**. Lanús: Ediciones de la UNLa, 2 Vol.
- Stiglitz, J. (2010). **Caída libre: el libre mercado y el hundimiento de la economía mundial**. Buenos Aires: Taurus
- Stiglitz, J. (2012). **El precio de la desigualdad: el 1 por ciento de la población tiene lo que el 99 por ciento necesita**. Buenos Aires: Taurus
- Formaro, J. (2010). **Juicio por accidentes y enfermedades de trabajo (2ª. Ed.)**. Buenos Aires: Hammurabi. 2 Vol.
- Shoemaker, W. (2002). **Terapia intensiva (4ª. Ed.)**. Buenos Aires: Médica Panamericana
- Lichtenstein, S. (2009). **Instalaciones eléctricas en hospitales: seguridad y proyecto**. Buenos Aires: AMI
- Anijovich, R., [et al.]. (2009). **Transitar la formación pedagógica: dispositivos y estrategias**. Buenos Aires: Paidós
- Tank, P., Gest, T., (2009). **Atlas de anatomía**. Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins

Un Sanatorio a la altura de nuestra Obra Social.

A través de **OSECAC**, la mayor Obra Social del país, los empleados de comercio contamos con el **Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado Corazón**, a la altura de los mejores del mundo.



SagradoCorazón

SANATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD
DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO



- + Como en las más importantes capitales del mundo.
- + Con la tecnología más sofisticada en equipamiento.
- + Más de 200 camas de internación.
- + Guardia externa de 12 consultorios.
- + 8 quirófanos ultramodernos capaces de 1.000 cirugías mensuales.
- + Historias clínicas computarizadas.
- + Concepto inédito en pronto socorro.
- + Celeridad única en diagnóstico.
- + Hemodinamia de última generación en 3D.
- + Pacientes monitoreados por webcam.
- + Informes on line y on time.
- + Radiología digital.
- + Preparado para emergencias epidémicas.
- + Un edificio inteligente, único por su concepto y único en nuestro país.
- + Hotel de las Provincias, complemento perfecto a solo 150 metros.

Bmé. Mitre 1955 - (C1039AAC)
Cdad. de Buenos Aires - Argentina
(011) 5238-7800 / 7900
www.Sagrado-Corazon.com.ar



FAECYS

FEDERACIÓN ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE COMERCIO Y SERVICIOS



osecac

CALIDAD MÉDICA SOLIDARIA
LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO



EL VALOR DE LA INNOVACIÓN

Desde hace 87 años, las empresas farmacéuticas y biotecnológicas que integran la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales, CAEMe, ofrecen al mercado argentino soluciones para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes.

Trabajan para sostener la innovación constante en medicamentos y vacunas.

Son líderes en la promoción y desarrollo de la investigación, el descubrimiento y el acceso a productos seguros, eficaces y de calidad.

Exportaron 400 millones de dólares en productos de alto valor agregado en 2012, y llevan invertidos más de 1.000 millones de dólares en estudios clínicos realizados en la Argentina en la última década.

Son las únicas compañías en su tipo en el país, que han suscripto un Código de Ética que fija pautas para la interacción con los profesionales de la salud.