

LA HORA DE LA EQUIDAD

El malestar social que se refleja en las calles de distintos países de América latina confirma que ya no basta con superar la pobreza sino que parece haber llegado el momento de la igualdad también en términos socioeconómicos y no meramente legales



go+home

Cuidados domiciliarios

www.gohome.com.ar
comercial@gohome.com.ar
Tel. (+54 11) 4121 5650



EDITORIAL



El año 2019 culmina con protestas multitudinarias en distintos lugares del mundo. Aunque cada una de ellas tiene particularidades nacionales y culturales, muchas tienen un aspecto en común: el reclamo contra la desigualdad.

Se trata de una demanda nueva y hasta sorprendente, aunque ahora sabemos que estuvo incubándose durante algún tiempo. Pese a que este requerimiento esté lógicamente vinculado, no es lo mismo que la lucha contra la pobreza, cuyo fin sigue siendo un objetivo prioritario aún sin alcanzar. Es tal vez la aspiración de sociedades que ya han dado un paso más allá de esa situación de miseria y escasez, y que consideran justo acceder ahora a bienes y servicios aún no satisfechos o muy difíciles de sostener: salud, educación y transporte de calidad, entre otros.

En esta edición abordamos este tema urgente a nivel global, pero que en nuestra región mantiene altos grados de conflictividad en varios países. Lo hacemos con una nota que refleja ese nuevo clima de época, y con la reflexión de especialistas en el estudio de la pobreza y la desigualdad, actualizamos el concepto de justicia social y revisamos la metodología aplicada para la medición de estos fenómenos sociales.

También de cara a sucesos que sorprenden, en este caso por su irracionalidad, damos cuenta de la importancia de

comunicar bien sobre las vacunas, en la cobertura de una jornada sobre el tema que se realizó en la Universidad y que acompañamos con imágenes históricas de las consecuencias de la poliomielitis. Justamente, una enfermedad que está muy cerca de ser erradicada.

Abordamos desde la perspectiva internacional el problema de las drogadependencias y sus tratamientos y la cuestión de las patentes como clave para garantizar el acceso a los medicamentos, entre otros temas.

Por último y de cara al 2020, presentamos las dos nuevas carreras de la universidad, que sigue creciendo y consolidándose: la Licenciatura en Terapia Ocupacional y la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico, detallando los perfiles profesionales que prevé formar, la necesidad de capacitar esos roles y la demanda laboral en el contexto actual y futuro.

A pocos días del inicio de un nuevo gobierno, más que nunca debemos estar juntos para trabajar por la salud y el futuro de todos los argentinos.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ginés', enclosed within a large, loopy circular flourish.

Ginés González García
RECTOR HONORARIO
UNIVERSIDAD ISALUD



PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD
Ginés González García
RECTOR
Rubén Torres
VICERRECTOR
Eugenio Zanarini

Revista [i]salud

DIRECCIÓN GENERAL
Eugenio Zanarini
COORDINACIÓN EDITORIAL
María Belén Gimenez
Nicolás Rosenfeld
COORDINACIÓN ACADÉMICA
Walter García
COMITÉ EDITORIAL

Ginés González García
Rubén Torres
Alberto Cormillot
Silvia Gascón
Claudia Madies
Armando Reale

COLUMNISTAS
Rubén Torres
Carlos Díaz
COMUNICACIÓN Y PRENSA
Melina Glassmann
PUBLICIDAD

Daniel Di Scala
PRODUCCIÓN EDITORIAL
Ensamble Gráfico
EDICIÓN PERIODÍSTICA



EDICIÓN DE DISEÑO
Daniel Boccardo

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

- 6** *La hora de la equidad*
La hora de la igualdad, más allá de la pobreza y de la riqueza
Por Roberto Iglesias
- 14** *La hora de la equidad*
Justicia social y Estado
Por Mariano Fontela
- 18** *La hora de la equidad*
Agustín Salvia: "Pobreza y desigualdad son dos conceptos distintos, aunque hay una relación"
- 22** *La hora de la equidad*
Desterrando algunas falacias en torno a los datos de pobreza
Por Diego Born
- 27** *La columna del rector*
La innovación y el futuro: un desafío económico, moral y educativo
Por Rubén Torres
- 28** *Drogadependencias*
Alfonzo-Bello: "Pensar que hay un solo tipo de tratamiento para las adicciones es injusto y violento"
- 30** *Reunión regional*
La propiedad intelectual como clave para facilitar el acceso a medicamentos
- 34** *Graduadas en gestión*
Gisela Roda: "En salud, la realidad choca con el conocimiento teórico"
- 37** *Reconocimiento*
XXVIII entrega de los Premios ISALUD
- 38** *Epidemiología*
Pandemia de influenza: aprendizajes y desafíos a diez años de la cepa H1N1
- 42** *Muestra*
Recuerdos de la Polio
- 44** *Formación*
Fortaleciendo el perfil sanitario del profesional de kinesiología y fisioterapia
Por Irene Santilli
- 46** *Nuevas carreras*
Acompañamiento terapéutico: mantener y reforzar los lazos sociales de los pacientes
- 48** *Nuevas carreras*
Terapia Ocupacional: desarrollo de la autonomía y el bienestar personal y social
- 52** *Educación superior*
Potenciar la enseñanza con tecnologías digitales
Por Marcela Agulló, Mariana Ferrarelli, Silvia Reboledo Zambonini y María José Sabelli
- 56** *Módulo internacional*
Módulo Internacional: visita a los sistemas de salud y hospitales de Madrid y de Castilla La Mancha-Toledo
Por Arturo Schweiger
- 79** *Capacitación*
Oferta educativa 2020
- 82** *Académicas*
Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD

TRABAJOS ACADÉMICOS

- 61** MAESTRÍA EN SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
Desarrollo Infantil Temprano: evaluación de acciones asociadas a planes de beneficios en salud de dos países de América latina, Argentina y Chile
Por Gabriela Concetti
- 69** ISALUD-SIT: PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA EN AMBIENTES URBANOS
La incorporación de la vacuna contra la varicela al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina
Por Ilana Olin

Helios Salud

Primera Institución del sector Salud
en ganar el *Premio Nacional a la Calidad*

Luego del profundo análisis de las evaluaciones hechas por los examinadores a cada una de las organizaciones postulantes, los Jueces decidieron otorgar el **Premio Nacional a Calidad 2019 - Sector Privado**, en la categoría *Empresa Mediana* de Servicios, a **HELIOS SALUD**, primera institución del sector Salud en recibir este importante premio.

PNC Categoría
Empresa Mediana
de Servicios



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN



FPNC Fundación
Premio Nacional a la Calidad

EXCELENCIA
INNOVACIÓN Y COMPETITIVIDAD

El PNC, administrado por la FPNC, es el único premio con el que la Nación Argentina (Ley 24.127) reconoce e incentiva a las empresas que son modelo de gestión de excelencia, a fin de apoyar la modernización, la innovación y la competitividad. Tiene un riguroso proceso de evaluación a 3 niveles, que incluye un diagnóstico individual, un consenso entre evaluadores y una elección final a través de jueces de alto nivel.



"GRACIAS POR ELEGIRNOS DÍA A DÍA, HACIENDO DE LA **EXCELENCIA** UN HÁBITO"

LA HORA DE LA IGUALDAD, MÁS ALLÁ DE LA POBREZA Y DE LA RIQUEZA

El malestar social que se refleja en las calles en tantos lugares confirma que ya no basta con superar la pobreza sino que parece haber llegado el momento de la igualdad también en términos socioeconómicos y no meramente legales

Por Roberto H. Iglesias

“No hay nada más poderoso en el mundo que una idea a la que le ha llegado su tiempo”, dijo hace ya un siglo y medio Víctor Hugo, el autor de esa gran reflexión sobre la naturaleza humana, el bien y el mal –e incluso la desigualdad– que fue la novela *Les misérables*.

Vimos desfilando, en distintos momentos de la historia, al tiempo de los estados nacionales que dejaron atrás el feudalismo. Vimos el tiempo de la eliminación del racismo, el tiempo de los derechos de la mujer, de la proclamación de los derechos de la infancia o de los derechos humanos en general.

Asistimos a la hora de la restauración de la democracia, a la hora de la concientización de la lucha contra la pobreza, la hora del medio ambiente y también al momento de la consagración creciente de estructuras económicas y políticas globales.

Habrán habido marchas y contramarchas en estos aspectos a lo largo de la historia. Ninguna transformación es lineal en el tiempo; hay mercados comunes y hay *brexits*; hay un Afga-

El autor es periodista

nistán laico y con minifaldas de los años 60 y hay un Afganistán talibán. Pero la tendencia resultante hacia un mundo mejor para las personas que lo habitan es clara y las ideas que lo impulsan van quedando indeleblemente grabadas, en cada etapa sucesiva, en el ADN de la conciencia universal.

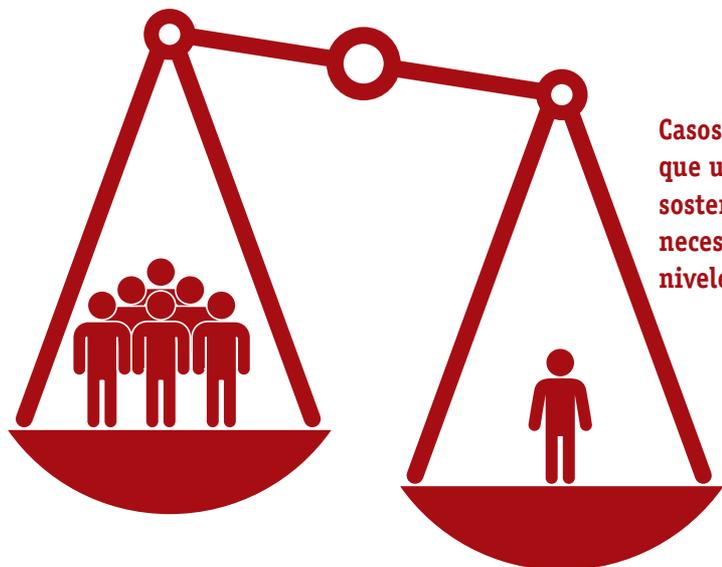
Aunque muchos problemas no sean totalmente resueltos, ya no admiten la indiferencia, el ocultamiento o la inacción. Su persistencia, por lo menos, genera la reacción y el repudio de la opinión pública y costos de distinto tipo para sus responsables directos o indirectos.

Ahora parece haber llegado la hora mundial de la igualdad en términos socioeconómicos, no meramente legales. En todo el mundo hay consenso en dejar atrás la miseria y la pobreza, así como apostar al crecimiento económico. Pero en estos tiempos surge una conceptualización más nítida y que trasciende ideologías particulares acerca de que eso no basta.

El voto de la mujer o la lucha contra el racismo fueron inicialmente banderas de la izquierda que luego fueron asumidas por toda la sociedad y por todo el espectro ideológico democrático. Y que ya nadie discute. Hablar hoy del combate contra la desigualdad está dejando de ser una consigna de un nicho ideológico para convertirse, paulatinamente, en un reclamo general. Y es que pobreza y desigualdad no siempre van de la mano y existen muchas variables contextuales.

Las naciones

Hay naciones muy pobres y sin clase media tremendamente desiguales (Haití), como asi-



Casos como el de Chile y otros países demuestran que una fuerte reducción objetiva de la pobreza sostenida a lo largo de varios lustros no necesariamente va acompañada de la reducción de niveles subjetivamente tolerables de desigualdad

mismo naciones muy ricas y en las cuales, además de una gran movilidad y clase media, los sectores más modestos pueden vivir mejor que en muchos otros lugares, pero –por ejemplo– con serios problemas de acceso a la salud (Estados Unidos, la nación desarrollada más desigual).

Ninguno de estos casos, a su vez, tiene que ver con ciertas naciones petroleras árabes: sociedades ricas, profundamente desiguales y sin clase media, sin hablar siquiera de su autoritarismo político y represión sociocultural. Mauritania, país árabe subsahariano aunque no petrolero, abolió la esclavitud en 1981, pero tan aberrante institución continúa allí en la práctica aún hoy.

Casos como el de Chile y otros países demuestran que una fuerte reducción objetiva de la pobreza sostenida a lo largo de varios lustros no necesariamente va acompañada de la reducción de niveles subjetivamente tolerables de desigualdad, incluso tratándose de un país con una democracia e instituciones en pleno funcionamiento.

Al mismo tiempo, los datos demuestran que las naciones donde existe la delincuencia en mayor grado no son las más pobres, sino las más desiguales: justamente América latina y África son las regiones con más crimen y con más desigualdad en todo el mundo. En esto, como en varios otros aspectos, Brasil y Sudáfrica se parecen mucho.

¿Qué significa todo esto? Que hay algo que va mucho más allá del crecimiento económico, e

incluso de lo que indique el índice Gini o de proclamar que una sociedad puede “generar” mucha riqueza y “repartirla” mal.

Existen situaciones de desigualdad que pueden ser mucho más elusivas, difusas y complicadas para definir o medir, aun en naciones que han logrado sacar de la pobreza a sectores más o menos extensos y crear nuevas clases medias con expectativas crecientes.

En esos casos, el descontento aparece y se profundiza cuando la realidad y la percepción consagra que los poderosos siempre ganan y se benefician desproporcionadamente, a la vez que la igualdad de oportunidades (y por lo tanto los grados reales de meritocracia, independientemente de que sea proclamada o no explícitamente como “mito” social) es limitada, sesgada o directamente una quimera.

Así, ganan (casi) siempre y acceden a los mejores trabajos, educación, oportunidades y servicios los que tienen de antemano –y sin que dependa mayormente de su mérito– las adecuadas conexiones familiares, políticas, de dinero o de clase social (o de nivel socioeconómico, si no se quiere usar ese término): una minoría integrada (casi) siempre por las mismas personas y apellidos, relacionados con los mismos barrios, círculos, colegios y universidades.

En algunos casos se añaden formas más o menos sutiles de desprecio, superioridad o trato social-racial discriminatorio o paternalista, que agravan aún más situaciones de desventaja o exclusión.

Estos mecanismos apenas se pueden romper con el esfuerzo individual, ya que en general se autoperpetúan, se protegen mutuamente y se refuerzan, a menos que se instituyan medidas de promoción o de “acción afirmativa”, las que deberían facilitar en distintas formas e instancias el acceso y el avance de los grupos no

Seguramente habrá en los próximos años una gran discusión de qué medidas deben tomarse contra la desigualdad, al menos en los países democráticos y más abiertos en los cuales se reconozca el problema

beneficiados. Las excepciones a todo esto son casos particulares de éxito que justamente no hacen más que confirmar la regla.

Claramente este cuadro se da en casi todas las naciones pobres, pero también en países medios o de gran crecimiento macroeconómico reciente. Se lo puede detectar en Haití o en Chile, en Colombia o en Namibia, en Filipinas o en Marruecos, y en China o en Rusia, pese a sus tremendas diferencias políticas, económicas y socioétnicas.

El debate

Seguramente habrá en los próximos años una gran discusión de qué medidas deben tomarse contra la desigualdad, al menos en los países democráticos y más abiertos en los cuales se reconozca el problema.

En particular, se debatirá si las medidas que deban adoptarse son adecuadas para que avance la generalidad de los grupos postergados (y no que se formen nuevas elites privilegiadas dentro de los mismos), mientras se calibre adicionalmente el esfuerzo que pueda realizar por sí misma cada persona.

Con mayor o menor resistencia de los sectores ya privilegiados, se discutirá también hasta qué punto tales medidas sean compatibles con la racionalidad económica (es decir, que no reintroduzcan factores de retroceso en la generación de riqueza mientras se combate la desigualdad).

No será sencillo, pero la igualdad así entendida se transformará en una idea a la que la ha llegado su tiempo y que hará su *crossover* de determinados cuadrantes hasta terminar – como ha ocurrido antes en la historia – extendiéndose hacia todos los sectores políticos e ideológicos, salvo quizás los más extremos o arcaicos.

Mientras tanto, podemos echar un vistazo sobre la pobreza y la desigualdad social en la región latinoamericana, repasando cuantitativamente distintas situaciones e intentando determinar las interrelaciones entre ambas.

Pobreza

La lucha contra la pobreza, si se la considera en términos generales y tomando períodos

amplios de tiempo (10-30 años), muestra importantes avances en América latina, aunque con una amplia disparidad según los países.

Debido en buena medida a la caída del precio de las materias primas en el mercado internacional, la región ha registrado en el último lustro un deficiente desempeño económico. Esta situación viene acompañada de aumentos en la pobreza, lo que significa que existe una relación con los ciclos económicos.

En el informe *Perspectivas económicas de América latina 2019: Desarrollo en transición*, dado a conocer en octubre pasado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se indica que ante la apuntada desaceleración económica, la tasa regional de pobreza subió 1,2 puntos porcentuales en 2015 y 1,1% más en 2016, se mantuvo constante en 2017 y bajó 0,6% en 2018

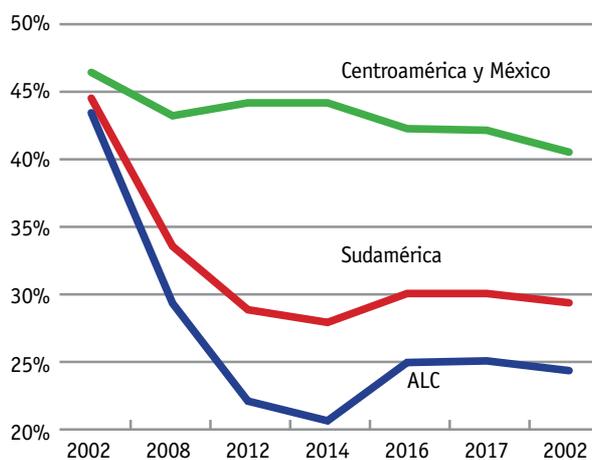
Esto creó 18 millones de nuevos pobres latinoamericanos desde 2015. Así, en 2018, 186 millones de personas vivían por debajo de la línea nacional de pobreza en la región, lo cual representaba un 29,6% de la población que vive al sur del Río Bravo. En términos porcentuales era una cifra muy parecida a los valores que exhibía Argentina hasta aquel año, pero que presumiblemente acusará un aumento importante cuando se mida 2019.

La pobreza extrema en la región también se incrementó un 0,9% en 2015, 1,3% en 2016 y 0,3 puntos porcentuales en 2017, mientras que en 2018 se mantuvo constante. Cifras proporcionadas por CEPAL, citadas en ese estudio de la OECD, dicen que esto representó un aumento de 17 millones de personas que viven en pobreza extrema, lo que arroja un total de 63 millones de personas, o 10% de la población.

Si bien el nivel agregado de pobreza latinoamericana ha aumentado, no ocurre lo mismo con ciertos países de la región si se los toma individualmente. Las tendencias regionales de pobreza y pobreza extrema están influidas particularmente por el desempeño de tres países de considerable tamaño para la región: Brasil, México y Venezuela, así como por los aumentos de la pobreza en Paraguay, El Salvador y Ecuador.

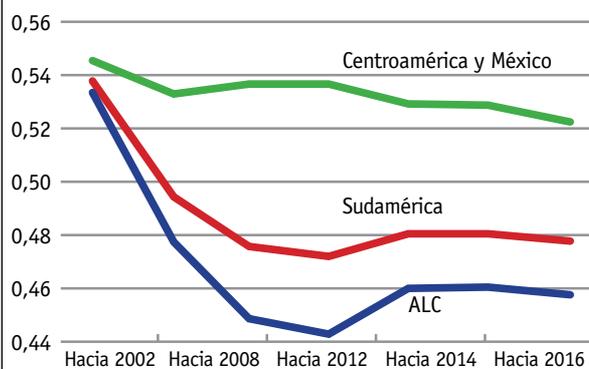
El incremento proyectado de la pobreza en

Índice de pobreza como porcentaje de la población (OCDE)



Fuente: OCDE et al. (2019), *Perspectivas económicas de América latina 2019: Desarrollo en transición*, OECD Publishing, París.

Coefficiente de Gini del ingreso familiar per capita (OCDE)



Cada vector indica el año más cercano en el que hay datos disponibles y en base a los cuales se promedió el coeficiente para cada área geográfica.

Fuente: OCDE et al. (2019), *Perspectivas económicas de América latina 2019: Desarrollo en transición*, OECD Publishing, París.

estos países supera la reducción del resto de América latina, especialmente los casos de Argentina, Colombia y Chile, naciones en las cuales la disminución de la pobreza fue mayor entre 2016 y 2018.

No obstante, Argentina se separó drásticamente de los anteriores países cuando las cifras de pobres volvieron a aumentar durante los últimos dos años, tras sucesivas devaluaciones de su moneda y la imposibilidad que ha mostrado el gobierno en controlar la inflación.

El estancamiento en los niveles de la pobreza latinoamericana se produce tras una década de drásticas reducciones. La proporción de pobres bajó de 45,9% a 34,1% en 2002-2008 y alcanzó su mínimo histórico en 2014, con 27,8% (también datos de la CEPAL citados en ese informe).

La disminución de la pobreza fue más marcada en países sudamericanos, donde la tasa de pobreza se redujo a la mitad entre 2002 y 2014. En Centroamérica y México, en cambio, la reducción no fue tan considerable. Allí, las mejoras se produjeron principalmente entre 2002 y 2008, periodo en el que la tasa de pobreza disminuyó de 46,5% a 43,4%.

Desigualdad

Si nos enfocamos en la desigualdad de ingresos, ésta registró una caída muy importante durante este milenio y hasta la mitad de la

presente década. No obstante esa tendencia, la variable permanece muy alta en la región (América latina continúa siendo la región más desigual del mundo).

Por supuesto, hablamos aquí de la desigualdad mensurable, sin considerar obstáculos o sesgos originados en “aparatos invisibles” de exclusiones o preferencias injustas, ni de “techos de cristal” que limiten avances. El conjunto de estos factores perjudica o beneficia en forma desproporcionada a determinados grupos, en los cuales el mérito o el esfuerzo de las personas juega un rol secundario, marginal o inexistente.

Ninguna medición objetiva de la desigualdad, como el índice Gini aclara hasta donde esa desigualdad de ingresos se debe a una estrategia de esfuerzos o trabajo de las personas. Ni despeja el interrogante de hasta qué punto se produce por factores que esas personas no eligen (familia, clase, herencia, conexiones familiares o políticas, etc.) pero que ayudan o traban su evolución social y/o de ingresos.

Cada caso será diferente e incluirá un *mix* de factores, pero aun así los índices darán cuenta de la desigualdad y no de sus causas, ya que no indagan en la identificación de los factores predominantes, ni para grupos ni para la generalidad. Dicho esto, no podrá entonces sorprender que el Gini arroje cifras casi idénticas

La desigualdad supone mayores costos de oportunidad y de eficiencia, “lo que significa que es necesario superarla para alcanzar el desarrollo”, afirma la OCDE

Esos pobres y clases medias tensionadas son gran parte de los indignados actuales del mundo: heterogéneos, contradictorios y volátiles, a quienes no siempre se les puede pedir coherencia política

para países tan diferentes como Argentina, Haití y Estados Unidos (alrededor de 0.41).

El informe de la OCDE puntualiza que entre 2002 y 2014, el coeficiente Gini mejoró de un promedio regional de 0.53 a 0.47 (menor índice significa menor desigualdad; el 1 es una situación hipotética donde una persona compara todo el ingreso y el 0 otra situación igualmente hipotética donde cada persona obtiene la misma cuantía de ingresos).

Entretanto, en 2002 el ingreso del 20% más rico de la población latinoamericana fue 19 veces mayor que el del 20% más pobre; en 2014 fue 11 veces mayor.

Pero al igual que la reducción de la pobreza, la desigualdad del ingreso se estancó desde entonces: el Gini promedio de la región fue de 0.46 en 2017 y las personas en estado de vulnerabilidad siguen representando el grupo socioeconómico más grande de la región. La OCDE estima que la mayoría de los avances en igualdad se deben a las condiciones del mercado laboral derivadas del crecimiento económico y la menor informalidad, complementadas por políticas de protección social. “Las mejoras en la dinámica distributiva se han relacionado estrechamente con el fortalecimiento de las instituciones laborales y la adopción de nuevas herramientas”, indica el estudio.

Agrega que el empuje económico y el resurgimiento de instituciones laborales clave en varias economías, “como los salarios mínimos, los contratos colectivos y las políticas de formación vocacional permitieron la creación rápida de empleos y una mejor calidad del empleo”.

La política social logró mejoras en los sistemas de protección social, en especial las transferencias de ingresos dirigidas a los sectores más desfavorecidos de la población.

A pesar de los avances de la protección social, las mejoras de las condiciones del mercado laboral fueron el factor más determinante para reducir la desigualdad durante los años de mayor crecimiento económico.

Aun después de las mejoras, la desigualdad en América latina sigue siendo elevada. En la mayoría de los casos la proporción del salario

en el ingreso nacional permanece por debajo de los máximos históricos de los años 1960 y 1970, y es mucho menor que en los países desarrollados: la proporción del salario en el ingreso nacional de la mayoría de los países latinoamericanos es inferior a la proporción más baja registrada en la OCDE.

Lo mismo ocurre con el coeficiente Gini. La desigualdad supone mayores costos de oportunidad y de eficiencia, “lo que significa que es necesario superarla para alcanzar el desarrollo”, afirma la OCDE.

En el siguiente gráfico se ve el índice Gini de la Argentina y el de otros países de América latina, así como también el de varias naciones extrarregionales, de acuerdo a cifras del Banco Mundial. Se aprecia que el argentino pasó de 41 en 2013 a 41.2 en 2017. Sin embargo, si se toma el año 2018 (en este caso con datos del INDEC) da 43.4.

¿Por dónde se sigue?

La OCDE cree que el actual crecimiento económico de América latina “es insuficiente” para continuar la reducción de la pobreza y la desigualdad. La recuperación cesó en 2018, pero se espera que la actividad recobre cierto impulso en los años venideros.

El organismo advierte que “el desempeño del crecimiento será débil en comparación con la década anterior, e insuficiente para cerrar la brecha de ingresos con respecto a las economías avanzadas”.

La región se sigue caracterizando por un desempeño desigual: aún se trata de varias ‘Américas latinas’ en cuanto a situaciones cíclicas, la exposición a impactos externos y las opciones de políticas de demanda.

Agrega la OCDE que el escaso crecimiento económico de la región es “vulnerable” a las coyunturas externas. Entre ellas se incluyen las fluctuaciones de los precios de materias primas, un endurecimiento financiero o el contexto mundial complicado, así como crecientes tensiones comerciales entre los dos aliados clave de la región: Estados Unidos y China.

¿El pronóstico del organismo? Dice que las perspectivas de progreso socioeconómico son más débiles como consecuencia del bajo cre-

**“YO ELIJO TENER
SIEMPRE CERCA
UN CENTRO MÉDICO
DE CALIDAD”**

*Saludable
mente*

**ELIJO LA RED
DE SERVICIOS MÉDICOS
MÁS GRANDE DEL PAÍS**

150.000 PROFESIONALES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES
15.000 CENTROS MÉDICOS
500 PUNTOS DE ATENCIÓN
PLANES PARA CADA NECESIDAD

0810-555-SALUD(72583)

sancorsalud.com.ar    



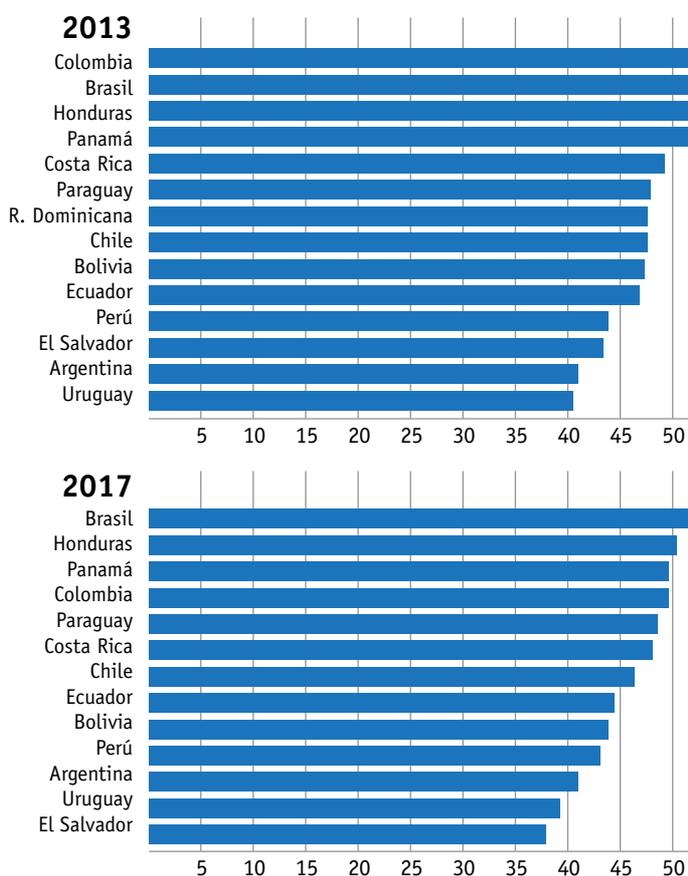
SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

Índice Gini en países seleccionados de América latina y extra regionales

	2017	2015	2013
Brasil	53.3		52.8
Honduras	50.5		52.6
Panamá	49.9		51.5
Colombia	49.7		52.8
Paraguay	48.8		47.9
Costa Rica	48.3		49.3
Chile	46.6		47.3
Ecuador	44.7		46.9
Bolivia	44		47.6
Perú	43.3		43.9
Argentina	41.2		41
Uruguay	39.5		40.5
El Salvador	38		43.4
Sudáfrica		63.0 (2014)	
Estados Unidos		41.5 (2016)	
Irán		40 (2016)	
China		38.6	
Rusia		37.7	
España		36.2	
Australia		35.8 (2014)	
India		35.7 (2011)	
Italia		35.4	
Japón		33.7	
Reino Unido		33.2	
Francia		32.6	
Alemania		31.7	
Suecia		29.2	

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial



cimiento económico. “La reducción de la pobreza y la desigualdad queda en suspenso, y cabe la posibilidad de retrocesos en algunos países”, alerta.

El informe fue elaborado antes de que tuvieran lugar los disturbios en Chile, los que pusieron en el tapete el tema de la desigualdad y evidenciaron un descontento profundo, aun cuando se venían registrando contextos macroeconómicos favorables y de reducción sostenida de la pobreza.

También fue dado a conocer antes de las elecciones argentinas, en las que el electorado votó contra una gestión cuya inhabilidad para estabilizar las variables económicas echó por tierra progresos en la lucha contra la desigualdad y la lucha contra la pobreza.

Los datos del informe pueden considerarse premonitorios de ambas situaciones. En algún momento los países y las regiones volverán a crecer si toman las medidas adecuadas

y sintonizan con un ciclo económico global positivo.

Sin embargo, aún quedará el tema de la desigualdad, no sólo la que mida el índice Gini sino también la que perciban los distintos sectores de la población. Esto comprende, desde ya, el eterno drama de los más postergados, con su problemática de pobreza, pobreza extrema y la desgarradora pobreza infantil.

Pero ahora también incluirá –en ciertos casos– a estamentos medios en ascenso, que ya parecen no tener la paciencia de aceptar que aunque ellos suban cinco escalones los poderosos asciendan 20, a partir de situaciones diseñadas para favorecerlos de antemano.

Esos pobres y clases medias tensionadas son gran parte de los indignados actuales del mundo: heterogéneos, contradictorios y volátiles, a quienes no siempre se les puede pedir coherencia política. Pero no cabe duda de que saben cómo se sienten.¹¹



DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SCIENZA

Scienza Argentina

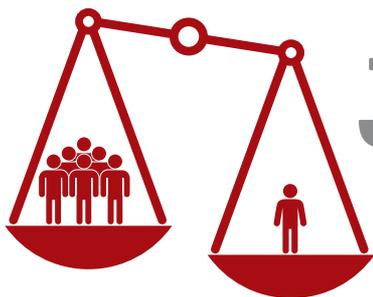
Av. Juan de Garay 437
Buenos Aires (C1153ABC)
Tel. (+54 11) 5554-7890

www.scienza.com.ar

Scienza Uruguay

Av. Luis Alberto de Herrera 1248
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)
Tel. (+598 2) 1988-9000

www.scienza.com.uy



JUSTICIA SOCIAL Y ESTADO

Si entendemos la ‘política social’ como toda iniciativa que tenga como objetivo la justicia social, es ineludible el desafío de formular un esquema integral donde las políticas promuevan una confluencia de intereses, valores y expectativas entre los distintos estratos sociales



Por Mariano Fontela

La asamblea de las Naciones Unidas declaró hace más de una década que “la *justicia social* es el núcleo de nuestra misión global para promover el desarrollo y la dignidad humana” y la OMS afirmó que “la *justicia social* es cuestión de vida o muerte”. Mientras, en la Argentina hay quienes prefieren evitar el uso del término, en parte porque lo asocian a una concepción antigua o sectorizada de la política, o bien porque lo reducen a una faz económica, asignándole un significado similar al de distribución del ingreso.

Más allá de su vigencia, me interesa destacar que la idea de justicia social no remite únicamente a cuestiones económicas, sino también a otras dimensiones de la vida en comunidad: la sociocultural y la política. Así lo concibieron los principales movimientos que impulsaron este principio en la Argentina durante el siglo XX. El socialismo, por ejemplo, si bien tuvo algunos pensadores tributarios del materialismo dialéctico, también reivindicó el valor moral del trabajo y la dignidad humana. Alfredo Palacios –el primer diputado socialista de la historia de América– sostuvo en

El autor es politólogo, integra el Programa de Investigación Aplicada en Políticas Sanitarias (PIAPS) de la Universidad ISALUD y la FIOCRUZ de Brasil

1954 que la justicia social “lleva implícito el concepto del respeto a la persona humana”, en tanto “se refiere a la totalidad de los bienes, no sólo a los materiales, sino primordialmente a los del espíritu”.

Por su parte, los peronistas en ese ideal no solo refieren a la redistribución del ingreso, sino a una concepción integral que además abarca la igual dignidad de todas las personas –contra la discriminación–, la organización del pueblo y la democratización de la representación política. Según su fundador, “nuestra justicia social no desea solamente una equitativa distribución de valores materiales, sino también una correspondiente y justa distribución de bienes espirituales y morales. Todo lo que es o puede ser un bien de la sociedad ha de llegar al pueblo, que es el destinatario final de todos los bienes que Dios ha puesto en manos de los hombres y de las mujeres. Por eso luchamos contra todos los privilegios, en cualquiera de sus formas: económicas, sociales y políticas” (Juan Perón, 1951).

Pero el interés de estas líneas no es el revisionismo conceptual, sino recordar que el significado que se asigna a los conceptos que inspiran las políticas influye en su operatividad concreta cuando se implementan; en la manera en que son acatadas y valoradas por quienes las ejecutan, por sus destinatarios y por el resto de la sociedad; y en definitiva en

su eficacia y su impacto. A la vez, no generan los mismos resultados un marco conceptual que inspire políticas sociales aisladas o ‘de inclusión’, que otro que permita constituir un sistema integral de protección de derechos que conforme un sistema claro y preciso de obligaciones positivas.

Por qué la justicia es ‘social’

¿Qué le agrega el adjetivo ‘social’ al sustantivo justicia? Hay quienes lo entienden como una calificación del objeto: ‘lo social’ pareciera abarcar algunos problemas relacionados con consecuencias negativas del capitalismo, como la pobreza. Esta visión desestima otras formas de injusticia no estrictamente relacionadas con la economía: muchas de ellas son anteriores al capitalismo, y tal vez lo sobrevivan.

La justicia social no es solamente un objetivo de las políticas, o una de las maneras en que ellas pueden insuflar una dimensión normativa en las relaciones sociales, sino que también es uno de los fundamentos principales que esgrimen las personas y las organizaciones cuando demandan al Estado. Aun cuando no expongan una idea acabada de cómo debería ser una ‘sociedad justa’, reclaman porque entienden que sufren por causas sociales: al permitir cierto sufrimiento o privación, es ‘la sociedad’ quien es ‘injusta’. La sociedad está ‘haciendo’ algo injusto, algo que no puede ser justificado.

Además, los criterios para definir qué es socialmente justo no suelen ser resultado de la imaginación libre de cada persona: en cada sociedad están fuertemente estructuradas las creencias respecto al sufrimiento o las privaciones que la sociedad debe o no permitir. No es que todos estén de acuerdo, sino que las creencias sobre lo que es justo –o no lo es– suelen estar muy fuertemente arraigadas y –lejos de entrar en crisis– suelen reforzarse aún más en las situaciones conflictivas, más allá de que existan miles de formas de disfrazar esas creencias por otras más compasivas y presentables.

La justicia es ‘social’ entonces por una razón doble: porque es resultado de criterios que se

“La idea de justicia social no remite únicamente a cuestiones económicas, sino también a otras dimensiones de la vida en comunidad: la sociocultural y la política”

forman colectivamente; y porque su campo de interés son los sufrimientos o privaciones que causa o puede evitar la sociedad, y no los originados en otras causas. Es decir que lo que la califica no es su objeto –‘lo social’– sino su sujeto: la sociedad.

Una política social integral

Siguiendo esta línea, la acción del Estado a favor de la justicia social no podría entonces limitarse simplemente a intentar resolver reivindicaciones aisladas, asumiendo una idea de ‘inclusión’ por la cual los derechos sociales consisten en una provisión mínima de determinados bienes y servicios de manera sectorizada. Al contrario, el ideal de justicia social concebido integralmente supone impulsar que todo el accionar del Estado se oriente por un núcleo normativo coherente que respete y reproduzca criterios de justicia social que sean obligatorios para todos. Este núcleo no es únicamente ‘normativo’ por estar referido al derecho positivo: toda política pública tiene una dimensión simbólica que involucra valores morales y expectativas de desarrollo personal y grupal, y por eso la acción –o la inacción– del Estado no es exclusivamente una cuestión de provisión material de bienes y servicios, sino que siempre involucra alguna forma de comunicación de valores con la sociedad civil, y siempre reproduce o modifica relaciones de poder político y social.

Existe en la política latinoamericana otra visión reduccionista que concibe a la política social como un conjunto selectivo y acotado de incentivos mediante los cuales la necesidad material de ‘los beneficiarios’ sirve para orientar sus conductas en un sentido que las autoridades consideran valioso a partir de algún criterio presuntamente científico que deviene en ‘moralizante’: abunda a favor de la ilusión elitista de que algunas personas obran guiadas por altos ideales, mientras ‘las masas’ se mueven por sus más bajos impulsos. La teoría de que todas las personas actúan motivadas solamente por su interés –y no también por valores o expectativas– pareciera tener rango constitucional, pero a

la vez, por algún extraño juego de manos se pretende apelar al interés ‘inmediato’ de las personas para forzar en ellas un comportamiento fundado en elevados principios ‘morales’.

Dejando de lado los ostensibles casos de doble patrón moral, entre otras se pueden hacer dos objeciones atendibles: que los intereses ‘no inmediatos’ también deberían estar en juego, y que los valores y expectativas de ‘las masas’ también deben ser tomados en cuenta al momento de formular políticas. Difícil imaginar una mejor manera de lograrlo si no es a través de su organización política y social. Pero claro, el enfoque moralizante condena toda forma de organización que no respete los elevados parámetros morales que las elites se adjudican a sí mismas.

Por último, sin siquiera mencionar los efectos estigmatizadores del enfoque ‘moralizante’ en las políticas sociales, me interesa sin embargo advertir que la noción acerca de lo que es justo o injusto para una persona o un grupo no cambia simplemente porque adecúen su conducta para obtener un beneficio puntual, y esa noción moral muchas veces tiene mucha mayor importancia en el mediano y largo plazo que el ‘incentivo’, que por otra parte no suele ser conmovedor por su magnitud.

Así, por la vía de los planteos centrados en la ‘inclusión’ o por la de los ‘moralizantes’, en las últimas décadas progresivamente se fueron abandonando las concepciones de los derechos sociales como producto de responsabilidades recíprocas. Si entendemos la ‘política social’ como toda iniciativa que tenga como objetivo la justicia social, es ineludible el desafío de formular un esquema integral donde las políticas promuevan una confluencia de intereses, valores y expectativas entre los distintos estratos sociales.

El Estado social

Un Estado social –uno que a la vez disminuya las injusticias y asegure protecciones sociales integrales– evita que en el ámbito de las políticas sociales proliferen actores estatales sin coordinación y sin delimitación

“Los criterios para definir qué es socialmente justo no suelen ser resultado de la imaginación libre de cada persona: en cada sociedad están fuertemente estructuradas las creencias respecto al sufrimiento o las privaciones que la sociedad debe o no permitir”

de responsabilidades. Salvo contadas excepciones, las funciones que hoy asumen cada nivel del Estado y las distintas áreas gubernamentales no obedecen a una lógica de protección social planificada, sino al presupuesto y el poder relativo de cada entidad, que además varían fuertemente año a año. El resultado en la Argentina es conocido: un despelote formidable. El propio Estado aporta opacidades y discontinuidades en su accionar cotidiano, hay una superabundancia de normas incumplibles o contradictorias, y no suele sobrar la sintonía fina en la formulación de las políticas, con lo cual las periódicas readecuaciones terminan dejando en banda a miles de personas. Para resolver esta situación hace falta un debate realista sobre la necesidad de –entre otras cuestiones– constituir sistemas de protección social ‘multinivel’, que sean más adaptables y flexibles en función de las diversas situaciones que se busca resolver, y que a la vez aseguren las protecciones sobre una atribución precisa de responsabilidades.

El marco conceptual con el que se formulan, ejecutan y coordinan las políticas sociales tiene un doble efecto: por un lado, puede influir en su eficacia, y por el otro, puede afectar los valores imperantes en una sociedad e influir en las expectativas de las personas. El criterio de abordar de a uno los problemas no parecen estar teniendo demasiado éxito. Reconstruir el Estado social permitirá reformular integralmente las políticas y las normas, sistematizando y explicitando las responsabilidades según niveles y áreas de gobierno; planificando los recursos en función de esas responsabilidades –y no al revés, como suele ocurrir–; diseñando programas flexibles y con responsabilidad sobre los resultados en función de derechos explícitamente establecidos en leyes y articulados con detalle en protocolos; promoviendo la diversidad cultural y formas de organización popular que alteren las relaciones de poder social; y recuperando las ideas sobre la dignidad humana ultrajadas por las privaciones y las discriminaciones que hoy sufren millones de argentinas y argentinos. 

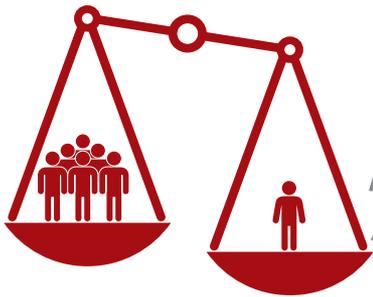


Laboratorio
ELEA
PHOENIX

MÁS DE 75 AÑOS
DE CONFIANZA
Y COMPROMISO



- ♥ Cardiometabolismo
- ♀ Salud Femenina
- ♂ Urología
- 🗨️ Neurociencias
- 🧫 Antiinfectivos
- 🫁 Respiratorio
- ⚗️ Onco - Biotech
- 🦴 Osteoarticular
- 🩺 Clínica Médica
- 👁️ Oftalmología
- ⊕ Venta Libre



AGUSTÍN SALVIA: “POBREZA Y DESIGUALDAD SON DOS CONCEPTOS DISTINTOS, AUNQUE HAY UNA RELACIÓN”

El director del Observatorio de la Deuda Social de la UCA aborda en esta entrevista las diferencias entre ambas realidades y describe los distintos tipos de desigualdades y los instrumentos para medirlas; el panorama de la Argentina

Agustín Salvia es el director del Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina (UCA), una de las personas más capacitadas y respetadas en el país para hablar de pobreza y desigualdad, en términos académicos y prácticos a la vez, pero siempre con los datos en la mano. ISALUD dialogó con el investigador para obtener mayores precisiones acerca de estos temas

–¿Qué relaciones, vinculaciones o diferencias hay entre la pobreza y la desigualdad?

–Pobreza y desigualdad son dos conceptos distintos, aunque hay una relación entre ellos. Pobreza refiere a privaciones económicas injustas, indebidas, de acuerdo con algún parámetro económico, político o normativo. Generalmente se mide a través de algún recurso indirecto, que es el ingreso. Sería el ingreso como capacidad económica de acceder a los bienes y servicios para satisfacer necesidades.

En Argentina la pobreza se mide oficialmente a través de los ingresos y se fija una canasta básica alimentaria en aproximadamente 15.000 pesos hoy en día. Una canasta completa con bienes y servicios necesarios y que refiere a la línea de pobreza total alcanzaría en Argentina a los 32.000/34.000 pesos.

La desigualdad es otro concepto – vamos a hablar de desigualdades económicas– y se relaciona con el modo en que se distribuyen los recursos, en términos de sectores, de regiones, de hogares, de población o de segmentos sociales. Hay distintas maneras de medir esa desigualdad: pero si se considera cómo se distribuye el ingreso general se tiene una medida para identificar qué tanto del ingreso concentran algunos hogares, personas, sectores o regiones. Lo hayan producido o no, porque eventualmente el ingreso puede producirse en otra región o sector, o bien el valor que una persona o un hogar produce en un lugar puede no quedar allí y ese hogar o persona no

recibe el fruto de su propio esfuerzo. Entonces la forma en que se distribuye el ingreso (u otros recursos materiales, económicos o sociales) da cuenta no sólo de la capacidad de generar y apropiarse del mismo. Pero también del modo en que el Estado termina distribuyendo y redistribuyendo esa riqueza, esa producción, o esos ingresos de valor entre el conjunto de la población. Más allá, incluso, de que esas personas no produzcan ese valor, pero en todo caso, se puede determinar cuántos pueden acceder a la riqueza social.

La desigualdad y la pobreza están relacionadas. Pero en una sociedad que es pobre, que produce poco valor, esa pobreza puede estar muy “equitativamente” distribuida. O no. Puede estar muy mal distribuida. De la forma contraria, una sociedad puede ser muy rica en producción de riqueza y tener muy pocos pobres porque el Estado redistribuye parte de los excedentes. O no. Puede ser una sociedad muy des-

igual que efectivamente tiene altos niveles de concentración de riqueza por sobre los niveles más bajos de la sociedad; hay pobres pero sin embargo la sociedad en su conjunto no es pobre.

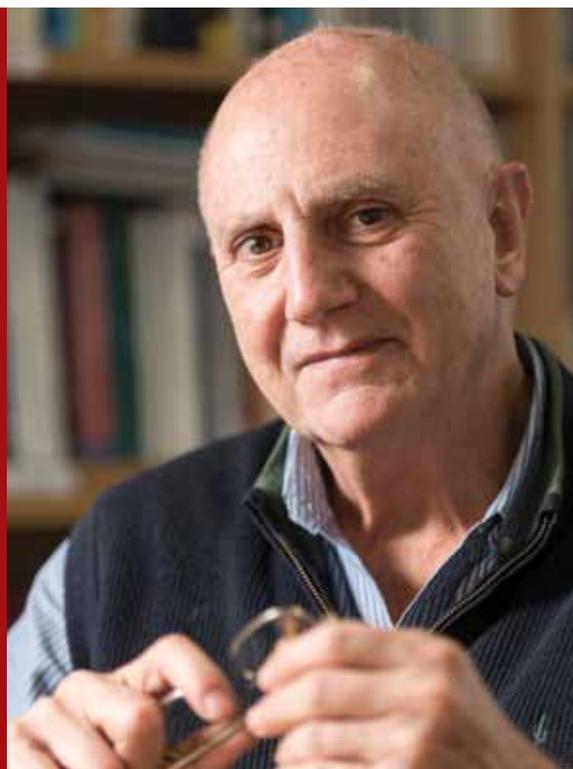
Un mecanismo para salir de la pobreza no es solamente crecer económicamente y tener más empleos o más programas de asistencia social. Si esto no está bien distribuido, el Estado debe redistribuir a través del sistema tributario, fiscal o por medio de transferencias o inversión social. Así, una sociedad será más equitativa y también menos pobre a partir de una mayor redistribución. Pero también puede ocurrir que no sea necesaria esa redistribución y efectivamente la pobreza sea muy baja, producto de una plena inclusión en el trabajo, de una seguridad social adecuada, algo que ocurre generalmente en Europa.

—¿Hay varios tipos de desigualdad?

—Sí, hay varios tipos de desigualdad. Uno puede estar hablando de cómo se distribuye el ingreso, en términos de valor o monetarios. O bien podemos hablar de recursos productivos, el crédito, el capital de trabajo, la tierra, la capacidad de vivir en espacios sanos, dignos o en un ambiente saludable. También de cómo se distribuye el capital social o el capital educativo.

Son múltiples las formas: siempre la desigualdad se refiere a algo, desigualdad en qué. Puede haber desigualdades que no sean negativas y otras que sí lo son. En general las desigualdades económicas se han demostrado negativas para el crecimiento económico, los procesos de integración o conseguir una sociedad más equitativa. De este modo, no sólo se puede reducir más

Argentina es una sociedad intermedia, de ingreso medio, y también lo es en cuanto a niveles de pobreza y desigualdad. La pobreza en Argentina no es la más extrema en América latina ni está tampoco en el mejor nivel



rápidamente la pobreza sino que también logran mayores niveles de sinergia y de equidad, integración social y desarrollo político democrático.

—Países tan distintos como los Estados Unidos, la Argentina y Haití tienen un coeficiente de Gini casi idéntico, según un informe del Banco Mundial de 2017.

¿Cómo se explica esto?

—Una manera de medir la desigualdad es la del coeficiente de Gini, pero es la desigualdad en la distribución del ingreso corriente, no de la riqueza en general. Y aclaro que el Gini no capta la totalidad de la desigualdad en la distribución de la riqueza: en los ahorros, los capitales (físicos como propiedades u otros activos) en otras cuestiones.

Una sociedad puede ser más pobre o menos pobre, o más rica en su promedio en nivel de ingreso *per cápita* medido en dólares. Y puede ser una sociedad muy rica pero tener los mismos niveles de desigualdad

en el interior de estructuras sociales. Uno podría decir que en Estados Unidos hay menos cantidad de pobres pero podría haber mayor equidad en el ingreso. O en Haití la situación podría ser peor si hubiese mayor concentración de ingresos y en ese caso la población no solo estaría sometida a una mayor pobreza sino a una mayor pobreza extrema.

—¿Cuál es la situación del país con respecto a la desigualdad? Aparentemente y aún con el incremento de la pobreza de los últimos años, estaríamos mejor que la mayoría de países latinoamericanos.

—Argentina es una sociedad intermedia, de ingreso medio, y también lo es en cuanto a niveles de pobreza y desigualdad. La pobreza en Argentina no es la más extrema en América latina ni está tampoco en el mejor nivel. Nos encontramos en lugares intermedios o incluso mejores que la mayor parte que el pelotón latinoamericano, con niveles de

desigualdad también intermedios. Esa desigualdad no es mayor todavía gracias al sistema de redistribución del ingreso: programas sociales y la seguridad social (jubilaciones y pensiones). Ese sistema compensa las limitaciones económicas de la sociedad.

—¿Cómo se mide la desigualdad en Argentina?

—La desigualdad se mide con el índice Gini —como dijimos antes— o por las brechas en la distribución del ingreso: ya sea per cápita, por grupo familiar o por el ingreso laboral. Estas tres medidas de desigualdad siempre usan el ingreso como unidad de análisis. Las brechas se miden en términos de la distancia que hay entre el primer decil y el último decil: el decil más rico y el más pobre. O a través del coeficiente de Gini, en donde el valor 0 es absoluta equidad y el 1 es absoluta inequidad, supuestos hipotéticos que no ocurren en ningún lado del mundo. En esta lógica las brechas permiten marcar cuánto más gana el promedio del decil 10 (más rico) con el decil 1 (más pobre), ya sea un hogar o un trabajador. Otra forma de medición es la que lleva adelante el Observatorio [de la Deuda Social de la UCA]. No se basa en el recurso monetario para acceder a bienes y servicios en el mercado, sino que considera el acceso efectivo a bienes o recursos de salud (atención médica o medicamentos) —el riesgo de enfermedad puede evaluarse en término de desigualdad—, el acceso efectivo a la educación o la calidad educativa, a un hábitat adecuado (incluyendo los servicios de saneamiento disponible —con el acceso a vivienda e barrios con cloacas, agua corriente—) o a viviendas no afectadas por el hacinamiento, la existencia

de baños con descarga, la presencia de basurales, de espejos de agua contaminada. Otra variable analizada es el acceso a la seguridad social a través del trabajo y existen otras más. Son múltiples las dimensiones en las que se puede evaluar la desigualdad, no solamente desde el ingreso. Lo que está evaluando en este caso es la capacidad de acceder a bienes y servicios relacionados con derechos económicos y sociales por parte de la población. Es decir, recursos que garantizan los derechos de los ciudadanos. La propia Constitución habla del acceso a un trabajo con seguridad social, el acceso a una vi-

El reclamo o movilización en Chile, Ecuador, Bolivia, Brasil o en Argentina, cuando esto ha ocurrido, no es la movilización de los más pobres por justicia social. Es más bien el reclamo de la clase medibaja o de clases medias ascendentes, con expectativas de movilidad social

vienda digna, acceso a la educación. Todo esto forma parte de una mirada más amplia de desigualdad, que no toma solamente la desigualdad en el ingreso.

—¿Qué interpretación hace del descontento que se aprecia en naciones como Chile, cuyas cifras indican —al menos en términos económicos— una gran reducción de la pobreza, con una desigualdad que siendo importante no es tampoco la mayor de América latina?

—El descontento en Chile no es solamente un descontento por la desigualdad. Chile duplica o triplica hoy el PBI *per cápita*, tiene menor nivel de pobreza que la Argentina. Se habla mucho de que la desigualdad es el principal factor que explica el estallido. Nosotros hemos tenido es-

tallidos similares, como el de 2001, así como brotes de esa frustración en fechas cercanas a la Navidad cuando hubo contextos de crisis, de estancamiento y de inflación. Muchas veces todos esos procesos están condicionados por crisis o por actores políticos interesados en producirlos, pero independiente de esto encuentran un contexto en donde hay una población dispuesta a movilizarse o a reclamar.

El reclamo o movilización en Chile, Ecuador, Bolivia, Brasil o Argentina, cuando esto ha ocurrido, no es la movilización de los más pobres por justicia social. Es más bien el reclamo de la clase medibaja o de clases medias ascendentes, con expectativas de movilidad social, aspiracionistas, que esperan una mayor inclusión social y se ven muy insatisfechas con las políticas económicas y sociales de los oficialismos en América latina, en

un contexto donde se desacelera el crecimiento, ya que los *commodities* no valen lo mismo. A la vez, las capacidades de recaudación del Estado disminuyen.

Emergen así situaciones de crisis o estancamiento en todos los países, lo que produce una parálisis en la empleabilidad y el mejoramiento de los ingresos que veíamos desde los años 90 en muchos países de América latina. Esta situación es clave para explicar. Los sectores pobres empobrecidos a veces se pliegan, pero no son ellos el motor ni lavase de esas protestas o procesos sociales, sino que fundamentalmente son las clases medibajas aspiracionistas. También sectores juveniles que no encuentran presente ni futuro en su desarrollo, en sus estudios, en sus programas de formación o en sus salidas laborales. 

FEFARA

AVANZA



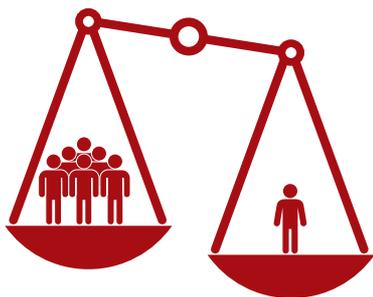
SOLUCIONES INTEGRALES
PARA LA EXCELENCIA,
EN SERVICIOS PROFESIONALES
FARMACÉUTICOS

Una red prestacional que:

- ✓ Cubre todo el territorio nacional
- ✓ Promueve el uso racional del medicamento
- ✓ Aporta herramientas informáticas que brindan seguridad y transparencia en los procesos.
- ✓ Facilita la gestión de los financiadores, posibilitando el eficiente uso de sus recursos.

Hipólito Yrigoyen 900 · 3er. Piso Of. B · (1086) Capital Federal

Teléfono: (011) 4342 9473 · fefara@fefara.org.ar · www.fefara.org.ar



DESTERRANDO ALGUNAS FALACIAS EN TORNO A LOS DATOS DE POBREZA

Este artículo propone un breve recorrido por algunos aspectos básicos de la medición oficial de la pobreza en Argentina y presenta un análisis sobre la composición de los ingresos de los pobres, algo ineludible para entender su evolución y pensar en alternativas para su reducción



Por Diego Born

Los datos sobre la pobreza ocupan un lugar central en la agenda pública. Sin embargo, cierto desconocimiento sobre aspectos básicos de su medición conlleva muy a menudo malinterpretaciones. No se trata de una dilatación: gran parte del escenario político (y del sentido común en general) se organiza (y legitima) en torno al eje de la “lucha contra la pobreza”, por lo común, sin preguntarse de qué marco teórico conceptual se desprende la medición oficial, qué es lo que se mide y cómo se lo mide.

En este artículo, en primer lugar, se propone un breve recorrido por algunos aspectos básicos de la medición oficial de la pobreza en Argentina. Posteriormente, se presenta un análisis sobre la composición de los ingresos de los pobres, lo cual resulta ineludible al momento de entender la evolución de la tasa de pobreza y pensar en alternativas para su reducción.¹

¹ Lógicamente, este recorte deja una gran cantidad de cuestiones que también son fuentes habituales de confusión (y confrontación) en torno a los datos de pobreza. Entre otros, cabe mencionar los distintos enfoques conceptuales y metodológicos para la medición de la pobreza, la (in)comparabilidad internacional de los datos, los sesgos de la pobreza

Entre dirigentes políticos, comunicadores y opinión pública, se observa, en general, una confusión inicial en la interpretación del (o de los) dato de pobreza. Lo que suele suceder es que cada uno toma el porcentaje informado por el Indec (u otras instituciones) y lo aplica, implícitamente en la gran mayoría de los casos, a su propia concepción de lo que es la pobreza.

La cuestión es que, sencillamente, los datos de pobreza no le ponen un número a lo que cada uno cree que es la pobreza, ni tampoco existe una definición natural de lo que es pobreza: los datos siempre son el resultado de una construcción metodológica específica.

Esta construcción implica, en primer lugar, una definición conceptual, que se deriva a su vez de un marco teórico/ideológico más amplio, y luego una definición operativa, que brinda pautas concretas de lo que se medirá. Pero la medición final será el pro-

por ingresos para la comparación entre grupos etarios, la relación entre pobreza y desigualdad, la relación entre pobreza e inflación, y, más coyunturalmente, en especial a partir de la falta de credibilidad de los datos de INDEC entre 2007 y 2015, la evolución reciente de la pobreza por ingresos en Argentina y la pertinencia técnica de las *estimaciones alternativas* que procuraron llenar ese vacío (en particular, el caso del ODSA-UCA, que fue la que mayor difusión alcanzó), así como las controversias en torno a supuestas mejoras en la pobreza *estructural* (o *multidimensional*). Para profundizar sobre algunas de estas cuestiones, véase Born (2019b).

ducto de tratar con limitaciones (tipo de información disponible, antigüedad de las fuentes, etc.) y de un necesario conjunto de arbitrariedades técnicas legítimas, decisiones que deben tomar los expertos al ir construyendo la métrica.

Entonces, antes de analizar un dato de pobreza, debemos preguntarnos qué nos está indicando ese dato: un porcentaje muy bajo con una metodología poco exigente puede implicar una situación más dramática que un valor alto resultante de una metodología muy exigente.

La tasa de pobreza es, entonces, un artificio estadístico que pretende resumir, de acuerdo con un marco conceptual y con los elementos empíricos disponibles, de manera siempre parcial e incompleta, las condiciones de vida de la población. Que sea un artificio no significa que no sea real o que carezca de validez y, por tanto, no implica que deba menospreciarse la estadística oficial de pobreza: solo se trata de entender en su justa medida qué nos dice y que no nos dice.

En Argentina, el Indec mide la pobreza oficialmente, de manera continua, a partir de comparar los ingresos corrientes netos (laborales, jubilaciones, programas sociales, etc.) que recibe un hogar en un mes dado (lo que se releva en la Encuesta Permanente de Hogares -EPH) con la línea de pobreza, que es el precio de mercado que tendría para ese hogar en ese mes dado una canasta básica de bienes y servicios necesaria para satisfacer un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias mínimas (cuyos precios se relevan en el marco del Índice de Precios al Consumidor).

Por un lado, se trata de un enfoque indirecto, dado que se asume que, si un hogar reúne un monto de dinero igual o mayor al valor de esa canasta cubre todas sus necesidades, pero no se mide en forma directa si esto es así (se comparan los ingresos con el costo de una canasta teórica, valorizada a precios de mercado, pero no se mide si el hogar adquiere esos productos). Por otro lado, la construcción de la canasta básica

alimentaria (CBA), que determina la línea de indigencia, y la canasta básica total (CBT), que indica la línea de pobreza², reviste una gran complejidad e implica un amplio número de decisiones.

Las limitaciones que pueden señalarse sobre la actual medición del Indec no implican juzgar la calidad del trabajo técnico mediante el cual se ha construido, a partir de los (escasos) insumos existentes. Sin embargo, sí existe un aspecto que es enteramente criticable.

Luego de la intervención del Indec entre 2007 y 2015 y la discontinuación del indicador de pobreza en 2013, las nuevas autoridades que llegaron con el gobierno de Cambiemos, recogiendo la demanda social, procuraron restablecer rápidamente la medición de la pobreza. Así, en septiembre de 2016 el Indec publicó el dato del segundo trimestre de ese año, que alcanzó al 32,2% y que fue interpretado por el oficialismo y gran parte del periodismo, como la confirmación de que la pobreza en los últimos años se ubicaba en torno al 30%.

Sin embargo, el Indec obvió mencionar enfáticamente que esa tasa de pobreza no correspondía a la metodología con la que siempre se había medido la pobreza en Argentina (de canastas basadas en la Encuesta de Gastos de los Hogares -EGH-1987/1988) y sobre la cual se construyeron los números previos a la intervención del Indec (y las estimaciones alternativas hasta 2015), sino que se habían modificado varios de los parámetros y recurrido a las EGH siguientes (1996/1997 y 2004/2005) como insumos para la construcción de las canastas.

Recién dos meses después de informar aquel dato, el INDEC (2016) publicó un documento técnico donde explicitó las modificaciones/actualizaciones llevadas a cabo. En resumen, producto fundamentalmente

Para el primer semestre de 2019, la pobreza con metodología actual se ubicó en 35,2% (luego de situarse en 25,7% en el segundo semestre de 2017, valor similar al registrado en 2012 y 2013 y en la última parte de 2015), mientras que con la metodología histórica se hubiera ubicado en torno al 23-24% (con valores en torno al 15% para los periodos mencionados)

² En septiembre de 2019 un hogar tipo del GBA necesitó de \$13.914 para no ser indigente (cubrir la CBA) y \$34.785 mil para no ser pobre (cubrir la CBT). Se estima que para diciembre estos valores ascenderían a alrededor de \$16 mil y \$40 mil respectivamente. Cabe señalar que el monto que define las líneas de indigencia y de pobreza varía de acuerdo con la composición del hogar (cantidad de integrantes y su edad y sexo) y a la región donde reside.

Desde otro ángulo, mientras que el 85% de los pobres forman parte de hogares donde al menos uno de sus integrantes tiene ingresos laborales (valor casi idéntico al de los no pobres, 86%), apenas el 0,5% de los pobres integra hogares en el que todo el ingreso proviene de planes, AUH y similares

de una línea de pobreza mucho más elevada (alrededor de 33% más cara que la que surgía de la metodología anterior) la metodología actual arrojaba para el segundo semestre de 2006 (último años antes de la Intervención) un 40,0% de personas pobres, frente al 26,9% que surgía de la metodología histórica.

Esta falta de precisión metodológica implicó un grave daño al debate público, ya fuertemente afectada como producto de la intervención del Indec: el problema no fue la actualización de la metodología, sino la falta de claridad en la difusión de los cambios realizados, que llevó a muchos actores a comparar los datos del segundo trimestre de 2016 (metodología actual) con los originales de 2006 (metodología histórica), llegando a la errónea conclusión de que la pobreza era mayor que una década atrás.

Para el primer semestre de 2019, la pobreza con metodología actual se ubicó en 35,2% (luego de situarse en 25,7% apenas un año y medio antes, en el segundo semestre de 2017, valor similar al registrado en 2012 y 2013 y en la última parte de 2015), mientras que con la metodología histórica se hubiera ubicado en torno al 23-24% (con valores en torno al 15% o algo menos para los otros periodos mencionados). Cabe mencionar que para el pico de la crisis tras la salida de la Convertibilidad (fines de 2002 e inicios de 2003), la pobreza afectaba a en torno al 57% de la población de acuerdo con la metodología histórica y casi al 70% de acuerdo con la metodología actual.³

Esta distancia entre ambas mediciones muestra el valor relativo que tiene el nivel (tasa de pobreza), a la vez que deja en claro que lo relevante son las variaciones, consistentes entre ambas metodologías, así como también con la evolución de la cantidad de perceptores en distintas fuentes de ingreso y del poder adquisitivo de las remuneraciones laborales, jubilaciones, etc.

³ Para discusiones y propuestas de construcción de series de pobreza homogéneas desde 2003 en adelante, véase CESO (2016), Zack et al (2017), Tornarolli (2018) y Fernández y González (2019). Para un análisis detallado sobre los problemas de la EPH durante los años 2007 y 2015 y sus efectos sobre la medición de la pobreza, véase Míndolo y Born (2019).

En definitiva, como regla general, la utilidad del dato de pobreza no radica en su valor per se, sino en permitirnos evaluar a lo largo del tiempo la evolución de un indicador que da cuenta, de forma resumida, de las condiciones de vida de la población (de uno o varios aspectos) y, en un mismo momento, de la desigualdad entre distintos grupos.

¿De qué viven los pobres?*

Imbuida de una (supuesta) concepción meritocrática, buena parte de la población está convencida de que los más humildes viven, en su mayoría, de planes, y que el costo de mantener estos planes es lo que asfixia a la economía (y a los que sí trabajan).

Sin embargo, la información recogida por la EPH deja en evidencia que, lejos de eso, la gran mayoría de los ingresos de los hogares pobres procede del mercado de trabajo (en una proporción similar a la de los hogares no pobres). En contrapartida, las transferencias monetarias directas dirigidas a la población vulnerable (planes de empleo y capacitación, AUH, becas escolares y similares, tanto del estado nacional como de las provincias y municipios) cumplen apenas un rol complementario.

Tomando el periodo comprendido entre el segundo trimestre de 2018 y el primero de 2019 (último año corrido con bases de datos disponibles), se plantea una radiografía de los ingresos de los pobres (indigentes y no indigentes) y de los no pobres (en estratos, según la cantidad de canastas de pobreza que representan sus ingresos).

En los hogares pobres, el 70,5% de los ingresos totales provienen de ocupaciones laborales (sin incluir los planes de empleo⁵), valor que resulta apenas inferior al del promedio de los hogares no pobres (73,0%).

⁴ Esta sección se basa en un artículo reciente del autor (Born, 2019a).

⁵ Quienes deben realizar tareas como contraprestación para acceder a la retribución estipulada en un plan o programa de empleo son contabilizados como ocupados en la EPH, y, por tanto, sus ingresos también pueden ser considerados como provenientes del mercado de trabajo. Sin embargo, debido al enfoque analítico adoptado aquí, se ha decidido excluir los ingresos por planes de empleo de los ingresos laborales.

Distribución de los ingresos familiares según fuente de ingreso por condición frente a la pobreza. Total 31 grandes aglomerados EPH, promedio segundo trimestre de 2018 a primer trimestre de 2019

	Total	Pobres			No Pobres				
		Total	Indi- gentes	No Indi- gentes	Total	Vulnera- bles (<1,5LP)	Medio bajo (<2LP)	Medio (<4LP)	Acomoda- dos (4+LP)
Porcentaje del total de población	100	31.7	6.3	25.3	68.3	20.3	15.2	23.8	9.0
Porcentaje del total de hogares	100	22.8	4.7	18.1	77.2	17.5	16.1	29.2	14.4
Promedio del ingreso per cápita del hogar (\$GBA Sept/19)	17,590	5,558	2,238	6,385	23,165	11,300	15,809	25,139	57,237
Descomposición de los ingresos por fuente (porcentaje)									
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ingresos laborales de ocupaciones actuales (excl. Plan)	72.8	70.5	54.8	71.8	73.0	76.3	73.0	75.5	68.6
Ocupaciones formales	59.0	36.8	15.1	38.7	61.4	52.8	58.2	65.7	61.9
Asalariados sector estatal	17.2	7.0	2.5	7.4	18.3	11.2	14.6	19.8	21.4
Asalariados sector privado	31.2	23.1	8.0	24.5	32.1	34.2	35.6	35.2	26.0
Trabajadores independientes	10.6	6.7	4.6	6.8	11.0	7.3	8.0	10.7	14.5
Ocupaciones informales	13.8	33.6	39.8	33.1	11.6	23.5	14.8	9.8	6.7
Asalariados	10.2	23.8	26.3	23.6	8.7	16.7	10.8	7.3	5.8
Trabajadores independientes	3.5	9.8	13.5	9.5	2.8	6.8	4.0	2.5	0.9
Ingresos devengados de ocupaciones anteriores	1.5	1.5	2.5	1.4	1.5	0.8	0.8	0.5	3.2
Retribución de ocupaciones anteriores	0.4	1.1	2.0	1.1	0.4	0.6	0.5	0.3	0.2
Indemnizaciones	1.0	0.1	0.2	0.1	1.1	0.1	0.1	0.2	3.0
Seguro de desempleo	0.1	0.2	0.4	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
Jubilaciones y pensiones	20.9	15.2	11.6	15.5	21.6	17.9	22.7	20.8	23.5
Rentas, alquileres y similares	1.4	0.4	0.2	0.4	1.6	0.4	0.4	0.9	3.4
Cuota alimentaria o ayuda de otros hogares	1.7	3.2	5.6	3.0	1.6	2.2	2.1	1.8	0.7
Otras fuentes	0.2	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.5
Transferencias monetarias directas no contributivas	1.5	9.3	25.2	7.9	0.7	2.4	0.9	0.4	0.1
Plan de empleo (con contr. lab)	0.2	1.1	1.0	1.1	0.1	0.4	0.2	0.1	0.0
Ayuda social (AUH y otras)	1.2	7.8	23.8	6.5	0.4	1.8	0.6	0.2	0.0
Becas escolares	0.1	0.4	0.5	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0

Fuente: elaboración propia en base a microdatos de EPH-INDEC.

Sin embargo, mientras que en los hogares pobres casi la mitad de los ingresos laborales provienen de ocupaciones informales (48%), en los hogares no pobres los ingresos de ocupaciones formales representan el 84% de los ingresos laborales⁶. Dentro de los pobres, la participación de los ingresos laborales es más baja entre los indigentes, entre quienes además es mucho mayor el peso de las ocupaciones informales en la masa de ingresos laborales. En los no pobres, la mayor participación de los ingresos laborales se observa entre aquellos cuyos ingresos familiares se ubican apenas por encima de la línea de la pobreza, y el peso de las ocupaciones formales en el total del ingreso laboral se incrementa a medida que más arriba de la pirámide se ubica el hogar. En contrapartida, los ingresos por transferencias directas no contributivas dirigidas a población vulnerable como la AUH, los planes de empleo (con contraprestación

laboral) y de capacitación, las becas escolares, etc. representan solo el 9,3% de los ingresos de los hogares pobres: del total de estos ingresos, el 84% corresponden al ítem ayuda social donde el mayor aporte proviene de la AUH, el 12% a planes de empleo y el 4% a becas.⁷

Desde otro ángulo, mientras que el 85% de los pobres forman parte de hogares donde al menos uno de sus integrantes tiene ingresos laborales (valor casi idéntico al de los no pobres, 86%), apenas el 0,5% de los pobres integra hogares en el que todo el ingreso proviene de planes, AUH y similares. En el caso de la población en hogares indigentes, la participación de estas transferencias en el total de la masa de ingresos alcanza al 25,2%, mientras que entre los pobres no indigentes cae al 7,9%. El peso relativo que los ingresos por estas transferencias tienen entre los indigentes no implica que sean sumas cuantiosas, sino, sim-

6 En el caso de los asalariados (privados y estatales) se considera formales a quienes les realizan descuento jubilatorio. En el caso de los trabajadores independientes (patrones y cuentapropistas), la EPH no indaga directamente sobre el registro fiscal de la actividad, con lo cual se utiliza una aproximación basada en las características personales y de la ocupación; así, se clasifican como formales (i) los patrones con calificación ocupacional profesional, o nivel secundario completo, o en establecimientos de 5 o más personas; y (ii) los cuentapropistas con calificación técnica o profesional, o con calificación operativa con al menos nivel secundario completo.

7 Por otro lado, en los hogares pobres los ingresos por jubilación o pensión ocupan el segundo lugar luego de los ingresos laborales, al igual que entre los no pobres. Pero mientras representan 15,2% del total de ingresos en hogares pobres, en el resto representan una proporción mayor, especialmente en los sectores acomodados (23,8%), donde también tienen un peso destacado los ingresos por rentas y alquileres (3,4%). Los ingresos monetarios por cuota alimentaria o ayuda de otros hogares están presente en todos los segmentos, pero en mayor medida en los hogares pobres, especialmente entre aquellos que se encuentran en la indigencia (5,6%).

La cuestión es que, sencillamente, los datos de pobreza no le ponen un número a lo que cada uno cree que es la pobreza, ni tampoco existe una definición natural de lo que es pobreza: los datos siempre son el resultado de una construcción metodológica específica

plemente, a que sus ingresos originados en otras fuentes son exigüos: cada persona que integra hogares indigentes, en promedio y a precios de septiembre, recibe unos \$550 mensuales por medio de estas transferencias, frente a los \$3.600 que necesitaría para no ser indigente y a los cerca de \$9.000 que requeriría, en total, para no ser pobre. Cabe señalar que estas transferencias tienen distintos orígenes y objetivos. A diferencia del periodo transcurrido entre fines de los noventa y los primeros años del siglo, cuando la estrella eran los planes de empleo, actualmente la transferencia social directa cuantitativamente más importante es la AUH, que constituyó una de las medidas de equiparación de derechos más importantes de las últimas décadas (los hijos de los trabajadores formales reciben ingresos por sus hijos por la vía de las asignaciones familiares o por la de deducción de ganancias) y, junto a las moratorias previsionales, fueron fundamentales para garantizar un piso mínimo de protección social que alcanza a casi todos los niños, niñas y adolescentes y adultos mayores de nuestro país. En este marco, si se decidiese eliminar todos los ingresos que los hogares reciben en con-

cepto de AUH, planes de empleo, becas, etc., la tasa de indigencia aumentaría entre 2,5 y 3 puntos porcentuales, en tanto que la de pobreza total subiría alrededor de un punto y medio. Esto muestra que las transferencias sociales directas tienen mayor eficacia para garantizar un pequeño ingreso estable a los indigentes y para evitar que una porción de los pobres no indigentes caigan en la indigencia, que para reducir la pobreza. Para ponerlo en perspectiva, si bien un punto porcentual y medio equivale a casi 700 mil personas (extrapolando los datos de las grandes ciudades, que es lo que cubre la EPH, a todo el país), esta magnitud representa apenas una sexta parte del crecimiento experimentado por la tasa de pobreza entre la segunda parte de 2017 (25,7%) y la primera mitad de 2018 (35,4%). En definitiva, dado el carácter apenas paliativo (aunque necesario, progresivo y, en muchos casos, restitutivo de derechos) de las transferencias sociales directas, el combate a la pobreza (y a la desigualdad) no debe pasar por la estéril discusión sobre ellas, sino por cómo lograr reactivar el mercado de trabajo, para que bajen la desocupación y la informalidad, y se recupere el poder adquisitivo de los salarios. 

Bibliografía

- Born, D. (2019a). “Derribar el mito de los “planeros”: ¿de qué viven los pobres?”. Nota publicada en *Ámbito.com* el 18/10/2019. <https://www.ambito.com/derribar-el-mito-los-planeros-de-que-viven-los-pobres-n5060448>
- Born, D. (2019b). “Los mitos en torno a la medición (y evolución) de la pobreza en Argentina”. Presentado en 3° Congreso AAS y 2das Jornadas Provinciales de Sociología de San Juan, Asociación Argentina de Sociología, Ciudad de San Juan, 4, 5 y 6 de septiembre de 2019.
- CESO (2016). *Pobreza e indigencia en Argentina (2003-16)*. Buenos Aires: CESO.
- https://www.ceso.com.ar/sites/www.ceso.com.ar/files/ceso_pobreza_2016.pdf
- Fernández, A. L. y González, M (2019). *Cambios metodológicos en la medición de la pobreza en Argentina. Revisión y construcción de series homogéneas*. Buenos Aires: CIFRA-CTA. http://www.centrocifra.org.ar/docs/CIFRA%20DT%2016%20_%20Pobreza.pdf
- INDEC (2016). *La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina*. Buenos Aires: INDEC. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/EPH_metodologia_22_pobreza.pdf
- Minoldo, S. y Born, D. (2019). *Claroscuros. Nueve años de datos bajo sospecha (EPH en Argentina entre 2007 y 2015)*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Tornarolli, L. (2018). *Series Comparables de Indigencia y Pobreza: Una Propuesta Metodológica*. La Plata: CEDLAS. http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/wp-content/uploads/doc_cedlas226.pdf
- Zack, G.; Schteingart, D. Favata, F. (2017). “Pobreza e indigencia en Argentina (2003-2017): construcción de una serie completa y metodológicamente homogénea”. Presentado en LII Reunión Anual de AAEP. https://aaep.org.ar/espa/anales/works/works2017/zack_schteingart.pdf

LA INNOVACIÓN Y EL FUTURO: UN DESAFÍO ECONÓMICO, MORAL Y EDUCATIVO



Por Rubén Torres

“Si lo que nos proponemos es salvar vidas humanas, se necesita otro nivel de innovación: no sólo tecnológica sino también sistémica”, dice Bill Gates. Y

no cabe duda respecto a que en nuestros países, los grandes espacios de innovación en salud están en estrategias integradas para promover estilos de vida saludable, en mejorar la organización y gestión de servicios que aseguren continuidad de atención entre los niveles del sistema, y en el desarrollo de nuevas plataformas para la entrega efectiva de tecnologías de probado costo-efectividad.

Sin embargo, los precios de la llamada innovación tecnológica, y especialmente los nuevos medicamentos ponen en jaque la sostenibilidad de los sistemas de salud en todo el mundo. La enorme brecha entre precios elevados y bajos resultados clínicos constituye un desafío, hoy salvado con la evaluación de tecnologías sanitarias, la determinación del costo efectividad y las estimaciones de impacto presupuestario. Pero hoy, ya existen terapias basadas en tecnología y manipulación genética (CAR-T, CRISPR, etc.), que colocadas en el mercado a valores con piso de 300.000 dólares, y garantías explícitas de curación de la enfermedad, están redefiniendo no sólo el concepto de salud, sino también el de acceso y cobertura.

Cuando en 1859 Darwin esbozó su teoría basada en la selección natural y la mutación aleatoria lejos estaba de imaginar que sería “hackeado” en este segundo pilar, y el futuro de la humanidad podría llegar a estar en manos de la ingeniería genética superando enfermedades modificando genomas individuales o seleccionando embriones. En 1999, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó la rapamicina

como inmunosupresor para prevenir el rechazo de órganos trasplantados. Luego los científicos descubrieron que afectaba a todo tipo de procesos biológicos, y extendía la vida útil de levaduras, gusanos y ratones. ¿Podrá hacer lo mismo en humanos? Hoy es uno de los medicamentos más prometedores para combatir el envejecimiento ¿Logrará acabar con la vejez?

Lo cierto es que más allá de estas comprobaciones, desde ahora las personas podrán tomar decisiones sobre sus vidas de formas imposibles en el pasado

(como seleccionar activamente o “editar” su descendencia), y muy pronto

los estudiantes de medicina, que pasaron de estudiar anatomía diseccionando cadáveres a hacerlo en simuladores 3D, empezarán a aprender del cuerpo humano a través de la “disección” de su genoma, y habitarán un mundo en el cual los médicos estarán conectados a distancia con sus pacientes y accediendo a cantidades enormes de datos biométricos.

**YA EXISTEN
TERAPIAS BASADAS EN
TECNOLOGÍA Y MANIPULACIÓN
GENÉTICA QUE, COLOCADAS EN
EL MERCADO A VALORES CON PISO
DE 300.000 DÓLARES Y GARANTÍAS
EXPLÍCITAS DE CURACIÓN DE LA
ENFERMEDAD, ESTÁN REDEFINIENDO
NO SÓLO EL CONCEPTO DE SALUD,
SINO TAMBIÉN EL DE ACCESO
Y COBERTURA**

Estos espectaculares avances, podrían también permitir la generación de seres optimizados para ciertas características de apariencia o inteligencia, en el marco de sociedades capaces de crear obras de arte, filosofía y conceptos universales como los derechos humanos, pero también de aniquilar millones de personas en guerras y genocidios (invirtiendo grandes sumas de la riqueza colectiva en herramientas de asesinatos en masa). Y es posible que en poco tiempo también presenciemos, nosotros o nuestros hijos, demandas imposibles de satisfacer, que por su naturaleza y volumen de los precios no podrán ser alcanzadas sino por unos pocos que estén en condiciones de pagarlas, exacerbando las desigualdades. Dos desafíos morales. El manejo de estas nuevas tecnologías, no solo exigirá creatividad para hacerlos sustentables, sino también el enorme desafío educativo para sostener valores permanentes.

ALFONZO-BELLO:

“PENSAR QUE HAY UN SOLO TIPO DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES ES INJUSTO Y VIOLENTO”

Médico psiquiatra, asesor regional para el abuso de sustancias de la OPS disertó en ISALUD sobre este problema de salud pública y la evolución que deberían seguir los tratamientos

“Pretender que existe un solo tipo de tratamiento para las adicciones, un modelo único y hegemónico, es injusto y violento”, dijo el médico psiquiatra Luis Alfonso Bello, asesor regional para el abuso de sustancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un encuentro en ISALUD.

De nacionalidad venezolana, el consultor tituló su exposición como *El problema mundial de las drogas: desafíos para los sistemas de salud de las Américas* y fue presentado por Roberto Canay, subsecretario de Estrategias de Prevención y Tratamiento de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar).

El asesor de la OPS citó palabras de un informe de la Organización Mundial de Salud (OMS), según el cual “el consumo de drogas, los trastornos que esto provoca y las afecciones sanitarias conexas son importantes problemas de salud pública”.

Estos problemas, agrega el documento de la OMS mencionado por el especialista, “han alcanzado proporciones alarmantes y constituyen

a escala mundial una carga sanitaria y social importante y en gran medida prevenible”.

Sostuvo que en el tema de los tratamientos contra las adicciones “se habla siempre del que se queda, pero nunca del que se va”, ya que las políticas correspondientes no visualizan a los que abandonan –por distintos motivos– los tratamientos.

Alfonzo Bello criticó la aproximación tradicional que se hace del problema del abuso de sustancias. Exhortar a “decirle no a las drogas” o formular invocaciones a lo moral, lo religioso o lo familiar son posturas *naif*.

“Nadie es tan tonto para volverse adicto porque quiere”, ya esto no depende completamente de la voluntad del sujeto. “Hay predisposiciones, eventos biológicos, hereditarios y culturales”, destacó el experto.

El venezolano tuvo una postura fuertemente crítica sobre cómo los sistemas de salud de la región tienden a abordar esta problemática. “No pasamos muchas veces lo meramente declarativo”, se lamentó.

Los propios ministerios de salud,

afirmó, no fueron creados para enfrentar las adicciones y el abuso de sustancia y se sienten incómodos en ese rol. “El tema de las drogas va de la mano de la salud mental”, dijo.

Entorno-trípode

Para el asesor de salud, la manera correcta de abordar el problema es, en primer lugar, determinar las características de un entorno-trípode donde de un lado está el “consumidor” (con su vulnerabilidad, características biológicas, personalidad y comorbilidades).

En los otros lados se ubican las “drogas” (con sus propiedades psicoactivas, los daños agudos a órganos y sistemas que pueden provocar y sus usos) y en un tercer vértice se sitúan el “ambiente y contexto” (que abarca la accesibilidad, la percepción de riesgo y la valoración social y los rasgos sociales y ambientales).

Para entender el problema, dijo, lo primero que hay que advertir es que la droga produce siempre “un impacto en la salud”, a la vez que existe un universo múltiple de diferentes sustancias, las que provocan diferentes daños. También hay distintos patrones de uso (frecuencia, intensidad). Y finalmente, debe tenerse en cuenta que el ambiente y el contexto (la accesibilidad) también varían.

“El consumo de la sustancia es siempre un problema de salud pública y como tal debe ser tratado por parte de especialistas, profesionales y académicos”, dijo Alfonso Bello.

De ninguna manera, aclaró, las personas que egresan favorablemente de un tratamiento son *per se* “especialistas” o autoridades en la cuestión –como a veces se los conceputa– más allá de lo útil que resulte su experiencia. ¿Por qué? Porque cada caso es distinto y no necesariamente la persona puede tener comprensión de los factores que se pusieron en juego para que abandonara la adicción.

Es decir, que la adicción y el abuso de sustancia no es un problema educativo, existencial, social, de seguridad o religioso, más allá que pueda incluir alguna de estas dimensiones. Entre los trastornos que sobrevienen por el uso de sustancias, el asesor panamericano dijo que además de implicar un problema de salud hay también riesgos implícitos para los propios usuarios y familiares, así como consecuencias sociales (productividad, seguridad, crimen, costo de salud) y una carga para los sistemas de salud (especialmente los dedicados a la salud mental).

En América latina, el acceso a tratamiento es de 1 por cada 11 personas, es decir, menos del 10%. Para colmo, hay muchos tratamientos “no respaldados por evidencia científica” y que simplemente son ejercicios de contención de la persona con ingredientes existenciales, místicos, de auto-ayuda o religiosos.

Otra cuestión sobre la que debe trabajarse son los objetivos de respuesta. “No hay que hablar de curación”, proclamó Alfonso Bello, porque al igual que enfermedades crónicas o continuas, como la diabetes o el asma, “no nos planteamos la cura”.



“Nadie es tan tonto para volverse adicto porque quiere”, ya esto no depende completamente de la voluntad del sujeto. “Hay predisposiciones, eventos biológicos, hereditarios y culturales”, destacó el experto

En medicina, aclaró, en realidad muy afecciones “se curan”, pero la verdadera cuestión es siempre la de reducir sus efectos.

Asimismo, expresó que otro de los factores que distrae de las verdaderas soluciones es analizar “si la sustancia es legal o no” cuando lo importante es centrarse en sus efectos y en la persona.

El abuso de sustancias, como el resto de las situaciones médicas y las evaluaciones para la aplicación de políticas públicas, conlleva sus mitos. En este caso, se dice que el tratamiento de los fármacodependientes es “muy caro”. Pero en realidad, aclaró Alfonso Bello, el tratamiento ni siquiera se aproxima a los altos costos en el tiempo que, por ejemplo, insumen la oncología o la rehabilitación.

“Apenas una semana de costo de terapia intensiva” equivale a muchos meses de tratamiento de acciones, afirmó.

El experto indicó que los principios claves de un tratamiento son: 1) que sea disponible, accesible, atractivo y apropiado; 2) que sea ético; 3) que esté coordinado con los sistemas judicial, de salud y de bienestar social; 4) que esté basado en evidencia científica y responda a las necesidades específicas de los usuarios; 5) que responda a las necesidades de poblaciones específicas.

Como puntos adicionales, mencionó como número 6) que se encuentre asegurado por una buena gestión clínica de servicios y programas. Y finalmente, 7) que esté apoyado en políticas orientadas a un tratamiento integral y conectados con servicios complementarios.

La Organización Panamericana de la Salud, el organismo internacional para el cual trabaja Alfonso Bello, es la agencia multilateral de salud pública más antigua del mundo, fundada en 1902 y con sede en Washington DC. Según reza su misión, busca “trabajar con todos los países del hemisferio occidental en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida en las Américas”. [U](#)

LA PROPIEDAD INTELECTUAL COMO CLAVE PARA FACILITAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS

La Universidad fue sede de una reunión internacional sobre derechos industriales para la promoción de la equidad en el acceso a medicinas; qué pueden hacer los gobiernos para expandir la producción local

Por Roberto H. Iglesias

La promoción de la equidad en el acceso a medicamentos es fundamental para el ejercicio de las responsabilidades de los estados nacionales en relación con la salud, correlato de los derechos de las personas a obtener los cuidados y terapias necesarias para una vida sana y saludable.

Sin embargo, los gobiernos se enfrentan a grandes desafíos que impiden el progreso hacia este objetivo, en buena parte debido a factores que traban el acceso a tratamientos y a otros que generan problemas de sostenibilidad en los sistemas de salud.

Estas consideraciones impulsaron la organización, los días 10 y 11 de octubre, de la Reunión Regional sobre Políticas de Propiedad Intelectual para Facilitar el Acceso a Medicamentos, llevada adelante en Buenos Aires por ISALUD y el grupo intergubernamental global South Centre.

El encuentro contó entre otros con la presencia del rector honorario de la Universidad, Ginés González García; el abogado experto en patentes y derecho internacional Carlos Correa; la

investigadora y especialista en economía de la salud Sonia Tarragona y el consultor en salud y desarrollo Germán Velásquez.

En la reunión se analizaron y debatieron en distintos paneles las políticas de propiedad intelectual que los gobiernos pueden implementar para expandir la producción local y la adquisición de medicamentos de calidad a precios razonables.

Entre otros temas se discutieron las normativas y los procesos relevantes y formas internacionales, la proliferación de patentes, la tensión entre propiedad intelectual y salud pública, la

experiencia de la ONG internacional Drugs for Neglected Diseases Initiative (Ginebra, Suiza) para facilitar el acceso a los medicamentos.

Las paneles se dividieron en nueve sesiones diferentes: 1) Derechos a la salud, acceso a los medicamentos y propiedad intelectual; 2) Flexibilidad en la determinación de criterios de patentabilidad y exclusiones; 3) Biológicos y nuevas terapias; 4) Licencias obligatorias y uso gubernamental; 5) Protección de datos de prueba; 6) Excepción "Bolar", uso experimental; 7) Medidas cautelares y en frontera; 8) Grupos de trabajo: ¿Cómo fortalecer a nivel nacional y regional el uso de flexibilidades en materia de propiedad intelectual para favorecer el acceso a medicamentos? y 9) Sumario y conclusiones.

El tema central de la reunión giró en



Sonia Tarragona, investigadora y especialista en economía de la salud, Ginés González García, rector honorario de la Universidad; y el abogado experto en patentes y derecho internacional Carlos Correa.

torno a examinar cómo funciona el sistema de patentes, qué características tiene la regulación correspondiente y qué objetivos cumple a nivel global, a la vez que establecer –a partir de ese análisis– que estrategias económicas, regulatorias, jurídicas y políticas podrían implementarse para favorecer el desarrollo, difusión y acceso a los medicamentos.

El concepto de patentes industriales aplicadas a los medicamentos ha planteado desde siempre el debate sobre hasta qué punto es un mecanismo que alienta la investigación, el desarrollo y la difusión de los productos farmacológicos para beneficio de la sociedad. Y, en particular, de sus destinatarios directos: la personas con algún tipo de malestar o enfermedad.

Las patentes pueden verse como la consagración del derecho de propiedad a la expresión concreta de una idea o la aplicación de un proceso investigativo: una invención material con valor industrial. Pero también puede considerarse a las patentes como un monopolio legal que traba la competencia. No por nada la misma raíz de la palabra tiene reminiscencias del absolutismo monárquico, cuando los reyes otorgaban “patentes” a sus amigos para la explotación exclusiva de recursos (desde el tabaco hasta el correo). Estos monopolios redundaban en el beneficio de unos pocos y, claramente, perjudicaban a la mayoría.

La postura más razonable se sitúa en un término medio. Resulta claro que nadie se tomaría la molestia de invertir tiempo, esfuerzo y dinero en investigación y desarrollo de un medicamento si cualquiera pudiera copiar la fórmula y vender el compuesto sin más. Esto se asemejaría demasiado a un “robo”, como el robo de un celular o de un auto que



“AUNQUE NO HAY UN ESTÁNDAR INTERNACIONAL, HAY QUE OTORGAR UNA PATENTE CUANDO EXISTA UNA VERDADERA ACTIVIDAD INVENTIVA, PERO DE ESTO DEBE ELIMINARSE LA OBVIEDAD”, DESTACÓ CORREA

me puede haber costado mucho obtenerlos y que incluso podrían actuar como herramientas de trabajo.

Las patentes industriales (como los derechos de autor) se conceden por periodos limitados: el tiempo suficiente para “premiar” a sus creadores y alentarlos a continuar investigando y desarrollando productos similares, pero también el lapso necesario para que aparezca la competencia y logre difundir y abaratar el producto, poniéndolo al alcance de todos los públicos.

La Argentina era hasta hace un cuarto de siglo uno de los pocos países que no permitía patentar medicamentos (Ley 111, sancionada en 1864). Esto trajo una fuerte confrontación en ese campo con la poderosa industria médica de los Estados Unidos y el gobierno de ese país, especialmente luego de la Segunda Guerra Mundial. Al adherirse a la Organización Mundial del Comercio en 1995 (el ex GATT) Argentina debió firmar los acuerdos TRIPS (conocidos en español como ADPIC), con lo cual tuvo que adecuarse a estándares in-

ternacionales de patentamiento que permitieron dejar atrás ese conflicto.

Criterios de patentabilidad

Los acuerdos TRIPS/ADPIC (Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) fijaban entre otras cosas criterios de patentabilidad de cumplimiento obligatorio por parte de los países. Por ejemplo, no podrían discriminar entre tecnologías o usos, con lo cual los productos farmacéuticos debían ser indefectiblemente incluidos.

Con todo, las disposiciones del acuerdo establecían bases mínimas y dejan márgenes de maniobra o interpretación que cada país podía usar a su discreción. Así, la protección que se acuerda a los programas informáticos no es la misma en los Estados Unidos (más fuerte) que en la Comunidad Europea (más laxa). También sobre los medicamentos existen diferentes criterios y diversas causas de inclusión o exclusión.

Una importante actividad de la reunión regional fue el debate denominado “¿cómo fortalecer a nivel nacional y regional el uso de flexibilidades de propiedad intelectual para favorecer el acceso a medicamentos?”.

Esas flexibilidades, que aluden a los criterios de patentabilidad y exclusiones en relación con los productos farmacológicos, fueron repasadas por un grupo de expertos y titulares de entidades de propiedad intelectual de distintos países latinoamericanos. Al especialista Carlos Correa le tocó hacer un análisis a fondo sobre estos puntos, sintetizando las distintas posiciones.

Correa es argentino, doctor en Derecho, licenciado en Economía y director del Centro de Estudios Interdisciplinarios de Derecho Industrial y Económico de la Universidad de

Buenos Aires (UBA). Tiene una vasta experiencia en cuestiones de comercio internacional, patentes de medicamentos, transferencia de tecnología y políticas de inversión.

El especialista comenzó su exposición destacando que según un estudio un Smartphone utiliza entre 50.000 y 250.000 tecnologías patentadas. “Pero se sabe que un gran número de esas patentes no se sostendrán, porque cerca de un 50% de las mismas terminan discutidas e invalidadas”, observó.

Por cada producto que se crea, el fabricante saca una patente que en principio es admitida. Ese fabricante, por las dudas, busca quedar bien posicionado y trabar la competencia o derivar *royalties*. Este fenómeno, prosiguió Correa, tiene que ver con cómo se aplican los estándares de patentabilidad y esto también se refleja en el sector farmacéutico. En la Oficina de Patentes de los Estados Unidos se creó un sector dedicado a la post evaluación de patentes y hay también un tribunal administrativo de apelación.

“El sistema de patentes, tal como está actualmente concebido, podría no estar cumpliendo su función”, alertó el experto. Las estadísticas de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) que muestran los medicamentos aprobados entre 1994-2018 señalan que desde 2000 la innovación farmacéutica cayó de manera muy significativa. Desde entonces se aprobaron “casi la mitad” de los medicamentos por año en relación al siglo XX.

El 2000 es el año en que comenzó la vigencia de los acuerdos TRIPS/ADPIC. Para Correa, esto significó que “no exista una relación entre una expansión de la protección de los productos farmacéuticos a escala global

y un mayor grado de innovación”. Indicó que la mitad de los nuevos medicamentos que se ponen en el mercado son para atender enfermedades “huérfanas”, es decir, aquellas que afectan a un número pequeño o no tan grande de personas, pero cuyo tratamiento es rentable. Asimismo, estas enfermedades cuentan

LOS NÚMEROS DE PATENTES OTORGADAS, EN PROMEDIO, ESTÁN EN MILES. PERO NO HAY UNA CORRESPONDENCIA “ENTRE LA INNOVACIÓN GENUINA Y LAS PATENTES QUE SE SOLICITAN”. EN REALIDAD, SOSTUVO CORREA, “SE USA LA PATENTE PARA EXTENDER EL CONTROL DE MERCADO”

con regímenes especiales de promoción. Al mismo tiempo, los precios de los fármacos correspondientes son altísimos.

Los números de patentes otorgadas, en promedio, están en miles. Pero no hay una correspondencia “entre la innovación genuina y las patentes que se solicitan”. En realidad, sostuvo Correa, “se usa la patente para extender el control de mercado”.

Reverdecimiento

Uno de los mecanismos para lograr ese control se denomina *evergreening* (“reverdecimiento”) y consiste en partir de la patente básica para obtener, a su vencimiento o antes, un enorme número de patentes derivadas, de modo tal que la protección no venza a los 20 años sino que expiren mucho después.

“Esto es preocupante porque si asumimos que la competencia es el principal factor para la baja de los precios, y no hay competencia, la patente termina equivaliendo a un monopolio legal. El monopolista fija

un precio alto y como la demanda es inelástica, se terminan obteniendo ganancias altas con una producción limitada”, explicó Correa.

El experto llamó la atención acerca del hecho según el cual la mayoría de las legislaciones de patentes no definen claramente lo que es una ‘invención’, lo que crea márgenes de flexibilidad pero también de imprecisión. “Los acuerdos TRIPS/ADPIC obligan a conceder patentes sobre las ‘invenciones’, pero el acuerdo tampoco define qué es una invención”, indicó.

Correa se refirió al caso Myriad, el cual expone los problemas que se han planteado en casos importantes del derecho de patentes en relación a la bioética.

La empresa estadounidense Myriad Genetics estableció cuál es el gen causante del cáncer mamario. Dado que la identificación de los genes presupone una secuencia de elementos que deben ser descubiertos y descritos se ha considerado que es legítimo patentarlos en una mayoría de los casos.

Myriad obtuvo siete patentes del gen como tal. La gran ventaja de contar con la patente, en este caso, era que otorgaba a la empresa un derecho exclusivo de realizar los *tests*. Una provincia canadiense, dijo Correa, se opuso a reconocer esa patente por entender que hacía subir desproporcionadamente los costos del sistema de salud.

Desde hace tiempo, la Oficina de Patentes de los Estados Unidos viene concediendo patentes sobre genes a determinadas empresas que los identifican, lo que hace posible el tratamiento de enfermedades. Como el gen no existe en la naturaleza de manera aislada, se argumentó que no se trataba de una cuestión ‘natural’ ni ‘genérica’ y que debía

considerárselo una invención, subrayó el abogado argentino.

Este tipo de patentes fueron atacados por una serie de entidades de bien público en los Estados Unidos. Se hizo una demanda judicial en la que un fallo de primera instancia consideró que era un “truco de abogado”.

Esa expresión, *attorney trick*, es una fórmula comúnmente utilizada en el mundo anglosajón para describir maniobras que derivan en situaciones ajustadas a derecho pero de resultados absurdos y que sólo buscan favorecer un interés particular.

Por lo tanto, las patentes genéticas se declararon nulas, pero un tribunal de alzada revirtió esa sentencia y dijo que eran válidas. Al llegar el caso a la Corte Suprema, en Washington, el organismo judicial supremo dictaminó que el ADN (ácido desoxirribonucleico, donde se encuentran los genes), incluso si es aislado, no es patentable porque es parte de la naturaleza.

Sin embargo, la Corte falló que sí es patentable el ADN complementario, que es el que usa para clonación o pruebas de genes.

Conceptos de invención

Esto demuestra, opinó Correa, que aún dentro de un mismo país puede haber distintos conceptos de lo que significa “invención”.

Por supuesto, los criterios también cambian de nación en nación, si bien muchas leyes locales no definen taxativamente qué es una invención, de la misma manera que no lo hacen los acuerdos TRIPS/ADPIC.

La ley de Brasil, en cambio, tiene algunas descripciones en ese sentido con un grado de detalle mayor que el promedio de las legislaciones: el material biológico “*embora isolado*” (aun aislado) no es patentable, dicen las normas. Otras leyes pueden hacer una distinción entre lo que es una

“invención” o un “descubrimiento”, subrayó el especialista.

Correa indicó que hay otros factores de flexibilidad. El criterio de “novedad” es una condición necesaria (aunque no suficiente) para la obtención válida de una patente. Pero su alcance ha variado.

En el siglo XIX, por ejemplo, se aplicaba un concepto de novedad local y relativa: una solicitud de patentes era o no viable teniendo en cuenta la divulgación de un invento en el territorio de un país, ya fuera por publicaciones o por el propio uso del artificio o procedimiento en la nación en cuestión.

Los avances en los intercambios y las comunicaciones hacen que “ahora se considere un criterio de novedad ‘universal’”, destacó Correa. Es decir que una patente o la existencia del invento se la presume conocida en todo el mundo.

Otro ejemplo sobre el tema de novedad está dado por la doctrina de la

CORREA DIJO QUE ALGUNOS PAÍSES HAN INCORPORADO MEDIDAS ANTIEVERGREENING Y QUE LA OFICINA DE PATENTES EUROPEA HIZO UN ESFUERZO EN 2010 PARA MEJORAR LAS PATENTES, PRECISANDO MEJOR SUS CARACTERÍSTICAS Y ESTABLECIENDO QUE DEBEN APOYARSE EN LA INNOVACIÓN

divulgación genérica y la divulgación específica. Se puede haber obtenido una patente con un compuesto de un gran número de elementos, pero si se presenta una segunda patente con menos componentes que la anterior se puede llegar a considerar una novedad y la fórmula podría ser susceptible de patentamiento.

“Este criterio, no viola los acuerdos TRIPS/ADPIC, pero se nota que

cada uno tendrá su respuesta”, aún cuando parece que pueden desafiar el “sentido común”, añadió.

El especialista comentó que la Comisión Federal de Comercio de los Estados Unidos (FTC, según sus siglas en inglés) publicó un informe muy interesante sobre patentes y competencia. Ese organismo llegó a la conclusión –indicó– que el sistema es muy peculiar: si se presenta la solicitud, el interesado tiene derecho a obtener la patente a menos que se demuestre expresamente que no hay novedad ni originalidad.

Así, se invierte la carga de la prueba, la cual se coloca sobre el examinador, es decir, sobre la propia oficina de patentes, quien estará encargada de probar que una solicitud no tiene esas cualidades.

Correa dijo que algunos países han incorporado medidas *antievergreening* y que la oficina de patentes europea hizo un esfuerzo en 2010 para mejorar las patentes, precisando mejor sus características y estableciendo que deben apoyarse en la innovación. “El número de patentes rechazadas aumentó de manera significativa”, acotó.

El abogado y economista enfatizó la importancia de considerar como criterio rector la “actividad inventiva” para otorgar patentes de medicamentos, así como de otros productos.

¿Qué es “actividad inventiva”?, se preguntó. “Significa que hay un acto de conocimiento que produce un nuevo conocimiento y que no deriva del *pool* de conocimientos preexistentes. No es simplemente algo que es difícil o que da ventaja”, aclaró.

“Aunque no hay un estándar internacional, hay que otorgar una patente cuando exista una verdadera actividad inventiva, pero de esto debe eliminarse la obvedad”, destacó Correa. 

GISELA RODA: “EN SALUD, LA REALIDAD CHOCA CON EL CONOCIMIENTO TEÓRICO”

De larga trayectoria en la gestión de la salud pública, tiene actualmente a cargo los hospitales del PAMI; en esta entrevista se refiere a la obra social y a los desafíos de los profesionales de la salud que gestionan el sistema

Asesora del PAMI, a cargo de los hospitales de la entidad. Es licenciada en Nutrición (UBA) y profesora universitaria graduada de ISALUD, donde también realizó una especialización en Administración Hospitalaria.

–¿Dónde estás en este momento?

–Me desempeño como asesora de una dependencia de PAMI que está a cargo de los hospitales propios de la institución.

Soy licenciada en Nutrición, me recibí en la UBA en 2004. Como segunda carrera universitaria hice el profesorado universitario en ISALUD. Hice también una maestría en Seguridad Alimentaria, pero aún debo la tesis. Luego me convocaron por un proyecto de inauguración de un hospital, el Hospital Leloir, que es uno de los hospitales de PAMI en el partido de Estaban Echeverría. Hasta ahí no tenía formación alguna en gestión y decidí hacer una especialización en Administración Hospitalaria. Previamente había trabajado en salud pública en el municipio de Merlo por ocho años. Era subsecretaria de Políticas Nutricionales y también participé en la coordinación del Programa de Salud Escolar. Lo hacía con una gran voluntad y dedicación pero la voluntad sola no alcanza. Uno se da cuenta que necesita otros recursos. Y me formé en ese ámbito.

–¿Cómo llegaste a PAMI?

–Cuando me pasé al hospital de Esteban Echeverría me llamaron para coordinar el servicio de nutrición. Y luego acepté otra propuesta que era ir al Centro César Milstein, en la Ciudad de Buenos Aires. Este es uno de los principales hospitales del PAMI.

–¿Qué es exactamente el PAMI? Es curioso que sea un instituto de seguridad social que se lo conozca con la sigla de uno de sus planes...

–PAMI es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y la sigla con el que se lo conoce significa hoy *Por una Argentina de Mayores Integrados* [ex Plan de Atención Médica Integral]. Es un ente público que provee servicios a jubilados, pensionados y veteranos de guerra. Es muy importante también que nos acordemos de estos últimos, que presentan su propia problemática.

PAMI tiene una secretaria técnica médica de la cual depende una gerencia que maneja cinco hospitales propios. Los hospitales de PAMI son efectores propios [concepto tomado de la biología y que significa “estructura encargada de ejecutar una acción o respuesta frente a un estímulo”].

–También es curioso que PAMI tenga hospitales, como si el Medicare tuviera hospitales en los Estados Unidos

–Exactamente así. PAMI hoy tiene 4 millones y medio de afiliados y los hospitales propios cubren una pequeña parte (tenés unas 30.000 consultas por mes), pero una parte importante de la patología compleja de todo el país.

–¿Cómo se quiebra el inmovilismo y la burocratización en la administración pública? ¿Qué experiencias nos podés contar?

–En temas de salud, chocamos entre el conocimiento teórico que traemos y la realidad. Además de la medicina propiamente dicha tenemos la psicología, la nutrición, la kinesiología y el trabajo social. En todos los casos, necesitamos encontrar herramientas para mejorar la cuestión administrativa, que se puede convertir en un factor que impedimos.

–En algunas disciplinas, al contrario de especialidades de alta complejidad, todos tienen ideas y se sienten habilitados para opinar

–Yo trato de ser muy abierta. El tema siempre es cómo le encontrás la vuelta para brindar un servicio integral para el paciente. En administración hospitalaria decimos que el tema es personas que cuidan personas. Primero está el paciente, pero a la vez es su familia y su contexto.

–Sería como el paciente y sus circunstancias, llevándolo a Ortega y Gasset al campo médico...

–Lo que un buen profesional debe hacer es encontrar siempre la forma de dar respuesta. Un ejemplo: en Merlo me pasaba que había que cubrir horas de recursos humanos. Esto era más sencillo de gestionar pero más incómodo

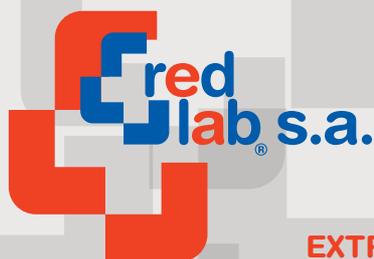


“Si ocupás un estamento intermedio o superior debés generar la normativa y las medidas necesarias. Siempre hay posibilidad de hacer algo”

para el paciente. Las reglas administrativas están para ordenar la tarea pero no pueden ser una barrera para que se cumpla la misión que hay que llevar adelante.

–Entonces, ¿cómo se evitan esos problemas?

–Eso depende del lugar que ocupás. Si estas en un cargo de gestión, en un nivel inicial u operativo, probablemente requieras respuestas de arriba. En ese caso tenés que generar situaciones para que te las aprueben. Y si ocupás un estamento intermedio o superior debés generar la normativa y las medidas necesarias. Siempre hay posibilidad de hacer algo. Es muy raro que uno no pueda hacer nada para mejor, de acuerdo con el cargo o al lugar donde estás. Lo que no podés hacer es dejar de intentarlo.



LABORATORIO ANÁLISIS CLÍNICOS

Atención a Obras Sociales

Prepagas • Pami • Particulares

EXTRACCIÓN A DOMICILIO Y URGENCIAS

CONSULTAS Y RESULTADOS DIGITALES

info@redlab.com.ar • redlab.com.ar

 11-67003631

Mons. Piaggio 1898 · 4ªA · Avellaneda

Extracciones de Lu. a Vi. a 7 a 10 hs.

Tel.: 4222-1622 · 4222-7419

Salta 302 · Sarandí

Extracciones de Lu. a Vi. a 7:30 a 10 hs.

Tel.: 4203-1670

ESTACIONAMIENTO GRATUITO

–¿Qué tipo de tareas desempeñás en PAMI?

–Yo soy asesora para la dirección médica en calidad y seguridad del paciente. Ese rol lo empecé a desempeñar una vez que terminé mi especialización en Gestión Hospitalaria.

–¿Cómo se define la calidad y la seguridad de los pacientes?

–Tiene que ver con la planificación estratégica de una institución de salud. De hecho, los hospitales son las instituciones más complejas que existen para la gestión. Una dirección tiene que estar acompañada por un montón de asesorías para poder cumplir cabalmente su rol. Calidad y seguridad representan también los roles más relevantes. Pueden estar juntas o separadas, pero es necesario siempre que estén de acuerdo con la misión y a los valores de la institución.

–¿Sería como un control de calidad?

–No es calidad desde el punto de vista del control, sino de cómo vamos a planificar que esto salga bien. Porque si en este campo las cosas no salen bien, puede perjudicarse la salud de las personas, a veces en forma grave. Por lo tanto, lo que hay que hacer es planificar, tener una estrategia de planificación y revisar tus procesos para impedir que algo malo ocurra. Si no, no deberías hacer salud.

Si bien la seguridad del paciente es una dimensión de la calidad (como lo son también la eficacia o la equidad) tiene que ver con cumplir una serie de mínimos requisitos, como la identificación correcta del paciente, la prevención de las caídas, etc.

–¿Entonces es estar en los detalles médicos y no médicos? Ver, por ejemplo, que si el piso de un hospital está muy encerado eso puede ser un riesgo para pacientes con problemas de estabilidad, que pueden caerse más.

–Claro. El criterio es poner reglas, horarios, barreras físicas, etc., para evitar que ocurra un evento adverso. Se pueden prever y evitar. Hay una serie de ocho recomendaciones de



“Además de la medicina propiamente dicha tenemos la psicología, la nutrición, la kinesiología y el trabajo social. En todos los casos, necesitamos encontrar herramientas para mejorar la cuestión administrativa, que se puede convertir en un factor que impedimos”

la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se llaman Áreas de Riesgo.

Las cito, no necesariamente en el orden correspondiente: 1) Reducir infecciones asociadas con el cuidado de la salud, las famosas infecciones intrahospitalarias, 2) Comunicación efectiva, 3) Manejo e identificación adecuada de medicamentos (incluyendo la identificación segura de los fármacos), 4) Prevención de caídas, 5) Tecnologías apropiadas de diagnóstico, terapias y de reemplazo, 6) Evitar la ausencia de diagnósticos o diagnósticos equivocados, 7) Identificación correcta de los pacientes (por ejemplo, debe llevar una pulsera con su nombre) y 8) Cirugías seguras.

–Volvamos otra vez a tus funciones.

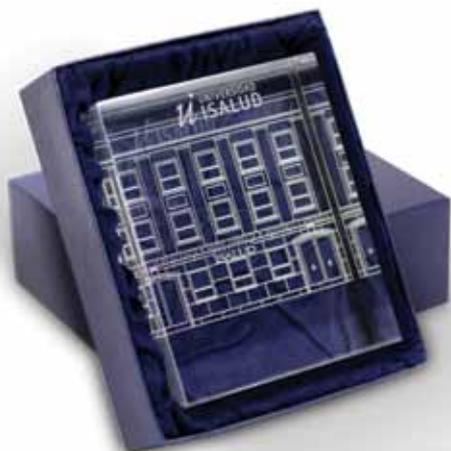
¿Cómo es la estructura del PAMI, la institución a la cual asesorás?

–El PAMI hay que pensarlo como un instituto de derecho público no estatal que provee servicios sociosanitarios a jubilados, pensionados, personas mayores y veteranos de guerra. Es la obra social más grande de toda América Latina. Cuando gerencia servicios de salud lo hace con efectores externos o propios. Los externos son todos los hospitales públicos y privados del país. Los propios son esos cinco hospitales que maneja directamente PAMI, entre ellos el Hospital Milstein de la Ciudad de Buenos Aires, que es el ex Hospital Francés expropiado hace 10 años, luego de su quiebra. La máxima autoridad de PAMI es el director ejecutivo y de allí bajan varias secretarías. Una de ellas es la Secretaría Técnico Médica. Más abajo hay distintas gerencias. Nuestra gerencia es la Gerencia de Efectores Sanitarios Propios. Abajo de esa gerencia están los hospitales y las correspondientes subgerencias. Yo asesoro a una de esas subgerencias.

–¿Cómo te afecta la inminencia del cambio de gobierno?

–Lo ideal sería tener políticas con continuidad. En salud no se puede modificar la política cada cuatro años. Es lo que nos enseñan en ISALUD. Por eso, uno lamenta que el Ministerio de Salud ya no sea tal porque en realidad tiene un rol rector. [U](#)

XXVIII ENTREGA DE LOS PREMIOS ISALUD



La Fundación ISALUD agradece la participación activa de toda la Comunidad Académica en la postulación de candidatos para la entrega de Premios ISALUD 2019.

Categoría	Carácter	Premiado
Comunicación y salud	Individual	Ernesto Tenenbaum Periodista
Sociedad y salud	Individual	Jorge de All Fundador y presidente de la fundación Cuerpo & Alma
Sociedad y salud	Institucional	AMIA Área de Adultos Mayores
Economía y salud	Individual	Sergio del Prete Doctor en Medicina especializado en Economía de la Salud
Economía y salud	Institucional	Residencia de Economía de la Salud y Administración Hospitalaria
Ambiente y salud	Institucional	Red Argentina de Municipios contra el Cambio Climático
Alimentos y salud	Institucional	Red Argentina de Bancos de Alimentos
Educación y salud	Individual	Rogelio Pizzi Decano, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Córdoba
Investigación y salud	Individual	Nadia Chiamoni Investigadora y humorista
Deporte y salud	Individual	Román Luna Atleta - Maratonista
Innovación	Individual	Jerónimo Batista Bucher Científico
Trayectoria		Dora Barrancos Investigadora

PANDEMIA DE INFLUENZA: APRENDIZAJES Y DESAFÍOS A DIEZ AÑOS DE LA CEPA H1N1

Especialistas de distintas disciplinas analizaron las enseñanzas que dejó la aparición e la gripe A en una jornada organizada por la Universidad y la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología

“Estamos a diez años de la pandemia de influenza, y muchos recordamos lo que tuvimos que correr y aprender para transitar un camino que finalmente nos fortaleciera. Esa amenaza sigue latente pero ahora hay que transformarla en una oportunidad, sostenida en el trabajo y preparándonos lo mejor posible”, señaló la doctora Carla Vizzotti, directora del Centro de Estudios para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de ISALUD y ex titular del Plan Nacional de Vacunas, en el contexto de una jornada de reflexión y debate sobre las lecciones y desafíos que se vienen tanto para los gobiernos como para las sociedades científicas y académicas a la hora de asumir un plan y un compromiso estratégico que se pueda implementar en caso de surgimiento de una nueva cepa de influenza.

Hace una década cuando la cepa H1N1, más conocida por su impacto en los medios como Gripe A

constituyó una epidemia, en la Argentina se comenzó a desarrollar hasta la fecha un plan de vacunación y campañas sanitarias que a través de los años lograron reducir los riesgos de contraer la enfermedad. Es en ese marco que tanto la Universidad ISALUD como la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE) llevaron adelante una jornada de reflexión y debate sobre una de las enfermedades que más preocupa por su incidencia en los grupos más vulnerables de la sociedad como son los niños y los adultos mayores.

“Fue muy importante que Argentina tuviera un plan de pandemia en 2005 cuando había un montón de otras prioridades y esa visión diferente generó la estrategia para que además de trabajar sobre un plan y de tener un stock de Oseltamivir fuera muy importante contar con un equipo de salud entrenado. Lo otro relevante ya en 2009 cuando

surgió la pandemia fue la declaración de interés nacional de la producción nacional de vacunas que generó que la Argentina pudiera tener la medicación en forma oportuna y en un momento de difícil acceso en relación con la producción mundial”, agregó en la apertura Carla Vizzotti, integrante también de la SAVE.

Como parte de un panel de especialistas en el tema, Nathalia Katz, médica infectóloga de la Secretaría de Gobierno de Salud hizo una reseña durante la jornada de lo acontecido en 2009 en la Argentina con la aparición de un nuevo tipo de virus H1N1 “cuyo impacto en el grupo más afectado fue en los chicos de 5 años con una tasa de 76 por cada 100.000 habitantes. Le siguió el grupo joven de 45 a 64 años con tasa de 26 casos por cada 100.000 habitantes y una tasa de hospitalización por infección respiratoria grave de 35 por cada 100.000 habitantes. De aquella experiencia se registraron 626 fallecidos confirmados por H1N1”.

Según un informe destacado, de 332 muertes de las 626 registradas por la cepa H1N1 aparece un grupo nuevo de personas afectadas que son las personas obesas, que se visibiliza como grupo de riesgo de mayor



“Fue muy importante que Argentina tuviera un plan de pandemia en 2005 cuando había un montón de otras prioridades y esa visión diferente generó la estrategia para que además de trabajar sobre un plan y de tener un stock de Osetamivir fuera muy importante contar con un equipo de salud entrenado”, afirmó Carla Vizotti

Carla Vizotti junto al rector honorario de Universidad ISALUD, Ginés González García

muerte y hospitalizaciones por gripe. El 32% de estos 332 eran obesos y también un 13% cursaba el embarazo o un parto, los que surgen como priorizados con respecto a la morbilidad y mortalidad por gripe. Katz agregó que “el objetivo de la vacunación antigripal en nuestro país desde 2011 hasta hoy en día es reducir las complicaciones, las hospitalizaciones, las muertes y las secuelas por gripe para evitar que las personas en riesgo se mueran, ése es el objetivo”.

Por su parte la doctora Elsa Baumester, del Departamento de Virología del Instituto Carlos Malbrán, destacó que a partir de la aplicación de la antigripal que permite prevenir el H1N1 se empezó a tomar mayor conciencia en la población sobre la necesidad de la prevención, que quedó revalidada como dato cuando al año siguiente de la crisis la cobertura de la inmunización alcanzó el 93,4 por ciento, gracias también a la incorporación de la vacuna al calendario obligatorio para los grupos de riesgo: “En el Malbrán -señaló- nuestro laboratorio desde 1954 forma parte de la Red Internacional y es muy importante el trabajo que se hace por año para caracterizar alrededor de tres mil virus para que

sea considerada en la definición de la formulación de la vacuna para el hemisferio sur”.

Pablo Bonvehí, infectólogo jefe del Cemic y ex presidente de la Comisión Nacional de Inmunizaciones, se refirió a los desafíos respecto a la vacuna antigripal: “hay que mejorar la vacuna en grupos con mayor carga de la enfermedad como pueden ser los ancianos y niños pequeños, y en los huéspedes inmunocomprometidos”. Bonvehí también se refirió a la cocirculación o circulación de dos linajes de virus de influenza B, mientras la vacuna trivalente tiene uno solo, y a la vacuna cuando se elabora en huevos embrionarios que puede haber reducción en la efectividad del componente de influenza A (H3N2).

Vacunas de rápida producción

“A través de los pasajes en huevos puede haber cambios antigénicos en las cepas, semillas, cepas madres a utilizar -explicó-. Obviamente si uno tuviese una vacuna que aplicase una vez en la vida o cada diez años sería más práctico, pero se está trabajando en blancos virales que no muten y generen inmunogenicidad y protección aunque por ahora sean

horizontes algo más lejanos”. Enumeró las opciones actuales y futuras de la vacuna antigripal como la vacuna recombinante (no está disponible en nuestro medio), adyuvada, la de alta dosis de antígeno, la desarrollada en líneas celulares y la cuadrivalente. “¿Cuál es nuestra expectativa? Contar con vacunas de rápida producción sobre todo para situaciones pandémicas y que sean eficaces contra los grupos más vulnerables como los adultos mayores y los niños”, concluyó Bonvehí.

Silvia González Ayala, infectóloga pediatra e integrante de la SAVE al referirse a las lecciones aprendidas destacó que además de la eficacia de la transmisión del virus de influenza por vía respiratoria “hay otra importante que es el de las manos contaminadas con secreción respiratoria que ocurre con los chicos y el contacto con los juguetes en que los virus persisten con capacidad infectante hasta las 24 horas”. González Ayala también resaltó el impacto que tuvo la educación para la salud en relación con la forma de protegernos al toser o estornudar, un cambio cultural que costó pero se alcanzó como reforzar la higiene de manos para evitar la transmisión con el uso del alcohol gel.

Un tema central para la próxima pandemia es el manejo de la información. Las forma de comunicación en una situación de epidemia fueron establecidas en la Guía de la OMS, la autoridad política tiene que seguir la recomendación técnica, anunciar en forma temprana y oportuna de la epidemia, hacerlo con transparencia, brindando confianza, pensando en la población objetivo y en las decisiones que se van a tomar. “Contar muertos no sirve”, dijo sin dudar González Ayala. “Tenemos que estar preparados. Se requieren recursos, una adecuada comunicación y una decisión política para sostener las acciones. En ese sentido, lo actuado

Según un informe destacado, de 332 muertes de las 626 registradas por la cepa H1N1 aparece un grupo nuevo de personas afectadas que son las personas obesas, que se visibiliza como grupo de riesgo de mayor muerte y hospitalizaciones por gripe

durante la gestión de Ginés González García se adelantó en un lustro a las acciones de la pandemia y es un modelo para tener en cuenta”, dijo. La doctora Iris Aguilar agregó sobre los desafíos en la comunicación

que también requiere de decisión política que es la de saber comunicar, en un marco donde la realidad nacional es muy diferente vista desde el interior: “Todo nos impacta a nosotras desde la provincia que tenemos que salir a responder muchas veces lo que no podemos hacer porque no es nuestra realidad. Si nos cuesta poner en la agenda de las autoridades el alerta de sarampión ahora imagínense lo que nos cuesta decir hay que prepararse para una pandemia”.

La jefa de Inmunizaciones de Mendoza dejó algunos disparadores como poner en valor la importancia de la difusión masiva y oportuna, la capacitación de voceros, resaltó la conveniencia de focalizar las campañas en niños y embarazadas que son las coberturas que no se logran remontar desde la incorporación de la vacuna, y el impacto de los mensajes positivos: “Tener una estrategia de comunicación orientada a nuestra comunidad no es un tema menor pero requiere de profesionales para que la diseñen e implementen si lo que queremos es tener buenas coberturas”, concluyó Iris Aguilar.

La mesa final estuvo a cargo de las periodistas Florencia Ballarino, editora de Ciencia en el diario Perfil, y Florencia Cunzolo, del diario Clarín, quienes abordaron el desafío de profesionalizar la comunicación en las áreas de ciencia y salud, tanto en los organismos estatales como en las mismas redacciones en un contexto económico que solo tiende a la reducción y precarización de los profesionales de la comunicación y dentro de las complejidades de un medio que entre el dato duro y el título sensacionalista muchas veces lo que busca es viralizar la información lo más que pueda. [U](#)

Tuvimos la medicación y la preparación



Por Ginés González García, rector honorario de la Universidad ISALUD

Hace 10 años de la pandemia en Argentina y lo que hicimos entonces fue conseguir la medicación, la única que estaba disponible en ese momento y eso nos dio seguridad. Teníamos la medicación, pero también la preparación porque se hicieron

simulacros con los equipos médicos en hospitales, aeropuertos y se fue a las provincias, preparando un sistema que pudiera hacer frente ante un virus con tanta capacidad de modificarse y de ser masivo.

En ese sentido el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles hace que la gente empiece a no atender o a no creer en los estragos que pueden ocasionar una enfermedad transmisible y mucho más cuando tiene la potencialidad pandémica como es en el caso de la gripe.

También es cierto que hubo notables avances en las vacunas, y en esta dirección debemos tener la suficiente fortaleza para vacunar a millones de argentinos todos los años, aún cuando ha sido tan mal tratada la vacunación en estos últimos años en la Argentina y coincidente con otras cuestiones culturales de la sociedad y que responden a una falta de política clara, a mi modo de ver, sostenida y concreta.

Pero cuando lo que faltan son las vacunas allí ya no hay discusión, algunas que en realidad aparecen tarde o demoradas y otras como faltantes, en el marco de un sistema donde nada sirve si las vacunas las tenemos tardíamente o cuando se produce un riesgo pandémico.



ABC S.A.

EMPRESA LIDER

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



Gerenciamiento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



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

RECUERDOS DE LA POLIO

El Día Mundial contra la Poliomelitis, que se conmemora cada 24 de octubre, se realizó en ISALUD una muestra de fotografías históricas sobre las consecuencias de la enfermedad. La exposición formó parte de la jornada Comunicar (bien) Vacunas, coorganizada por el Centro de Estudios en Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (Cepycet) y la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE), y con el apoyo de SANOFI. En el mundo, la enfermedad está a punto de ser erradicada, y en la Argentina está eliminada desde 1984. Sin embargo, en la actualidad la vacunación de los chicos no llega al 95% y los discursos antivacunas son algunas señales de alarma que hay que atender. En 1988, había 125 países con características endémicas, hoy esos países son sólo tres (Afganistán, Paquistán y Nigeria) y eso ocurrió gracias a la vacuna. El día mundial de esta enfermedad se estableció el 24 de octubre en conmemoración del nacimiento de Jonas Salk, quien descubrió la primera vacuna.



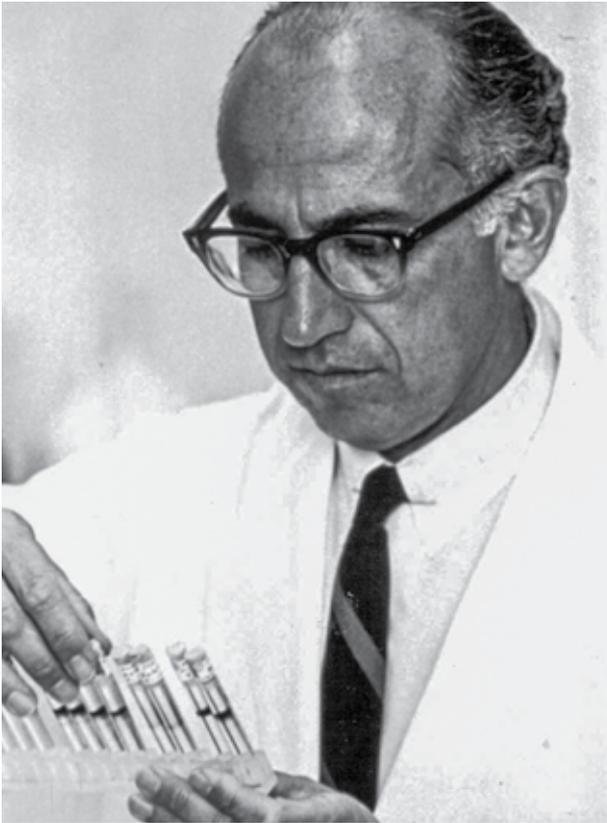
▲ El pequeño Luis Fermín Tenorio Cortez fue el último caso de polio salvaje en las Américas. Detectado en agosto de 1991, en Junín, Perú



▲ Pulmón de acero o ventilador de presión negativa. Utilizado para personas afectadas por polio, que por la parálisis producida por la enfermedad, tenían dificultad para respirar y eran ubicadas en estas cámaras de acero para sobrevivir



◀ Campaña de vacunación con la vacuna oral (OPV)



▲ El Dr. Jonas Salk desarrolló en 1955 la primera vacuna contra la polio, una vacuna inyectable inactivada (con virus muertos)



▲ En 1961 el Dr. Albert Sabin desarrolló una vacuna oral a virus vivos atenuados (OPV), que rápidamente se convirtió en la vacuna de elección para la mayoría de los programas de inmunización en el mundo



▲ La poliomielitis es una enfermedad muy contagiosa causada por un virus que afecta al sistema nervioso y puede causar parálisis en cuestión de horas



▲ Niños con secuelas de polio, Pakistán



◀ Históricas inmunizaciones de vacuna inyectable (IPV) contra la polio

FORTALECIENDO EL PERFIL SANITARIO DEL PROFESIONAL DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA



Por Irene Santilli

Fortalecer un perfil profesional implica la planificación de acciones educativas que contribuyan a la consolidación de habilidades y saberes necesarios para el desempeño de determinadas tareas dentro de un contexto social, histórico y político particular. Como se explicó en el artículo *La kinesióloga del siglo XXI* del número anterior de esta revista, el contexto y por lo tanto las necesidades sanitarias de la población sufren modificaciones que obligan a las unidades académicas a repensar y reformular los propósitos y objetivos en la formación de grado. La transición epidemiológica y la transición demográfica se presentan como desafíos y demandan una tercera transición: la sanitaria.

Profundizar en los diferentes aspectos del contexto actual socio sanitario de la Argentina y la región; facilitar la reflexión sobre los aspectos políticos y económicos coyunturales que influyen en el ámbito sanitario y reforzar el pensamiento crítico de los estudiantes sobre temas sensibles al debate como la inequidad en salud y el enfoque biopsicosocial acuñado en los determinantes sociales de la salud son

los propósitos de la materia Salud Pública.

Los contenidos seleccionados para el programa, pensados en relación con los saberes necesarios para el perfil en cuestión, gozan de la flexibilidad necesaria para incluir temáticas emergentes como la diversidad en la atención sanitaria y la pers-

“Los contenidos seleccionados para el programa, pensados en relación con los saberes necesarios para el perfil en cuestión, gozan de la flexibilidad necesaria para incluir temáticas emergentes como la diversidad en la atención sanitaria y la perspectiva de género que han llegado para derribar viejos paradigmas”

pectiva de género que han llegado para derribar viejos paradigmas. Así también se propone el análisis, cuestionamientos y reformulaciones posibles de definiciones, como expresa Navarro (2009): “La definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad”.

Y por último entre nuestros propósitos y los contenidos seleccionados se encuentran las estrategias basadas en el enfoque de aulas heterogéneas, propuesto por Anijovich (2014). Se ofrece a los estudiantes diferentes dispositivos para abordar las unidades de contenidos promoviendo la elección de los alumnos del recurso

que les resulte más amigable, lecturas, videos, podcast, documentales, estimulando el descubrimiento individual: ¿Cómo aprendo?. Se favorece que los estudiantes utilicen, aprovechen y relacionen sus saberes previos a los nuevos contenidos intentando construir el “puente” de Ausubel, promoviendo lo que él llama “aprendizaje significativo”. Los encuentros, las clases, cuentan con diferentes momentos: trabajo en grupos o duplas propuestas por los alumnos, puestas en común o discusiones grupales aprovechando las ventajas del aprendizaje colaborativo “trabajar juntos para alcanzar objetivos comunes” Jhonson y Jhonson (1999) donde además, la opinión se construye con fundamentos acuñados en fuentes confiables de información y con utilización de diferentes dispositivos móviles.

Propósitos, contenidos y estrategias promueven el desarrollo de las habilidades específicas para contribuir a la formación de un futuro profesional con una visión sistémica de las problemáticas sanitarias vigentes, que podrá transitar áreas de investigación, diagnosticar problemas de salud comunitarios y planificar acciones tendientes a su mejora, como integrante de equipos de salud multi e interdisciplinarios, con el fin último de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y por lo tanto sus oportunidades de desarrollo individual y colectivo.

La autora es profesora de la asignatura Salud Pública de la licenciatura en Kinesióloga y Fisiatría de la Universidad ISALUD



37 mesas. **98** comensales.
Solo **2** no pidieron el salero.

Queremos que más gente se cuide.

Charlas sobre alimentación saludable y más de 500 de **PREVENCIÓN** se realizaron en todo el país durante el último año. **Sumate vos también.**



ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO: MANTENER Y REFORZAR LOS LAZOS SOCIALES DE LOS PACIENTES

La Universidad ISALUD lanza su nueva tecnicatura universitaria en Acompañamiento Terapéutico y su directora, Andrea Silvana Patrignoni, explica en esta entrevista las características y el perfil de la formación que brindará

Andrea Silvana Patrignoni es profesora y licenciada en Psicología y magister en Gestión de Servicios de Salud Mental. Es la directora de la nueva Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico. En esta entrevista explica los alcances de la formación.

–¿Por qué y cómo se creó la carrera?

–En los últimos años se ha producido una fuerte valoración de la labor del acompañante terapéutico. Su incorporación al ámbito de la salud acompañó el proceso de transformación de su concepción y ésta a su vez contribuyó al afianzamiento y delimitación tanto de su objeto de estudio como de su praxis.

La Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico propuesta por ISALUD busca estimular la formación de profesionales no sólo capacitados en el rol específico sino que también estimula el desarrollo de su flexibilidad para implementar diferentes alternativas de atención,

que propicien intervenciones ambulatorias tendientes a mantener, restituir, reforzar y promocionar los lazos sociales de cada persona en tratamiento, en su cotidianeidad, en su comunidad, de manera creativa e innovadora.

–¿Cuál es el perfil profesional que forma la carrera?

–La propuesta está dirigida a personas con vocación de servicio que cuenten con estudio secundario o sus equivalentes completos. Puede tratarse de personas sin experiencias previas o aquellas que ya se encuentran desarrollando la actividad y que reconocen la necesidad de contar con una formación integral, formal y con certificación oficial.

El proceso de formación académico, su desarrollo en nuestro país ha sido y es heterogéneo, sufriendo un derrotero harto complejo. Es así que lo múltiple amerita su tratamiento, es decir cómo ordenar y presentar a los estudiantes esta disciplina, sus modelos teóricos y prácticos y a su vez

estimular en ellos el desarrollo del pensamiento científico que incluya la crítica de los mismos para su superación de manera innovadora.

Existen en nuestro país leyes de ejercicio de la profesión **sólo** en las provincias de San Luis, San Juan, Rio Negro, pero es una tarea pendiente para otras provincias y a nivel nacional.

Respecto a la incorporación de esta disciplina al ámbito de la salud, la misma encuentra sustento y responde a la necesidad de contribuir al proceso de adecuación y transformación de las prácticas requeridos por Ley 26657 Derecho a la protección de la Salud Mental, la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (Ley 26378 de 2008) y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 1999 (Ley 25280).

–¿Cuál es el enfoque?

–Se trata de contribuir, a través de la profesionalización del acompañan-



te terapéutico, de manera sustancial en la atención que se le presta a la persona con un padecimiento tal que ve restringido sus niveles de autonomía a tal punto que de no mediar un dispositivo de apoyo acorde a su necesidad este verá sensiblemente limitada su recuperación.

El dispositivo A.T. constituye una estrategia terapéutica en tratamientos complejos, estableciendo un recurso para la atención de personas cuyo padecimiento potencia situaciones de vulnerabilidad (personas que reciben cuidados paliativos, tienen padecimientos mentales, capacidades diferentes, enfermedades clínicas crónicas o se encuentran en situaciones de catástrofes sociales, naturales y/o personales) que requieren una modalidad de intervención ajustada a sus necesidades de la vida cotidiana en pos de favorecer su tratamiento, integración en la comunidad, autovalimiento y autonomía.

Esta perspectiva integral de la salud constituye el escenario desde el cual partirán no solo las intervenciones del A.T. sino su inclusión en el complejo armado de la política pública,

frente a las incertidumbres de su financiamiento y las turbulencias respecto a su gestión.

En un principio, los espacios de incertidumbre resultaron terreno fértil para el desarrollo de algunas experiencias, pero ese campo debe ser transformado en conocimiento científico que a su vez promueva otros nuevos y/o enriquecidos espacios de deliberación, deconstrucción y construcción.

El desarrollo de la praxis y el espacio de transmisión y formación académica procuran salir del estado de incertidumbre e informalidad.

–¿Cómo son las materias centrales?

–Las materias centrales estimulan la integración interdisciplinaria y multisectorial, reconociendo los aportes de diferentes corrientes teóricas y prácticas y propiciando el desarrollo de un espíritu crítico para su implementación. Todos los docentes cuentan con formación de grado y amplia experiencia en Acompañamiento Terapéutico.

El egresado contará con solidez en la formación teórico-práctica, disposición y experiencia en trabajo en

La propuesta está dirigida a personas con vocación de servicio que cuenten con estudio secundario o sus equivalentes completos. Puede tratarse de personas sin experiencia previa o aquellas que ya se encuentran desarrollando la actividad

equipo. Las prácticas representan la conjunción del hacer y la reflexión en el ejercicio de la profesión por cuanto se desarrollan desde los inicios de la carrera de manera articulada e integrando los temas de las distintas asignaturas. Asimismo, ofrecen al estudiante una progresiva inserción en las situaciones de terreno, siendo supervisado y acompañado, en el pasaje de ser un observador de un espacio de intervención a constituirse en un actor participante en la rehabilitación y recuperación de la persona acompañada.

La estructura y formato de cursada, tiene como principal intención permitir a los estudiantes la posibilidad de estudiar y trabajar en simultáneo.

–¿Cuál es la salida laboral?

–Los egresados podrán desempeñarse en instituciones públicas y privadas. Entre otras: a) Instituciones de salud y/o educación, tales como instituciones de atención de salud mental, adicciones y discapacidad, con o sin dispositivo de internación; b) Residenciales (geriátricos, hogares de niños y adolescentes), centros educativos terapéuticos, hospitales y centros de día, así como centros de asistencia en catástrofes, casas de medio camino y dispositivos de convivencia con distintos niveles de apoyo; también en el hogar del paciente y c) Otros Dispositivos, como espacios comunitarios, judiciales y forenses. [U](#)

TERAPIA OCUPACIONAL: DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA Y EL BIENESTAR PERSONAL Y SOCIAL

La Universidad ISALUD lanza su nueva licenciatura en Terapia Ocupacional y su directora, Liliana Sbriller, explica en esta entrevista las características y el perfil de la formación que brindará



Liliana Sbriller es licenciada en Terapia Ocupacional (ENTO/Universidad Nacional de Mar del Plata), profesora en la UBA y autora del libro *Introducción a terapia ocupacional: marcos conceptuales*. También es la directora de una nueva carrera de la Universidad ISALUD, la licenciatura en Terapia Ocupacional. El siguiente es un resumen del diálogo que mantuvimos con la profesional y docente:

–¿Por qué y cómo se creó la carrera?

–Desde sus inicios, la Universidad se caracterizó por el compromiso con la producción y difusión de

conocimiento en relación a la salud humana y social en su significado más abarcativo e innovador, procurando la formación de profesionales capaces de intervenir crítica y creativamente en su medio social.

En este marco y considerando que la ocupación forma parte fundamental de la base en la que se apoya y que sustenta la sociedad actual, la licenciatura en Terapia Ocupacional desarrollada por nuestra universidad se encuentra alineada con el nuevo escenario, y da respuesta a las necesidades vigentes desde un enfoque actualizado en las formas y modos de abordaje.

–¿Cuál es el perfil profesional que forma la carrera?

–El objetivo de la licenciatura es formar profesionales con una visión basada en la ocupación contextualizada y centrada en la persona, con la capacidad de promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes áreas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida de personas, grupos y poblaciones.

La Terapia Ocupacional se concibe como un fenómeno social, que responde a un nuevo paradigma denominado Paradigma Social de la Ocupación que considera a la ocupación como un fenómeno sistémico, com-

plejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades. En la actualidad la disciplina se encarga de dar relevancia a la dimensión social de la discapacidad plasmada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU 2006).

Para el perfil profesional se propone un profesional, formado y capacitado desde una visión integradora del ser ocupacional y su contexto socio cultural. Que cuente con una perspectiva centrada en el respeto por la diversidad y los derechos humanos y que sea capaz de seleccionar y diseñar estrategias que garanticen la excelencia en la calidad de la prestación de servicios, con énfasis investigativo, docente, asistencial y de gestión.

Igualmente, que pueda implementar modelos, enfoques y técnicas

La Terapia Ocupacional se concibe como un fenómeno social, que responde a un nuevo paradigma denominado Paradigma Social de la Ocupación que considera a la ocupación como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades

de trabajo que favorezcan el desempeño ocupacional en personas o grupos de diferente rango etario y condición socio cultural.

-¿Cuál es el enfoque?

-Este enfoque incorpora el respeto y asociación con los sujetos de atención individuales o colectivos como participantes activos en el proceso de terapia y hace hincapié en su conocimiento, experiencia,

fortalezas, capacidad de elección y autonomía.

El ejercicio de la profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional fue establecido por la Ley 27.051 (promulgada de hecho en diciembre de 2014, pero aún sin reglamentar). Dicha ley tiene entre sus objetivos, establecer el marco general del ejercicio profesional de la terapia ocupacional, basado en los principios de integridad, ética, bioética, idoneidad, equidad, colaboración y solidaridad. Quedan comprendidas en ella las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

Por ende, se propone formar un profesional que posea un abordaje multidimensional que le permita in-



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar

teractuar con sus colegas y con otros profesionales, conformar equipos y compartir sus competencias en los conceptos de la inter y transdisciplina; y un profesional reflexivo que contribuya a la constante actitud de investigación-acción sobre la práctica profesional.

La carrera de licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad ISALUD se sostiene en tres enfoques fundamentales para la formación: a) enfoque de lectura y escritura académica, b) la reflexión como marco de la formación de los licenciados, y c) las estrategias de enseñanza centradas en el estudiante.

–¿Cómo son las materias centrales?

–Menciono tres áreas. En primer lugar está la formación en la fundamentación. Las asignaturas correspondientes ofrecen los conocimientos en los que se cimientan los enfoques metodológicos de la práctica de terapia ocupacional. Son el sustento para el desarrollo de la disciplina y ubican a la misma dentro del espectro de las ciencias socio-sanitarias. Su fundamento pedagógico comprende un proceso de enseñanza y de aprendizaje que interrelaciona el conocimiento disciplinar con los dominios de la práctica del terapeuta ocupacional. En segundo lugar, tenemos el área de formación específica. Son los marcos conceptuales nodales para el ejercicio de la profesión, incluyendo conocimientos y competencias necesarios para la apropiación de la disciplina. Comprende la contextualización, la lógica y la legitimación del conocimiento, así como los desarrollos científicos y técnicos propios de la disciplina; la articulación entre el campo disciplinar, su contexto de producción y su contri-



El ejercicio de la profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional fue establecido por la Ley 27.051 (promulgada de hecho en diciembre de 2014, pero aún sin reglamentar)

bución al abordaje de las problemáticas actuales en los ámbitos concernientes a la Terapia Ocupacional.

Y en tercer lugar, la formación en prácticas profesionales reflexivas. Esta área aborda la reflexión sobre las prácticas, durante la formación, que impactan y modifican las capacidades y prácticas profesionales. Son actividades académicas que complementan la formación teórica del estudiante y buscan el desarrollo de competencias laborales, ocupacionales, a través de la participación activa para desarrollar la competencia profesional y el crecimiento personal.

También puedo mencionar los Fundamentos teóricos y metodológicos para la práctica de Terapia Ocupacional, las ocupaciones en la infancia y adolescencia, las ocupaciones en la adultez, y las ocupaciones en el adulto mayor y en ámbitos comunitarios.

–¿Cuál es la salida laboral?

–Los egresados de la licenciatura en Terapia Ocupacional podrán realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Entre otras cosas, estará en condiciones de evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas con riesgo ambiental, y efectuar promoción y prevención de disfunciones ocupacionales en poblaciones vulnerables. Podrán asesorar a personas con discapacidad, a su familia e instituciones en lo referente a la autonomía personal y social a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida. Actuar en arbitrajes y peritajes administrativos y judiciales para evaluar la capacidad funcional y desempeño ocupacional de las personas.

También podrán organizar, dirigir, evaluar y ejercer otros cargos y funciones en servicios de terapia ocupacional en instituciones y unidades de tratamiento públicas o privadas.

De la misma forma, si están en la función pública, pueden participar en la definición de políticas de su área y en la formulación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de planes y programas de salud, y sociales dentro del ámbito de sus incumbencias.

En el ámbito académico pueden planificar, organizar, dirigir, monitorear y participar en el ámbito de la investigación y de programas docentes, carreras de grado y posgrado de terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional y también diseñar, evaluar y aplicar métodos y técnicas para la recuperación y mantenimiento de las capacidades funcionales biopsicosociales de las personas. 



Calidad de salud
consolidada en un
sistema solidario



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA

☎ 0800-888-3202



www.luzyfuercacbasalud.com.ar



OSPLYFC



Av. General Paz 282 - Córdoba - Argentina



osplyfccba@osplyfcba.com.ar



POTENCIAR LA ENSEÑANZA CON TECNOLOGÍAS DIGITALES

Cuestionar la clase y cuestionarnos como docentes son hechos fundamentales a la hora de entrar con tecnologías al aula. Se advierte la necesidad imperiosa de revisar los usos de las tecnologías al servicio de presentar contenidos

**Por Marcela Agulló,
Mariana Ferrarelli,
Silvia Reboledo Zambonini y
María José Sabelli**

Basta con observar cualquier escena en un bar, un medio de transporte público o la plaza de un barrio, para advertir el nivel de presencia que las tecnologías digitales tienen en la vida cotidiana de las personas, y comprobar el predominio de pantallas y dispositivos móviles en manos de niños, jóvenes y adultos. Los nuevos medios y plataformas se han impuesto con fuerza en todos los ámbitos de la vida social y personal, y ello suscita interrogantes respecto del lugar de estas tecnologías en el aula. En este contexto resulta necesario encontrar caminos para que las nuevas tecnologías sean aprovechadas pedagógicamente en los procesos educativos de todos los niveles.

El artículo que presentamos busca identificar las características que adquiere la enseñanza en el nivel superior cuando es puesta en diálogo con las oportunidades que ofrece la tecnología, en particular la interactividad de la web 2.0 y los diseños participativos propios de los entornos educativos enriquecidos con tecnología. Nos proponemos generar reflexiones e ideas en torno a una serie de interrogantes:

■ ¿Cuál es el papel de las tecnologías digitales en la construcción de un rol más protagónico en los estudiantes?, ¿cómo favorecer la participación y el involucramiento activo de los estudiantes en las propuestas que diseñamos?

■ ¿Cómo virar de utilizar tecnologías en clase al servicio de la transmisión de contenidos hacia una utilización de las tecnologías

desde y para los aprendizajes de los estudiantes? Entonces, ¿qué hacemos con tecnologías como el PowerPoint que refuerzan el modelo unidireccional de la clase magistral?

■ ¿Qué características debe asumir el diseño didáctico para que el aprendizaje se convierta en una experiencia significativa y relevante para nuestros estudiantes universitarios?

Digitalización y después

Dentro de los fenómenos que identificamos en el nuevo escenario se destaca el potencial de la digitalización como elemento disparador de nuevas experiencias. La posibilidad que facilitan las tecnologías de manipular imágenes, sonido, video y textos otorga al usuario un rol clave en la generación de nuevos contenidos en la sociedad red (Castells, 1997).

A la par de los desarrollos de aplicaciones que permiten editar imagen y sonido, aumentan las posibilidades que tienen los usuarios de crear sus propios contenidos. Así, convertir fotos, música y textos impresos en papel en material digital genera infinitas oportunidades de transformación

Marcela Agulló es licenciada y profesora en Ciencias de la Educación, magíster y especialista en didáctica. Es Coordinadora del Profesorado Universitario de la Universidad ISALUD.

Mariana Ferrarelli es licenciada y profesora en Ciencias de la Comunicación, maestranda en Metodología de la Investigación y profesora de Tecnología Educativa del profesorado universitario de ISALUD.

Silvia Reboledo de Zambonini es licenciada en Psicología y magíster en Organización y Gestión Educativa. Es vicerrectora académica de la Universidad ISALUD.

María José Sabelli es licenciada y profesora en Ciencias de la Educación, especialista en docencia en entornos virtuales y magíster en Educación Superior. Es directora del profesorado universitario y secretaria académica de ISALUD.

y adaptación de elementos que ahora pueden reutilizarse en contextos diversos y para otros fines, entre ellos el educativo.

La maleabilidad de los materiales digitales genera movimientos en varias direcciones y crea condiciones para el diseño de propuestas participativas (Ferrarelli, 2017). ¿Por qué decimos esto? Por dos motivos: en primer lugar, desde el punto de vista del *docente* permite adaptaciones y resignificaciones de materiales a los que antes sólo se podía acceder mediante el texto escrito. Aprovechando la multiplicidad de lenguajes presentes en la web los profesores pueden crear sus propios materiales o adaptar los que ya existen para los propósitos de su clase, reagruparlos, re-editarlos o pensar en nuevas combinaciones para otros contextos.

En segundo lugar, puestas en manos de los *estudiantes* y con el diseño didáctico acorde, las aplicaciones y plataformas digitales los convierten en creadores de nuevos materiales que pueden ser puestos a disposición de sus compañeros o de futuras cohortes, a modo de reservorio de recursos para futuros grupos de alumnos.

La digitalización entonces permitiría que tanto estudiantes como profes-

sores manipulen los materiales con mayor facilidad y los adapten para los fines específicos que requieren los procesos de enseñanza y aprendizaje. Dado que esto ya ocurre en el ámbito de la cultura popular en donde los usuarios generan y circulan sus propios contenidos, es preciso pensar la relevancia y potencial de estas prácticas de *recreación* en el interior de las instituciones educativas.

Las tecnologías han entrado a las aulas, por la puerta o por la ventana... ¡pero allí están! Respecto de las consecuencias de las tecnologías en la tarea docente, nos pone en un lugar potencial de creación, de construcción del conocimiento original donde muchas voces se conjugan en una obra única. Por sus atributos específicos para conectar usuarios a la distancia y permitirles compartir contenidos de diversos tipos, las plataformas digitales favorecen la interacción a través de la web. Esto permite afirmar que la interactividad se halla íntimamente relacionada con las posibilidades técnicas que habilitan los nuevos medios.

Sumerjámonos por un momento en una posible clase en alguna universidad, con un profesor en el frente del aula con una presentación de Power

Point (ppt) de “telón” al cual el docente se refiere (o mira) en vinculación a los conceptos o ideas que expone. Es decir, un grupo de estudiantes mirando y oyendo lo que en el frente se expresa, posiblemente con algunas preguntas en algunos momentos por parte de los estudiantes. ¿Qué implica lo que estamos planteando? Una forma de enseñanza centrada en la transmisión docente, donde el camino está planteado por él o ella, podríamos decir un recorrido lineal y homogeneizante en tanto todos hacen lo mismo y en un orden único de la presentación de contenidos.

En este contexto, introducir tecnologías digitales, por ejemplo mediante el uso de una presentación en PowerPoint, Prezi o videos para ilustrar o guiar la clase (videos que cambian la voz del profesor por el audio de un locutor) pero sin modificar el formato expositivo, no permite a los estudiantes aprovechar el potencial participativo de lo digital, ni cambiar la escena tradicional en la que uno habla y muchos escuchan.

Cuestionar la clase y cuestionarnos como docentes son hechos fundamentales a la hora de entrar con tecnologías al aula. Advertimos la necesidad imperiosa de revisar los usos de



ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

AV. RIVADAVIA 4684 CABA / 4901-9081

AV. CORDOBA 3534 CABA / 4862-0204

AV. PTE. PERON 1045 - SAN FERNANDO - PROV. DE BS. AS.

DR. EIZAGUIRRE 2431 - SAN JUSTO - PROV. DE BS. AS.

Web: www.cermisaludsa.com.ar

Mail: info@cermisaludsa.com.ar

las tecnologías al servicio de presentar contenidos. Entendemos que proponer que los estudiantes asuman un rol activo dentro del aula implica invitarlos no sólo a ver y escuchar sino también a manipular ellos mismos las tecnologías para crear materiales y recursos que les permitan demostrar comprensión y que en el futuro puedan funcionar como materiales para que otros, sus pares, accedan al conocimiento.

Propuestas abiertas y participativas

Un debate que se viene dando hace un tiempo dentro del ámbito educativo reclama la urgencia de conectar las propuestas de enseñanza ofrecidas a los estudiantes con situaciones del mundo real y de la vida cotidiana que ellos transitan diariamente, en especial en relación con el uso de dispositivos y plataformas digitales.

Entre los aportes provenientes del estudio de los nuevos medios (Scolari, 2018; Piscitelli, 2010; Manovich, 2006; Jenkins *et al.*, 2016) distinguimos al menos cuatro características predominantes de los escenarios enriquecidos con tecnologías a partir de los cuales se puede construir una mayor centralidad de los estudiantes en las propuestas que desarrollamos:

- No intermediación: dado que son ahora los propios usuarios quienes generan materiales y los circulan, no es necesaria la figura del editor o del medio que decide qué se publica o no. Cualquiera puede compartir fotos, información o producciones propias.
- Contenido expandido: Las producciones no se hallan limitadas a un sólo medio o lenguaje, sino que se difunden en múltiples formatos y por canales variados.
- Manipulación: Como señalamos más arriba, la digitalización con-

vierte los productos en material maleable y susceptible de apropiación por parte de estudiantes/ usuarios.

- Estructura de red: Como resultado de la interactividad que poseen las plataformas digitales, los usuarios crean en permanente colaboración con otros, ya sea que se trate de una interacción planeada, o espontánea, fruto de un interés común y conectado a través de las redes.

A partir de estos atributos de la cultura digital, podemos entender que en los diseños pensados desde el inicio como abiertos y participativos, se visibiliza una “inclusión genuina” de la tecnología educativa la cual, al decir de Maggio (2012), “adquiere su mejor expresión en la propuesta didáctica cuando emula en este plano de la práctica el entramado de los desarrollos tecnológicos en los procesos de producción de conocimiento en el campo al que esté refiriendo”. Entendemos que enriquecer las propuestas de enseñanza en el nivel superior es una tarea compleja que requiere que renovemos la mirada sobre el rol docente y comprometamos nuestra creatividad. Creemos que no basta con integrar tecnologías digitales interactivas en el diseño de propuestas dado que su sola presencia no asegura la verdadera participación de los estudiantes.

Referencias

- Castells, M. (1997). *La era de la información. Tomo 1*. Madrid: Alianza.
- Ferrarelli, M. (2017). “Modo descentrados de autoría a la era de la web participativa y social: el impacto de los nuevos medios en la producción y circulación de conocimiento académico”. *Revista perspectivas metodológicas*, Número 20, Volumen 2, Noviembre 2017.
- Maggio, M. (2012). *Enriquecer La Enseñanza*. Buenos Aires: Paidós.
- Maggio, M. (2018). 12-11-18. “Reinventar la clase como experiencia que queremos vivir” Disponible en: <https://www.nodal.am/2018/11/reinventar-la-clase-como-experiencia-que-queremos-vivir-mariana-maggio-en-la-unahur/>
- Jenkins, H; Ito, M. & Boyd, D. (2016). *Participatory culture in a networked era*. New York: Polity.
- Manovich, L. (2006). *El lenguaje en los nuevos medios de comunicación: la imagen en la era digital*. Buenos Aires: Paidós.
- Piscitelli, A. (2010). *Nativos digitales*. Buenos Aires: Santillana.
- Scolari, C. (2012). “Ecología mediática, evolución e interfaces”. *Hipermediaciones*. Disponible en: <https://hipermediaciones.com/2012/04/23/ecologia-mediatica-evolucion-e-interfaces/>

Alentamos a una transformación en la enseñanza que habilite niveles de *participación* de los estudiantes que los conviertan en creadores de contenidos para representar su pensamiento y demostrar comprensión. Por ejemplo al final de una unidad didáctica podemos pedirles que organicen los contenidos ellos mismos en una presentación, infografía o video para explicarle el tema a sus compañeros. También podemos solicitar que sinteticen lo visto en clase en cinco tuits o en una imagen intervenida digitalmente. Si pensamos en el comienzo de una unidad podemos pedirles que busquen imágenes o saquen fotos, por ejemplo sobre lo que significa para los ellos “el cuidado”, “el movimiento”, “la salud” o la categoría que se quiera abordar, para luego compartirla en un muro virtual donde se pueden compartir imágenes, audio, etc. Además podrían agregar un audio o texto justificando la elección de su imagen o foto. Así se verían todas las imágenes reunidas, para posteriormente realizar conceptualizaciones a partir de la bibliografía requerida.

De lo que se trata es de construir oportunidades para que nuestros estudiantes utilicen las aplicaciones y dispositivos (que ya usan en su vida cotidiana) para aprender y compartir el conocimiento con otros. 



LA TRAYECTORIA DEL
FINOCHIETTO DEDICADA
AL **CUIDADO DE LA SALUD**
Y LA **BELLEZA DE LA MUJER**

Inauguramos el Centro de la Mujer. Un lugar en el que vas a poder realizarte todos los estudios médicos y procedimientos estéticos con profesionales de primer nivel en un ambiente cómodo y tranquilo.

DENSITOMETRÍA / ECOGRAFÍA MAMARIA / DERMOESTÉTICA Y FLEBOESTÉTICA
MAMOGRAFÍA / GINECOLOGÍA / GINECOESTÉTICA

Av. Córdoba 2678
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
0 800 122 CDLM (2356)
info@sanatoriofinochietto.com



**SANATORIO
FINOCHIETTO**

MÓDULO INTERNACIONAL VISITA A LOS SISTEMAS DE SALUD Y HOSPITALES DE MADRID Y DE CASTILLA LA MANCHA-TOLEDO

Del 9 al 12 de septiembre, 18 alumnos de posgrado de ISALUD participaron en esas regiones autónomas españolas de visitas a universidades e instituciones que generan políticas de salud pública y brindan prestaciones sanitarias de alta complejidad



Por Arturo Schweiger

El Módulo Internacional de la Universidad ISALUD se realizó entre el 9 y el 12 de septiembre de 2019 y se integró mediante la participación de 18 alumnos de los posgrados de Economía y Gestión de Salud, Sistemas de Salud y Seguridad Social y de Administración Hospitalaria. Este viaje tuvo por objetivo analizar los sistemas de salud de las comunidades autónomas de Madrid y de Castilla La Mancha y de sus organizaciones de salud, en sus características generales de población beneficiaria, estructura y oferta de servicios. Los participantes asistieron a 27 presentaciones distribuidas en cinco jornadas. Para eso se desarrollaron actividades en cuatro días en la ciudad de Madrid y en una de las jornadas se trasladó la comitiva al

El autor es director de la Maestría de Economía y Gestión de Salud de la Universidad ISALUD. Es magíster en Economía Política (Boston University) y fue becario Fulbright. Es secretario de relaciones internacionales de AES Argentina y vocal de AES LAC e IHEA.



Hospital Nacional de Parapléjicos en la ciudad de Toledo para el análisis del sistema de Castilla La Mancha y sus organizaciones sanitarias.

La actividad académica se inició en la Escuela Nacional de Salud del Instituto Carlos III, mediante la conferencia sobre el sistema de salud pública de España en el contexto europeo a cargo del Dr. José Manuel Freire.

A continuación presentó su conferencia el Dr. José Manuel Repullo, que se refirió a las características más operativas del sistema de salud español y de su grado de fragmentación y de segmentación así como también los niveles de

datos y de prestaciones por sistema de cada una de las comunidades autónomas.

A continuación, el Dr. Jesús González Enríquez formuló su conferencia explicando la situación actual de la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto Carlos III y su integración a la Red Española de ocho agencias de tecnologías de salud coordinadas desde el Ministerio de la Sanidad.

Por la tarde, se completó la jornada mediante la presentación del Modelo Español de Donación y Trasplante de la Organización Nacional de Trasplante. Por último, se detalló los logros y efectos de la ley del donante presunto, que en España se sancionó en 1979. La presentación estuvo a cargo de la directora de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Dra. Beatriz Domínguez-Gil.

En la parte final de esta jornada, la Dra. Cristina Bajo Canales presentó la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. En dicha presentación se describió las modalidades de acceso al material bibliográfico en papel y en formato virtual. Además, se presentaron las publicaciones multiformatol del Instituto Carlos III.

La segunda jornada del módulo, el día 10 de septiembre, se inició con la visita al Hospital Clínico San Carlos en la ciudad de Madrid.

La apertura de los paneles del hospital estuvo a cargo del coordinador de la Unidad de Comunicación Interna y Relaciones Institucionales del Hospital San Carlos, Antonio Serrano Errans. Luego tomó la palabra el responsable de Innovación, German Seará Aguilar, que abarcó los tópicos sobre el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Salud de Madrid y los cambios en el sistema del Hospital San Carlos.

A continuación se presentó el Sistema de Costos desarrollado en el hospital a cargo de la Jefa de Servicio de Costes y Control de Gestión, María Paz López. Se analizaron el presupuesto y los costos agrupados en GFH (Grupo Funcional Homogéneo).

Luego tomó la palabra la coordinadora de la Unidad de Calidad, Dra. Anabel Alguacil, que abordó el Plan Estratégico 2020 (Vision20/25). Para eso se trabajó con el concepto de equipo central (*core team*) integrado por profesionales menores de 40 años, que se consideran serán los



Comitiva de Universidad ISALUD, su coordinador y el Sr. Francisco Hernanz Moreno



Foto: Hospital Nacional de Paraplégicos, comitiva de ISALUD y coordinador, Dr. Iñigo Cortázar Neira, Dr. Juan Carlos Adau Cristóbal y Dr. Juan Oliva Moreno

agentes que van a liderar la organización en la próxima década. Se definieron los ejes del plan estratégico: pacientes, participación, cambio tecnológico, flexibilidad y transparencia.

A diferencia del modelo de planificación estratégica tradicional, se trabaja sobre la identificación de los posibles riesgos creando una matriz. Se monitorean los desvíos, el impacto de los riesgos definidos y los nuevos riesgos que aparecen, por lo cual se va modificando dicha matriz cada seis meses, lo que posibilita el desarrollo del plan de manera dinámica, basándose en la prevención de los riesgos y su manejo. Con los procesos se evalúan las vivencias, experiencias y preferencias de los pacientes (medicina basada en el valor). Este es el eje en la modernización de la gestión por procesos, partiendo de las normas ISO 9001/2015 tradicionales, tomando como eje de calidad las experiencias de los pacientes tornándose obsoletas las encuestas de satisfacción.

Y finalmente la Dra. Eloísa Álvarez presentó los nuevos modelos de gestión clínica del hospital en su conjunto así como de las principales áreas de servicios asistenciales. En particular

Hospital de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz), Comitiva ISALUD, Dir. Gral. Juan Antonio Alvaro de la Parra, Dr. Javier Dodero Solano, Dr. Oscar Gómez Martín, y Dra. Marta del Olmo Rodríguez.



Foto: Comitiva de ISALUD junto a la Dra. Mercedes Alfaro Latorre

se detallaron las características de los recientemente creados institutos de investigación, las unidades de gestión y de los servicios individuales reorganizados. El enfoque se basa principalmente en generar una nueva organización de áreas asistenciales priorizando en función de las necesidades identificadas en el mapa de pacientes. Se destacó también que para algunas patologías, como las cardiovasculares, se generaron áreas con mayor autonomía de gestión: el instituto cardiovascular agrupó todos los sectores relacionados.

Luego expuso la directora de Enfermería, Dra. Encarnación Fernández del Palacio. En la presentación se abordó la gestión e implementación de guías de práctica clínica. Para eso se presentó el Programa Internacional de BPSO (centros comprometidos con la excelencia en cuidados por parte del personal de enfermería) y con aplicaciones como guía de práctica de cuidado del dolor, desarrollados en el hospital desde 2012.

En la segunda parte de la jornada se visitó la mutua IberCaja, considerada la tercera mutua de toda España con más de un millón de beneficiarios. Las presentaciones estuvieron a cargo de su director, el Dr. Carlos Santos García. Luego, el director de Comunicación y Relaciones Internacionales, Adolfo Jiménez Renguillo, habló sobre qué es una mutua, la dependencia y la ley reguladora

35/2014. Y por último se cerró la jornada con la presentación de la jefa del Departamento de Enfermedades Profesionales, Dra. Clara Guillen.

En Toledo

En Toledo, el módulo se centró en el estudio del sistema de salud de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha y de sus organizaciones. La actividad académica se centralizó en el Hospital Nacional de Parapléjicos y allí se realizaron las siguientes conferencias.

La presentación del Sistema de Salud de Castilla La Mancha, a cargo del Dr. Iñigo Cortázar Neira, director de Recursos Humanos de la Conserjería de Salud de esa comunidad. A continuación se efectuó la presentación del modelo de gestión del Hospital Nacional de Parapléjicos por parte de su director, el Dr. Juan Carlos Adau Cristóbal, y equipo.

Por último, la jornada se completó con las conferencias del Dr. Juan Oliva Moreno, catedrático de Economía de la Universidad de Castilla La Mancha sobre estudios de coste efectividad de la diabetes mellitus en España y análisis de los efectos de la reciente crisis financiera española en la sanidad.

En la visita al Hospital de la Concepción de la Fundación Giménez Díaz (Grupo Quirón Salud), realizada el 12 de septiembre, hubo una presentación conjunta a cargo del director corporativo de Continuidad Asistencial, Dr. Javier Dodero Solano, del subdirector médico del Hospital, Dr. Oscar Gómez Martín y de la directora del Servicio de Información y Atención al Paciente, Dra. Marta del Olmo Rodríguez. Los comentarios finales los realizó el gerente general Juan Antonio Alvaro de la Parra. Se informó que el hospital, de propiedad privada, funciona en red con otros tres hospitales también privados que prestan servicios para el Servicio Madrileño de Salud (Sermas). El contrato del Hospital de la Concepción se denomina de concierto singular y anualmente se regula en base a la población asignada, los servicios que prestarán a los beneficiarios, las condiciones de esos servicios, las penalizaciones y ajustes en caso de no cumplir esas condiciones y la contraprestación económica que el centro percibirá por dichos servicios así como el techo máximo de financiación anual.

La entidad tiene un mecanismo de financiamiento alternativo dado por la libre elección: si un paciente que cápita en otro centro con cápita decide atenderse en este hospital, se paga por prestación y existe un mecanismo de penalidades que permite el descuento al hospital de cápita. Los montos pactados con el estado por prestación son superiores a los que se les asigna a los públicos.

Luego, expuso la directora corporativa de Información y Atención al Paciente de Quirón Salud, Dra. Marta del Olmo Rodríguez. Entre las herramientas utilizadas presentó la historia clínica con guías de diagnóstico y terapéutica por grupos de patologías. Las dos herramientas básicas para su desarrollo fueron la historia clínica digital y el portal del paciente. Además, describió el sistema de gestión de experiencia del paciente que utilizan desde 2013 y que permite discriminar por profesionales médicos, enfermeros y otros especialistas.

Por último, expuso el gerente general del Grupo Quirón Salud en España, Sr. Juan Antonio Álvaro de la Parra, detallando la evolución es-

perada de las actividades del grupo para España y América latina.

El mismo día por la tarde, se acudió a la conferencia sobre el Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, donde expuso la subdirectora del área, Dra. Mercedes Alfaro Latorre. Allí se presentó el sistema de indicadores básicos de salud y el sistema de interoperabilidad de las historias clínicas de toda España. El viernes, la Comitiva de Universidad acudió a la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III, donde expuso el profesor emérito Dr. José Manuel Freire que ahondó en las experiencias del buen gobierno en Sanidad, tanto a nivel de España como de países referentes de Europa. En la segunda presentación expuso el Dr. Félix Lobo, de la Fundación Funcas, profesor titular de medicamentos del mismo instituto. Se refirió a la regulación farmacéutica, la financiación pública selectiva, la evaluación de la efectividad clínica y de la eficiencia, la regulación de precios de medicamentos y la prescripción de genéricos, desarrollados en España y a nivel de la Comunidad Europea. [U](#)

Este viaje tuvo por objetivo analizar los sistemas de salud de las comunidades autónomas de Madrid y de Castilla La Mancha y de sus organizaciones de salud, en sus características generales de población beneficiaria, estructura, oferta de servicios y financiamiento.



STP SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Una mirada integral sobre el sistema sanitario argentino

Milva Castellini

te propone analizar esas temáticas claves que definen el futuro de la salud del país

MÉTRO

Martes 20:30 hs
Miércoles 23:00 hs
Jueves 12:30 hs



SERVICIOS **A MEDIDA** SIN LÍMITES



LOGÍSTICA SALUD

Brindamos el más cuidadoso y especializado servicio de Logística en Salud que incluye exportación, importación, distribución, almacenamiento y acondicionamiento de especímenes de diagnóstico, medicamentos y vacunas, drogas experimentales, productos controlados, sustancias peligrosas, insumos médicos, entre otros.

Todas nuestras operaciones cumplen con las normas internacionales de transporte y se desarrollan siempre bajo el control de nuestra Dirección Técnica Global.



LOGÍSTICA POSTAL

Brindamos servicios de distribución de correspondencia para el segmento corporativo con distintos esquemas de prestación y tiempos de entrega, dentro del ámbito nacional e internacional. Nuestras soluciones de Fulfillment (o finishing) cuentan además con provisión de insumos, impresión de datos variables y provisión de packaging.

Basados en nuestra plataforma informática brindamos visibilidad y trazabilidad de los envíos, a partir de nuestro sitio web.



LOGÍSTICA GENERAL

Brindamos un completo servicio de envío, distribución y almacenamiento de documentos, muestras y paquetes de manera segura.

Ofrecemos variadas modalidades de entrega: Estándar, Prioritaria, Urgente y con Acuse de Recibo, con Firma de Planilla, según la necesidad de cada Cliente.

Desarrollo Infantil Temprano: evaluación de acciones asociadas a planes de beneficios en salud de dos países de América latina, Argentina y Chile



Por **Gabriela Concetti**

Medica – UNLP
Ministerio de Salud de la Nación:
Especialista en Pediatría
Magister en Sistemas de Salud y
Seguridad Social. Universidad ISALUD

En las últimas décadas los países de América latina han incluido en sus agendas políticas públicas que promueven las acciones destinadas a potenciar el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), así como también han incorporado los Planes de Beneficios de Salud (PBS) destinados a explicitar la cobertura de ciertas condiciones de salud consideradas prioritarias. La presente investigación procura indagar las políticas públicas implementadas en Argentina y Chile en el periodo 2005-2015 vinculadas a los Planes de Beneficios en Salud en materia de desarrollo infantil temprano, y de la implementación de una cultura de evaluación de tales estrategias.

Planteo del problema

¿Cuáles han sido los mecanismos de incorporación de la problemática del Desarrollo Infantil Temprano por parte de los Planes de Beneficios de Salud implementados en Argentina y Chile en lo que respecta específicamente al menú prestacional, la explicitación de un abordaje intersectorial y de una cultura evaluativa de tales acciones? El objetivo general de este trabajo es indagar acerca de la presencia y tipos de mecanismos de abordaje implementados en relación a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano por parte de los PBS establecidos en Argentina y Chile a lo largo de 10 años (2005-2015). Son objetivos específicos:

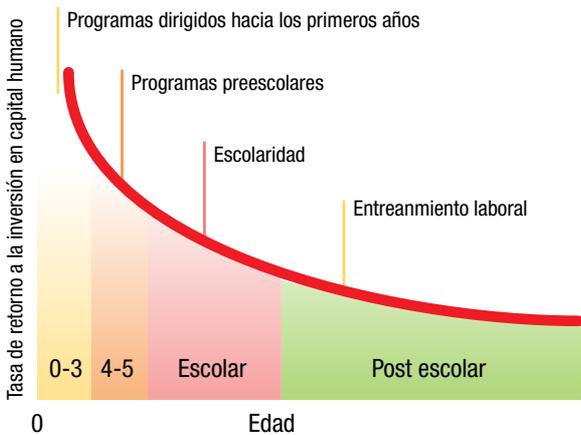
- a) Establecer un análisis comparativo del menú prestacional correspondiente a los planes de beneficios de salud de Argentina y Chile en relación a la problemática del DIT.
- b) Indagar acerca de cuáles han sido los mecanismos de abordaje interinstitucional del DIT planteados desde su diseño por parte de los PBS.

- c) Reconocer y analizar la presencia o no de una cultura evaluativa o de instrumentos de medición de efecto e impacto en relación a las acciones implementadas en torno al DIT por parte de los PBS.
- d) Contrastar los desempeños observados en relación al DIT presentes en los PBS de ambos países.

Tipo de estudio

Revisión de literatura y de documentos técnicos disponibles a la fecha, mediante la aplicación de un método de análisis cualitativo y comparativo entre países.

Modelo de Carneiro y Heckman. "Curva de Heckman". Índice de Retorno de Inversión en Capital Humano a diferentes edades



Fuente: elaboración propia. Datos tomados del Banco Mundial y otras fuentes.

VARIABLES Y DIMENSIONES

Menú prestacional: a) Presencia y tipo de cobertura de un menú prestacional orientado a patologías y estrategias sanitarias que inciden en la morbilidad materno-infantil. b) Presencia de prestaciones orientadas al DIT. c) Establecimiento de criterios de calidad prestacional.

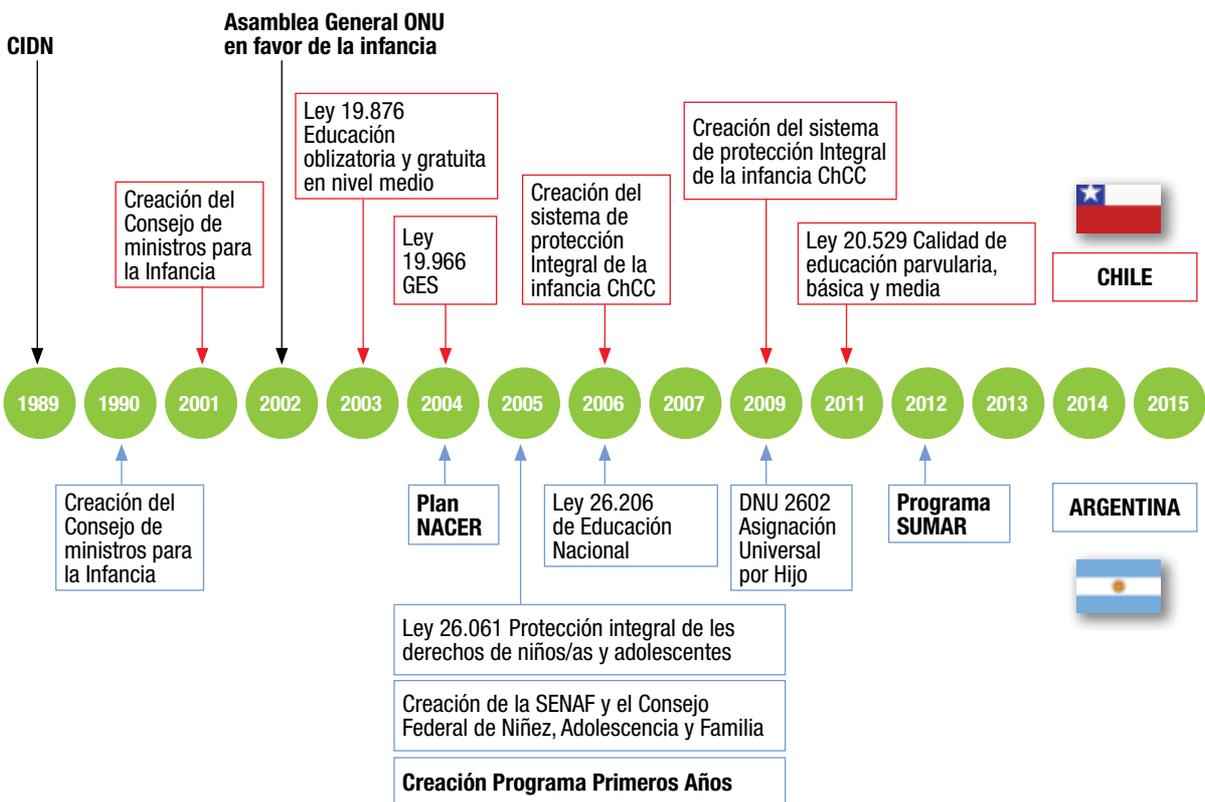
Articulación con otros actores relevantes en DIT: Nivel de explicitación del abordaje intersectorial en el diseño del PBS.

Monitoreo y evaluación de desempeño de la implementación de PBS en relación al DIT: Presencia y características de mecanismos de monitoreo, y evaluación de efecto e impacto en los PBS bajo estudio y sus desempeños observados.

La muestra seleccionada está compuesta por PBS implementados en Argentina y Chile: Plan Nacer/Programa Sumar y Plan Auge y PADBP, respectivamente.

Las fuentes de información son la recopilación bibliográfica, los do-

Políticas públicas en DIT: Argentina y Chile



cumentos clave y los informes de resultados.

Marco teórico

“El desarrollo infantil temprano se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos” (UNICEF, 2014). El mismo es producto de la carga genética que el individuo posee, como así también resultado de la capacidad de interactuar con el medioambiente que lo rodea y con los factores posibilitadores que ese entorno le ofrece (determinantes), y donde la presencia de injurias tanto externas (violencia, maltrato, carencia de nutrientes) como internas (patologías infecciosas, neurológicas, etcétera), en los primeros años de vida, pueden afectar la adquisición de nuevas habilidades.

Esto ha cobrado importancia desde el punto de vista económico, ya que tanto el crecimiento de la economía como el desarrollo social de los países se verá influenciado positivamente si sus poblaciones han tenido mayor acceso al desarrollo de habilidades y capacidades en forma temprana (Sen, 2000). Esto coincide con el impacto que generan los programas de educación al potenciar una tasa de retorno de inversión mayor respecto tanto de las oportunidades de desarrollo como del bienestar social, en la medida que las acciones

se hayan focalizado en etapas tempranas de la vida (Carreiro, Cunha y Heckman, 2003).

Por otra parte, tras la sanción en el año 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), los Estados miembros adoptaron medidas y promulgaron leyes tendientes a sostener en forma adecuada el bienestar de la niñez, garantizando los derechos allí promulgados. Estos marcos jurídicos, junto a la evidencia existente en cuanto a promoción del DIT, permitieron establecer las bases para que Argentina y Chile elaboraran estrategias destinadas a dar respuestas a las brechas de equidad existentes en relación al desarrollo infantil en la primera infancia, mediante la implementación de políticas públicas de objetivos similares en su origen, pero con diferencias metodológicas al momento de su diseño e implementación.

Políticas sociales y sanitarias orientadas a la Primera Infancia en Argentina

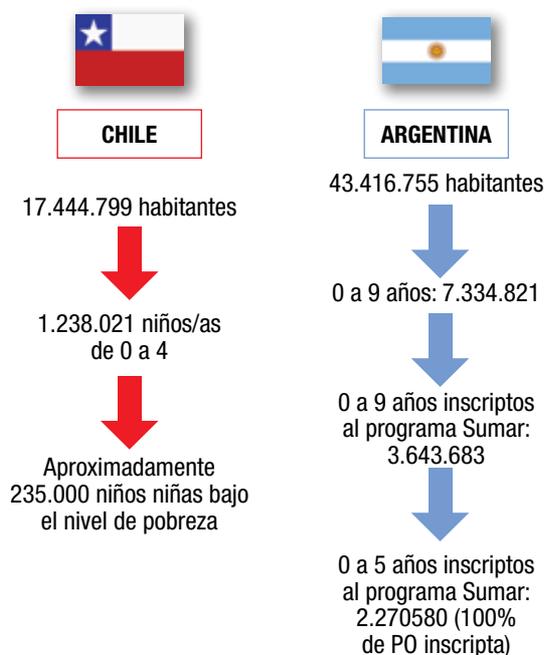
La Asignación Universal por Hijo (AUH) fue creada mediante Decreto de Necesidad y Urgencia 2602/2009. Con su dictado, la Presidencia de la Nación amplió los alcances de la Ley 24.714 del año 1996, que establecía el régimen de asignaciones familiares (AF) para los tra-

Indicadores sociodemográficos: Argentina y Chile

	Chile	Argentina
Indicadores socio demográficos		
Población total (2015)	18.006.407	43.416.755
Población de 0 a 5 años		3.428.566 (8,8%)
PBI per cápita PPA (2015) (dólares)	23.366,60	20.364,40
Índice de Desarrollo Humano (2015)	0,847	0,827
Índice de Gini	50,45 (2013)	42,7 (2014)
Gasto en Salud total (% del PBI)	7,8 (2014)	4,8 (2014)
% PBI destinado a Salud, Sector Público (2014)	3,9	2,7
Financiamiento de sistema de salud	Mixto: público - privado. Fonasa e ISAPRE. FFAA	Mixto: público - privado. Obras sociales nacionales y provinciales
Esperanza de vida al nacer (años)	81 (2014)	76 (2014)
Indicadores niñez		
Mortalidad		
TMI (2015)	7	9,7
RMM x 100 mil NV	22 (2015)	39 (2015)
Morbilidad		
Tasa de retraso de crecimiento en menores de 5 años	1,8 (2014)	8% (2005)
Tasa de emancipación en menores de 5 años	0,3% (2015)	1,2% (2005)
Prevalencia de niños de 5 años con rezago o retraso de desarrollo	30% en niños e/ 6 meses y 4 años y 11 meses	No se estableció como objetivo la medición de rezago en el desarrollo
Educación		
Acceso a Jardín Maternal	39%	4%

Fuente: Relevamiento 2011. Programa Remediar+Redes. Ministerio de Salud de la Nación.

Planes de Beneficios de Salud: Población objetivo



bajadores formales. Según el Ministerio de Salud (año 2013) el 89% de los niños y niñas estaría en condiciones de percibir asignaciones familiares: hijos de trabajadores informales más personas pertenecientes al régimen contributivo.

La Asignación por Embarazo para Protección Social (AxE) es un sistema de transferencias monetarias que contempla a las mujeres embarazadas que cursan de la semana 12 a la 40 de embarazo, consistente en un ingreso provisto por el Estado nacional y destinado a mujeres que residen en el territorio nacional en situación de vulnerabilidad, las cuales no deben contar con cobertura de Obra Social, ni poseer otro tipo de asignación familiar.

Ambas estrategias constituyen políticas de transferencias condicionadas, ya que la percepción de este beneficio está sujeta al cumplimiento de ciertas condiciones: control de salud y asistencia escolar de niños y niñas, y cumplimiento de controles de salud en mujeres embarazadas.

El Programa Primeros Años fue creado en el año 2005 bajo la órbita del Consejo Nacional de Políticas Sociales y de los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Trabajo, Empleo y Seguridad Social, y Justicia y Derechos Humanos, mediante un convenio que integra diferentes recursos y con la colaboración técnica del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Tiene como objetivo principal generar condiciones familiares comunitarias e institucionales que permitan promover el DIT a partir de un abordaje integral y con la finalidad de establecer entornos protectores de los derechos de niños y niñas de 0 a 4 años. Sus objetivos específicos son la formación y el fortaleci-

miento de redes territoriales que acompañen a las familias en su rol de crianza, contribuyendo al fortalecimiento de las mesas locales intersectoriales destinadas al abordaje del DIT. En lo que respecta específicamente al sector salud, los objetivos estuvieron orientados a mejorar la calidad y cobertura de la atención de mujeres durante las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, y a mejorar la atención de niños y niñas desde el nacimiento, así como la promoción del desarrollo en la primera infancia con enfoque de género.

Políticas sociales y sanitarias orientadas a la Primera Infancia en Chile

El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo fue implementado en el año 2006 bajo la idea central de que se constituya en un articulador intersectorial de programas y prestaciones orientados a la primera infancia. Su eje neural lo constituye el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), cuyo objetivo principal es proveer las condiciones mínimas de bienestar necesarias para un desarrollo integral de niños y niñas que nazcan en instituciones de salud pertenecientes al sector público. Esto se obtiene en base a la implementación de una atención integral, sistémica y continuada desde su gestación hasta los 4 años. De forma complementaria, el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) brinda apoyo familiar a fin de garantizar que los infantes cuenten con los insumos necesarios para su adecuada atención y cuidado durante la primera etapa del desarrollo. En lo que respecta a la modalidad de financiamiento, el sistema Chile Crece Contigo dispone de recursos procedentes de diversos convenios interministeriales. En relación específica al menú prestacional (PADBP), los recursos provienen del Ministerio de Salud nacional, en convenio con el Ministerio de Planificación.

Planes de Beneficios de Salud

El acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud pública se ha convertido en tema obligado de las agendas políticas de muchos países latinoamericanos. La implementación de PBS busca precisamente reducir las brechas existentes a nivel de coberturas entre los diferentes grupos sociales en que se segmenta la población.

El Programa NACER-SUMAR tiene como población objetivo a las personas de 0 a 64 años sin cobertura explícita de salud. Según datos oficiales, dicho programa contaba a diciembre de 2015 con un total de 12.787.232 beneficiarios, de los cuales 2.270.232 eran niños y niñas entre 0 y 5 años. El conjunto de prestaciones cubiertas constituye el Plan de Servicios de Salud, el cual a su vez sirve de herramienta para la obtención de fondos mediante el sistema de pago

por desempeño, ya que envía señales al equipo de salud acerca de cuáles son las condiciones sanitarias que desde el Ministerio se han fijado como prioritarias. Este conjunto de prestaciones incluye en su diseño la definición de ciertos atributos que en consenso con actores ministeriales y expertos definen la calidad prestacional, siendo un criterio de exigibilidad para su financiamiento mismas.

En el caso chileno, el actual esquema de prestación de servicios de salud está enmarcado en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Este régimen establece las prestaciones de servicios prioritarias que los sistemas de financiamiento, FONASA (Fondo Nacional de Salud) e ISAPRES, deben brindar como cobertura a sus beneficiarios, estableciendo Garantías Explícitas en Salud (GES) vinculadas al acceso, oportunidad, calidad y protección financiera que se deben otorgar a ciertas condiciones o enfermedades establecidas como prioritarias.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial está enmarcado en el Programa de Atención Integral de la Infancia Chile Crece Contigo, y tiene por objetivo principal proveer las condiciones mínimas de bienestar necesarias para un desarrollo integral de niños y niñas que nazcan en las instituciones de salud pertenecientes al sector público.

Menú Prestacional

Presencia y tipo de cobertura de un menú prestacional orientado a patologías y estrategias sanitarias que inciden en la morbilidad materno-infantil. El Plan Nacer/Programa Sumar cuenta con

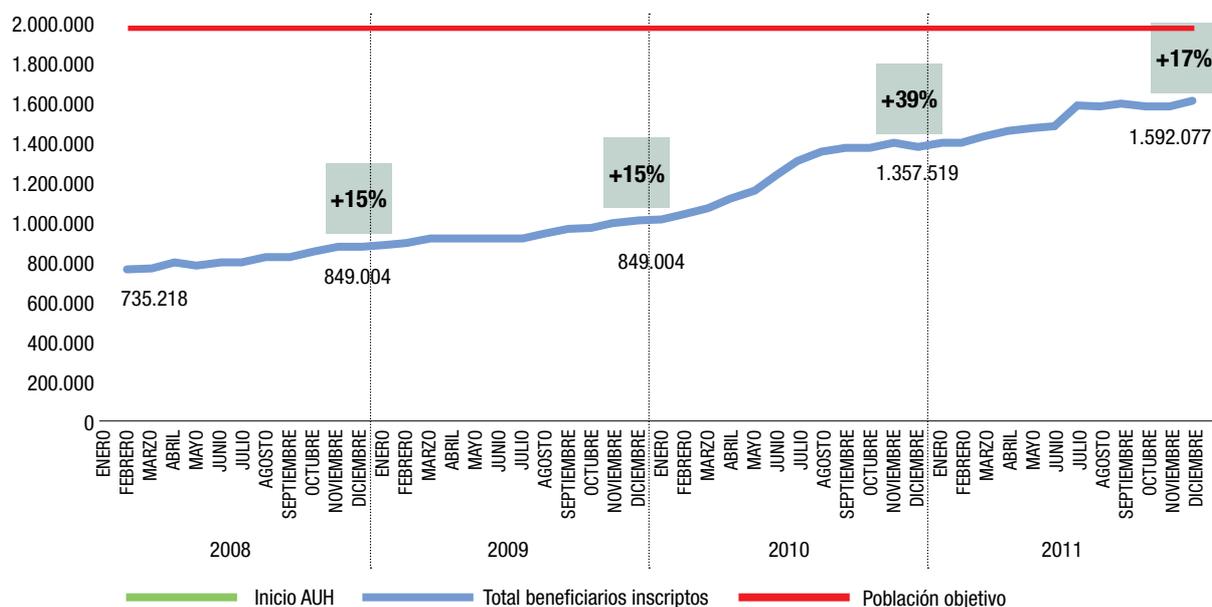
un conjunto de prestaciones orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento (esto último solo para patologías como atención del recién nacido prematuro, de cardiopatías congénitas y ciertas malformaciones neonatales) que inciden en la morbilidad materno infantil. Las mismas fueron seleccionadas de acuerdo a los objetivos del Ministerio de Salud en relación a la salud materno infantil. La explicitación de estos cuidados no cuenta con un marco jurídico que defina la obligatoriedad de cobertura por parte del subsector público del sistema de salud.

En el caso chileno, el plan AUGE ofrece garantía explícita de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad (ley 19.966) para aquellas condiciones de salud que inciden en la morbilidad materno infantil, estimadas por carga de enfermedad, medicina basada en la evidencia, oferta prestacional y preferencias sociales. La diferencia sustancial de este tipo de cobertura es que está destinado al sector, tanto público como privado, y que la cobertura abarca desde el diagnóstico y el tratamiento (médico- quirúrgico) hasta la rehabilitación. El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial no cuenta con prestaciones destinadas a la reducción de la morbilidad materno infantil.

Presencia de prestaciones orientadas específicamente al DIT. El programa Sumar cuenta con una presencia parcial de prestaciones enfocadas en la promoción del DIT, con prestaciones orientadas al financiamiento de talleres y consejerías en pautas de crianza y cuidado infantil.

En el plan AUGE, el DIT no constituye una patología incluida en el

Sinergia Plan Nacer-Asignación Universal por Hijo: porcentaje de incremento anual de inscriptos al Plan Nacer Febrero 2008-diciembre 2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por el área Capitas, Programa Sumar, Ministerio de Salud de la Nación.

listado de garantías explícitas, por lo que el menú prestacional orientado a la promoción del DIT está ausente. En el PADBP, por el contrario, la presencia de un menú prestacional orientado al DIT es total, ya que la creación de este programa fue destinado a explicitar la cobertura en cuanto a la promoción del Desarrollo Infantil Temprano, mediante un paquete de prestaciones de características universales con posibilidad desde su diseño de adaptar la oferta brindada según valoración de riesgo del niño y su familia, mediante cinco líneas de acción: fortalecimiento del desarrollo prenatal; atención del proceso de nacimiento; atención de la niña o el niño hospitalizado; atención de niños o niñas en situación de vulnerabilidad; y fortalecimiento del desarrollo integral de niños y niñas.

Establecimiento de criterios de calidad prestacional. En el Plan Nacer-Programa Sumar los criterios de calidad prestacional están establecidos mediante la obligatoriedad en el reporte de datos procedentes del proceso de atención (datos obligatorios mínimos), constituyendo un requisito para la facturación de las prestaciones brindadas, y con la presencia de instructivos que sugieren lineamientos de atención de acuerdo a normativas y protocolos vigentes avalados por las contrapartes ministeriales. En cuanto a la promoción del DIT, el programa no cuenta con lineamientos de calidad específicos orientados en esta temática.

El Plan AUGE presenta criterios de calidad establecidos por ley de acuerdo a guías de práctica clínica que explicitan los cuidados que deben brindarse y la obligatoriedad de cobertura por parte de los entes financiadores (FONASA e ISAPRES). Respecto a la promoción del DIT, este no constituye una patología GES por lo que los criterios de calidad y el modelo de atención están definidos en el menú de prestaciones que componen el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. El mismo establece, diseña y distribuye recursos bibliográficos de apoyo al equipo técnico, la modalidad de atención (lugar y tiempo de duración de las prestaciones ofrecidas) y los aspectos técnicos a indagar por parte del equipo de salud (pesquisa de depresión en las mujeres embarazadas y la evaluación del DIT sistematizada a los 8 y 18 meses de edad, mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, y a los 36 meses mediante el test TEPSI).

Articulación Intersectorial

Nivel de explicitación del abordaje intersectorial en el diseño del PBS. El plan Nacer y su continuación como Programa Sumar planearon desde su diseño e implementación un grado de articulación intersectorial parcial mediante acuerdos formales interministeriales, por ejemplo con el Ministerio de Trabajo-ANSES para programas de transferencia condicionada (Asignación Universal por Hijo y Asignación por Embarazo), estableciendo la obligatoriedad de inscripción al

Programa Sumar como requisito para el cobro del 20% acumulativo anual que se deduce de las transferencias mensuales. Este tipo de articulación favoreció que la tasa de inscriptos al Programa Sumar tuviera a partir de su implementación un 39% de incremento, hasta llegar a un 84% de la población objetivo inscrita para el año 2011, mientras previo a la implementación de la AUH el crecimiento en la tasa de inscriptos había sido de 15%. También se ha favorecido el trabajo intraministerial, mediante la incorporación de prestaciones asociadas al Programa Nacional de Acompañamiento de la Madre y el Recién Nacido (Qunita) que tuvo como objetivo fortalecer el proceso de atención de la mujer embarazada y garantizar el acceso equitativo a insumos y recursos para el cuidado y crianza de niños y niñas desde su nacimiento hasta los primeros meses de vida.

En el caso chileno, por el contrario, el modelo de articulación intersectorial está presente desde su concepción, estableciendo como eje rector al sistema de protección integral de la infancia Chile Crece Contigo. El mismo establece como responsable de la coordinación de las políticas del programa al Ministerio de Planificación, trabajando en conjunto con los ministerios de Salud y Educación. Estos últimos son quienes definen las prestaciones específicas que deberán implementar los equipos de salud. Los menús prestacionales orientados a la población materno infantil establecen como “hito de entrada” al Sistema Integral de Protección de la Infancia el momento en que la mujer embarazada realiza su primer control de embarazo, en tanto el “hito de salida” ocurre cuando el niño o niña ingresa al primer nivel de transición de educación inicial. Una vez ingresada la mujer embarazada o el niño a dicho sistema, se van activando prestaciones específicas de acuerdo al nivel de vulnerabilidad o riesgo detectado. De esta forma, todos los niños y niñas y sus familias cubiertas por la red pública tienen igualdad de acceso, tanto al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) como al de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Un punto interesante de articulación es que ciertos factores de vulnerabilidad y riesgo constituyen Garantías Explícitas de Salud (GES). Por ejemplo, la garantía de cobertura de depresión en el embarazo, al igual que el caso de la atención del recién nacido prematuro

Monitoreo y evaluación de desempeño

Presencia y características de mecanismos de monitoreo. El Programa SUMAR presenta una cultura evaluativa bien desarrollada, donde la medición de desempeños se realiza a través de una matriz de catorce indicadores (denominados Trazadoras), ocho de las cuales están orientados al cuidado materno infantil (atención temprana y seguimiento del embarazo, efectividad en el cuidado neonatal en RNPT con peso inferior a 1500 gramos, detección de cardiopatías congénitas en menores de un año, y control de salud e inmunización).

nes en niños y niñas de 0 a 9 años). Estos indicadores determinan una modalidad de pago por desempeño que ajustan una parte de las transferencias monetarias que el Ministerio nacional efectúa en forma capitada a cada una de las provincias. Por otra parte, el flujo de información que establece el programa permite el monitoreo del nivel de reporte de las prestaciones brindadas, independientemente de si están o no presentes en la matriz de desempeño (trazadoras). Esto le brinda la potencialidad de incorporar matrices de monitoreo de estrategias hasta el momento no priorizadas. La obligatoriedad del reporte de ciertos datos procedentes de la práctica clínica (Datos Obligatorios Mínimos) permite conocer, por ejemplo, los registros antropométricos de aquellos niños y niñas que hayan recibido controles de salud posteriormente reportados al programa, lo cual permite conocer el estado nutricional de la población beneficiaria y generar acciones a partir de los datos hallados.

En el caso chileno, el Plan Auge (regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud) tiene presente una matriz de indicadores orientada de monitoreo de los volúmenes acumulados de prestaciones GES financiadas por ambos subsistemas (FONASA e ISAPRES). Por el contrario, el PADBP cuenta con una lógica de monitoreo presente mediante el establecimiento de una línea de base en cuanto al nivel de riesgo y retraso en el desarrollo de la población objetivo, con una matriz de 21 indicadores orientada a los 5 ejes del programa, incluyendo la medición del nivel de articulación intersectorial, la cobertura alcanzada en la aplicación de test de medición de riesgo y retraso del desarrollo (EADP y TEPSI) y de los resultados hallados (porcentaje

de niños y niñas con riesgo y retraso del desarrollo). Otro aspecto que formó parte de la implementación y monitoreo del PADBP es la aplicación del test con validación externa (test de Batelle), lo que permite la comparación con bibliografía internacional de los niveles de riesgo y retraso del desarrollo en la población objetivo.

Presencia y características de mecanismos de evaluación de efecto e impacto. En el caso de Argentina, las evaluaciones de impacto halladas responden a los lineamientos del programa en cuanto a la reducción de la morbilidad materno infantil, como el estudio de impacto en las provincias del NEA y NOA en aspectos relacionados con la salud perinatal y el estudio retrospectivo de la situación antropométrica en niños y niñas menores de 5 años durante el periodo 2005-2013. Ambos estudios arrojaron datos positivos en los resultados finales, con un 32% de reducción de la probabilidad de muerte al nacer en grandes maternidades y del 9% de reducción de la probabilidad de presentar bajo peso al nacer para todas las mujeres que asistieron a centros de salud adheridos al Plan Nacer, situación que asciende a una reducción del 19% en el bajo peso al nacer y reducción de más de la mitad en la probabilidad de muerte neonatal si las beneficiarias estaban inscritas al programa. En relación a los resultados intermedios de salud, se observó un incremento del 16% en la cantidad de controles prenatales en las embarazadas inscritas al Plan NACER respecto de las no inscritas, y un aumento del 48% en la aplicación de vacuna antitetánica para el mismo grupo de estudio. El análisis retrospectivo de la situación antropométrica de niños y niñas menores de 5 años evidenció una disminución del

Esquema de prestaciones ofrecidas por el Sistema de Protección Integral de la Infancia Chile Crece Contigo

Políticas públicas orientadas a la promoción del DIT en Chile

Chile Crece Contigo

Hito de entrada a ChCC Contigo
Primer control Prenatal

Hito de salida a ChCC Contigo
Entrada a Pre Kinder

Todos los niños niñas y adultos responsables

Programa educativo masivo (PEM)

Portal web

Fono Infancia

Leyes de protección de niños, niñas y sus familias

Ley 19.966 de Garantías Explícitas de Salud (GES)

Niños y niñas y sus familias que se atienden en la red pública

Políticas públicas orientadas a la promoción del DIT en Chile

Programa de Apoyo al Desarrollo BioPsicoSocial (PADBP)

Programa de Apoyo al Desarrollo del Recién Nacido 1 (PARN)

Patologías GES que inciden en el DIT

Niños y niñas y sus familias que presentan vulnerabilidad

Prestaciones diferenciadas del PADBP

Subsidio Único Familiar (SUF)

Sala de cuna y jardín infantil gratuito

Acceso preferente a programas sociales

Ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad

Fuente: Adaptado de *Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral de la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010.*

retraso del crecimiento del 45% (20,6% en el año 2005 y 11,3% en 2013), 38% de descenso de la prevalencia de bajo peso (4% en 2005 a 2,5% en 2013) (Núñez et al, 2016).

Respecto del caso Chile, se destaca el estudio de evaluación de impacto del programa Chile Crece Contigo (año 2012), donde como resultado final se observó que en aquellas comunas con buena implementación del programa hubo un impacto positivo y estadísticamente significativo sobre el desarrollo infantil (entre 1,73 a 2,54 puntos en el test de Battelle). Dicho impacto es aún mayor en las comunas con un tiempo de implementación mayor. Estos resultados estarían evidenciando una mejora en el desarrollo infantil a nivel poblacional, exhibiendo en cierta medida el éxito del programa y su necesaria continuidad. En cuanto a la encuesta de satisfacción, los resultados hallados evidencian que, si bien resta profundizar la difusión del programa y las prestaciones contenidas, estos tienen una valoración positiva por parte de las beneficiarias que hicieron uso de las mismas.

A partir de la información recopilada se observa como un punto en común entre ambos programas cierta falla en el registro y reporte de las prestaciones brindadas, aspecto que debiera corregirse, ya que limita el monitoreo y evaluación efectiva de las acciones implementadas y la posterior toma de decisiones.

Conclusiones

A partir de las consideraciones precedentes es posible establecer que Chile parece tener un nivel de avance mayor que Argentina en lo que refiere a políticas públicas destinadas a la primera infancia y en especial a la promoción del desarrollo infantil temprano. Cuenta con indicadores de salud consolidados (como una Tasa de Mortalidad Infantil estable menor a un dígito), lo que permitió al gobierno avanzar en materia de salud infantil. En cuanto al modelo de implementación, ha establecido una modalidad de abordaje intersectorial cuyo eje rector es el sistema de salud, quien explicita los modelos de intervención mediante un menú prestacional orientado según los criterios de vulnerabilidad detectados. Presenta una cultura evaluativa instalada a través de la medición de los desempeños propuestos y de estudios

de evaluación de impacto. Los mismos han arrojado resultados positivos acerca de la implementación del PADBP sobre el desarrollo infantil de la población beneficiaria del programa, lo que le otorga solidez y permanencia a través de diferentes gestiones de gobierno. Si bien estos resultados son alentadores, resta realizar estudios de evaluación de impacto a largo plazo, que permitan evaluar en edades posteriores los beneficios esperados a partir de estas estrategias, como una mayor tasa de escolarización e inserción en el mercado laboral.

Argentina, a partir de la implementación del Programa Primeros Años, constituyó una estrategia nacional de abordaje intersectorial de la primera infancia mediante la conformación de mesas de trabajo en los tres niveles de gobierno. Las prestaciones incluidas dentro del menú prestacional del Plan Nacer-Programa Sumar parecen estar más en línea con los objetivos planteados de reducción de la morbimortalidad materno infantil, con un abordaje del DIT de manera indirecta mediante la cobertura de patologías y condiciones de salud que pueden impactar en el desarrollo infantil. La cultura evaluativa instalada permite desde su diseño reformular la estrategia de pago por desempeño, de manera que incluya a la promoción del DIT dentro del menú prestacional y su matriz de monitoreo. Por último, el establecimiento de menús prestacionales bajo la lógica de pago por desempeño permite —al menos en parte— equilibrar la lógica federal en la gestión sanitaria y social. Esto posibilita establecer metas y objetivos comunes en todo el territorio nacional, respetando la autonomía provincial en base a consenso con cada una de ellas.

Propuestas

- a) Colocar en la agenda pública de gobierno la necesidad de abordar la situación del DIT en la primera infancia.
- b) Elaborar un diagnóstico de situación de la niñez y elaborar una línea de base en cuanto a DIT.
- c) Redefinir Población objetivo de los PBS.
- d) Incorporar prestaciones orientadas a la promoción del DIT con enfoque de riesgo y destinadas a toda la población materno infantil que asistan al subsector público de salud.

Referencias

- Carneiro, P., Cunha, F., & Heckman, J. J. (2003). Interpreting the evidence of family influence on child development. *The economics of early childhood development: lessons for economic Policy*.
- Molina, H., & Torres, A. (2013). *Gestión de políticas y programas de desarrollo infantil temprano*. Santiago de Chile, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Núñez, P. A., Fernández-Slezak, D., Farall, A., Szretter, M. E., Salomón, O. D., & Valeggia, C. R. (2016). Impact of universal health coverage on child growth and nutrition in Argentina. *American journal of public health*, 106(4), 720-726.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20.
- Silva, V., & Molina, H. (2010). *Cuatro años creciendo juntos: Memoria de la instalación del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*. Ministerio de Planificación de Chile [Internet].
- UNICEF (2016): *Informe anual 2014 UNICEF México*. <https://studylib.es/doc/7214351>.

La incorporación de la vacuna contra la varicela al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina



Por Ilana Olin

Estudiante de Bioquímica
Bowdoin College
Maine, Estados Unidos

Este estudio de política pública describe la incorporación de la vacuna contra la varicela al Calendario Nacional de Inmunizaciones en la Argentina, analizando la política pública como un ciclo de acción. Usando un diseño exploratorio y cualitativo, este estudio intenta combinar las reflexiones de seis expertos entrevistados, involucrados directamente en este proceso político con estudios antecedentes y otras fuentes secundarias. Presenta una narrativa comprensiva, teniendo en cuenta la estructura de análisis proporcionado por el marco conceptual. Los aspectos éticos considerados incluyen el anonimato de estos expertos, quienes firmaron un formulario de consentimiento informado describiendo los objetivos y limitaciones de esta investigación.¹

En Argentina, el Calendario Nacional de Vacunación establece las vacunas, obligatorias y gratuitas, que cada habitante tiene que recibir. Dentro de un sistema donde la salud es un derecho, el Estado tiene un papel fundamental para proteger a la población y promover la erradicación de algunas enfermedades inmunoprevenibles. El Calendario explica de una manera muy clara en qué momentos debe aplicarse cada vacuna. En 2014, el ex Ministerio de Salud de la Nación promulgó la Resolución 1029 que incorpo-

¹ Quiero agradecer a todos los profesionales y amigos que me apoyaron durante la elaboración de este trabajo: mi consejera, Ana Herrera, por introducirme a un nuevo campo de trabajo –el análisis de políticas públicas– y por todo su apoyo; los expertos entrevistados, por su tiempo, su honradez, y su entusiasmo: sus perspectivas forman la base de mi comprensión de un proceso complejo que no está discutido en el discurso público; mis profesores, Valeria y Dan, por enseñarme las capacidades necesarias para hacer una investigación de ciencias sociales y por conectarme con profesionales en este campo de trabajo; mi tutor, Nicolás Arellano, por ayudarme con la redacción de este trabajo y su apoyo con la desgrabación de mis entrevistas; todo el equipo de SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos, porque su dedicación y pasión por la salud pública en este país creó una experiencia inolvidable para mi desarrollo como estudiante interesada en las intersecciones entre la medicina y la sociedad; todos mis compañeros del programa, por su pasión continua y por ayudarme a mantener una actitud positiva; mi madre anfitriona, Silvia, y mi “hermana” anfitriona, Romi, quienes siempre ofrecieron apoyo y la oportunidad para charlar sobre este tema interesante y toda mi experiencia en este lugar.

La estudiante participó en el Programa Salud Pública en Ambientes Urbanos de SIT World Learning en la Universidad ISALUD en el segundo semestre de 2018. Como cierre de su experiencia académica desarrolló la presente investigación basándose en entrevistas con expertos y participando en una Charla debate sobre el tema realizada por la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología.

ró “la vacunación contra varicela en niños de 15 meses de edad” al Calendario Nacional de Vacunación. Para llegar a esta decisión se conformó un comité dentro del Ministerio que se encargó de analizar las distintas posturas y evaluar la procedencia de la incorporación de esta vacuna al Calendario.

La varicela es una enfermedad que resulta por la infección del virus varicela-zoster. Afecta a niños en los primeros años de edad principalmente. Según un artículo de revisión en la revista del Hospital Italiano, “en la mayoría de los pacientes el desarrollo es benigno... En cambio, hay un grupo de pacientes en los que la enfermedad puede tener una presentación más severa, como mujeres embarazadas susceptibles, pacientes inmunocomprometidos, y adultos susceptibles” (Marcó del Pont, 2007). Esta enfermedad “produce un sarpullido con ampollas, picazón, cansancio y fiebre” (The Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Su contagio y transmisión es muy sencillo (CDC, 2016). Puede llegar a ser grave en poblaciones vulnerables. Sin embargo, la vacuna contra varicela puede prevenir esta infección.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación de Argentina estimaba en 2014 que “cada año ocurren alrededor de 350.000 a 400.000 casos de varicela” (Ministerio de Salud, 2014). Ese mismo año, en el mundo, según el Organización Mundial de Salud, “la carga de enfermedad mundial y anual por varicela incluiría 4.200.000 complicaciones graves con requerimiento de hospitalización y 4.200 muertes” (Ministerio de Salud, 2014). Además de esta carga al sistema de salud, la prevalencia de varicela contribuye al ausentismo escolar, ausentismo al trabajo, y otros costos sociales. Al fin, vacunar a todos los bebés tiene la ventaja de proteger otras poblaciones vulnerables en la comunidad, y por esto hay una fuerte relación entre esta acción y la salud pública.

El objetivo de este trabajo es entender el proceso por el que las autoridades nacionales y el equipo técnico-científico llegaron a la decisión de añadir la vacuna contra la varicela al Calendario Nacional de Vacunación como una política de ampliación de derechos sanitarios. Aún es pronto para ver cambios en los casos de varicela a causa de esta intervención, pero el gobierno y la comunidad científica tienen esperanza de que los altos niveles de cobertura de esta vacuna eliminarán la prevalencia de esta enfermedad en el país. Esta publicación trata de explicar cómo esta política pública fue desarrollada e implementada. La justificación de la política pública se enfoca en la definición de este problema definitivamente como un problema de salud. Incluye las razones por las que el gobierno empezó la discusión sobre la prevalencia de la varicela y la teoría y la historia sobre la responsabilidad del gobierno en garantizar el derecho a la salud. La formulación fue el proceso de llegar a la regulación que ocurrió

durante 2013 y 2014, donde hubo dos actores predominantes: la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaiN) y el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (Pro-NACEI). La implementación de la política pública desarrolla cómo toda esta discusión se convierte en la práctica, en base a tres pasos centrales: la compra, la distribución, y la capacitación. La relación entre el Estado y las jurisdicciones refleja cómo la estructura federal del país puede ser una ventaja en este campo de la salud pública. Finalmente, la evaluación: como esta política es reciente, las estadísticas y los niveles de cobertura solo están empezando a ser registrados, y un análisis complejo no puede ser realizado.

Marco Teórico

Las políticas “pueden generar acciones y reacciones a lo largo de su proceso de implementación. No son un momento o instante. Deben observarse como un proceso que incluye decisiones y no decisiones, implican valores sociales, ritos, normas, procedimientos, recursos materiales y actores sociales. Generan impactos en el conjunto social, que en algunos casos resultan claramente observables y en otros no, debido a la complejidad de su análisis” (Zeller, 2007). La relación entre las decisiones y los valores sociales dentro un *proceso* de decisiones, es el marco con que está formado este trabajo. La justificación y la formulación de los objetivos de esta política enfocan cómo las decisiones pueden reflejar valores sociales. El énfasis en actores particulares representa que las políticas públicas son formadas por “actores sociales” que tienen poder dentro la sociedad.

Una política pública es un proceso formado por distintos pasos relacionados. “Las políticas gubernamentales constituyen un proceso que, en sus distintas etapas, requiere actividades de formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y eventualmente de la reformulación de objetivos y acciones” (Martínez Nogueira, 1997). Un análisis centrado en el concepto de un ciclo de acción “permite observar los principales momentos de su desarrollo” (Zeller, 2007). Este ciclo está explicado por las perspectivas de profesionales involucrados en este proceso.

Otra característica esencial para considerar es “la subjetividad”. Cuando se evalúa una política pública es crítico mantener en cuenta la artificialidad de las políticas; en otras palabras, las políticas públicas siempre son construcciones sociales y políticas de la sociedad que depende de los valores de las personas que las definen (Dunn, 1994).

Hay muchos aspectos de este caso de varicela que también son relevantes para las demás vacunas incorporadas al Calendario. Las herramientas de análisis de una política pública pueden pro-

mover una generalización sobre un tema. La teoría sobre la responsabilidad del Estado hacia los ciudadanos pone en contexto las reflexiones de los expertos entrevistados sobre la necesidad de evitar inequidades en el acceso a recursos de salud que estaban presentes en la sociedad. Adicionalmente, esta política se relaciona con un problema dentro la medicina y los sistemas de salud, por lo que es necesario incluir una descripción de la información clínica sobre esta enfermedad. Por último, la Resolución mencionada mezcló el trabajo de los dos lados: de la política y la medicina, para llegar a una política pública comprehensiva.

Metodología

El enfoque de este trabajo es el ciclo de acción usado para formar una política pública. Elegí el caso de la vacuna contra la varicela, que es reciente, para enfocar mi trabajo en los primeros pasos de la justificación, la formulación y la implementación de esta política. El tiempo para efectuar un análisis pormenorizado de los efectos de esta política no fue el suficiente, dado que no existen datos oficiales publicados.

Este estudio es descriptivo y exploratorio, con énfasis en la presentación de una narrativa de cómo los equipos de trabajo relevantes llegaron a esta política pública. Un diseño observacional transversal sirve para organizar las observaciones y reflexiones de miembros de estos equipos y la bibliografía relevante. La base de la investigación fue el documento *Fundamentos de la Incorporación de la Vacuna Contra Varicela*, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2014. Para poner este documento esencial en contexto y añadir información relevante que no puede observarse en él, algunos expertos que formaron parte de la decisión e implementación de esta política pública fueron entrevistados por mí durante el mes de noviembre de 2018: seis expertos de varios campos de trabajo que participaron en el ciclo de acción de esta política pública compartieron sus reflexiones y experiencias. Elaboré las guías de entrevista para cada interacción, de manera de enfocar en temas diferentes sobre el área de la pericia de cada experto. Mis fuentes secundarias incluyeron publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación, sitios web públicos y de organizaciones científicas y de la sociedad civil, estudios científicos, antecedentes, presentaciones de PowerPoint de expertos en la temática, noticias de varios periódicos que hacían referencia a esta política pública, leyes y regulaciones de interés, y materiales sobre el estudio de una política pública. Adicionalmente, toda la información sobre la opinión general de la población sobre esta política fue tomada desde la perspectiva de los profesionales entrevistados; cada uno de ellos sigue realizando atención médica en distintos espacios públicos y privados

que le permiten conocer la opinión de la gente sobre este tema. No había muchas consideraciones éticas específicas porque solo contacté profesionales para compartir su perspectiva sobre una política en particular. Hablé con profesionales sanitarios que se desempeñaron en la administración pública, y otros que actualmente cumplen funciones en el Estado. Obtuve consentimiento informado de cada participante, y todos participaron teniendo en cuenta los objetivos y limitaciones de mi trabajo. Cada entrevista fue grabada y después desgrabada. Los participantes describieron sus propias experiencias relacionadas a esta decisión, pero no representan todos los intereses ni todas las perspectivas involucradas en este ciclo de acción. Con sus reflexiones, traté de llegar a una historia completa en concordancia con lo que cada entrevistado compartió, pero es posible que con mi selección de participantes falte alguna perspectiva importante. Mantuve el anonimato de cada experto que participó de este estudio.

Personalmente, estoy muy agradecida por la oportunidad de entrevistar profesionales importantes en este campo de salud pública. Como extranjera, me sorprendió el entusiasmo con que cada entrevistado relata su interés en ayudarme con este proyecto. Pienso que el efecto de mi perspectiva como alguien de los Estados Unidos, donde la vacunación es más una decisión que una obligación, fue lo más evidente en mi discusión con los expertos entrevistados sobre el rol y la responsabilidad del gobierno en el campo de salud. Mis preconceptos sobre la parte más relacionada a la política fueron evidentes con la presencia de mi sentimiento de sorpresa sobre la teoría fundamental de esta política pública.

Justificación

En los últimos 35 años, el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina estableció unos de los programas de vacunación más completos y desarrollados del mundo. El Calendario Nacional de Vacunación describe las vacunas que cada ciudadano tiene que recibir. Organizada por distintas edades, demuestra la extensiva gama de vacunas que el gobierno provee en los centros de salud y hospitales públicos. Este trabajo no ocurre en poco tiempo. El desarrollo de este calendario ocurre poco a poco para llegar a incluir las casi veinte vacunas que hoy están disponibles por el gobierno para la población. La creación de este tipo de política pública involucra a muchas partes de la sociedad. El Estado toma la decisión final, pero la comunidad médica, las sociedades científicas y la industria también tienen un papel importante en el desarrollo de esta política pública. Entre 2003 y 2015, trece vacunas adicionales fueron incorporadas al calendario nacional. Antes de la incorporación de una vacuna al Calendario Nacional

de Vacunación, muchas veces esa misma vacuna puede estar disponible en el sector privado. El progreso y desarrollo científico ocurre independiente del mundo político. La producción de una nueva vacuna exitosa puede ser un logro valorable. El conocimiento científico, sin embargo, no ayuda mucho si no lleva a la práctica. En el caso de Argentina, por eso, muchas vacunas estuvieron disponibles en el sector privado antes de su incorporación al Calendario Nacional de Vacunación. Todas aquellas personas que cuentan con recursos acceden a estas nuevas vacunas que se encuentran solo en el sector privado, presentando una ventaja comparativa frente a los que no acceden, para prevenir enfermedades. Por otro lado, este “éxito” crea una nueva forma de inequidad dentro la sociedad.

El gran objetivo de este Calendario Nacional de Vacunación es promover el acceso a esta tecnología que radicalmente cambió la presencia y carga de enfermedades inmunoprevenibles dentro del campo de la medicina moderna. Como una experta entrevistada explicó: “El objetivo es, sobre todo, proveer un acceso equitativo de la vacuna a través del Estado para que la puedan recibir todos, independientemente de poder pagarla. La República Argentina tiene como prioridad que la reciban todos, si puede pagar o no, si vive en una ciudad grande o pequeña, lo que piensen, la religión... Esto es el principal objetivo de incorporar la vacuna al calendario: igualdad. Igualar las oportunidades de prevención” (Entrevista 1).

La OMS regularmente realiza publicaciones oficiales sobre sus recomendaciones para los países que son miembros de esta organización. Su consejo para los profesionales de salud pública tiene un papel importante en la política pública de cada país. En 2014, la OMS publicó un nuevo documento, *Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper*, para reemplazar lo que difundió en 1998 sobre la varicela. Allí recomienda que los países consideren añadir la vacuna contra la varicela a los programas de vacunación si tienen los recursos para llegar y sostener más del 80% de cobertura (OMS, 2014). También, discute la aplicación de solo una única dosis. Por último, confirma que la primera dosis debe ser aplicada a los niños que tienen entre 12 y 18 meses de edad. Con respecto a las poblaciones especiales, como los trabajadores de salud y gente con una enfermedad de inmunocompromiso, la OMS recomienda también esta vacuna en algunos casos. Como explica un experto, Argentina, en el sector público, estuvo dando esta vacuna a estas poblaciones especiales antes de la consideración al nivel nacional. La vacuna “estaba disponible en el sector público para condiciones especiales” (Entrevista 2). También, como define un documento del Ministerio de Salud de la Nación en 2012, el Ministerio “provee la vacuna para las personas en contacto con pacientes con alto

riesgo de desarrollar complicaciones por varicela (personal de la salud, convivientes de huéspedes inmunocomprometidos). Se administrarán 2 dosis separadas” (Ministerio de Salud, 2012). Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, el gobierno a nivel nacional llegó a añadir esta vacuna al Calendario.

Con la Resolución 1029/2014, el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación incorporó la aplicación de esta vacuna en forma gratuita y obligatoria para todos los niños y niñas que cumplen 15 meses, empezando en el año 2015. La gran meta de esta regulación es eliminar la inequidad que existía en este campo de salud. Existe mucho consenso en la comunidad médica de que esta vacuna tiene efectos positivos. Un experto explicó que “la vacuna contra la varicela estaba disponible en el ámbito afuera del nivel público. En el nivel privado, hace muchos años ya. Así que era una vacuna que los pediatras estaban indicando para aquellos niños que tenían la posibilidad económica de adquirir la vacuna” (Entrevista 2).

En Argentina, el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) reporta entre 150.000 a 180.000 casos de varicela cada año (Ministerio de Salud, 2014). Entre 2008 y 2013, se registraron aproximadamente 250 a 450 casos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, un experto entrevistado explicó que “se estima que hay una subnotificación importante” (Entrevista 1) y ocurren “alrededor de 350.000 a 400.000 casos nuevos de varicela por año” (Ministerio de Salud, 2015). Esta carga de enfermedad es prevenible con la implementación de la vacunación.

Formulación

Después de determinar que la presencia de la varicela es un problema sanitario en el que el Estado Nacional debía intervenir, el proceso de formulación de esta política pública comenzó. Los dos actores más importantes en este desarrollo son la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaln), un comité externo al Estado conformado por expertos de distintas organizaciones científicas del país, y el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, que es parte del Ministerio de Salud de la Nación. Generalmente, los dos pasos de esta parte incluyen la creación y la evaluación de los detalles de la recomendación. Desarrollan la justificación de la política y cómo van a llevar a la práctica esta nueva política.

La CoNaln “es un organismo técnico que asesora a las autoridades nacionales y a los definidores de políticas para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con la inmunización basados en la evidencia y/o en la epidemiología local” (Ministerio de Salud de la Nación, 2018). Este grupo incluye representantes

de tres sociedades científicas, expertos individuales (un médico de adultos infectólogo, tres pediatras y un especialista de salud pública) y un representante de cada una de las cinco regiones del país (Entrevista 1). Las sociedades científicas son: la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica, la Sociedad Argentina de Pediatría y la Sociedad Argentina de Infectología (Ministerio de Salud de la Nación, 2018). Además de ellos, un representante de Inmunizaciones de OPS y un representante de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos, y Tecnología Médica (ANMAT) están incluidos. La presencia de representantes de cada región es un aspecto característico del programa argentino de inmunoprevenibles (Entrevista 1). La organización federal del país está reflejada con la inclusión de las personas que van a ser responsables por la implementación de esta política.

Ellos “se reunieron en forma periódica para la evaluación de la evidencia científica y la posibilidad concreta de implementar la política pública” (Entrevista 1). Este comité tiene el objetivo de desarrollar una recomendación para el Ministerio de Salud de la Nación (Entrevista 1). En el caso de la varicela, empezaron a discutir la posibilidad y “llegar a la definición por consenso” para “definir la incorporación de la vacuna” en 2013 (Entrevista 2). La importancia de este grupo de trabajo es su falta de vínculo oficial con el Estado. Ellos crean su propia recomendación, pero “lo que dice la Comisión Nacional de Inmunizaciones no es de implementación obligatoria para el Ministerio” (Entrevista 1). Solo actúa como una recomendación, formada por expertos en la temática sin conexiones formales con el Estado. El Estado justifica este proceso de la siguiente manera: “La complejidad que alcanza actualmente la inmunización hace necesario que existan organismos bien balanceados que resistan la presión de grupos de intereses y que asesoren a las autoridades en forma imparcial para la toma de decisiones y contribuyan de esta forma a promover la salud de la población” (Comisión Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de Salud de la Nación, 2018). La discusión sobre la incorporación de la vacuna antivari-cela ocurrió al mismo tiempo de la discusión sobre el rotavirus (Entrevista 1). En 2013, el calendario era relativamente amplio, y “había un consenso muy importante según la necesidad de incorporar la vacuna” contra varicela al Calendario Nacional de Inmunizaciones (Entrevista 2).

Existía mucha evidencia científica sobre la eficacia de esta vacuna y los efectos de implementarla en otros países que este Comité tuvo en cuenta durante sus discusiones. Como explicó uno de los expertos, “se tomaron en cuenta todos los datos de la carga de enfermedad, se tuvo en cuenta también las decisiones de otros países al hacer su incorporación” (Entrevista 2). Estudios previos en Uruguay y los Estados Unidos sirvieron como ejem-

plos de esta política. En Uruguay, por ejemplo, se incorporó la vacuna contra la varicela en 1999 en los niños que cumplen 12 meses (Quian, 2008). Se pudo ver inmediatamente la disminución de los casos de varicela, y en los últimos años el número de casos estuvo más o menos estable a un nivel relativamente baja. En Estados Unidos, la introducción de la vacuna contra varicela en solo una dosis ocurrió en 1995 (Marin, 2008). Sin embargo, en 2006 la recomendación cambió para incluir una segunda dosis. Los autores de una publicación de resumen concluyen que el programa de una dosis fue de 80% a 85% exitoso con respecto a la prevención la enfermedad, y 95% efectivo en prevenir los casos severos (Marin, 2008). Adicionalmente, descubrieron que entre 2003 y 2006, la disminución de casos se estancó, pero los brotes aún ocurrieron. Ellos concluyeron que la segunda dosis es necesaria para generar inmunidad colectiva y prevenir estos brotes, y su publicación está de acuerdo con muchos otros estudios recientes (López, 2006) (Seward, 2008).

A pesar del consenso general sobre la necesidad de incorporar la vacuna, existieron algunos puntos en disputa importantes para resolver en el CoNaln. Los dos temas más controversiales eran la edad ideal para vacunar los niños y la necesidad de incorporar una o dos dosis. Según uno de los expertos, “Argentina decidió incorporar la vacuna con una dosis única a los 15 meses porque era el mejor momento que relaciona que la vacuna es más inmunogénica, responde más... cuando está más cerca de los 12 meses se sabe que es menos inmunogénica” (Entrevista 1). En un artículo para el periódico *La Voz*, Dra. Sandra Belfiore del Programa de Inmunizaciones de Córdoba, explicó: “El objetivo de colocarla a esa edad es optimizar la administración de la vacuna. Se busca un equilibrio entre colocarla lo más tempranamente posible, y a la vez asegurar su inmunogenicidad, esto es, la capacidad del sistema inmunitario de generar anticuerpos ante un estímulo. Hay evidencia de que, a edades más tempranas, este efecto sería menor y por eso, el mejor momento para aplicarla serían los 15 meses” (La Voz, 2015). El CoNaln solo llegó a este consenso después de una larga discusión. Antes de 2015, no hubo vacunas indicadas para los niños de 15 meses. Como un experto clarifica, “los 15 meses era una edad nueva, entonces la preocupación era si iba a tener un nivel de cobertura apropiada” (Entrevista 2). Por esta razón, algunos miembros del comité querían discutir el riesgo de no llegar a niveles de cobertura efectivos con la selección de esta edad en particular. Finalmente, ellos dieron prioridad al hecho que a los quince meses la vacuna tiene la posibilidad más alta de proteger los niños.

Además de este punto, el CoNaln discutió el objetivo de la incorporación de una única dosis o dos dosis de la vacuna. Uruguay solo incorporó una dosis (Quian, 2008). Por otro lado, había evi-

dencia de los Estados Unidos que la única dosis tuvo efectos positivos con respeto a bajar los casos de enfermedad, pero los resultados mejoraron con la incorporación de una segunda dosis (Seward, 2008). Teniendo en cuenta los objetivos de esta política, el CoNaln consideró los resultados de los programas de otros países, pero decidió recomendar una única dosis. Uno de los expertos entrevistados explicó que “nos pareció en ese momento que fue importante tratar de disminuir la gran carga de enfermedad en forma rápida y eso con una dosis se iba a lograr” (Entrevista 2). Otro de los entrevistados confirmó esta decisión, diciendo que “como el objetivo era disminuir la morbilidad y la bajar la carga de enfermedad, una dosis era adecuada para este objetivo” (Entrevista 1). Esta justificación, sumando los estudios antecedentes y los objetivos específicos del país, permitió que el CoNaln diera la recomendación completa de implementar una dosis a los niños que cumplen 15 meses.

Dentro del Ministerio de Salud de la Nación existe el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI), actualmente Dirección (DiNaCEI). Como explica el sitio del ex Ministerio, esta dirección tiene tres objetivos centrales: a) disminuir el impacto de las enfermedades inmunoprevenibles por la vacunación; b) mejorar la prestación de servicios de vacunación; c) establecer prioridades para la incorporación de nuevas vacunas al Calendario Nacional (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2018).

Este programa está formado por distintos profesionales. Como explicó una de las expertas entrevistadas, “hay varios miembros de la Dirección de distintas áreas: el área de logística, el área de capacitaciones, el área de datos, el área de vigilancia epidemiológica. Todos somos profesionales médicos con distintas especialidades: infectólogos, pediatras, epidemiólogos”. Este equipo interdisciplinario empieza el proceso de considerar la incorporación de una vacuna nueva al calendario. En el área de las recomendaciones científicas, ellos hacen “una revisión sistemática de toda la bibliografía que hay disponible... ven estudios de efectividad de la vacuna, de eficacia, de seguridad” (Entrevista 4). Colaboran con el CoNaln, las autoridades del Ministerio de Salud y los jefes de cada programa de vacunación de las 24 jurisdicciones del país para llegar a una política pública factible, sostenible y efectiva.

El ProNaCEI “transmite a las autoridades nacionales toda la información con la que cuenta. Las autoridades evalúan la conveniencia, la posibilidad política de introducirla o no, y económica de introducirla o no” (Entrevista 4). Como una experta caracterizó esta parte del trabajo, “esto es una decisión política” (Entrevista 4). Una de las consideraciones más importantes de estas auto-

ridades es la sostenibilidad de la incorporación de una vacuna nueva. Es crítico que el gobierno pueda “garantizar la sostenibilidad de la estrategia a lo largo de los años” (Entrevista 3). Es muy costoso políticamente sacar una vacuna del calendario después de incorporarla (Entrevista 5). Por eso, las autoridades tienen que considerar cómo asegurarse “que no se interrumpa la incorporación de esta vacuna” (Entrevista 4).

Todo este proceso, desde el inicio de la discusión hasta la creación de una resolución y el comienzo de la implementación de la política, duró aproximadamente dos años para el caso de la vacuna contra la varicela.

En el contexto de las vacunas, la estructura federal es muy evidente en todas las partes del proceso de formulación de este tipo de políticas. Cada jurisdicción tiene un jefe del programa de inmunización que participa en la formulación. Esta participación es característica de la Argentina, según una de las expertas entrevistadas, quien me explicó: “en ningún otro país, que yo sepa participan en la recomendación los jefes de los programas de vacunas” (Entrevista 1). Como el Estado Nacional tiene la responsabilidad de comprar todas las vacunas, pero las jurisdicciones tienen el papel de implementar esta política, el Estado Nacional requiere del consenso de las 24 jurisdicciones a pesar de su estatus autónomo (Entrevista 1). Cada jurisdicción tiene su propio método para implementar esta política, pero todos juntos tienen que compartir el objetivo de vacunación para aprobar una resolución (Entrevista 4).

Hay cuatro objetivos centrales en que esta política enfoca. Afectan obviamente a la población determinada, los sistemas de salud y los profesionales médicos, pero también afectan a la sociedad en general, con la reducción de costos sociales asociados con esta enfermedad. Primero, el objetivo más directo de la vacunación es “disminuir la morbilidad y bajar la carga de enfermedad” asociados con la varicela (Entrevista 1). La evidencia científica confirma que la aplicación de una vacuna tiene un efecto directo a los casos de varicela que ocurren y la severidad de síntomas. La varicela, cuando se complica, puede ser grave (Entrevista 1). En los adolescentes y los adultos más que los niños, “se presenta de forma más severa con alta incidencia de complicaciones” (Gentile, 2015). La vacunación de los niños debe tener el efecto de disminuir los casos graves con tiempo. Como se explicaba antes, la incorporación de una única dosis debe ser suficiente para lograr este objetivo.

El segundo objetivo de la vacunación es reducir la carga de esta enfermedad en los sistemas de salud. Como esta enfermedad es prevenible, la inversión en la prevención tiene la consecuencia de disminuir las visitas y las internaciones en los hospitales y centros de salud a causa de varicela. Como explica el documento

de fundamentos del Estado, “un análisis de costo beneficio realizado en los Estados Unidos puso de manifiesto que la vacunación sistemática en la infancia podría permitir un ahorro de hasta cinco veces la inversión efectuada en la vacunación” (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Ellos pueden usar los recursos –económicos y humanos– para atender a otras patologías (Entrevista 1). La incorporación de una vacuna nueva aumenta el trabajo de las personas que están involucradas en la vacunación, pero esta carga nueva es menor que la carga del tratamiento de la enfermedad en sí misma.

En tercer lugar, un objetivo de esta política pública es disminuir el costo social causado por la varicela. Cuando los niños se enferman, sus padres o otras personas tienen que cuidarlos (Entrevista 1). Este ausentismo escolar, y el consiguiente ausentismo laboral, son factores que “no deben ser subestimados” en el campo de la salud pública (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Finalmente, el acceso equitativo es el último objetivo característico de esta política pública. Como se explicaba en el capítulo sobre la justificación, esta acción del gobierno puede estar caracterizada como un esfuerzo para reducir inequidad dentro el campo de la salud. El propósito de este tipo de política pública “constituye un signo de equidad” (Resolución 1029/2014).

Todo este proceso de formulación constituye la transformación de los ideales y valores comunicados en la justificación a la política pública oficial. La creación de esta Resolución refleja la culminación de mucho trabajo arduo, pero también señala el comienzo del gran trabajo que implica la implementación.

Dos de los pasos principales de la implementación, que involucran al Estado Nacional y a cada jurisdicción, son la compra y la distribución de las vacunas. Hay mucha logística necesaria para que las vacunas lleguen a cada parte del país, y eventualmente a cada niño, sin peligro. Este esfuerzo de implementación combina las actividades de miembros del Ministerio de Salud con las de cada jurisdicción.

La compra de la vacuna contra la varicela es responsabilidad del Estado Nacional. Hay dos métodos de compras: el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Licitación Pública Nacional. En el caso de varicela, primero el Estado usó la licitación pública, y después se usó el Fondo Rotatorio. Con respecto a la relación entre el Estado y las jurisdicciones, una de las expertas entrevistadas clarificó que “el Estado Nacional compra las vacunas, las jeringas, y los descartadores, y las que lo gestionan son las provincias que son autónomas” (Entrevista 1). Para determinar la cantidad de vacunas necesarias, cada provincia tiene la responsabilidad de informar al nivel central “qué cantidad hay en específicamente la edad que aplicar esta vacu-

na” (Entrevista 3). Usando los datos y las estadísticas, cada jurisdicción determina la cantidad de insumos por año. Esta compra, sin embargo, es más amplia que el número preciso de los niños de esta edad que se proyecta que van a necesitar la vacuna, por algunas razones. Primero, el Estado tiene que proveer la vacuna para todos los niños que cumplen esta edad, pero algunos han recibido, o van a recibir, la vacuna en el sector privado. Como describió una experta entrevistada, el Estado “compra para todos... no importa que después los papás lleven su hijo en un vacunatorio privado. La vacuna para él está en el sector público” (Entrevista 5). En última instancia, “la Nación respalda la salud de la población, independientemente de la cobertura que tenga la persona” (Entrevista 5). Estos niños que reciben la vacuna afuera de la compra del Estado tienen que ser considerados, aunque no vayan a utilizarla.

Además de este factor, el Estado compra un excedente de vacunas porque existe un porcentaje de pérdida de las vacunas (Entrevista 3). Durante la distribución ocurren algunos accidentes que resultan en la pérdida de algunas vacunas. Por eso, el Estado compra un stock de seguridad (Entrevista 3).

Con la varicela, el Estado realizó la primera gran compra de esta vacuna través de Licitación Pública, si bien el Fondo Rotatorio de la OPS es el modo más utilizado por el Estado en general para la compra de vacunas que componen el Calendario Nacional de Vacunación. Este proceso “muy bien aceitado” típicamente tiene los precios más bajos por las vacunas (Entrevista 3). Es “un mecanismo de cooperación solidaria mediante el cual se compran las vacunas, jeringas, y suministros afines, en nombre de los Estados Miembros participantes... Bajo un principio de equidad, todos los Estados Miembros participantes han tenido acceso a los mismos productos ofrecidos a través del Fondo Rotatorio, al precio más bajo y único, sin importar el tamaño territorial ni las condiciones económicas del país” (OPS, 2018). Esta cooperación entre países asegura que este tipo de política pública pueda ser implementado en cualquier país. En el caso de la varicela, la vacuna disponible por la OPS en 2015 no era la misma vacuna que el Estado había establecido, evaluado y seleccionado, pero en la siguiente solicitud de vacunas que Argentina efectuó al Fondo Rotatorio esta organización incorporó la vacuna deseada a su lista y el Estado adquirió la vacuna contra la varicela a través del Fondo Rotatorio de OPS. Hoy, la vacuna contra varicela es relativamente cara con respecto a otras vacunas.

La política de adquisición ideal podría ser que el Estado Nacional adquiriera la tecnología para producir la vacuna de manera local. Como explicó una experta entrevistada, “cuando un producto viene del exterior, todo lo que es la nacionalización y el desadua-

naje de producto requiere un poco más de tiempo” (Entrevista 3). Este trabajo se añade al proceso de la logística y el costo también, considerando los impuestos. Hoy “no hay producción nacional de esta vacuna” (Entrevista 3), y es difícil fabricar las vacunas al nivel de la demanda que existe, y por otras razones, como la falta de tecnología.

El Estado Nacional tiene la responsabilidad de dirigir la implementación de los programas de vacunación en cada jurisdicción. Cuando las vacunas llegan al país, están guardadas en un depósito ubicado en la Ciudad de Buenos Aires en un ambiente específico para mantener la temperatura entre 2 y 8 grados (Entrevista 3). Los distintos modos de transporte, organizados por cada jurisdicción, llegan a este depósito central para recoger su provisión y empezar lo que puede ser un viaje muy largo hasta las provincias. El término más importante en todos estos pasos de transporte se llama “cadena de frío” (Entrevista 3). Para la vacuna de varicela es crítico, porque esta vacuna debe mantener la temperatura entre 2 y 8 grados para asegurar su calidad. Hay muchas oportunidades para interrumpir este proceso, pero los programas de vacunación trabajan mucho para reducir las probabilidades de inconvenientes.

Por otro lado, una de las fortalezas más importantes de este tipo de organización es que las jurisdicciones tienen el poder de implementar sus propios programas de vacunación. Los lineamientos técnicos están establecidos por el Estado Nacional, pero las jurisdicciones tienen la capacidad de decidir cómo implementarlos. Como una experta entrevistada explicó, “queda con ellos después la estrategia de cómo implementan al nivel local, conociendo su geografía, su cultura” (Entrevista 4). Es probable que este modo de implementación que considera las particularidades de cada jurisdicción resulte en mejores niveles de cobertura.

Además de proveer la vacuna, el Estado tiene la responsabilidad de la “Normatización” con publicaciones de capacitación para las personas que van a implementar esta nueva política. El documento *Fundamentos de la Introducción de la Vacuna contra Varicela* contiene mucha información enfocada en la implementación de esta política, dirigida a jefes de programas de vacunación. En el capítulo 6 se explican todas las actividades que deben considerarse en la capacitación de esta política: “cada provincia debe elaborar un plan de acción que incluya la planificación por componente, organización, ejecución y evaluación de la introducción de la vacuna contra varicela, según objetivos” (Ministerio de Salud, 2014). Uno de los componentes de este trabajo más elaborados es la “Comunicación Social”. El Estado enfoca en la audiencia objetiva –los padres de niños que necesitan la vacuna– y las herramientas necesarias para llevar

a la práctica sus objetivos. Enfatiza la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para “incentivar la participación activa de la comunidad”.

En una charla-debate público sobre las vacunas de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología, un miembro de la audiencia compartió su experiencia en la Ciudad de Rosario, donde hay esfuerzos de vacunación que ocurren en parques públicos. En vez de convencer a la gente de que vaya al hospital u otro centro de salud para vacunarse, las enfermeras llevan todos sus materiales a los parques para vacunar a la población en un lugar conveniente y cómodo. Esta nueva perspectiva de vacunación considera que la gente que necesita vacunas no son pacientes enfermos que requieren cuidado médico, sino personas sanas que transitan los espacios con otras personas. Esta perspectiva creativa sobre la vacunación refleja el esfuerzo de una parte del país que se relaciona con el potencial de la capacitación que tiene cada jurisdicción.

Además de este consejo sobre las estrategias de implementación, el Estado incluye en los Fundamentos un *Manual del Vacunador* que describe toda la información médica necesaria para una vacunación segura. Las necesidades básicas de la vacunación están descritas por el nivel central, pero las jurisdicciones pueden crear sus propios recursos para sus capacitaciones internas. Una vez más, la estructura federal sirve como una ventaja en el campo de la vacunación. Como una experta entrevistada describió, “esto funciona bastante bien porque justamente se generan consensos antes de la implementación” (Entrevista 4). Con este consenso explicado por el documento fundamental del gobierno, las jurisdicciones tienen la capacidad de hacer sus propias implementaciones para aplicar esta política a su práctica cotidiana.

La implementación de una política pública puede ser considerada el paso más importante de todo el proceso, porque es poner en “acción” la “palabra” del Estado. Este trabajo también refleja cómo la estructura federal del país afecta la política y las vidas cotidianas de los ciudadanos. El paso final de la evaluación puede proveer un entendimiento mejor de los procesos de formular e implementar una política pública nueva.

Como esta política pública es reciente, los datos y estadísticas sobre sus efectos directos no se encuentran disponibles para la evaluación. Sin embargo, se puede evaluar el proceso que se realizó desde alcanzar consenso durante la formación de esta política, los problemas que existían con la implementación de la política y cómo los mismos se resolvieron, y las actitudes y las tendencias en general sobre este tema de la salud pública. Los entrevistados comunicaron sus percepciones sobre que los casos de varicela están bajando en los niños. Como un experto entrevistado describió, “yo no tengo los datos de la incidencia de

los últimos dos años para ver el impacto. Pero tengo la impresión de que hay una disminución. Pero es algo subjetivo” (Entrevista 2). Otra experta que trabaja dentro un hospital confirmó: “hay circulación, pero bastante menos de la varicela” (Entrevista 5). En general, la evidencia científica de los estudios antecedentes apoya que los casos van a disminuir en los próximos años. Estos resultados dependen de los niveles de cobertura que alcance la vacunación. Esta es técnicamente obligatoria, pero no es probable que el país llegue al 100% de cobertura. Una experta entrevistada explicó que “la cobertura de vacunación va bajando en forma progresiva por motivos muy diferentes... no pueden llevar los chicos a los vacunatorios, no tienen plata para el transporte, o trabajan cuando los vacunatorios están abiertos” (Entrevista 1). El ingreso a la escuela es un paso donde el gobierno puede chequear si los niños han recibido todas las vacunas necesarias, pero la policía no va a ir a una casa para llevar a un niño al vacunatorio porque no cumple la regulación del Estado (Entrevista 5). Hay varias barreras que considerar que impiden llegar al objetivo de vacunar todos los niños del país.

La implementación de cualquier política pública presenta barreras en alguno o varios de los momentos de su desarrollo. En el caso de la incorporación de la varicela al Calendario Nacional, hubo tres grandes problemas relacionados a la implementación. El primero de ellos era que no había *stock* para implementar la política inmediatamente después de su incorporación al Calendario Nacional. El segundo, que, como con todas las vacunas, existía la posibilidad de pérdida de un gran número de dosis. Y, por último, el estrés en los recursos humanos que implementan esta política en los vacunatorios.

La Resolución 1029/2014 describe que esta vacuna debe ser aplicada para todos los niños que cumplan 15 meses después del 1 de enero de 2015. En la práctica, sin embargo, este proceso no ocurre sin obstáculos. Como una experta entrevistada explicó, “en el momento en que el Estado estaba tomando la decisión, hubo un problema de suministro de la vacuna. No había vacunas suficientes para comprar. Esto retrasó un poco la implementación” (Entrevista 5). Entonces, el Estado empezó la implementación de la resolución a mitad de año, y por eso las jurisdicciones tenían “que hacer un recupero de los niños” (Entrevista 4).

Con todas las vacunas, siempre existe una tasa de pérdida. Esta pérdida está causada por “problemas de cadenas de frío, o cuando se abre la vacuna, se cae y se rompe” (Entrevista 3). El Estado tiene que considerar estos tipos de inconvenientes en la implementación, y por eso se compran algunas vacunas adicionales.

Finalmente, la implementación de una nueva vacuna al calendario aumenta el trabajo de las personas involucradas directa-

mente con la implementación de esta política. Como describió una experta entrevistada, “el recurso humano es clave en Argentina. En las vacunatorios hay un montón de actividades” (Entrevista 1). La adición de una vacuna exige más al sistema sin un cambio en los recursos humanos. Adicionalmente, un aspecto de la vacunación donde es más evidente este estrés del sistema es la vigilancia. Como explicó una experta entrevistada, “el registro de vacunas de las personas vacunadas también es subóptima, hay personas que se vacunan y no se registran”, que resulta en estadísticas y datos que no reflejan la realidad (Entrevista 1).

La mayoría de los expertos entrevistados tiene una perspectiva muy positiva sobre el proceso de llegada a esta política pública en particular. Existía gran consenso sobre la necesidad de incorporar esta vacuna al calendario, y el proceso de llegar a los acuerdos necesarios para su efectiva incorporación ocurrió sin muchos problemas. Como un experto entrevistado relató, “me parece que con esta vacuna de varicela había un acuerdo generalizado o bastante (amplio) de varios de los integrantes. La mayoría de los integrantes que participamos en la discusión sobre esta vacuna estábamos de acuerdo con que era necesaria su incorporación” (Entrevista 2). “Se generó un consenso sin mayores problemas” (Entrevista 1). La vacuna contra varicela aumentó el alcance de un calendario ya amplio. Como los expertos tuvieron mucha experiencia con el proceso de crear este tipo de política pública, el proceso continuó sin muchas complicaciones.

Es importante considerar los objetivos de la política sobre la vacunación porque son la razón de este programa. Este tipo de política pública ya existía por muchos años, y en general los padres tenían perspectivas positivas sobre la implementación de esta política. Además de los padres, “la sociedad científica y los medios de comunicación siempre tienen una posición muy favorable a la vacunación obligatoria en Argentina” (Entrevista 1). El papel de los medios de comunicación es crítico para la promoción de la vacunación. En general, los periódicos y otras fuentes de información que afectan la opinión pública mantienen perspectivas positivas sobre las vacunas, a partir del crecimiento de movimientos anti vacunas en los últimos años.

Este análisis de la política pública revela muchos descubrimientos interesantes sobre la filosofía política y el papel del Estado en el campo de la salud pública, los aspectos de la logística de formulación de una política pública, y los desafíos y ventajas de la implementación de este tipo de política dentro un país federal. La breve evaluación de este proceso sugiere algunas fortalezas y debilidades en este esfuerzo del Estado que tiene un impacto impresionante en el crecimiento de niños y niñas. En unos años, estudios futuros podrán evaluar los impactos directos de esta

política en particular. Por ahora, este trabajo intenta describir en detalle el trabajo necesario para crear y llevar a la práctica una regulación nueva en el campo de las vacunas.

La justificación de esta política describe cómo la teoría de derechos que tenía el Estado se relaciona con la definición de los problemas de salud que el Estado tiene la responsabilidad de resolver. En este caso, el Ministerio de Salud llegó a la conclusión de que la varicela es un problema sanitario por su potencial gravedad, su impacto en los sistemas de salud, y la inequidad que existía dentro la sociedad a causa de la disponibilidad de esta vacuna en el sector privado. Teniendo en cuenta todos estos factores, esta calificación del problema permitió la formulación de una regulación oficial.

El proceso de formulación de esta regulación combina el poder del Estado con la necesidad de diseñar una regulación justa y completa con expertos fuera del gobierno. El trabajo duro de explorar toda la evidencia disponible para traducir la justificación a

una regulación concreta tomó mucho tiempo e involucró a muchos actores. Este proceso refleja la complejidad de crear una regulación nueva, aún cuando esta vacuna fue incorporada a un calendario ya amplio.

El próximo paso que consiste en el trabajo de convertir la palabra de la regulación a la acción de los vacunatorios, refleja el impacto de la estructura federal del país en la práctica de la política. El proceso de compra y distribución ocurre con menos atención pública que los otros pasos, pero consiste de mucha logística y compleja coordinación. Adicionalmente, la capacitación es una parte esencial de la implementación de una regulación nueva. De modo parecido a la falta de discusión sobre cómo llegan las vacunas a los vacunatorios, la capacitación de las jurisdicciones y eventualmente los vacunadores es un trabajo esencial para asegurar el éxito de este programa. Estos aspectos pueden ser considerados los más importantes, porque con esta acción llega el cumplimiento de todo el trabajo anterior.

Bibliografía

- Marcó del Pont, J (2007). Avances en vacunas en pediatría. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Dunn, W. (1994). Public policy analysis. An introduction. 2nd edition. Englewood Cliff, NJ.: Prentice Hall.
- Lopez, A. S., Guris, D., Zimmerman, L., Gladden, L., Moore, T., Haselow, D. T., ... & Snow, S. L. (2006). One dose of varicella vaccine does not prevent school outbreaks: is it time for a second dose?. *Pediatrics*, 117(6), e1070-e1077.
- Marin, M., Meissner, H. C., & Seward, J. F. (2008). Varicella prevention in the United States: a review of successes and challenges. *Pediatrics*, 122(3), e744-e751.
- Martínez Nogueira, R (1997). "Análisis de Políticas Públicas". Buenos Aires, INAP.
- Quian, J., Rüttimann, R., Romero, C., Dall'Orso, P., Cerisola, A., Breuer, T., Greenberg, M., Verstraeten, T. (2008). Impact of universal varicella vaccination on 1-year-olds in Uruguay: 1997-2005. *Archives of disease in childhood*, 93(10), 845-50.
- Seward, J. F., Marin, M., & Vázquez, M. (2008). Varicella vaccine effectiveness in the US vaccination program: a review. *The Journal of infectious diseases*, 197(Supplement_2), S82-S89.
- World Health Organization. (2014). Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June. *Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 89(25), 265-287.
- Zeller, N. (2007). Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas.
- Charla-Debate de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2 de noviembre, 2018.
- "Chickenpox (Varicella)" Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov/chickenpox/about/index-sp.html.
- Comisión Nacional de Inmunizaciones. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Desarrollo de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/comisiones/conain>.
- Fondo Rotatorio de la OPS. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1864:paho-revolving-fund&Itemid=4135&lang=es.
- Gentile, Angela (2015). *Calendario Nacional de Vacunación año 2015: Varicela y Meningococo*.
- Las claves sobre la vacuna de varicela. (2015, Julio 18). *La Voz*, 1.
- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2012). "Recomendaciones Nacionales de Vacunación Argentina". http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf.
- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2014). "Fundamentos de la Introducción de La Vacuna Contra Varicela" Presidencia de la Nación. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000774cnt-201504_lineamientos-varicela.pdf.
- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2014). "Casos y tasas de varicela. Años 2008 a 2013. Argentina" ProNaCEI-SNVS.
- "Programa Ampliado de Inmunización: Precios de las vacunas para el año 2018" Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vacunas-9980&alias=43316-fondo-rotatorio-precios-vacunas-2018-316&Itemid=270&lang=es.
- Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Secretaría del Gobierno de Salud. <http://www.msal.gov.ar/congenitas/programa-nacional-de-control-de-enfermedades-inmunoprevenibles/>.
- Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. "Vacunación Segura: Cadena de frío "Manual de almacenamiento de las vacunas para el Nivel Operativo" Ministerio de Salud de la Nación. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000441cnt-2013-07_manual-cadena-frio-cdf15x15_imprensa.pdf.
- Stamboulia Servicios de Salud "Varicela". <https://www.stamboulia.com.ar/enfermedades/varicela/?f=pacientes>.
- Tendrán un fuerte impacto. (2014, Junio 6). *Página 12: Sociedad*, 1-2.
- Up to Date. *Treatment of Varicella Chickenpox Infection*. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-varicella-chickenpox-infection>
- Vizzotti, C (2016). *Políticas para garantizar el acceso a medicamentos y vacunas en el primer nivel de atención*. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Entrevista 1: Médica experta, por teléfono, 9 de noviembre 2018.
- Entrevista 2: Médico experto y miembro de CoNaln, por teléfono, 16 de noviembre 2018.
- Entrevista 3: Profesional de logística y compras, por videollamada, 20 de noviembre 2018.
- Entrevista 4: dos profesionales (Médica y Enfermera) del Ministerio de Salud, por teléfono, 20 de noviembre 2018.
- Entrevista 5: Médica pediatra y profesional de epidemiología, entrevista personal, 23 de noviembre 2018.

OFERTA EDUCATIVA 2020



Universidad ISALUD brinda diversidad en las posibilidades de especializarse en conocimientos de administración y gestión de salud con sentido social. Su cuerpo de docentes e investigadores, con reconocida experiencia de campo, integra teoría y práctica con actualización constante en el proceso de transmisión de conocimientos

CARRERAS DE GRADO Y PREGRADO

Carrera	Duración	Objetivos	Director
Licenciatura en Psicología Aprobada por CONEAU: Acta N° 494 La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad y en el Centro Universitario de Tigre (CUT)	5 años	Desarrollar competencias para el abordaje de dimensiones que dan lugar a los desafíos prevalentes de nuestra sociedad: adicciones, discapacidad, adultos mayores, género, psicología comunitaria, clínica vincular psicoanalítica, entre otras.	Dra. Eva Giberti Lic. Vita Escardó
Licenciatura en Nutrición Res. ME. N° 488/03 La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad; en el Centro Universitario de Tigre (CUT); y en el Colegio Santísimo Redentor, da Ramos Mejía	4 años	Favorecer el cambio en los hábitos de alimentación de las personas sanas y enfermas de todas las edades, ámbitos y clases sociales.	Dr. Alberto Cormillot
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría RESOL-2017-1073-APN-ME	4 años y medio	Intervenir en todas las actividades profesionales y/o científicas vinculadas con los procesos de restauración de las capacidades de las personas. Actuar sobre el tratamiento, la rehabilitación, la prevención e integración, para lograr una inserción completa de la persona en la sociedad.	Mg. Paula Russo
Licenciatura en Administración Res. ME. N° 121/10 Título intermedio: Técnico en Administración (3 años) Res. ME.CyT N° 1609/06 La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad; en el Colegio Universitario Pantaleo (González Catán, Pcia. Bs.As.); y en el Sindicato de Trabajadores Municipales de La Matanza (San Justo, Pcia. Bs.As.).	4 años	Capacitar recursos humanos, con las habilidades y conocimientos necesarios para diseñar y gestionar con calidad diferentes tipos de organizaciones.	Cdor. Ricardo Bellagio
Licenciatura en Enfermería Res. ME. N° 163/09 Título intermedio: Enfermero Universitario (3 años) La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad y en el Colegio Universitario Pantaleo (González Catán, Pcia. Bs.As.)	4 años	Abordar científicamente la realidad socio-sanitaria, de manera comprometida, para impulsar la formulación de políticas y decisiones que promuevan cambios culturales y organizacionales vinculados con el quehacer del enfermero.	Lic. Gabriela Felippa
Licenciatura en Terapia Ocupacional RESOL-2019-2432-APN-MECCYT	4 años	Formar profesionales con una visión bajada en la ocupación contextual y centrada en la persona, con la capacidad de promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida de personas, grupos y poblaciones.	Lic. Liliana Sbriller

Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física Res. ME. N° 38/10 La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad; en el Sindicato de Trabajadores Municipales de La Matanza (San Justo, Pcia. Bs.As.); y en el Instituto Jorge Newbery (Ezeiza, Pcia. Bs.As.)	2 años y medio	Fomentar la prevención y promoción de la salud en pacientes sanos y enfermos, coordinar grupos de aprendizaje sobre hábitos de vida saludable, y formar equipos profesionales que desarrollen rutinas de actividad física y recreación, con atención a los nichos de mercado aun inexplorados para desarrollar emprendimientos personales y organizacionales.	Dr. Alberto Cormillot
Ciclo de Complementación Curricular para la Licenciatura en Bioimágenes (para Técnicos Radiólogos) Res. ME. N° 2815/15	2 años	Desarrollar técnicas y habilidades adecuadas para brindar calidad y seguridad en las diferentes áreas del Diagnóstico por Imágenes.	
Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico RESOL-2019-2420-APN-MECCYT	3 años	Estimular la formación de profesionales no sólo capacitados en el rol específico del Acompañante Terapéutico, sino también, estimular el desarrollo de su flexibilidad para implementar diferentes alternativas de intervención, que propicien intervenciones ambulatorias tendientes a mantener, restituir, reforzar y promocionar los lazos sociales de cada persona en tratamiento, en su cotidianeidad, en su comunidad, de manera creativa e innovadora.	Lic. Andrea Silvana Patrignoni

PROFESORADO

Carrera	Duración	Objetivos	Director
Profesorado Universitario Res. ME. N° 701/09	2 años	Mejorar y fortalecer a quienes tienen a su cargo, o desean tener a su cargo espacios docentes. Consolidar y re-pensar nuevas miradas sobre la tarea de enseñar en la universidad de hoy.	Lic. María José Sabelli

MAESTRÍAS Y ESPECIALIZACIONES

Carrera	Duración	Objetivos	Director
Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social Maestría: Resolución-2018-1634-APN-ME Acreditada por CONEAU/RESFC-2017-422-APN-CONEAU. ME-Categoría B Especialización: Resolución-2018-1633-APN-ME Acreditada por CONEAU/RESFC-2017-423-APN-CONEAU. ME Categoría B	2 años	Desarrollar capacidades para la conducción y gerencia estratégica de sistemas de salud y de seguridad social. Formular y gestionar políticas y planes. Cumplir funciones de investigación y consultoría.	Director de la Maestría y Especialización: Dr. Mario Glanc
Maestría y Especialización en Economía y Gestión de la Salud Modalidad presencial y virtual Maestría: Resolución-2018-549-APN-MECCyT Acreditada por CONEAU-Categoría B/RESFC-2017-419-APN-CONEAU-ME. Especialización: Resolución-2018-237-APN-MECCYT Acreditada por CONEAU-Categoría B/RESFC-2017-421-APN-CONEAU-ME Virtual: Resolución-2018-1424-APN-MECCyT Aprobada por CONEAU – Acta N° 459	2 años	Formar recursos humanos con perfil gerencial, una sólida base de conceptos económicos y capacidad para la investigación, el desarrollo y transferencia de herramientas que fortalecen la gestión estratégica de salud.	Director de la Maestría: Mg. Arturo Schweiger Director de la Especialización: Dr. Carlos Díaz
Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología Resolución N° 275/00 ME Acreditada por CONEAU Resolución 852/11 - Categoría C	2 años	Analizar la problemática de la tercera edad en el marco político institucional del país. Identificar las necesidades de la población mayor y sus condiciones de vida relacionándolas con las respuestas institucionales. Aplicar metodologías para gestionar servicios destinados a los mayores.	Mg. Jorge Paola

Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental Resolución N° 499/02 ME Acreditada por la CONEAU Resolución N° 243/10 - Categoría C	2 años	Desarrollar un ámbito de formación de alto nivel académico científico para el tratamiento interdisciplinario de las problemáticas propias del campo de la salud mental y la organización de sus servicios. Promover trabajos de investigaciones que contribuyan a la integración entre los servicios destinados a la salud mental y los condicionantes que deben tenerse en cuenta para la elaboración de políticas específicas.	Dr. Hugo Barrionuevo
Maestría en Farmacopolíticas Resolución-2017-2554-APN-ME Acreditada por CONEAU - Categoría B/ Resolución. N° 1159/15	2 años	Estudiar, analizar y evaluar las políticas públicas de medicamentos, su relación con la situación socio-sanitaria. Abordar e interpretar los acuerdos internacionales de propiedad intelectual y su impacto sobre la salud pública en general y sobre el acceso de la población a los medicamentos en particular.	Mg. Sonia Tarragona
Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria Resolución-2018-115-APN-MECCYT Acreditada por CONEAU Resolución. N°: 1160/15	2 años	Articular aspectos de gestión, seguridad alimentaria, salud, economía y mercado para aportar conocimientos a profesionales del sector de los alimentos y potenciar los esfuerzos de investigación, desarrollo, calidad, seguridad, marketing y comunicación, con especial énfasis en la relación de los alimentos y la salud.	Mg. Walter García
Especialización en Medicina Legal Resolución N°2953-15 ME Acreditada por CONEAU/Resolución. N° 569/14 - Categoría C	2 años	Lograr la aplicación de los conocimientos médicos a los problemas y cuestiones jurídicas. Entender la realización de pericias para determinar las causas psicofísicas de la muerte. Peritar en todo lo que requiera el juez acerca de la salud o la enfermedad.	Dr. Oscar Losetti
Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad Resolución N° 1813/08 ME Acreditada por la CONEAU/Resolución. 247/10 - Categoría C	2 años	Planificar, gestionar y conducir los diferentes servicios que conforman el sistema de atención a la discapacidad. Profundizar en las concepciones internacionales más avanzadas de discapacidad e intervención con personas con discapacidad; y lograr identificar oportunidades de mejora y avance, tanto en el ámbito de las políticas públicas como en el de la gestión y los nuevos modelos de prestación de servicios.	Mg. Araceli López
Especialización en Administración Hospitalaria Resolución N° 1529/07 ME Acreditada por la CONEAU Resolución. 246/10 - Categoría B	2 años	Fortalecer y dar viabilidad a los procesos organizativos de cambio e impulsarlos hacia los nuevos modelos de gestión hospitalaria y de atención al usuario del sistema sanitario.	Dr. Santiago Spadafora
Especialización en Auditoría de Atención de la Salud Resolución-2019-150-APN-MECCYT Acreditada por la CONEAU Resolución. N° 1140/15 - Categoría B	2 años	Formar profesionales con competencias para la gestión de la salud, especialmente en el campo de la auditoría, que les permitan analizar y aportar soluciones eficaces a las problemáticas del área, en relación con las necesidades de la salud de la población y desde una perspectiva integral que incluya aspectos técnicos específicos, administrativos, económicos, sociales, éticos y culturales.	Dr. Pablo Freire
Especialización en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto y el Anciano Resolución N° 1727/14 ME Acreditada por CONEAU-Categoría B/RESFC-2017-612-APN-CONEAU	2 años.	Actualizar, reorganizar y formar profesionales de enfermería con conocimientos, actitudes y habilidades específicas que permitan brindar cuidados de enfermería de calidad a las personas con patologías graves que requieran internación en cuidados críticos.	Coordinador: Lic. Rufino Leandro Barrios
Especialización en Farmacia Comunitaria Aprobada por CONEAU: Acta N° 443	2 años	Fortalecer el rol estratégico del farmacéutico en el sistema de salud, proporcionándole herramientas teóricas y prácticas que le permitan integrar su gestión al contexto del equipo multidisciplinario y adecuarlo a los requerimientos actuales.	Dr. Manuel Limeres
Especialización en Farmacia Hospitalaria Aprobada por CONEAU: Acta N° 443	2 años	La gestión de medicamentos en el ámbito hospitalario implica la participación de profesionales farmacéuticos que comprendan tanto la parte operativa de la farmacia, como la parte clínica y su vinculación al proceso de atención del paciente. La orientación de la carrera facilita la actitud crítica y responsable, además de la adquisición de conocimientos para un óptimo y adecuado desempeño del ejercicio profesional del farmacéutico de hospital.	Dra. Estela Izquierdo

[Ciencia y Técnica]

Incorporaciones bibliográficas



- ✓ American Psychiatric Association (APA). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Médica Panamericana
- ✓ Duderstadt, J. J. (2010). *Una universidad para el siglo XXI*. 2 v. Buenos Aires: Universidad de Palermo
- ✓ Feduchi Canosa, E., Romero Magdalena, C., Yáñez Conde, E., Blanco Castiñeira, I. & García-Hoz Jiménez, C. (2017). *Bioquímica: conceptos esenciales*. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana
- ✓ Heidegger, M. (2018). *El ser y el tiempo*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica
- ✓ Jay, J. M. (2009). *Microbiología moderna de los alimentos*. Zaragoza: Acribia
- ✓ Quintana, S. (2019). *Crónicas de lucha*. Buenos Aires: mteditores
- ✓ Sasson, A. (1993). *La alimentación del hombre del mañana*. Barcelona: Reverté
- ✓ Urso, C. (2013). *Dirección de proyectos exitosos: cómo dejar administrar el caos y encarar proyectos posibles y previsibles*. Buenos Aires: Granica
- ✓ Velásquez, G. (2019). *Seeking remedies for access to medicines and intellectual property: recent developments*. Ginebra: South Centre
- ✓ Zaffaroni, E., Alagia, A & Slokar, A. (2017). *Manual de derecho penal: parte general*. Buenos Aires: Ediar

Las novedades pueden consultarse en la Biblioteca de la Universidad, de lunes a viernes de 9 a 20.30 horas, en Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires. Más información:

+54 11 5239-4040

biblioteca@isalud.edu.ar

www.facebook.com/biblioisalud

www.es.pinterest.com/biblioisalud



Actualización exclusiva para antiguos alumnos: La salud en la Argentina del futuro

Con la impronta de siempre, teniendo como eje la realidad y la forma de modificarla, la Universidad ISALUD invitó a antiguos alumnos y graduados de carreras de posgrado a la jornada: **La salud en la Argentina del futuro**.

El evento contó con charlas técnicas de actualización breves, donde los asistentes pudieron interactuar y debatir las temáticas propuestas con sus docentes. Abrió la jornada nuestro Rector, Rubén Torres bajo la premisa: ¿Cuál es el futuro de la innovación?, seguido por el debate sobre Tecnología y gestión, de la mano de Carlos Díaz. También estuvo presente Mariana Romero charlando sobre género y salud; Arturo Schweiger, con la temática sobre financiamiento de nuevas tecnologías; Sonia Tarragona y los medicamentos de alto costo; y Mirta Roses abordando la pregunta ¿Hacia dónde va el escenario internacional? El cierre fue de la mano de Ginés González García quien, acompañado de Héctor Daer, debatieron acerca del tópico: desde el shock tecnológico al nuevo contrato social

Costo de abortos seguros e inseguros en Argentina

Con el propósito de avanzar en la cuantificación de los costos del aborto, bajo el escenario del actual contexto de ilegalidad y costos potenciales si se aplicaran los protocolos internacionales recomendados, como así también en un contexto de legalización de la práctica, Sonia Tarragona, Directora de la Maestría en Farmacopolíticas, en conjunto con Malena Monteverde, publicaron en la Revista Salud Colectiva un artículo titulado **Abortos seguros e inseguros: costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018**.

Salud Colectiva es una revista científica de acceso abierto cuyo propósito es publicar artículos originales e inéditos que desde diversas áreas disciplinarias realicen elecciones metodológicas y conceptuales que permitan abordar tanto la complejidad de los procesos sociales, como las particularidades y los intereses de los diversos actores que los integran.

35° colación de Grados académicos



Con orgullo y emoción, el pasado 23 y 24 de octubre, la Universidad celebró su **35° acto de colación de Grado** en el cual las autoridades entregaron más de 200 títulos a egresados de la Licenciatura en Nutrición, la Tecnicatura en Salud Alimentación y Actividad Física, la Licenciatura en Administración, el Ciclo de complementación curricular para la Licenciatura en Bioimágenes y la Licenciatura en Enfermería. En representación de las autoridades presentes, nuestro vicerrector de Planeamiento y Desarrollo, Eugenio Zanarini, expresó: “A partir de hoy son profesionales y ser profesional significa actualización, compromiso, tener una mirada más amplia. A partir de hoy se viene el desafío más importante que es comprometerse, ser auténticos, defender lo que piensan pero escuchar y aprender del otro. Ojalá hayan podido aprender



en estos años compartidos, además de los conocimientos los valores esenciales para poder formar parte de un equipo profesional”.

Asimismo, el 19 de noviembre, recibieron su título los graduados de la Especialización en gestión de servicios para la discapacidad; en administración hospitalaria; en medicina legal; en farmacia hospitalaria; en auditoría de atención de la salud; la Especialización y Maestría en sistemas de salud y seguridad social; la Especialización y Maestría en economía y gestión de la salud; la Maestría en gestión de la seguridad alimentaria; en gestión de servicios de gerontología; en gestión de servicios de salud mental; y el Profesorado universitario.

Felicitaciones a todos los egresados y éxitos en este nuevo camino a emprender.

Buenas prácticas de inclusión en personas con TEA

El pasado 30 de octubre se realizó el **primer encuentro de buenas prácticas en inclusión de personas con trastorno de espectro autista (TEA)**. El evento, organizado por la Asociación Argentinas de Padres de Autistas (APAdA), el Centro de Estudios en Discapacidad (CEDIS) de la Universidad y la Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad de nuestra casa, tuvo como principal objetivo visibilizar la problemática y exponer sobre aspectos legales y programas para la inclusión de las personas con TEA, abordando también la problemática de la inclusión educativa y laboral. Asistieron a la jornada para la realización de la apertura, nuestro Rector el Dr. Rubén Torres, Araceli López y Yanina Zanarini, Directora y

Coordinadora de la Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad.

El primer espacio estuvo dedicado a los derechos de la mano de Horacio Joffre Galibert, María del Carmen Mulé y Valeria Monopoli. Se debatió acerca de las mejoras cuantitativas para el heredero con discapacidad y la forma de realizar esa mejora, cerrando con la importancia del sistema de apoyos en la toma de decisiones, con la familia como primer sostén.

De la mesa de educación participaron Gustavo Dubnicki, Silvina Aparicio, Lucrecia Rampoldi y Margarita Fierro, quienes trataron la diferencia entre incluir e integrar y resaltaron los aspectos relevantes de la inclusión educativa de las personas con TEA

bajo el modelo de intervención e inclusión de APAdA y el de CARI (Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales). El último espacio estuvo dedicado a la empleabilidad, bajo la mirada de Araceli López, Karina Battoglia, Natalia Pasquali y María Noel Linsalato, quienes trataron el tema del empleo con apoyo como metodología para la inclusión laboral de personas con TEA, explicando el ECA, modelo basado en la autodeterminación y la Calidad de Vida y el implementado por APAdA. El Dr. Horacio Joffre Galibert - Presidente Honorario de la Asociación Argentina de Padres de Autistas (APAdA) fue el encargado de dar cierre a la jornada.

III Jornadas de Kinesiología

Por tercer año consecutivo y con la finalidad de brindarle a los estudiantes una actualización en temas inherentes a la Carrera, la dirección de la carrera llevó a cabo la **III Jornada de Kinesiología**, en la cual se abordaron problemáticas actuales relacionadas a la atención primaria de la salud, población electrodependiente y la importancia del rol profesional para el abordaje y mejora de su calidad de vida, screening y factores de riesgo asociados al cáncer, el rol de kinesiólogo en el paciente quemado, la implementación de órtesis dinámica en el tratamiento del niño con trastornos neuromusculares y masoterapia y agentes físicos. Además, contó con la presentación de trabajos finales integradores de algunos de los alumnos y con un Taller teórico práctico de prevención de lesiones deportivas.

Por una agenda en Salud

Con la mirada puesta en ayudar a construir una agenda en salud de manera colectiva, se realizó el **Encuentro de reflexión para organizaciones de la Sociedad Civil**. Se trataron temas relacionados al mercado de medicamentos, incluyendo la morfología del mercado, su clasificación, intercambiabilidad y el cuidado de la calidad.

Los disertantes a cargo fueron el Dr. Mario Glanc, Director Maestría y Especialidad en Sistemas de Salud de la Universidad, el Dr. Sergio del Prete y el Dr. Rubén Ianantuonno.

El evento sirvió de espacio para que los asistentes pudieran intercambiar conocimientos y experiencias que enriquezcan el sector de cara al futuro que se viene.

Semana de la alimentación en el Centro Universitario Tigre

En conjunto con la materia proyectos comunitarios de la Licenciatura en Nutrición y con la finalidad de conmemorar la semana de la alimentación, se llevó a cabo una jornada de la que participaron los alumnos e incluyó, entre otras cuestiones, una encuesta de hábitos alimentarios con toma de presión arterial, peso, talla, circunferencia de cintura y bioimpedancia, diversos juegos sobre contenido de hidratos de carbono, grasas y sodio de los alimentos industrializados y una degustación de recetas saludables y recetario. Los resultados de las encuestas, fueron analizados e interpretados por los alumnos en el marco de la misma asignatura y publicados en formato póster, a fin de poder compartir los resultados con el resto de los estudiantes y participantes.



Taller de Licenciatura en Nutrición

Taller que brindó el Doctor Alberto Cormillot junto a las Coordinadoras de la Sede Central y el Centro Universitario Tigre a todos los alumnos de la Licenciatura en Nutrición.

Riesgo de exposición a la ingesta elevada de nitratos

El **Centro de Estudios Sanitarios y Ambientales del Área Metropolitana (CESAAM)** de la **Universidad ISALUD** lleva a cabo un estudio de investigación en el que se evalúa la calidad de la alimentación de niños/as menores de 1 año y adultos entre 18 y 45 años en 9 Municipios de la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires y sus efectos sobre la salud. La finalidad del estudio es indagar sobre la calidad de la ingesta de alimentos y bebidas, en particular el agua, de modo de poder determinar si es posible establecer la correlación entre alteraciones significativas en los valores de laboratorio y la dieta regular de la población. El mismo cuenta con la aprobación de los comités evaluadores de los Hospitales Parmenio Piñero de la Ciudad de Buenos Aires y el Hospital El Cruce de Florencio Varela.

Esperamos que este sea un aporte para la salud de la población en general.



Los estudiantes, de visita

Los estudiantes de la **Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario Tigre**, asistieron el pasado 15 de octubre a la cocina del Hospital de San Fernando, en el marco de la materia Gestión en Servicios de Alimentación a cargo de la Profesora Romina D'Erico.

CON VOS 24 HORAS

SALUD
FARMACIA
BIENESTAR
MIS Y VERDADES
MEDICAMENTOS
FARMACIAS ALUDABLES
CIENCIA
ALIMENTACIÓN
ENFERMEDADES
TRATAMIENTOS
VACUNAS
FARMACIA

TODOS LOS
SÁBADOS
17:30 HS.

PARA CUIDAR TU SALUD

EL PROGRAMA DE LOS
FARMACÉUTICOS PARA LA
COMUNIDAD

A24

CON TETÉ COUSTAROT

EL PROGRAMA DE LA

CoFA
CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA



MIRANOS POR **YouTube**

SEGUINOS!  /ConVos24Horas

El autocuidado en enfermería

Con la finalidad de reflexionar sobre el autocuidado del profesional de enfermería con una mirada holística sobre su salud y construir herramientas para el autocuidado, indispensables para prevención y mejora de su calidad de vida, el 13 de noviembre pasado se llevó a cabo la **II Jornada de Enfermería: El autocuidado en el profesional de enfermería: "CUIDARSE PARA NO ENFERMAR CUIDANDO"**, que contó con la presencia de Paula Russo, Directora de la Licenciatura en Kinesiología, y el debate sobre la necesidad de moverse y conservar una buena postura. Continuó con cómo puede el profesional de Enfermería adquirir una cultura de alimentación saludable, de la mano de Alberto Cormillot y finalizó con la necesidad de comunicarse con los otros y trabajar para sentirse realizado y evitar el sufrimiento y desgaste profesional, a cargo Vita Escardó, Directora de la Licenciatura en Psicología. Como cierre de la actividad se realizó la presentación de la campaña global de empoderamiento y apoyo a las enfermeras para superar los retos de salud del siglo XXI Nursing Now (OMS/CIE) de la mano de Gabriela Felippa y Eva Silva.



Fortalecimiento de Recursos Humanos

Con la finalidad de seguir formando recursos humanos en enfermería que respondan a las necesidades en salud de la población; y la profesionalización y fortalecimiento de aquellos que ya forman parte del sistema de salud, la Universidad ISALUD celebró el convenio de cooperación con el Gobierno de Corrientes y el Ministerio de Salud de dicha Provincia.

Dentro de las actividades a desempeñar y con el fin de garantizar el ingreso de manera igualitaria, accesible y equitativa para toda la población, se destacan la puesta en marcha de un programa de formación de enfermeros universitarios dirigido a los afiliados del sindicato ATSA Filial Corrientes que prestan servicios efectivos en calidad de auxiliares de enfermería y posean la certificación y/o título correspondiente de instituciones con título reconocido oficialmente.

Contará con el aporte de infraestructura por parte del Ministerio de Salud a fin de brindar a los alumnos el campo práctico necesario para su formación.



Equidad en Medicamentos

La **Universidad ISALUD**, en conjunto con Southcentre (Institución que ofrece diversos servicios a sus Estados miembros y otros países en desarrollo, con el objetivo de mejorar el acceso a los medicamentos en el contexto de las políticas de propiedad intelectual), coordinaron la **Reunión Regional sobre Políticas de Propiedad Intelectual para facilitar el Acceso a Medicamentos**.

La promoción de la equidad en el acceso a los medicamentos es esencial para el ejercicio de las responsabilidades de los Estados en materia de salud. Sin embargo, los gobiernos se enfrentan a grandes desafíos que impiden el progreso hacia este objetivo. La reunión discutió las políticas de propiedad intelectual que los gobiernos pueden implementar para expandir la producción local y la adquisición de medicamentos de calidad a precios accesibles. La región de las Américas necesita de iniciativas de este tipo para mejorar el acceso a los medicamentos. **ISALUD** se honra en haberlos recibido.

Seguimos creciendo

Estamos orgullosos de anunciar que la Universidad ISALUD contará, a partir de marzo 2020, con nuevas extensiones áulicas. Ello permitirá, entre otras cosas, acercar nuestra oferta académica a distintas poblaciones de la Provincia de Buenos Aires.

Estas son:

- El Colegio Jorge Newbery, de la localidad de Ezeiza, para el dictado de la Tecnicatura en Salud Alimentación y Actividad Física.
- El Sindicato de Trabajadores Municipales de La Matanza, ubicado en San Justo, para el dictado de la Licenciatura en Administración y la Tecnicatura en Salud Alimentación y Actividad Física.
- Y el Colegio Santísimo Redentor, de Ramos Mejía, donde se dictará la Licenciatura en Nutrición.

+ información:  www.isalud.edu.ar

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

