

POBREZA INFANTIL: LA DEUDA MÁS URGENTE



30 a.C. - Egipto

18/27
AÑOS

Que un like
no cambie
tu historia

#SeguíTuPlan



Descubri más personajes en
osdeneo.com.ar

OSDE

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial. Infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operadora de traspaos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente. Esta modificación de categoría OSDE NEO 18/27 entrará en vigencia a partir del 01/11/2018.

EDITORIAL



“Ningún pueblo es rico si no se preocupa por la suerte de sus pares”.

José Hernandez

Juanito Laguna vive en la villa, duerme en el basural y se gana la vida cirujeando. Ramona Montiel es una niña abusada que sueña una vida mejor en su imaginación. Ambos nacieron a finales de los años 50 en la mirada social del maestro Antonio Berni, fallecido en 1981, y si hubiesen sido reales y esa existencia durísima se los hubiera permitido, hoy podrían tener casi 60 años, y probablemente seguirían siendo pobres.

Tantas décadas después, y considerando las estadísticas disponibles en la materia, la Argentina parece congelada en aquel tiempo de Juanito y Ramona.

Se mida como se mida, la pobreza infantil en nuestro país es desgarradora, como las telas de Berni: casi la mitad de los niños es pobre, y entre los distintos tipos de pobreza la infantil es la más estructural. La profundización de la crisis económica actual no hace más que empeorar esos números, detrás de los cuales hay una legión de niños y niñas. De Juanitos y Ramonas, pero reales.

En esta edición quisimos centrarnos en esa radiografía y acompañarla de distintas miradas que señalen algún camino posible para empezar a reparar la herida que es también un mal presagio para el futuro. Ianina Tuñón, del Barómetro de la Infancia del Observatorio de la Deuda Social de la Argentina, de la UCA, subraya que “la pobreza en la infancia deja marcas difíciles de revertir” y Adriana Clemente, del Centro de Estudios de Ciudad de la UBA, sostiene que “la pobreza infantil es un tema profundamente político, más que económico o social”. Por su parte, Mariano Fontela, desde ISALUD, enumera 12 propuestas para debatir el tema.

Además, en este número recuperamos algunos de los temas que quedaron de 2018, como los desafíos de la economía de la salud en tiempos de *fakenews* y riesgos de sostenibilidad que fueron eje de las Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud (AES). En ese marco tuvimos un interesante debate con Oscar Cetrángolo y Jorge Remes Lenicov sobre cómo superar la crisis.

Resumimos lo que dejó II Congreso Argentino de Derecho Sanitario realizado en nuestra universidad, que se enfocó en la reforma del Código Penal, la bioética y sus alcances, la

prevención de conflictos sanitarios, la democracia en el sistema de salud y la transparencia como herramienta de la ética.

En la misma línea, profundizamos sobre la importancia de la mediación en el ámbito de la salud.

También abrimos la puerta para pensar la salud en el contexto del G20 que parece lejanísimo y que mostró un retorno a la agenda de la seguridad global; revisar, por un lado, los resultados de la última cumbre de la ONU sobre cambio climático y evaluar, por otro, la percepción social del riesgo ambiental, y a conocer la ley de empaquetado neutro de productos del tabaco en Uruguay.

Y nos volvemos a emocionar con las imágenes de la entrega de los XXVII Premios ISALUD a quienes se destacan por su aporte a la comunidad para la construcción de la Argentina social que necesitamos.

Dos tragedias me impactan especialmente en este último tiempo. Una individual, la de la nena tucumana de 11 años violada y una provincia donde sus autoridades, no solo no cumplen con las leyes vigentes desde hace casi un siglo en nuestra patria; sino también con todos los tratados internacionales. No se en nombre de qué religión o de qué Dios se puede ser tan perversamente cruel con una nena de 11 años. La otra tragedia mas colectiva es la pobreza, que se está expresando brutalmente en la falta de acceso a bienes esenciales como los alimentos y los medicamentos. Que los alimentos hayan aumentado en febrero un 5.8% y que estén liderados por la carne y los derivados del trigo, expresa una herida insalvable. Que una de las mayores praderas templadas del mundo productora de alimentos sea la que hace inaccesible los mismos para sus habitantes es algo imposible de sostener para cualquier democracia contemporánea.

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
COMITÉ EDITORIAL
Ginés González García
Rubén Torres
Alberto Cormillot
Silvia Gascón
Claudia Madies
Armando Reale
COLUMNISTAS
Rubén Torres
Carlos Díaz
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
nesesariamente 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



En tapa:
Antonio Berni
"Juanito dormido",
1974. Técnica
mixta.

- 6** *Niñez*
Pobreza infantil: la deuda más urgente
- 12** *Niñez*
Infancia y pobreza: 12 propuestas para debatir
Por Mariano Fontela
- 14** *Niñez*
Ianina Tuñón: "La pobreza en la infancia deja marcas difíciles de revertir"
Adriana Clemente: "La pobreza infantil es un tema profundamente político, más que económico o social"
- 18** *La columna del rector*
La formación médica y la pérdida del contacto con el paciente
Por Rubén Torres
- 20** *Jornadas de AES*
Desafíos de la economía de la salud en tiempos de ajuste, fakenews y riesgos de sostenibilidad
- 24** *Graduados en gestión*
Nancy Gaute: "Todas las reformas en el hospital Gandulfo se hicieron con foco en el paciente"
- 28** *Panorama*
La salud en el G20: un retorno a la agenda de la seguridad global
Por Sebastián Tobar, Paulo Marchiori Buss,
Luiz Eduardo Fonseca y José Roberto Ferreira
- 34** *Jornadas*
Derecho Sanitario: por un sistema más justo y equitativo
- 38** *Mediación*
El 80% de los conflictos en salud se originan en fallas de comunicación
- 40** *Medio Ambiente*
24° Conferencia de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático: las principales políticas para hacer frente al calentamiento global
Por Hernán Carlino
- 46** *Reconocimiento*
XXVII Premios ISALUD: Un estímulo al compromiso
- 50** *Educación superior*
La programación en la enseñanza superior: algunas ideas para deconstruir
Por Mariana Ornique, Natalia Mertian, Silvia Reboredo de Zambonini, María José Sabelli
- 54** *Ambiente*
Riesgos para la salud, la percepción y la construcción social
Por Ernesto de Titto y Luciana Antolini
- 58** *ISALUD Uruguay*
Uruguay adoptó el empaquetado neutro de los productos de tabaco
Por Dr. Enrique Soto
- 62** *Seguridad Social*
Finlandia, primeros resultados del ensayo de renta básica universal
- 64** *Indicadores*
Datos socio-económicos
- 78** *Académicas*
Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD

TRABAJOS ACADÉMICOS

- 65** *Especialización en Economía y Gestión de la Salud*
Análisis de los efectos de los informes de Auditoría Interna en la gestión hospitalaria
Por Karina Cohen Salama
- 71** *Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (CEDSABIO)*
2do Congreso Argentino de Derecho Sanitario
Democracia y prospectiva del derecho humano a la salud
Resumen de los trabajos seleccionados por el Comité Científico

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

*Saludable
mente*

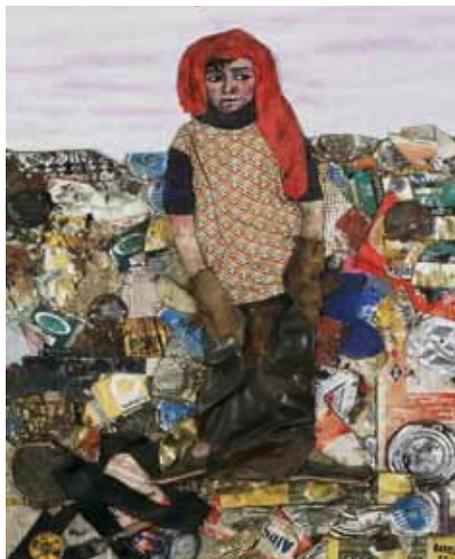
**ELIJO LA RED
DE SERVICIOS MÉDICOS
MÁS GRANDE DEL PAÍS**

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



Antonio Berni "Juanito ciruja", 1978. Técnica mixta.

POBREZA INFANTIL: LA DEUDA MÁS URGENTE

Alrededor de la mitad de la infancia argentina está en la pobreza, algo en que coinciden distintos estudios. El reciente empeoramiento macroeconómico profundizó las cifras. La expectativa es que una mejora de la situación reduzca esos índices. Pero no es un tema tan lineal: la pobreza infantil es también la más estructural

Hay muchas formas de medir la pobreza, pero tratándose de Argentina y de la franja de población infantil los resultados siempre son desgarradores: las últimas mediciones de distintas organizaciones coinciden en que cerca de la mitad de los niños del país son pobres.

Esa proporción puede todavía subir si se consideran además –como hacen algunos estudios– “privaciones” diversas y también asciende cuando se practican otros recortes: los hogares monoparentales o se enfoca la delicada zona del Gran Buenos Aires.

Para el INDEC un 41,4% de la infancia argentina (niños de 0-14 años) era pobre. Es el número correspondiente a la última medición del instituto estadístico oficial, tomada el primer semestre de 2018, dentro de la cual se incluye un 8% de chicos indigentes. La metodología

de este estudio es la llamada “monetaria”: se busca establecer si el ingreso de los hogares satisface la canasta alimenticia básica (línea de indigencia) y otros consumos básicos pero no alimentarios (línea de pobreza). De esta forma estamos ante 4,5 millones de chicos pobres, de los cuales 900 mil son indigentes, es decir, sufren el hambre.

Por su parte, el trabajo de **UNICEF Argentina** (también para el primer semestre de 2018), que procesa datos de estadísticas oficiales pero con una metodología propia, arroja un 48% de menores en la pobreza. En este caso son 6,3 millones de niños y adolescentes de 0 a 18 años en una medición “multidimensional” que además de factores monetarios toma en cuenta “privaciones” de educación, protección social, vivienda adecuada, saneamiento básico, acce-

LA POBREZA EN NÚMEROS

INDEC  **41,4%** Principios de 2018, monetaria

UNICEF Argentina  **42,0%** Principios de 2018, monetaria

 **48,0%** Principios de 2018, multidimensional

UCA  **48,1%** Último trimestre de 2017, monetaria

 **51,7%** Último trimestre de 2017, multidimensional

Las últimas mediciones de distintas organizaciones coinciden en que cerca de la mitad de los niños del país son pobres. Esa proporción puede todavía subir si se consideran además 'privaciones' diversas. También asciende cuando se practican otros recortes: hogares monoparentales o Gran Buenos Aires

so al agua segura y hábitat seguro. Si sólo se consideraran factores monetarios –aclara la representación del organismo internacional en Argentina– el porcentaje baja al 42%.

Debe destacarse que las cifras del INDEC y las de UNICEF no son enteramente comparables, ya que más allá de las diferencias metodológicas se toman rangos de edad distintos para definir la minoridad.

El Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA proporciona una cifra para fines de 2017: **48,1%** (con una metodología que considera factores monetarios y niveles de privaciones y siempre hablando de menores de 0 a 17 años.). Para el tercer trimestre de 2018, sobre el mismo segmento demográfico pero dentro del periodo que capta la parte más álgida del ajuste económico, la cifra de pobreza infantil asciende a **51,7%**.

Las cifras de pobreza infantil son mayores que las de pobreza general: una persona o una pareja madre-padre puede tener a su cargo más de uno o dos menores, lo que termina diluyendo los recursos derivados de un ingreso ya disminuido. Los pobres, asimismo, tienden a tener más hijos que los no pobres.

En los idénticos periodos de tiempo (principios de 2018) el informe del INDEC fijó la **pobreza general** –siempre hablando de personas y no de hogares– en un 27,3% y el del UNICEF en 27%. En el informe más reciente de la UCA, para el tercer trimestre de 2018, esa magnitud da un 33,6%, lo que revela el aumento de la pobreza general que los expertos esperaban para fines de 2018/principios de 2019.

Aglomerados urbanos del INDEC

Los últimos datos del INDEC, correspondiente –como ya se indicó– a la primera mitad de 2018, figuran en el informe *Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 31 aglomerados urbanos*, elaborado a partir de su Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y arrojan un 33,4% de niños pobres no indigentes y un 8% de indigentes, lo que sumado resulta en el 41,4% de pobreza infantil mencionado antes.

Estas cifras señalan que por primera vez durante la gestión de Mauricio Macri ambas magnitudes han aumentado. El próximo índice del INDEC se dará a conocer en marzo de 2019 y cubrirá el segundo semestre de 2018 (II-2018).

El mandatario ya dijo que los indicadores de po-

Tasa de pobreza e indigencia por ingresos

Evolución de porcentaje de niños/as de 0 a 17 años. Años 2010 a 2017



breza de marzo y septiembre de este año “también van a mostrar retrocesos”, lo que “refleja las turbulencias y las dificultades que estamos atravesando”, términos que el gobierno utiliza para aludir al fuerte ajuste en curso desde hace cerca de un año, con sus secuelas de inflación y devaluación.

Los datos anteriores del INDEC eran los siguientes. Para el segundo semestre de 2016 (II-2016): 45,8 % de niños pobres (incluye 9,6% de niños indigentes, con pobreza general de 30,3%). Para I-2017: 42,5% de niños pobres (incluye 10,6% de indigentes, con pobreza general de 28,6%). Para II-2017: 39,7% de niños pobres (incluye 7,6% de niños indigentes, con pobreza general de 25,7%). El propio instituto oficial de estadísticas explica que “no se incluyen datos” de semestres anteriores, ya que “conforme a la emergencia estadística” declarada por el gobierno, “el INDEC ha dispuesto que las series publicadas con posterioridad al primer trimestre de 2007 y hasta el cuarto trimestre de 2015, deben ser consideradas con reservas”.

Las cifras de pobreza habían dejado de ser difundidas a partir de 2013 y volvieron a proporcionarse a partir de fines de 2016.

Durante 2018 comenzó al interior del gobierno un debate en voz baja acerca de la metodología para la medición de la pobreza. La ministra de Desarrollo Social, Carolina Stanley, dijo en diciembre que “la pobreza no es sólo medible por ingresos; la entendemos de manera multi-

dimensional”, de la misma forma que la evalúan UNICEF y la UCA.

Se conoció hace pocos días que el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, presidido *ad honorem* por Stanley, realizó una medición de prueba para el primer semestre de 2018 que dio 28,9% en general (no se indicó la pobreza infantil). Esto representó un punto más arriba que el registro del INDEC. Sin embargo, hay quienes piensan que a medida que distintas obras realizadas por el gobierno comiencen a impactar (cloacas, urbanizaciones), las mediciones oficiales “multidimensionales” pueden brindar números más favorables.

Pero el titular del INDEC, Jorge Todesca, defiende su metodología. Dice que la medición de la pobreza por ingresos ofrece “comparabilidad internacional”, cosa que no brinda la modalidad “multidimensional” porque en este aspecto pueden formularse muchas variables diferentes.

La cara de la pobreza

Por otro lado, las mediciones de UNICEF Argentina de la primera mitad de 2018 brindan una definición más a fondo de la pobreza infantil, aunque sus magnitudes no sean homogéneamente comparables con las del INDEC.

“La pobreza tiene cara de niño y de niña”, afirmó Sebastián Waisgrais, especialista en inclusión social de la sede argentina del organismo de Naciones Unidas, subrayando así el alto impacto que tiene en la infancia.

Si se tuvieran en cuenta sólo factores monetarios, UNICEF Argentina indica que un 42% de menores de 0 a 17 años sería pobre (contra el 27% para el total de la población). Sin embargo, si se considera al 48% de niños/adolescentes (contra el 38% de la población general) que atraviesa "privaciones" no monetarias y que son consideradas "básicas" para su bienestar, la medición pasa a emplear la metodología "multidimensional" y la magnitud de la pobreza se incrementa. Esa cifra del 48% se considera, por lo tanto, una cuantificación más certera.

"Esta metodología multidimensional permite identificar un conjunto de niños, niñas y adolescentes que no son pobres por ingresos, pero experimentan al menos una privación en aspectos no monetarios y que representan casi 3 millones de chicos que, si no se midiera de esta manera, quedarían invisibilizados", añadió Waisgrais.

El 48% de los niños que se encuentra en la pobreza en la metodología "multidimensional" corresponde a 6,3 millones de niñas y niños que de esa manera, señala UNICEF en un comunicado, "ven vulnerado el ejercicio efectivo de sus derechos".

De ese porcentaje, unos 20 puntos corresponden a privaciones "severas"; se incluyen vivir cerca de un basural y en terrenos inundables, así como no haber concurrido nunca a la escuela entre los 7 y los 17 años.

Concretamente las privaciones" que el informe de UNICEF analiza son las siguientes: educación, protección social, vivienda adecuada, saneamiento básico, acceso al agua segura y un hábitat seguro.

La pobreza infantil es mucho más elevada en los hogares monoparentales que cuentan con una única persona de ingresos que, además, debe asumir las tareas domésticas y de cuidado. Señala el reporte de la UNICEF que, en el Gran Buenos Aires, la pobreza llega a un muy alto 58,5%, mientras el porcentaje más bajo se encuentra en la zona sur (Patagonia), con un 29,7%. (CABA no está desagregada).

Los números de la UCA

En el caso de la UCA se consideran dos informes, realizados por el Observatorio de la Deuda Social de esa universidad con sede central



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

en Buenos Aires. Uno de estos informes es *Diferentes representaciones de la pobreza infantil en la Argentina (2010-2017)*. Dado a conocer en abril de 2018, realiza un empalme entre dos series de medición por ingresos que no son estrictamente comparables.

Se ofrecen las siguientes cifras históricas. Para 2010 (43,6% de pobreza infantil y 11,8 de indigencia infantil), 2011 (34,4% y 8,5%), 2012 (37% y 8,4%), 2013 (38,6% y 9%), 2014 (40,4% y 9,5%), 2015 (40,6% y 9,1%), 2016 (47,5% y 11,4%) y 2017 (42,5% y 10,1%). Durante el primer lustro de esta serie, el informe de la UCA se tornó una referencia insustituible debido a las manipulaciones estadísticas del gobierno kirchnerista.

A partir del último trimestre de 2017 se cambió la metodología y comenzó la serie llamada *Agenda para la Equidad*, que arrojó una tasa de pobreza infantil de **48,1%**, siempre hablando de niños de 0 a 17 años. En el conurbano bonaerense estas cifras se disparan al 54,2% de la infancia.

Con esta serie, la UCA fue más allá y también recurre a una metodología multidimensional, en la cual establece categorías de “privación”. Una de ellas es la alimentación que afecta en forma severa al 5,8% y de manera total al 10,4% de los niños.

Las otras categorías de “privaciones” son saneamiento (6,9% severa y 24,7% total), vivienda (6,8 severa y 30,2% total), salud (0,3% severa y 2,3% total) y estimulación/educación (4% severa y 18,5% total). Un punto interesante es que se incorpora la categoría “información”, relacionada con el acceso a TICs (3,5% severa y 19,5% total).

Dentro de estas “privaciones” se destacan situaciones y magnitudes dramáticas. Por ejemplo, el 24,7% de los chicos no tiene acceso al agua de red y/o de inodoro con descarga en el interior de su vivienda (7% carece de ambos). Si considera la vivienda, un 30,2% de niños y adolescentes se encontraba en viviendas “precarias” teniendo en cuenta los materiales de construcción.

Entre el 2016 y 2017 la intensidad de estas “privaciones” pasó el 60,4% al 62% (los que son afectados al menos por una de ellas). Para fines

de 2017 se llegó al 65%. Como se advierte, este aumento de “privaciones” se dio aun cuando las mediciones de la pobreza infantil (y general) monetaria iban bajando durante la primera mitad del gobierno de Mauricio Macri.

De manera innovadora, el informe toma situaciones atípicas y que no suelen ser medidas por estudios tradicionales: el 17,3% de los chicos carece de calzado o tiene solo un par, mientras que 20,2% no tiene una prenda de vestir nueva. El otro informe de la UCA es *Estancamiento estructural, pobrezas crónicas y desigualdades sociales en la Argentina urbana (2010-2018)*. Este informe sí toma los momentos de inflación desatada, aumento de tarifas y depreciación monetaria que se produjeron durante el último año, ya que corresponde al tercer trimestre de 2018. Arroja una cifra de pobreza general del 33,6% (contra 28,2% un año atrás).

La cantidad de chicos (0 a 17 años) en la pobreza también pegó un salto considerable y llegó al **51,7%** (de un 44% un año atrás, serie Bicentenario) y representa unos 6,2 millones de chicos pobres.

El laberinto de la pobreza

La pobreza, y más todavía la infantil debido a su carácter reproductivo a futuro, plantea en escenarios como el argentino una situación difícil. En razón de su carácter estructural, no parece que una mera mejora de la situación económica pueda mitigar automáticamente sus más severos indicadores.

Hay temas culturales, educativos y de distribución del ingreso sobre los que debe trabajarse. Es decir, implantarse políticas públicas sustentables y permanentes en esos aspectos que permitan dar un verdadero combate contra la pobreza.

Agustín Salvia, director del Observatorio de la Deuda Social de la UCA y quien tiene a su cargo los informes correspondientes, sostuvo que las perspectivas de bajar la pobreza resultan “inciertas”. Más aún proyectó indicadores peores para el cuarto trimestre.

“Para que baje la pobreza es condición necesaria que crezca la economía pero no es suficiente para resolver la pobreza que tiene dimensiones estructurales”, alertó Salvia. 

“Para que baje la pobreza es condición necesaria que crezca la economía pero no es suficiente para resolver la pobreza que tiene dimensiones estructurales”, dijo Agustín Salvia, director del Observatorio de la Deuda Social de la UCA



Donde vos estés.

Desafiamos el pensamiento convencional, reinventamos el abastecimiento de los medicamentos especiales, brindando un servicio integral que acompaña el tratamiento y mejora la calidad de vida.

Lo hacemos de forma innovadora, segura y confiable.



SCIENZA



SCIENZA MÓVIL



ISO 9001 - 2008
BUREAU VERITAS
Certification



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

INFANCIA Y POBREZA: 12 PROPUESTAS PARA DEBATIR



Por Mariano Fontela

La palabra pobreza, cuando se aplica a los niños, hace referencia a algo que en principio parece muy concreto: la escasez de bienes materiales. Pero, en los hechos engloba fenómenos diferentes, con causas distintas y que, por lo tanto, requieren soluciones diversas. Si bien está indudablemente asociada a la desigualdad, no hay una única solución para “la” pobreza, como no la hay para “la” enfermedad o “la” violencia.

En el debate público el concepto de pobreza se suele solapar con las estadísticas que la miden. Las más usadas dan cuenta de la evolución genérica del fenómeno en el tiempo, lo que permite evaluar los efectos de las políticas de cada gobierno, pero poco ayudan para formular políticas concretas porque no suelen reflejar:

- La profundidad de la pobreza: no solamente cuántos hogares son pobres –por estar debajo de un umbral mínimo de ingresos–, sino qué tan pobres son –la línea de indigencia dice bastante poco al respecto, y los estudios multidimensionales no suelen reflejar la profundidad, sino más bien multiplican los umbrales de medición.
- La antigüedad de cada hogar en la pobreza, aunque algunos indicadores de pobreza estructural –los de

Necesidades Básicas Insatisfechas, por ejemplo– permiten hacer algunas suposiciones al respecto.

- La frecuencia de privaciones agregadas: la pobreza, especialmente la de largo plazo, suele coincidir en los hogares con otros fenómenos que obturan las posibilidades de sus integrantes para superarla, tales como adicciones, enfermedades crónicas, discapacidades, baja calificación laboral, ausencia de redes de apoyo, problemas de salud mental, vínculos familiares o barriales conflictivos, entre otros.
- Las correlaciones típicas entre esos fenómenos: no conocer este dato obstaculiza la identificación de soluciones eficaces para un número relevante de casos.
- Las relaciones de poder social y la capacidad de organización de quienes están en situación de pobreza.

Para superar la pobreza

Más allá de otras propuestas de políticas, lo primero que habría que evaluar es la necesidad de promover investigaciones, no para conocer más sobre cómo es la pobreza, sino sobre cómo se la puede superar con acciones concretas. Donde más hace falta investigar es en los hogares con pobreza persistente, es

“EN LOS HOGARES CON POBREZA PERSISTENTE ES MUY FRECUENTE QUE HAYA OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS QUE OBTURAN LAS POSIBILIDADES DE SUS INTEGRANTES PARA SUPERARLA, TALES COMO ADICCIONES, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACIDADES Y BAJA CALIFICACIÓN LABORAL”

decir, aquellos que se mantienen en esa situación incluso en los períodos en que la economía crece y aumentan las oportunidades de trabajo remunerado.

Además, en esos hogares es muy frecuente que haya otros problemas asociados, como los ya mencionados.

El autor es politólogo. Integra el Programa de Investigación Aplicada en Políticas Sanitarias (PIAPS) de la Universidad ISALUD de Argentina y la Fiocruz de Brasil.

Los hogares pobres son los que más frecuentemente los sufren, los que mayor porcentaje de sus ingresos deben invertir y los que más necesitan de la ayuda de familiares para superarlos, y los que más padecen las consecuencias laborales –y por lo tanto en su nivel de ingresos– en el corto y en el largo plazo.

En un breve análisis de posibles propuestas de políticas, corresponde diferenciar entre las acciones concretas que permitirían resolver la pobreza persistente y la necesidad de adecuar la forma en que el Estado se organiza para realizar esas acciones, de manera tal que realmente lo pueda hacer de forma integral.

En estas pocas líneas me centraré en el segundo tema. Los programas con mayor presupuesto son los verticales, que se caracterizan por su rigidez. Pero, en los hogares donde la pobreza se presenta

simultáneamente con otros problemas, lo que se requiere son intervenciones flexibles, altamente profesionalizadas, adecuadas a las particularidades de cada región y territorio, y que sirvan más para la organización popular y la modificación en las relaciones de poder, en lugar de honrar pretensiones tecnocráticas de control absoluto desde un centro omnisciente, impracticables por la superposición de políticas y por la variabilidad de las prácticas habituales de intervención en las instituciones estatales.

Las políticas para mejorar la situación de niños en hogares con pobreza persistente deberían incluir, por lo menos, las siguientes doce prioridades:

1. Clarificación de responsabilidades entre distintos niveles y áreas del Estado, para que cada persona sepa en qué ventanilla debe pedir asistencia ante cada problema.
2. Reglamentación específica y de público conocimiento para que todos sepan a qué se tiene derecho y a qué no, y con qué requisitos.
3. Garantías para la accesibilidad que aseguren una atención a todos los que la necesiten, en lugares y horarios acordes a lo que se busca resolver. Por ejemplo, que las oficinas de violencia de género atiendan las 24 horas.
4. Adecuación de la secuencia y duración de los servicios a la evolución normal en el tiempo de la capacidad de los sujetos para resolver sus problemas para evitar los “como si”.

5. Aumento sustantivo en la cantidad y jerarquización de profesionales que trabajan en el último eslabón de las políticas sociales, con incentivos salariales, reconocimiento de antigüedad y razonable estabilidad laboral, con premios por capacitación, presentismo y permanencia en el cargo para invertir la situación actual donde trabajan con los problemas más graves quienes tienen menores salario y estabilidad laboral.

6. Asistencia personalizada y continua para evitar los contactos esporádicos o discontinuos y la “caza de beneficios”.

7. Bases de datos que incluyan información útil sobre las intervenciones ya realizadas y equipos suficientes para consultarlas y actualizarlas.

8. Cuando corresponda por la complejidad de la situación, población nominada asignada a profesionales identificados y accesibles.

9. Desarrollo de redes de servicios accesorios y de apoyo, y capacitación específica de profesionales ante situaciones complejas para que puedan tomar decisiones inmediatas en casos especiales, pero, a la vez, ser supervisados o consultar ante circunstancias que exceden sus recursos para que puedan actuar con la confianza de que no están solos frente a situaciones que los ponen en riesgo.

10. Protocolización de las intervenciones profesionales y las derivaciones entre servicios.

11. Planificación de los recursos –financiamiento, equipamiento, recursos humanos, entre otros– necesarios para garantizar derechos sociales, que den cobertura real, continua y sin variaciones en la disponibilidad de bienes y servicios protocolizados.

12. Identificación y prevención de formas de padecimiento evitable provocado en su accionar por las propias instituciones o servicios estatales.

Los adultos que integran hogares con pobreza persistente llevan demasiados años viviendo esa situación como para que puedan resolverla con un subsidio puntual o con entrevistas breves y discontinuas, a menos que se suponga que los profesionales que conducen esos encuentros conocen palabras mágicas que resolverán todos sus problemas de inmediato. Pero, principalmente, el problema que describo en esta nota no es el de los profesionales, sino la manera en que el Estado regula y planifica su propia actividad y asigna los recursos. 

“LOS PROGRAMAS CON MAYOR PRESUPUESTO SON LOS VERTICALES, QUE SE CARACTERIZAN POR SU RIGIDEZ. PERO, EN LOS HOGARES DONDE LA POBREZA SE PRESENTA CON OTROS PROBLEMAS, LO QUE SE REQUIERE SON INTERVENCIONES FLEXIBLES, ALTAMENTE PROFESIONALIZADAS Y ADECUADAS A LAS PARTICULARIDADES DE CADA REGIÓN Y TERRITORIO”

IANINA TUÑÓN: “LA POBREZA EN LA INFANCIA DEJA MARCAS DIFÍCILES DE REVERTIR”



Ianina Tuñón es coordinadora e investigadora del Barómetro de la Infancia del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA), área que prepara los conocidos informes periódicos sobre la pobreza. Es socióloga, magíster en Investigación en Ciencias Sociales y doctora en Ciencias Sociales (UBA). Profesora regular de Metodología de la Investigación Social en la Universidad Nacional de la Matanza (UNLM); en grado de la Universidad Católica Argentina (UCA) y en posgrado en la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Asimismo, se desempeña como investigadora categorizada del Ministerio de Educación de la Nación

¿Cuál es la situación actual de la pobreza infantil en la Argentina?

Los niños en la Argentina son la población más vulnerable a la pobreza con relativa independencia de la forma en que se defina y mida. Es decir, que es la población que se concentra en mayor medida en los hogares con ingresos muy bajos, pero también en los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, y en los hogares con múltiples carencias en diferentes dimensiones del desarrollo humano y social.

Desde el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina, venimos bregando por definir la pobreza desde un enfoque de derechos humanos y que

apunte a visibilizar aspectos que son esenciales para el sostenimiento de la vida como es el acceso a los alimentos en cantidad y calidad, y a otras dimensiones del desarrollo humano y social como son el acceso a la salud y la educación de calidad, entre otros.

Esta forma de definir la pobreza procura instalar en la agenda de la opinión pública y de los gobiernos las múltiples privaciones que experimentan los niños y las niñas en el país. Muchas de esas carencias implican corresponsabilidades en la medida que no dependen únicamente de las familias, sino también de los Estados y los mercados. Para dar un ejemplo, los niños tienen derecho a la atención de la salud y en el país contamos con una oferta pública de tipo universal, sin embargo ello no garantiza que los chicos ejerzan dicho derecho plenamente. Lo mismo aplica al caso de la educación, el derecho al cuidado en los primeros años de vida, entre otros.

¿Es la pobreza infantil más “estructural” que la general? ¿Por qué?

La pobreza en la infancia, cuando es extrema y compromete la alimentación física del niño, deja “marcas” difíciles de revertir. No obstante, en la Argentina la pobreza se expresa de formas muy diversas en el espacio del hábitat de vida, en la salud y educación de muy baja calidad para los que menos tienen, entre otros. Este tipo

de carencias sin dudas tienen consecuencias en el desarrollo del niño. Por ejemplo, un niño que no tiene inodoro con descarga de agua probablemente se enferme más que otros pares y por ello falte más frecuentemente a la escuela.

Asimismo, un niño que está expuesto a condiciones de hacinamiento probablemente deba compartir cama o colchón para dormir y sus descansos no sea el adecuado, entre otras tantas situaciones que se constituyen en claras “desventajas” para el desarrollo del máximo potencial.

Hay muchos ejemplos de sujetos que han podido superar las desventajas asociadas a la pobreza durante la infancia, sin embargo el fenómeno de la transmisión intergeneracional de la pobreza goza de robusta evidencia en el país. Cada vez es más complejo salir de la pobreza aun cuando las nuevas generaciones alcanzan más años de escolarización que sus padres. Los procesos de movilidad social a través de la educación en los estratos sociales más bajos es poco frecuente como consecuencia de la baja calidad de la educación, la *guetización* escolar, la carencia de modelos de rol en los procesos de socialización, la falta de demanda del mercado, entre otros.

¿Cómo se hace para superar la pobreza, en especial la que afecta a la infancia?

La superación de la pobreza en la infancia requiere de la construcción de estructuras de oportunidades equitativas para todos y en lo coyuntural de políticas públicas a escala y de calidad para los que menos tienen. Ningún niño elige en qué hogar nacer y todos los niños son sujetos de derechos en el país. 

ADRIANA CLEMENTE: “LA POBREZA INFANTIL ES UN TEMA PROFUNDAMENTE POLÍTICO, MÁS QUE ECONÓMICO O SOCIAL”



Adriana Clemente es licenciada en Trabajo Social y doctora en Ciencias Sociales de la UBA. Es directora del Centro de Estudios de Ciudad (CEC)

de la Facultad de Ciencias Sociales. Se desempeña también como investigadora del Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Facultad de Ciencias Sociales. Dirigió múltiples programas de investigación sobre la problemática urbana con foco en las condiciones de vida de los sectores populares, el hábitat y su transformación. En la actualidad conduce proyectos de Extensión Universitaria en las áreas de hábitat popular y jóvenes en situación de riesgo educativo

¿Cuál es la situación actual de la pobreza infantil en la Argentina?

La pobreza no es un destino inexorable de los niños que nacen en hogares cuyos indicadores están por debajo de la línea que la determina. Hay evidencia suficiente de cómo las políticas de Estado pueden actuar de modo eficiente cambiando esos indicadores.

La decisión de tener una sociedad con movilidad ascendente, donde los hijos vivan mejor que sus padres, refiere a un proyecto de sociedad donde se apuesta a ver en las desigualdades sociales un problema colectivo y no un problema de cada persona.

“La decisión de tener una sociedad con movilidad ascendente, donde los hijos vivan mejor que sus padres, refiere a un proyecto de sociedad donde se ve en las desigualdades sociales un problema colectivo y no uno de cada persona”

Entonces a mi criterio, el tema es profundamente político, más que económico o social.

Su concepto de “pobreza persistente” ¿es lo mismo que la llamada “pobreza estructural” o no?

La noción de pobreza *persistente* remite a una condición de privación generalizada y extendida en el tiempo. Su particularidad es que las privaciones más urgentes tienden a mantenerse en el tiempo y comprometen a más de una generación de un mismo grupo familiar, aun a pesar de cambios favorables en su contexto económico, lo que significa un desafío para las políticas sociales.

Desde el punto de vista estadístico la pobreza persistente queda comprendida dentro del universo de la indigencia, donde el principal indicador es el bajo ingreso y no las múltiples derivaciones asociadas al mismo. La idea de *persistencia* es clave, pues interpela y cuestiona una visión simplificada de cómo superar la pobreza solo con foco en el ingreso monetario.

La pobreza persistente exige intervenciones complejas y profesionalizadas que potencien la transferencia monetaria y articulen experiencias reparadoras en materia educativa, sanitaria y laboral para los adultos a cargo del hogar. Entonces la pobreza persistente es un fenómeno que se puede abordar cuando no hay *pobreza masiva*, que es lo que estamos volviendo a padecer en este periodo.

La diferencia entre pobreza estructural y pobreza persistente es conceptual y tiene consecuencias operativas. Es posible que un hogar que experimenta pobreza estructural pueda ser inscripto bajo la noción de pobreza persistente, pero en los hechos no voy a poder definirlo sólo por los déficit clásicos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), como se hace con la pobreza estructural, sino principalmente por el tiempo que hace que padecen las necesidades (materiales y simbólicas) y el modo en que esos hogares pueden revertir con apoyo del estado los problemas que se instalan de modo crónico y condicionan su dinámica cotidiana a través de los años. Son hogares con personas

adultas que experimentan alguna discapacidad y/o padecimiento físico o mental, familias jóvenes con bajo nivel educativo, hogares con jefatura femenina que además de esos determinantes también habitan en lugares (asentamientos, inquilinatos) extremadamente precarios que profundizan su condición de riesgo. Es decir, que el tema ingreso no es la única causa a considerar y a reparar por parte del estado.

Es la pobreza infantil más es “persistente” o “estructural” que la general. ¿Por qué?

No es posible ver niños y adolescentes aislados de su entorno familiar, aun separados del mismo. Difícilmente un hogar que no alcanza a cubrir una canasta básica ofrezca un entorno para el desarrollo saludable de un niño. Los estudios demuestran que los hogares jóvenes con hijos son los más expuestos en ese universo: eso da cuenta de una cuestión generacional asociada al tema. Hoy estamos comprometiendo a una generación entera cuyo desenvolvimiento a futuro nos exigirá una importante inversión del Estado. Justamente se trata de familias encabezadas por jóvenes que vieron interrumpido, por el ajuste que impone el gobierno actual, un ciclo que se venía revertiendo con mucho esfuerzo. Como sociedad el ciclo de crecimiento económico y aumento del gasto social que se impulsó desde el 2003 al 2015 recién estaba recuperando y favoreciendo trayectos reparadores a los niños cuyas familias sufrieron la crisis de fin e inicio de siglo. Ahora todo retrocede, y en materia de acumulación de bienestar los retrocesos dejan mucha gente en el camino. El modelo actual es darwiniano y el Estado asume y reproduce esas reglas del juego cuando promueve y actúa a favor del mercado en todas sus decisiones de política pública. Con estas políticas vamos hacia una sociedad dual, con desigualdades que se tornan irreversibles. No creo que esa sea la elección de una sociedad que supo destacarse en el contexto regional por su clase media ampliada y largos trayectos históricos de movilidad ascendente. 



ELEA
Hace bien



MÁS DE 75 AÑOS DE
CONFIANZA Y COMPROMISO

- ♥ Cardiometabolismo
- ♀ Salud Femenina
- ♂ Urología
- 🗨️ Neurociencias
- 💉 Antiinfectivos
- 🧬 Onco - Biotech
- 🦴 Osteoarticular
- 👤 Clínica Médica
- 👁️ Visual
- ⊕ Venta Libre

LA FORMACIÓN MÉDICA Y LA PÉRDIDA DEL CONTACTO CON EL PACIENTE

Por Rubén Torres



El acceso a la educación es un derecho humano y los que conspiran contra ella son responsables de la pérdida de capacidades cognitivas y de convivencia que nos impiden, entre otras cosas, la construcción de un proyecto común. Esta situación afecta la formación de todos los profesionales y es particularmente crítica en la de médicos, que exige la creación de un individuo sensato, con los conocimientos suficientes o la capacidad de acceder a ellos y filtrarlos con sentido común de la extraordinaria accesibilidad a la información.

Que, además, debe tomar decisiones, realizarlas o hacer que se realicen con los controles necesarios para reducir su falibilidad y contar con el equilibrio emocional que le permita contener la ansiedad de los pacientes. Especialmente cuando, en los próximos 15 años, la inteligencia artificial cambiará la forma de trabajar en medicina eliminando algunas tareas y optimizando otras que conforman el 75% del trabajo médico, aunque difícilmente pueda prescindir de su validación clínica.

La calidad del médico consiste en satisfacer las expectativas respecto de sus conocimientos y comportamiento en su función asistencial. Pero, de qué conocimientos se trata y cuáles son las expectativas que hay que satisfacer. En primer lugar, las de pacientes y familiares, hoy fuertemente inducidos como grandes consumidores de productos de una medicina industrializada y comercializada, que determinan su enrique-

cimiento mediante la innovación sin pausa y su “contribución al progreso”, por cierto, más limitada que lo que pretenden sus anuncios. Pacientes con desmesuradas expectativas y exigencias de utilización de recursos, indicados o no, estimulados por la promoción industrial, laseudoinformación de los medios de comunicación y su propio círculo social; que creen en la medicina, pero desconfían de los médicos.

La buena escuela

La formación de un buen médico deberá conseguir que sepa lo que debe y no hacer y se acostumbre a reflexionar sobre la necesidad y razonabilidad antes de cada decisión. Alguien capaz de escuchar atentamente al paciente, traducir su narración al lenguaje médico, realizar el examen físico, hacer una lista de diagnósticos, solicitar los exámenes auxiliares para establecer un orden de prioridades de acuerdo con el mayor beneficio probable y aplicar el tratamiento. La escuela debe ser los centros de atención, en contacto directo con los pacientes, donde se escuche con atención y se traduzca a la significación médica una información que se codifica muy diversamente. No se puede ser un buen médico si no se diagnostica correctamente y esto depende, la mayoría de las veces, de una buena interpretación de la historia clínica. En medio de toda la revolución tecnológica, debemos pensar seriamente qué hacer con las habilidades semiológicas, cuáles son útiles y suficientemente confiables en su sensibilidad y especificidad.

Quizás ya no vale la pena aprender múltiples maniobras de percusión cardíaca, pero no se justifica reemplazar la palpación por una tomografía computada o una ecografía en una apendicitis aguda. Disminuir el tiempo de la anamnesis y la semiología ha convertido al médico en un simple intermediario de la industria, lo ha privado del contacto con la persona enferma, sin reparar en que no se es médico si no se conoce al enfermo. Walt Whitman decía que nos construíamos con nuestras percepciones y pretendemos suprimir las que nacen en nuestro tacto, olfato, vista y oído, entre otras.

Un buen médico se forma exponiendo al estudiante a figuras imitables, que tengan cualidades de conocimientos, éticas y afectivas, en número suficiente para que puedan tomar los elementos que se adapten a su personalidad para construir el médico que se ha sonado ser. La única alternativa es educar para vivir en convivencia, enseñar el placer de conocer y crear, adquirir principios éticos tan simples como no hacer a los demás lo que no nos gusta que nos hagan y hacer por los otros lo que nos gustaría que hicieran por nosotros. Hay que preguntarse si es razonable hacer lo que indico o, simplemente, si lo haría conmigo.

Esa capacidad intelectual debería evaluarse en el examen de ingreso, dado que los colegios secundarios han demostrado su total ineptitud para hacerlo, ya sea por desidia o temor a demostrar su incapacidad docente. La combinación de ignorancia e inmadurez de los estudiantes, con la estupidez y el terror de pagar el costo político del examen de ingreso de los dirigentes se asociaron para inundar las universidades con estudiantes incapaces a los que se demanda un esfuerzo formativo que pocos logran cumplir con éxito.

“NO SE PUEDE SER UN BUEN MÉDICO SI NO SE DIAGNOSTICA CORRECTAMENTE Y ESTO DEPENDE, LA MAYORÍA DE LAS VECES, DE UNA BUENA INTERPRETACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA”

“DISMINUIR EL TIEMPO DE LA ANAMNESIS Y LA SEMIOLOGÍA HA CONVERTIDO AL MÉDICO EN UN SIMPLE INTERMEDIARIO DE LA INDUSTRIA, LO HA PRIVADO DEL CONTACTO CON LA PERSONA ENFERMA, SIN REPARAR EN QUE NO SE ES MÉDICO SI NO SE CONOCE AL ENFERMO”

El costo político que nadie quiere asumir

Se ha reducido la altura de las vallas porque cuando se decide normalizar su altura, la magnitud del fracaso convierte los exámenes en noticia catastrófica. Para formar un buen médico se requiere valorar en un examen si los ingresantes tienen las cualidades deseables de conocimiento y evaluar comportamientos en la convivencia, exigiendo que las escuelas primarias y los colegios secundarios pongan esa información a disposición de las comisiones de ingreso a la universidad.

Esos comportamientos son de bajo grado de enseñabilidad cuando no se han adquirido desde el hogar, la escuela primaria o el colegio secundario. Los ciclos básicos, en lugar de aumentar las exigencias retardan una formación en la que el constante aumento de conocimientos exige mayor tiempo de dedicación y experiencias más veloces que la tecnología renueva y perfecciona aceleradamente.

Si nadie quiere pagar los costos políticos, la alternativa sería la creación de una escuela de profesionales de la salud que incluya la formación de personal auxiliar, técnicos, paramédicos, enfermeros y, finalmente, médicos, con una estructura modular y niveles de formación a los que se accedería demostrando las capacidades suficientes.

Los médicos deberían seguir haciendo lo de siempre, ser un individuo que diagnostica, conforta, alivia y cura usando conocimientos, habilidades, afecto, voluntad e imaginación. La expansión del conocimiento, la limitación del tiempo para la asistencia y los recursos técnicos más sofisticados y caros lo han alejado del paciente, que termina asistido por una multitud de profesionales, muchas veces, sin la presencia de una mente sensata capaz de señalar el objetivo de la atención. 

DESAFÍOS DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD EN TIEMPOS DE AJUSTE, *FAKENEWS* Y RIESGOS DE SOSTENIBILIDAD

Sólo cinco países latinoamericanos tienen un gasto público en salud del 6%, el mínimo recomendado. Si la Argentina quiere alcanzar ese porcentaje para 2030, deberá alcanzar mayor eficiencia en la administración de recursos

Las Jornadas de Economía de la Salud 2018, organizadas por la Asociación de Economía de la Salud (AES), fueron inauguradas por el rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, quien recordó la importancia de la Declaración de Alma Ata hace ya 40 años y destacó la urgencia de la atención primaria de la salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud en los pueblos. De aquella conferencia internacional habían participado 134 países de 67 organizaciones internacionales.

Cómo sería posible alcanzar la sostenibilidad cuando sólo cinco países en la región tienen un gasto público en salud del 6%, que es el mínimo recomendado, se preguntó la representante de la OMS/OPS en la Argentina, Maureen Birmingham, al trazar un panorama actual de la región. Según la especialista, de un



Maureen Birmingham (OPS/OMS): “La ineficiencia está costando entre un 20 y un 40 por ciento de los gastos en salud”

reciente informe de la OPS se desprende que cuatro países de los más de 36 que conforman la región pueden alcanzar ese nivel mínimo con su crecimiento económico antes del 2030. Y agregó: “Hay 13 países, entre ellos la Argentina, que nunca van a alcanzar esa meta únicamente con crecimiento económico. Además, necesitarán de otras fuentes y de una mayor eficiencia en la aplicación de los recursos”.

La eficiencia, una deuda

De acuerdo con lo informado por la representante de la OPS, la ineficiencia está costando entre un 20 y un 40 por ciento de los gastos en salud. Al mismo tiempo explicó que tienen fuerte implicancia tanto en los costos de financiamiento de la producción, como en la asignación de recursos para la adquisición de medicamentos, la renovación de tecnologías y la

implementación de las redes integradas de salud. Maureen Birmingham admitió que, si bien el concepto de eficiencia en la Argentina es bastante complejo, “hay que analizar cuánto se puede reducir la segmentación y la fragmentación para achicar esa ineficiencia”. Y destacó algunos casos en el sudeste asiático, como Tailandia y Corea del Sur que recuperaron estándares saludables y otros países europeos que, aún en las peores crisis como la del 2008, procuraron no cambiar su vocación universalista”.

Antes de presentar el primer panel de conferencistas, Arturo Schweiger, de la Asociación de Economía de la Salud Argentina, hizo referencia al impacto de la economía de la salud en la política y la gestión y citó, a modo de ejemplo, el uso eficiente en el caso de la comunidad autónoma del País Vasco donde “se gastan 3.200 millones de euros al año, un tercio de su presupuesto, y logran una esperanza de vida 10 años mayor que en la Argentina. Esto vuelve interesante empezar a observar esas experiencias y ser cuidadosos de lo que podemos extrapolar o no”. Recordó también que en el país “hay hospitales públicos provinciales donde nos cuesta mucho avanzar en el estudio del presupuesto del gasto y de los costos porque no sabemos cuántos recursos humanos utilizan y qué tipo de tecnologías necesitan, lo que nos impide tomar buenos ejemplos como el de los pooles de compras que el País Vasco aplica dentro de las redes”.

En Argentina, según sostiene Schweiger, muchas veces no se dispone de la información adecuada, no se sabe qué tecnologías se están aplicando, no están todas las historias clínicas informatizadas y mucho menos integradas, como tampoco se conocen los costos de los tratamientos que se están realizando. “Desde hace 15 años, las enfermedades crónicas



Arturo Schweiger (AES Argentina) “En el País Vasco, donde se gastan 3.200 millones de euros al año, un tercio de su presupuesto, logran una esperanza de vida 10 años mayor que en la Argentina”



Julio Bello (Aasap): “Hoy en Argentina 4 de cada 10 chicos no terminan el secundario y 6 de cada 10 no tienen cobertura social. Esta es la realidad para la que tenemos que pensar cómo seguirá la atención primaria de la salud”

Agenda completa

Además participaron de estas Jornadas Conjuntas de Economía de la Salud, entre otros, el ex ministro de salud de Tucumán y actual diputado, Pablo Yedlin; el ex coordinador del Programa Sumar, Martín Sabignoso; el ex coordinador del programa Remediar, Mauricio Monsalvo; del Programa Medicos Comunitarios de Santa Fe, Natalia Porta; del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Gastón Palópoli; del municipio de Almirante Brown, Alejandro Costa; de la CABA, Fernán González Quiros; y del Instituto Interdisciplinario de Economía Política, de la Universidad de Buenos Aires, Ariela Goldschmit.

no transmisibles vienen en crecimiento y si uno las detecta a tiempo puede organizar la obra social, el seguro en salud, el Plan Nacer en forma más inteligente. Lo sabemos, pero hacemos poco para corregirlo. En el País Vasco aseguran que todo el sistema de salud tiene que estar integrado y orientado hacia la persona, hay hospitales que están integrados con el primer nivel de atención hace 15 años y el gerente general del Hospital de Bilbao gerencia los 25 CAPs de todas las zonas a través de la historia clínica informatizada y monitorea los sistemas de costos. El desafío es lograr eso que han podido hacer los vascos de pasar de las intervenciones clínicas individuales por pacientes a las intervenciones poblacionales”.

Desafíos por perseguir

Para referirse a los valores, logros y desafíos de la atención primaria de la salud, Julio Bello, de la Asociación Argentina

de Salud Pública, enumeró las distintas respuestas que se fueron dando en materia de salud en los distintos procesos que fueron constituyendo a la Argentina como país. Así, destacó la labor de las mutuales con la llegada de los primeros movimientos migratorios y el de las

obras sociales en respuesta a la salud del trabajador, que rápidamente se extendió a la atención de su familia: "El elemento distintivo fue la aparición de la solidaridad grupal, por organización, que se quiebra cuando se establecen las obras sociales de dirección". Bello señaló que



Paulo Buss (Fiocruz): "Pobre del pobre que se queda enfermo porque hay mucha gente que se está quedando sin protección social, un riesgo que se asume cuando el imperio de las patentes empieza a estar sobre la salud de los pacientes"

[COYUNTURA]

González García, Cetrángolo y Remes Lenicov debaten cómo superar la crisis



Oscar Cetrángolo: Si las crisis son oportunidades, nosotros ya perdimos varias. En un marco así, yo sería muy cuidadoso de tomar decisiones que te hagan difícil el largo plazo. El sector público va a tener muchos problemas para financiar programas. La coyuntura política actual, el ajuste fiscal y la recesión van a ser muy fuertes. Y la salud lo va a sentir.

Jorge Remes Lenicov: Estamos frente a una crisis estructural. No nos estamos enfrentando a una simple recesión, uno debería contar con los instrumentos de política que tiene y advierto que eso se está achicando. La salud está muy vinculada a la parte fiscal, al Estado y es ahí donde perdimos los instrumentos.

Ginés González García: Se puede admitir que no se puede hacer todo al mismo tiempo,

pero hay que determinar algunas prioridades.

OC: En otros tiempos cambiaban los funcionarios y las políticas, pero siempre quedaban los cuadros técnicos independientes del rumbo de Gobierno. Sobre todo, en áreas como Hacienda, donde se podían hacer sugerencias. Eso ya no existe. No hay funcionarios técnicos y hoy dependés del cuadro que lleva el político. No recuerdo una cosa así, ni en tiempos del ex ministro, Domingo Cavallo.

JRL: Tampoco hay una utopía alcanzable.

GGG: Hay un cambio cultural brutal porque el componente solidario, activo, de equipo está desvalorizado. Como dato, la Argentina siguió creciendo con una tasa de médicos muy por encima del crecimiento de la población en los últimos 15 años, pero tenemos problemas no sólo para mandar

hoy 4 de cada diez chicos no terminan el secundario y 6 de cada diez no tienen cobertura social. Esta es la realidad que tenemos sobre la cual pensar cómo seguirá la atención primaria de la salud y la participación de la comunidad en la solución de los problemas”.

médicos a Río Negro o Chubut, por ejemplo, sino también para llevarlos al Conurbano. Privilegian más el tiempo libre, la distancia y la seguridad. Estas decisiones tienen que ver más con lo individual que con lo colectivo, sin que esto signifique demonizar a la juventud por sus preferencias.

JRL: La universidad también juega un rol y desde la vuelta a la democracia no ha generado debates, siendo el ámbito ideal para hacerlo. Primero porque allí están los más preparados, en términos relativos, tienen medios para hacerlo y es la proveedora del conocimiento y las alternativas técnicas. Si el Gobierno lo hace, es limitado y el periodismo no lo puede hacer porque está enrolado en la coyuntura. La universidad es la que debe generar debates para el futuro, con instrumentos y propuestas para que después el político pueda elegir.

GGG: A mí me quedó un mal sabor con la discusión de la despenalización del aborto porque dejó de ser un debate para convertirse en un combate, no había ninguna racionalidad ni sentido común, ni evidencia, todo era confrontar y de la peor manera. Me agarró una pesadumbre al pensar qué capacidad tenemos de discutir como sociedad. La sociedad y el periodismo se han vuelto muy confrontativos.

OC: En los medios no se discute política, hay una discusión de metáforas y de frases cortas. Los programas de televisión se convirtieron en un espejo de Twitter en vivo. A la sociedad le falta paciencia para discutir las cosas, escuchar argumentos y encontrar soluciones. Hemos perdido la paciencia y el debate político perdió el rumbo.



Jorge Remes Lenicov (ex ministro de Economía de la Nación): “La Argentina creció menos que el resto de América latina, menos que el resto del mundo y su crecimiento fue muy volátil”



Zulma Ortiz (ex ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires): “Hay que construir un escenario en un marco conceptual que haga foco en la equidad y donde la voluntad política esté puesta en ayudar al otro”

Pablo Buss, de la Fundación Osvaldo Cruz (Fiocruz), una de las más prestigiosas instituciones de ciencia y tecnología en salud de América latina, hizo una reseña de los logros y las deudas pendientes en la salud pública global. Para eso señaló que no pueden analizarse sin observar la coyuntura global: “Hay una nítida dominación de los países hegemónicos con una reconfiguración de lo que era el mundo bipolar, debido a la ascensión importante de China. Sumado a la reducción del poder político de los estados cuyos gobiernos son capturados por las corporaciones financieras que dejan sin capacidad de análisis para las construcciones políticas”. Más aún, hizo hincapié en los riesgos que se avecinan al imponerse las reglas del mercado: “Pobre del pobre que se enferma porque hay mucha gente que se está quedando sin protección social. Este es el riesgo que se asume cuando el imperio de las patentes empieza a estar sobre la salud de los pacientes”.

Para dar una visión desde la economía política, el ex ministro de Economía de la Nación, Jorge Remes Lenicov, señaló que la Argentina “creció menos que el resto de América latina, menos que el resto del mundo y que su crecimiento fue muy volátil”. Aseguró que ésta es una década perdida y que hay ciertas leyes de la economía que no se pueden violar: “No se puede crecer de manera sostenible y no se pueden aumentar salarios si no hay productividad. De igual manera que no se puede aumentar exportaciones si no hay competitividad”. Alentó a buscar consensos para el desarrollo y dar estabilidad a las reglas de juego. En eso también coincidió la ex ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Zulma Ortiz, quien destacó la necesidad de construir un escenario en un marco conceptual que haga foco en la equidad, donde la voluntad política esté puesta en ayudar al otro. 

NANCY GAUTE: “TODAS LAS REFORMAS EN EL HOSPITAL GANDULFO SE HICIERON CON FOCO EN EL PACIENTE”

Desde 2011 es la directora ejecutiva del mayor hospital de Lomas de Zamora, donde se realizan 23.000 consultas mensuales y un promedio anual de 2600 partos; el 20% de los pacientes proviene de otros distritos de la provincia

Es licenciada en Obstetricia, pero su interés por la gestión llevó a Nancy Gaute a realizar la especialización en Administración Hospitalaria en la Universidad ISALUD. Antes de asumir la dirección del Hospital Interzonal General de Agudos Luisa Cravenna de Gandulfo, ya había dirigido el hospital Alende, en Ingeniero Budge, y había sido designada por el ex ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia, como directora asociada de una Unidad de Pronto Atención.

Desde hace siete años es la directora ejecutiva del Gandulfo, un hospital que tiene 208 camas y 34 especialidades, donde se realizan 23.000 consultas mensuales y un promedio anual de 2600 partos. El 20% de los pacientes que atiende este centro de salud proviene de otros distritos de la provincia.

Su plan de gestión incluye mejorar el acceso de los pacientes, integrar la administración, recuperar el edificio e impulsar la renovación tecnológica. En esta entrevista con la

Revista cuenta cómo es la dinámica actual del hospital y cómo lleva adelante esta transformación.

–¿Qué te aportó la maestría en ISALUD?

–Las herramientas para la gestión. Poder aplicar los mecanismos necesarios para optimizar los recursos con los que cuenta un hospital, así cuando llega el momento de sentarse frente a un funcionario público se tiene el conocimiento adecuado para acordar un presupuesto y saber que se cuenta con la base de datos necesaria para cumplir con un objetivo. Hay que darle importancia al dato. Hace siete años que estoy en el Hospital Gandulfo y puedo decirte que todas las reformas realizadas fueron hechas pensando siempre en el paciente.

–¿Por dónde empezaron la tarea de gestión?

–Lo primero que hicimos fue replantear el área de recursos huma-

Lomas de Zamora y la salud

Cuáles son los centros de salud pública que le hacen frente a las demandas de uno de los partidos bonaerenses con mayor población

- Población promedio 600.000 habitantes
- Hospital Oscar Alende, con perfil materno-infantil (Ingeniero Budge)
- Nuevo Hospital de Lavallol
- Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa C. de Gandulfo (Lomas de Zamora centro)
- Hospital Interzonal José Estévez, especializado en la asistencia psiquiátrica (Temperley)

nos, que era un descontrol. Todo estaba disperso y con muchas irregularidades. Tomamos 2012 como año para comenzar a organizar la parte humana. Después decidimos optimizar los servicios y para eso se fueron revisando los procesos. En el laboratorio se cambiaron los sistemas de entregas de resultados, se hizo un programa destinado a embarazadas para relacionarlas con las unidades sanitarias y se digitalizó el área de rayos. De esa manera, se empezó a facilitar el acceso a la salud de toda la gente que venía al hospital.

–¿De qué manera han organizado la atención de pacientes en el hospital?

–Antes la gente venía hasta cuatro veces al hospital (a sacar el turno, a ver al médico, al laboratorio y a retirar resultados). Así, en los últimos años, las consultas ambulatorias generaban grandes colas y hacían que colapsaran tanto los pedidos de turnos de pacientes de PAMI, como de aquellos que venían de los Centros de Atención Primaria o que tienen alguna discapacidad. Para mejorar el acceso, se empezaron a tomar turnos telefónicos para un segundo nivel de atención previamente en los CAPS. Ahora son muchos más los pacientes que vienen a atenderse con fecha y horario previstos.

–¿Qué promedio de pacientes concurren al hospital?

–Se atienden en promedio unas 740 personas por día de consulta programada y unas 330 que vienen por guardia de consulta espontánea. Se mejoró el acceso, pero tenemos un aluvión de gente que llega derivada de hospitales aledaños con mayores carencias. Entre un 20% y un 30% de los pacientes que atendemos no



“SE IMPLEMENTÓ LA NUEVA MODALIDAD DE ADMISIÓN, EL TRIAGE, QUE PERMITE CLASIFICAR LA PRIORIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DISTRIBUIDOS EN LOS CONSULTORIOS, LAS SALAS DE OBSERVACIÓN Y SHOCK ROOM (EMERGENCIAS) PARA ATENDER ANTES A LA PERSONA EN ESTADO MÁS CRÍTICO Y NO POR ORDEN DE LLEGADA”

son de Lomas de Zamora, vienen fundamentalmente de Almirante Brown y Presidente Perón.

–¿Tienen carencia de profesionales?

–En algunos sectores. En parte esta problemática se debe a cuestiones salariales, ya que la diferencia de sueldo entre un profesional de la Provincia de Buenos Aires y otro de la Ciudad de Buenos Aires es alta. En relación con el perfil poblacional, Lomas de Zamora es muy heterogénea y la dividen las vías del tren Roca. La zona del Cuartel IX, Ingeniero Budge, Villa Fiorito, Villa Albertina concentra a los sectores sociales más bajos y medio bajos, mientras que el perfil medio está más próximo a Pavón, pero esa población, en general, no viene al Gandulfo, concurre a hospitales de la Ciudad de Buenos Aires porque le queda de camino a sus trabajos. En cambio, para llegar a nuestro hospital tiene que ir hasta la esta-

ción, cruzar las vías y, en algunos casos, tomar un colectivo y caminar unas cuadras. Hay un colectivo que atraviesa todo el cuartel IX y pasa por el Hospital Penna, sigue hasta Once y pasa por el Ramos Mejía y el Sardá, entre otras opciones.

—¿Cómo llega la atención hospitalaria a las zonas de más difícil acceso?

—En Lomas de Zamora hay unas 45 Unidades Sanitarias. Pero, repito que eventualmente esa gente no se atiende en el Hospital Gandulfo por cuestiones de distancia. Llegan a nuestro hospital casos de emergencia en los que el SAME, que lo tiene a cargo el municipio, los traslada, o los pacientes derivados por una UPA (Unidad de Pronto Atención) a los que, una vez atendidos en la unidad sanitaria, se les pide turno para un segundo nivel de atención con un especialista.

—¿Cuáles fueron las mayores innovaciones implementadas?

—Se creó la Oficina Única de Interacción, que cuenta con un sistema de identificación de pacientes (pulseras), con código de barra y etiquetas que permiten notificar las órdenes y prescripciones médicas. Además, se implementó la nueva modalidad de admisión, el triage, que permite clasificar la prioridad en la atención de los pacientes, dis-



“EN EL LABORATORIO SE CAMBIARON LOS SISTEMAS DE ENTREGAS DE RESULTADOS, SE DESARROLLÓ UN PROGRAMA DESTINADO A EMBARAZADAS PARA RELACIONARLAS CON LAS UNIDADES SANITARIAS Y SE DIGITALIZÓ EL ÁREA DE RAYOS”

tribuidos en los consultorios, salas de observación y shock room para los casos de emergencias. El sistema de visualización del triage puede verse en todas las pantallas ubicadas en la sala de espera, con una lista que se renueva constantemente. El objetivo es priorizar la atención del paciente por situación crítica y no por orden de llegada.

—¿Qué objetivos tienen en el mediano plazo?

—Propusimos la capacitación a los jefes de servicio y llevamos desde ISALUD una diplomatura en gestión, que la está dando Santiago Spadafora, y se realiza con clases presenciales. En cuanto a las proyecciones edilicias, queremos que se termine de construir este hospital, que cuenta con un edificio original de 106 años, donde conviven diferentes estructuras. La parte antigua corresponde a los pabellones que están en el frente. Del área renovada, lo más nuevo son la sala de internación y la guardia, que se realizó el año pasado. Aún nos resta para cumplir con el plan director, pero avanzamos mucho en mejorar el acceso, integrar la administración, recuperar la parte edilicia e impulsar la renovación tecnológica, que son los cuatro ejes que establecimos para nuestra gestión.

El Gandulfo en números

- Realiza 23.000 consultas mensuales
- Más de un 20% de los pacientes provienen de otros distritos
- Registra un promedio de 900 egresos mensuales
- La maternidad realiza 2600 partos por año
- Atiende 34 especialidades clínicas y quirúrgicas (adultos y niños)
- Cuenta con 208 camas
- Alrededor de unas 300 personas concurre a la Escuela Municipal de Enfermería e Instrumentación Quirúrgica



ABC S.A.

EMPRESA LIDER

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



Gerenciamento 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



LA SALUD EN EL G20: UN RETORNO A LA AGENDA DE LA SEGURIDAD GLOBAL

**Por Sebastián Tobar,
Paulo Marchiori Buss,
Luiz Eduardo Fonseca
y José Roberto Ferreira**

La gobernanza de la salud involucra los diferentes actores enfocados en los asuntos directamente afectos al sector y la gobernanza para la salud involucra actores de diferentes sectores cuya acción afecta la de las poblaciones. Podemos entenderlas como el uso de instituciones, reglas y procesos formales o informales por parte de los estados, instituciones intergubernamentales y agentes no estatales para lidiar con los desafíos de salud que exigen acciones colectivas y transnacionales

(Dodson, Lee & Drager, 2002; Buss & Tobar, 2017).

Han sido relacionadas con organismos multilaterales globales y regionales del Sistema de las Naciones Unidas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero también a otros organismos interestatales a nivel subregional que congregan diversos foros de salud con un fuerte protagonismo al inicio de este siglo como UNASUR, MERCOSUR, Comunidad Andina, Sistema Centroamericano, Comunidad del Caribe, ALBA, etc. (Buss & Tobar, 2017). Recientemente, observamos que a la luz de iniciativas de naturaleza

económica como el G20, que reunían en sus orígenes a los ministros del área económica de los países desarrollados y emergentes, se han constituido arreglos organizacionales sectoriales que abordan a la salud global.

Este artículo tiene el propósito de analizar cómo se ha posicionado la salud global en el G20 y cuáles son las iniciativas que impulsa a nivel sectorial.

Los orígenes del G20

Sus orígenes se remontan a los años 90¹, como resultado de una serie de

Sebastián Tobar, es sociólogo, máster y doctorando en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz del Ministerio de Saúde de Brasil. Actualmente es investigador del Centro de Relaciones internacionales en Salud, CRIS / FIOCRUZ.

Paulo Marchiori Buss es médico, máster en Medicina Social y director del Centro de Relaciones Internacionales en Salud CRIS/FIOCRUZ.

Luiz Eduardo Fonseca es médico, máster y doctor en Salud Pública e investigador del Centro de Relaciones Internacionales en Salud CRIS/FIOCRUZ.

José Roberto Ferreira es médico, Doctor Honoris Causa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. Director adjunto del CRIS / FIOCCRUZ.

¹ El G20 fue creado en Colonia, Alemania en junio de 1999 y a la vez es substitución de otros grupos anteriores como el G33, el G-22 y el G-7. El G20 fue creado como un foro para la cooperación y consultas en materias pertinentes al sistema financiero internacional. Estudia, revisa y promueve la discusión entre los principales países desarrollados y emergentes y está integrado por los ministros de finanzas y presidentes de los Bancos Centrales del G7 y de otros 13 países, incluyendo el Banco Central Europeo. En la actualidad esta compuesto por Arabia Saudita, Alemania, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Corea del Sur, China, Estados Unidos, Francia, India, Indonesia, Italia, Japón, México, Sudafrica, Turquía, Reino Unido, Rusia, Unión Europea.

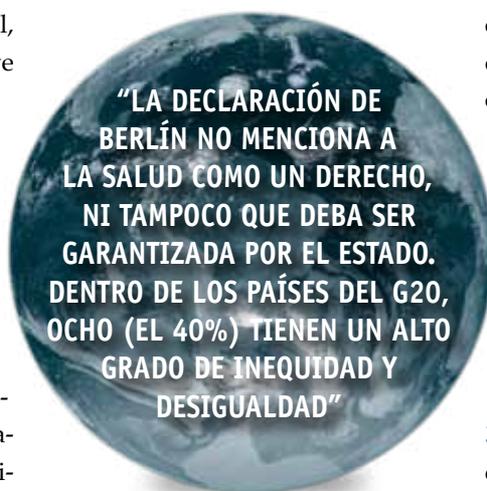
crisis económicas, para propiciar el diálogo entre las autoridades económicas y de los bancos centrales de las principales economías del mundo, considerando el peso que muchos de los países tenían, en la medida que representaban el 90% del PIB mundial, el 80% del comercio mundial y dos tercios de la población global. La importancia de los países del G20 sobre la economía global le confería una fuerte oportunidad para una acción colectiva para impulsar el diálogo y promover la estabilidad financiera internacional, además de otros temas de relieve en el plan global.

A partir de 2007-2008, se puede observar una crisis sistémica y global en los circuitos centrales de la economía globalizada, afectos a los bancos privados y las deudas soberanas de los estados nacionales, con políticas recesivas, reducción de inversiones públicas y presupuestos sociales, incluyendo la salud. Las medidas recesivas afectan directamente la vida y la salud de los pueblos, pues como afirma Stuckler, en su ya célebre libro “La austeridad mata” (Stuckler, D. *The Body Economic: Why Austerity Kills*, 2013).

En este marco de crisis internacional, el G20 toma importancia a partir de una reunión en 2008, en Washington-EUA, donde los máximos líderes mundiales lo posicionan como un nuevo ámbito permanente de cooperación económica.

El principal propósito del G20 es reunir regularmente a las más importantes economías desarrolladas y emergentes para discutir cuestiones substantivas de la economía global y propiciar políticas que incluyen:

- La eliminación de las restricciones al movimiento del capital internacional.
- Desregulación.
- Condiciones de mercado de trabajo flexible.
- Privatizaciones.
- Garantía de los Derechos de Propiedad Intelectual y de otros derechos de propiedad privados.
- Creación de un clima de negocios propicio para incentivar la inversión extranjera.



- Liberalización del comercio global (por la Organización Mundial del Comercio o por medio de acuerdos bilaterales de comercio).

La salud en el G20²

La agenda del G20 se fue abriendo e incorporando otros temas, no sólo económicos financieros. De esta manera, en el año 2016, por iniciativa de Alemania, se plantea crear un grupo *ad hoc* de Salud, que finalmente fue denominado Grupo de Trabajo de Salud (HWG, en inglés).

2 Ver Declaración de los Ministros de Salud del G20. Berlín. Alemania. 29 - 20 de maio de 2017. Disponível em: http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf Acceso enero de 2019

La Declaración de Berlín. Bajo el lema “Juntos hoy para un mañana saludable”, durante la presidencia alemana del G20, los ministros de Salud se reunieron por primera vez en Berlín, Alemania, del 19 al 20 de mayo de 2017. El objetivo de la reunión fue colocar a la salud global en uno de los foros más importantes de cooperación económica mundial, trabajando en forma coordinada con la Organización Mundial de la Salud y otras iniciativas ya existentes. En tal sentido, suscribieron la Declaración de Berlín de Ministros de Salud del G20³, que expresa el compromiso de trabajar de manera conjunta con la Organización Mundial de la Salud en los principales retos que afronta la salud global:

1. El fortalecimiento de los sistemas sanitarios.
 2. La mejora de las condiciones de los profesionales sanitarios.
 3. La lucha contra las enfermedades infecciosas y medidas frente a la resistencia antimicrobiana
- Aún cuando la Declaración de Berlín reconoce que “La salud es uno de los recursos más valiosos para construir un futuro sostenible y un resultado de nuestro compromiso”, el concepto de salud está íntimamente relacionado con los sistemas de salud y hace poco énfasis en el resto de los determinantes sociales. En tal sentido, propone el fortalecimiento de los sistemas sanitarios para dar respuesta a los retos de la salud global, el bienestar y la productividad económica con mano de obra cualificada.

No obstante, la declaración reco-

3 Ver Declaración de Ministros de Salud del G20. Berlín. Alemania. 29 al 20 de mayo de 2017. Disponível em: http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf Acceso enero de 2019

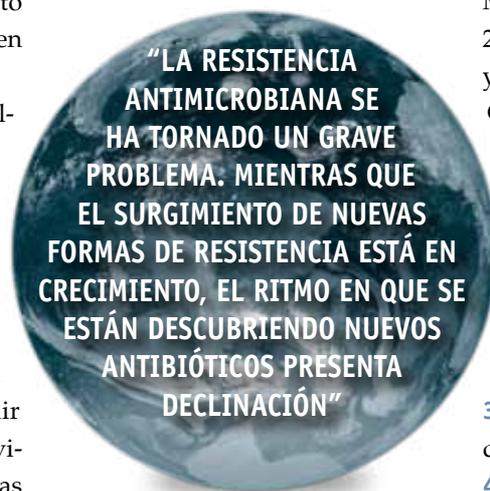
noce la necesidad de la diplomacia de la salud. En tanto, postula la necesidad de intensificar la acción global y la cooperación con el fin de identificar los desafíos a nivel global, permanentemente cambiantes, sobre los que el sector salud puede proporcionar liderazgo y valor agregado.

Como un arreglo organizacional para la diplomacia en salud, se plantea que el G20 puede contribuir a la superación de los problemas de salud global, sobre todo en aspectos vinculados a la seguridad sanitaria global (emergencias sanitarias, brotes, pandemias y enfermedades infecciosas) y al problema global de la resistencia a los antimicrobianos que impacta tanto en la salud de la población como en la economía global.

Como ya se ha mencionado, resulta interesante porque no se plantea duplicar esfuerzos ni generar una agenda alternativa a la de la Organización Mundial de la Salud, sino que hace un llamado para su apoyo y fortalecimiento como máxima autoridad sanitaria global e insta a contribuir con recursos por medio de la movilización de fondos hacia iniciativas de la OMS.

Un punto que merece especial destaque dentro de la Declaración de Berlín es el número 15, donde se señala la necesidad de la investigación y el desarrollo (I+D) para la disponibilidad y el desarrollo oportuno de medicamentos, vacunas, diagnósticos y equipos médicos nuevos y de mejor calidad para contener emergencias. En tal sentido, postula la “necesidad de la movilización de esfuerzos e instalaciones de investigación nacionales e internacionales, y normas y compromisos para compartir datos y muestras, de conformi-

dad con la legislación nacional, y los beneficios de salud pública de manera inclusiva, oportuna y transparente. Además, se necesita una financiación sostenible y una coordinación internacional efectiva de I+D”. Apoyan y postulan la utilización de iniciativas existentes como el Plan de I+D de la OMS, la Colaboración de Investigación Global para la Preparación de Enfermedades Infecciosas (GLOPID-R) y la Coalición para las Innovaciones de Preparación para la Epidemia (CEPI), que está desarrollando nuevas vacunas para las epidemias, así como la necesidad de que sean accesibles a todas las



personas necesitadas y frente a las emergencias sanitarias.

Sustentan el fortalecimiento de los sistemas de salud para avanzar en la Cobertura Universal en Salud (*Universal Health Coverage*), reconociendo diferentes etapas del desarrollo, así como la importancia de los sectores público, privado y de la sociedad civil, y la necesidad de construir modelos de financiación de la salud eficaces y eficientes. La Declaración de Berlín no menciona a la salud como un derecho, ni que deba ser garantizada por el Estado.

Es posible mencionar que dentro de los países del G20, ocho de ellos (40%) tienen un alto grado de inequidad y desigualdad y no queda claro como pretenden actuar en este sentido.

La Declaración de Mar del Plata de 2018⁴

En 2018, la República Argentina asume el G20 e impulsa la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como un tema transversal a su presidencia y la necesidad de consolidar el funcionamiento del Grupo de Trabajo de Salud (HWG)⁵.

Los ministros de Salud del G20, que se reunieron en la ciudad de Mar del Plata el día 4 de octubre de 2018, suscribieron una Declaración y ratificaron un Plan de Trabajo Conjunto elaborado por el HWG del G20, que congrega objetivos sobre la base de cuatro temas fundamentales:

1. Resistencia a los antimicrobianos.
2. Malnutrición enfocada en sobrepeso y obesidad infantil.
3. Fortalecimiento de los sistemas de salud.
4. Respuesta de los sistemas de salud frente a crisis y pandemias.

Es de destacar que los dos primeros temas priorizados implican

4 Ver Declaración de Ministros de Salud del G20 de reunión del 4 de octubre de 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/declaracion_ministros_salud_g20.pdf Acceso febrero de 2019.

5 La mayor participación en el G20 de los países desarrollados y la poca presencia de países emergentes y de Sudamérica, llevó a que países como Brasil, en aquella ocasión sostuvieran la idea que el HWG, era un grupo ad hoc que se había creado para la Presidencia del G20 de Alemania y que no tenía que continuar en su funcionamiento. La preocupación de Brasil es que pudieran surgir compromisos respondiendo a los intereses de los países desarrollados que puedan obstaculizar el efectivo goce del derecho a la salud, como cuestiones de propiedad intelectual y medicamentos. Fuente: Entrevista realizada con el Delegado de Brasil en el HWG.

necesariamente trabajar con otros sectores, como educación y agricultura, mientras que los otros dos están directamente relacionados al sector salud y se refieren con énfasis al reforzamiento de los sistemas de salud frente a posibles emergencias sanitarias y contingencias.

La Declaración de Mar del Plata renueva el compromiso sobre la Resistencia Antimicrobiana (RAM) de los ministros de Salud e involucra a los de Agricultura, propiciando la cooperación, concientización, prevención y uso prudente, abordaje similar que el encontrado en la estrategia de "One Health", que propicia el trabajo con el equipo de salud en un uso racional de los antibióticos, entre otros. Uno de los temas que merece destacarse, es el referido a la investigación y desarrollo para la innovación en antimicrobianos, tecnologías de diagnóstico, vacunas y medidas alternativas de prevención, promoviendo el acceso equitativo y asequible a todas las personas que lo necesiten. Asimismo, el punto 15 de la Declaración de los ministros señala la necesidad de seguir examinando los incentivos de mercado para el desarrollo de antimicrobianos nuevos, seguros, eficaces y asequibles, así como la de mantener el suministro mundial de los medicamentos existentes y reconocer el papel único de las pequeñas y medianas empresas de biotecnología en el desarrollo de productos.

La resistencia antimicrobiana se ha tornado un grave problema. Mientras que el surgimiento de nuevas formas de resistencia está

en crecimiento, el ritmo en que se están descubriendo nuevos antibióticos presenta declinación (Barreto, 2017). Los efectos nocivos de la resistencia antimicrobiana son perceptibles tanto en los países desarrollados o en vías de desarrollo



a nivel global. En Europa y en los Estados Unidos de América se estima que infecciones resistentes a antimicrobianos causan anualmente, en torno de 50.000 muertes. En los países en desarrollo, aún cuando no existan cifras confiables, se estima que los efectos deben ser todavía mayores (Barreto, 2017; O'Neil, 2015).

En relación con el tema de la malnutrición enfocada en sobrepeso y obesidad infantil, se trata de un problema que va más allá de las fronteras nacionales de los países y afecta tanto a los desarrollados como en vías de desarrollo. La declaración respalda y apoya diversas iniciativas existentes a nivel de OMS, UNICEF y FAO, pero también plantea la cooperación, mediante el intercambio de las buenas prácticas y la evidencia científica sobre las medidas para detener la epidemia del sobrepeso y la obesidad infantil y población vulnera-

ble. Es importante señalar que la obesidad, por su lado, es un emergente de la excesiva ingesta de productos alimentarios industriales, con alto grado de carbohidratos y otros ingredientes nocivos para la salud. Así, cuando se habla de medidas que implican en la regulación, como el rotulado alimenticio y se habla del trabajo con otros sectores, las medidas regulatorias de la industria alimenticia no aparecen explícitamente mencionadas en la Declaración. Los determinantes comerciales sobre esta problemática de malnutrición, sobrepeso y obesidad infantil, que supone modelar conductas para que la industria asuma responsabilidades y para las cuales es necesario la intervención fuerte del Estado, aparecen muy poco mencionadas.

El tercer tema planteado en la Declaración de Mar del Plata ya estaba presente en la anterior declaración de los ministros de Salud del G20, vinculada al fortalecimiento de los sistemas de salud. En relación con la de Berlín, esta declaración postula a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como medio para avanzar en la Cobertura Universal en Salud (UHC) y diversos eventos internacionales, como los desarrollados en Astana (octubre de 2018) y el proceso a desarrollarse en el marco de las Naciones Unidas durante el corriente año 2019. También los recursos humanos en salud son mencionados como un aspecto estratégico. El fortalecimiento de los sistemas de salud es, tal vez, el punto clave de la Declaración, pues son estos sistemas los que darán respaldo y respuesta a los otros tres objetivos del Plan de Trabajo Conjunto.

La respuesta de los sistemas de salud frente a la crisis y pandemias

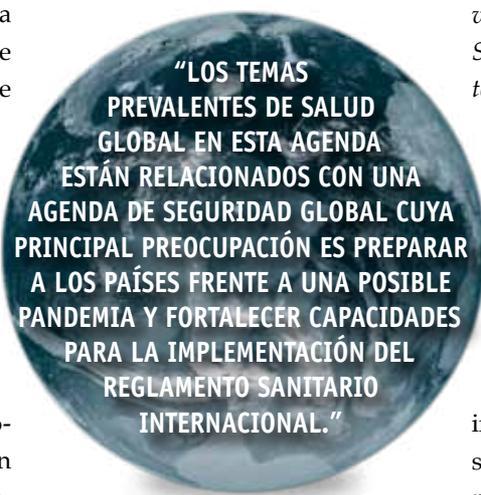
⁶ La estrategia "One Health" propicia el abordaje conjunto de enfermedades con los Ministerios de Agricultura, Ambiente y Salud y ha sido impulsado por la Organización Mundial de la Salud.

es el cuarto tema y plantea la necesidad de capacidades nacionales para posibles emergencias de salud pública, involucrando no sólo al sector salud, sino a otros sectores para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional - RSI y para enfrentar posibles crisis sanitarias globales.

Aún, tanto la Declaración de Mar del Plata cuanto la Declaración de Buenos Aires (del propio G20) mencionen los ODS y la Agenda 2030, faltó mencionar cómo se pretende encaminar una posible sinergia entre ellos. Ambas declaraciones⁷ hacen mención de ella, pero, así como se planteó con otros Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la visión implícita es crear oportunidades de “inversión” en infraestructura, agua, salud o educación y así atraer inversionistas. Desde su perspectiva, “un sistema financiero abierto y resiliente, cimentado en las normas internacionales acordadas, resulta fundamental para el crecimiento sostenible”. En la declaración de Presidentes y Líderes del G20 de 2018, se reafirma el “...compromiso de liderar la transformación hacia un

7 En el punto 2 de la Declaración de Buenos Aires de 2018, se plantea: “Recordamos nuestro compromiso de contribuir al avance de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. Alentamos las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con todos los actores pertinentes, para desarrollar un plan de acción para la implementación de todos los aspectos relacionados con la salud de los ODSs”. En el punto 5 de la Declaración de Berlín de 2017, se plantea: “Agradecemos a Alemania por su liderazgo en 2017 y estamos comprometidos con la continuación de nuestro diálogo sobre salud global en Argentina. Promoveremos aún más la salud en el G20 y reafirmamos nuestro compromiso de alcanzar los objetivos y metas relacionados con la salud de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. Así como el punto 18 establece el “...objetivo de lograr la cobertura universal de salud y, por lo tanto, de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible depende de los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud”

desarrollo sostenible y de dar nuestro aval para la Agenda 2030” y que sirva de marco para lograr avances en torno de este objetivo del Plan de Acción. La Declaración de Buenos Aires reconoce a la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular desempeñan un papel importante para la implementación de la Agenda 2030.



Conclusiones

Como hemos podido observar, la salud parece ser un aspecto que ha venido para quedarse en el G20. No obstante, la visión del desarrollo sustentada por el G20 parece no ser integral, dado que plantea el fortalecimiento de los sistemas de salud y su resiliencia por medio de inversiones y las capacidades vinculadas a la seguridad sanitaria global, antes que en su articulación de los tres pilares de desarrollo: el económico, social y ambiental.

La pobreza existente en los países y las inequidades sociales constituyen las causas principales de los problemas de salud o “las causas de las causas”. Aún cuando en el G20 se encuentren los principales países y economías del mundo,

poco es lo que se va a avanzar en salud global, si sólo se invierte en infraestructura, queriendo generar negocios para inversores, o si sólo se plantean esfuerzos colectivos sobre algunos de estos problemas y no se apunta a avanzar en relación con la equidad.

El proceso de elaboración de la Agenda 2030 y el ODS3 tuvo una importante discusión al no ser definida sólo como *Cobertura Universal*, sino como *Asegurar una vida Saludable y promover el bienestar en todas y todos, en todas las edades*, cuyo cumplimiento no involucra solamente al sector salud, sino que implica una acción intersectorial para propiciar la salud y el bienestar. El camino planteado por el G20 es retomar una visión centrada en sistemas de salud resilientes, que incluyan la cobertura universal y sistemas que se puedan sostener para el campo de la salud (Myers, 2015; Kickbusch, 2017) pero, que no enfrentan en forma suficiente las “causas de las causas” tanto sociales como ambientales e incluso con la amenaza del retiro del compromiso de EEUU del Acuerdo de París⁸.

Aún cuando se menciona la Agenda 2030 y sus ODS, los países miembros del G20 representan las mayores economías del mundo que impulsan modelos de desarrollo altamente depredadores, inequitativos y perjudiciales a la salud. La Agenda priorizada en salud parece de manera retórica y no con un compromiso real, atender los efectos del modelo de desarrollo sobre la salud antes que aten-

8 El Acuerdo de París adoptado el 12 de diciembre de 2015 marcó el comienzo de una nueva era en la respuesta mundial frente al cambio climático y el reconocimiento del derecho a la salud.

der sus causas o determinantes. Cuando resulta importante no duplicar iniciativas y aprovechar estrategias y programas que viene impulsando la OMS u otros organismos multilaterales, sería importante que los compromisos del G20 en salud no queden en un plano declarativo o de reconocimiento en lo que ha hecho la OMS, sino que se avance en objetivos específicos para los problemas de salud global e identifique mecanismos concretos de financiamiento, más allá de oportunidades para las inversiones en el sector.

Del análisis de los documentos oficiales, del accionar del Grupo de Trabajo de Salud y de la Propia Declaratoria de Presidentes del G20, no queda claro cuál es el valor agregado o estratégico sobre la propia acción de la Organización Mundial de la Salud, ya que en ningún momento el G20 se compromete a asignar fondos a dicha organización o a movilizar recursos en función de sus estrategias priorizadas.

Como es posible observar a partir tanto de la Declaración de Ministros de Salud del G20 de Berlín (2017) y la de Mar del Plata (2018), los temas prevalentes de salud global en esta agenda están relacionados con una Agenda de Seguridad Global, que ha venido propiciando muchos países desarrollados, sobre todo Estados Unidos, cuya principal preocupación es preparar a los países frente a una posible pandemia, fortalecer capacidades para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional. Al mismo tiempo que la preocupación frente a la inseguridad generada por el abuso de los antimicrobianos por ser su potencial pandémico de afectar a todos los países ricos y pobres y generar Sistemas de Salud resilientes y fortalecidos que puedan reaccionar frente a estas emergencias de salud pública.

La concepción de la salud global relacionada con la seguridad global es una estrategia que ha venido siendo impulsada por institucio-

nes como el Center for Diseases Control- CDC de EEUU que identificaba amenazas de enfermedades infecciosas globales, pero encubriendo el interés vital de este país. Esta perspectiva, que ha sido impulsada nuevamente a partir de la llegada al poder del presidente Trump, no es suficiente para cambiar la perspectiva de los países más ricos en relación con los que están en desarrollo, pues es una estrategia que beneficia siempre sus intereses inmediatos y no es orientada para el real desarrollo de esos países ni el fortalecimiento de los sistemas de salud.

No obstante, la emergencia de la salud global en la Agenda del G20 podría constituir una oportunidad para el surgimiento de nuevos actores que brinden financiamiento o que hagan *advocacy* por problemas comunes que van más allá de las fronteras nacionales, reforzando los compromisos o generando nuevos a los pactados en los ámbitos tradicionales de gobernanza en salud. 

Bibliografía

- BUSS, P & TOBAR, S. (org) (2017). *"Diplomacia em Saúde e Saúde Global. Perspectivas Latino Americanas"*. Editora Fiocruz, 2017. 654p.
- BUSS & TOBAR (2017) *"Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America and the Caribbean"*. Online Publication Date: April 2018. DOI:10.1093/acrefore/9780190632366.013.24. Disponible em: <http://publichealth.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24>
- Buss & Tobar (2017). Para Promover la Salud es Preciso Enfrentar la Pobreza. *Revista de la Universidad ISALUD* Nro 58, Volumen 12, pp. 46-50, agosto 2017. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/institucional/publicaciones/revista-isalud>.
- DOGSON, R.; LEE, K. & DRAGER, N. *"Global health governance: a conceptual overview"*. Geneva: Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Dept of Health & Development, World Health Organization, Feb. 2002. (Discussion Paper n. 1). Disponible em: www.researchgate.net/profile/Kelley_Lee/publication/242472817_Global_Health_Governance_A_CONCEPTUAL_REVIEW/links/0046352b0e94294750000000.pdf. Acceso em: jul. 2016.
- G20. (2017). *"Declaração dos Ministros de Saúde do G20"*. Berlín. Alemanha. 29 - 20 de maio de 2017. Disponível em: http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf. Acesso Jan, 2019
- G20. (2018) *"Declaração de Ministros de Saúde do G20 da reunião do 4 de Outubro de 2018"*. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/declaracion_ministros_salud_g20.pdf. Acesso fev. 2019.
- LIMA BARRETO, Mauricio (2017). *"Saúde Global: grandes desafios contemporâneos"*. Publicado em BUSS, P & TOBAR, S. (org) (2017). *"Diplomacia em Saúde e Saúde Global. Perspectivas Latino Americanas"*. Editora Fiocruz, 2017. 654p.
- O'NEIL J. *"Securing new drugs for future generations: the pipeline of antibiotics"*. *The Review on Antimicrobial Resistance*, 2015.
- OMS (2017) *"One Health"*. Disponível em: <https://www.who.int/features/qa/one-health/en/> Acesso: fev, 2019
- Stuckler, D. *The Economic Corpo: Por Austeridade Kills*, 2013

DERECHO SANITARIO: POR UN SISTEMA MÁS JUSTO Y EQUITATIVO

Durante dos días intensos se realizó en ISALUD el II Congreso Argentino de Derecho Sanitario. La reforma del Código Penal, la bioética y sus alcances, la prevención de conflictos sanitarios, la democracia en el sistema de salud y la transparencia como herramienta de la ética son algunos de los grandes temas que se abordaron



La Red Argentina de Derecho Sanitario, que nació en 2016 a partir de la iniciativa conjunta de las universidades ISALUD, Siglo XXI y Blas Pascal y el apoyo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Federación Argentina del Colegio de Abogados, celebró entre el 26 y 27 de noviembre del año pasado el II Congreso Argentino de Derecho Sanitario en nuestra casa. Esta edición, la premisa fue *Democracia y perspectiva del derecho humano a la salud* y tuvo entre los temas de debate más destacados la reforma del Código Penal y los vacíos pendientes; las regulaciones sobre

Javier Uribe, de la Organización Panamericana de la Salud de Chile; Judith Díaz Bazán, ministra de salud de la Provincia de La Rioja; Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD, durante la apertura de las jornadas

casos de corrupción y los cambios procesales; la prevención sobre los conflictos sanitarios; ética, bioética, transparencia y democracia sanitaria, y la evaluación de tecnologías y su legitimidad legislativa.

En la jornada de apertura, la ministra de salud de la Provincia de La Rioja, Judith Díaz Bazán, acompañada por el referente de la Organización Panamericana de la Salud de Chile, Javier Uribe y el rector de la Universidad ISALUD, Rubén To-

res, destacó el trabajo que se viene realizando desde su provincia en materia de salud y justicia para garantizar los derechos de niños, niñas, adolescentes y mujeres. Además, desde 2016, con la apertura de la Oficina de Salud y Acceso a la Justicia en el Hospital de la Madre y del Niño, que luego se extendió a hospitales del interior de la provincia, se vienen visibilizando las situaciones de violencia. “Este trabajo es una puerta abierta a situa-

ciones que permanecían ocultas. En 2018, la Oficina asistió a 591 casos”, remarcó la ministra.

En relación con la reforma del Código Penal de la Nación, Mario Kohan, juez del Tribunal de Casación Penal de Buenos Aires, destacó la incorporación de los delitos genéticos y los delitos relacionados con la comercialización o el tráfico de órganos y sangre. Y una segunda parte referida a quienes indebidamente se dedican a clonar seres humanos. Ante la pregunta sobre qué nos deja pendiente este código, señaló: “Hay que definir el modelo de política criminal y si vamos a perseguir a la cadena desde lo más alto, que es el productor hasta lo más bajo que es el consumidor, y si se trata de un enfermo o no. Esta tesis es con la que viene investida la Ley 23.737, que pone la carga en probar su condición de adicto al imputado, que debe demostrar que la tenencia de estupefacientes es para consumo personal. Definir si el modelo es persecutorio de estas políticas o no, es uno de los grandes temas que la comisión de reforma evitó u obvió dar”.

Por su parte, Cecilia Del Carmen Pozzo, mediadora y consultora en

derechos de salud, se refirió a los métodos colaborativos y la reducción de los costos de los conflictos.

Su alto impacto judicial respecto de la violencia, el destrato, el maltrato, la falta de respeto y la violencia

Entre los cambios más relevantes de la nueva Ley 27.447 de Donación y Trasplante destacan la incorporación de principios bioéticos, la prioridad en el traslado aéreo y terrestre de pacientes con operativos en curso, la creación de servicios de procuración en los hospitales y la simplificación y optimización de los procesos que requieren intervención judicial

ocupacional en las relaciones interpersonales, se tornan un punto crítico del sistema judicial. “Cuando miramos esos problemas lo que deberíamos analizar es que el sistema judicial no ha dado una respuesta satisfactoria”, expresó.

Al mismo tiempo, resaltó la necesidad de abordar estrategias de mediación para evitar la judicialización, apoyándose en ejes funda-

mentales como la formación académica en métodos colaborativos y resolución de conflictos; fomentar la cultura de la paz en una sociedad democrática que propicie el respeto por los derechos humanos; la responsabilidad social corporativa y la promoción de unidades de mediación sanitaria. “Hay que pensar en líderes que generen esos cambios con un eje fundamental en la comunicación, porque la mayor parte de los conflictos exceden el tema prescricional y tienen que ver con cuestiones interpersonales, donde la comunicación es importante”, apuntó la consultora.

Sobre los nuevos paradigmas de la Ley de Ablación de Órganos, puesta en vigencia desde agosto del año pasado, el ex titular del Incucaí, Carlos Soratti, resaltó el marco regulatorio nacional, el desarrollo de la organización sanitaria, un sistema de registro y gestión de la información y la cooperación internacional, como los cuatro pilares fundamentales de cualquier sistema de donación y trasplante. Entre los cambios más relevantes de la nueva Ley 27.447 destacan la incorporación de principios bioéticos, la prioridad en el traslado



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

aéreo y terrestre de pacientes con operativos en curso, la creación de servicios de procuración en los hospitales y la simplificación y optimización de los procesos que requieren intervención judicial. “Los dos aspectos más importantes y generales sobre la ley –agregó Soratti– son la aprobación unánime en ambas cámaras y el impacto mediático que tuvo impulsado por los familiares de una chiquita fallecida en lista de espera por trasplante cardíaco, que sin duda contribuyó a visibilizar un nivel de información y de aceptación importantes”.

Lo legítimo y lo posible

La magíster en Bioética, Diana Cohen Agrest, habló sobre los tópicos bioéticos, su condición de legitimidad de origen, pero también de ejercicio “de toda organización política, aun cuando algunas de las controversias suscitadas en el marco teórico no formen parte de la agenda política o parezcan distantes de nuestra realidad”. La ensayista e investigadora recordó, a modo de ejemplo, que la legislación china prohíbe la clonación de seres humanos y, sin embargo, se supo del caso de dos gemelas cuyo ADN fue modificado para resistir una infección futura de HIV. “No es un tema menor, porque el hecho de que esté prohibido no significa que no se esté haciendo. Es un tema muy problemático, uno piensa que se hizo en China, pero técnicamente se puede hacer en cualquier lado. Y que se naturalice la posibilidad de clonar seres humanos realmente es un riesgo ético”.

Además, Cohen Agrest analizó el impacto de la noticia en los medios de comunicación: “Los medios presentan innovaciones biotecnológicas encarnadas en historias de vidas que examinadas a la luz de



Sergio Palacio, director académico de la Escuela Judicial de la Nación; Ginés González García, rector honorario de la Universidad ISALUD, y Claudia Madies, directora del Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho

las emociones pueden llegar fácilmente a la audiencia y así resulta más fácil que después atraiga el interés del pensamiento. Como contrapartida, lo académico sigue confinado como a una especie de discurso endogámico, que no sale a la sociedad. Así, se produce una

“La legislación china prohíbe la clonación de seres humanos y, sin embargo, se supo del caso de dos gemelas cuyo ADN fue modificado para resistir una infección futura de HIV. No es un tema menor, porque el hecho de que esté prohibido no significa que no se esté haciendo”, contó la magíster en Bioética, Diana Cohen Agrest

especie de ruptura entre esa democracia que debería estar enterada de cuáles son las problemáticas que están en juego antes de que lleguen a ser tratadas en el Congreso porque para que los ciudadanos cooperen en la construcción de leyes que nos representen y una condición de ese ejercicio es discutir racionalmen-

te con el propósito de alcanzar un consenso válido”.

A modo de cierre, el rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, destacó en este marco de democracia y derecho humano a la salud, la participación de los jóvenes y, en especial, de las mujeres, en el debate sobre la despenalización del aborto: “Me pareció una manifestación riquísima como sociedad, más allá de que luego de ser un debate con cierta racionalidad en diputados, los senadores lo transformaron en un combate y se perdió todo ejercicio racional vinculado con la realidad”.

Por último, Sergio Palacio, desde su lugar como director académico de la Escuela Judicial de la Nación, apuntó a la vigencia del programa de formación de aspirantes a magistrados federales y nacionales. “Para ser juez no alcanza con saber de leyes, hay que tener equilibrio mental y experiencia de vida. Nosotros tenemos que capacitar para desempeños concretos y tratamos de que la enseñanza se dirija a una formación focalizada en la problemática concreta que tiene que resolver. Enseñamos y capacitamos para acreditar la competencia”.



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**

EL 80% DE LOS CONFLICTOS EN SALUD SE ORIGINAN EN FALLAS DE COMUNICACIÓN

El aumento de los reclamos repercute en los costos de las organizaciones de salud y demandan soluciones al margen de su judicialización; trabajar en la prevención es clave para bajar el gasto



De izquierda a derecha: Raquel Munt, directora nacional de Mediación; Rubén Torres, rector de ISALUD, y Alicia Gallardo, directora de Cemecolsa

Cuentas pendientes, dudas en la toma de decisiones y fallas en la comunicación pueden terminar en litigios y confrontaciones. Las organizaciones sanitarias, donde la interrelación de áreas, profesionales y pacientes es lo habitual, no son la excepción, y si este circuito no está debidamente aceitado puede desencadenar en algún tipo de ruptura en las relaciones.

Sobre este tema se debatió en la presentación del Centro de Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos en Salud (Cemecolsa) de la Universidad ISALUD. Allí, los panelistas invitados abordaron los aspectos que pueden permitir la reducción del costo de los conflictos en las organizaciones sanitarias, además de analizar los métodos colaborativos de preven-

ción, gestión y resolución de problemas. De la jornada participaron la directora de Cemecolsa, Alicia Gallardo; la coordinadora del posgrado de Mediación en Salud de ISALUD, María Elena Rossi; la titular de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, Cecilia Del Carmen Pozzo, y los mediadores Juan Coll y Jorge Galbiati.

Para la directora de este centro, la experiencia de llevar adelante una organización mediadora de conflictos se apoya en cuatro elementos básicos que son el cultural e ideológico, ya que aborda herramientas como la inclusión, la voluntariedad y la imparcialidad; el social, relacionado con el criterio de responsabilidad social corporativa o empresarial, y el técnico, que con-



Cecilia del Carmen Pozzo, Alicia Gallardo, Jorge Galbiati, Juan Coll y María Elena Rossi

siste en instalar unidades de mediación sanitaria dentro de las organizaciones de salud. El modelo tomado como referencia es el realizado entre la Universidad de Barcelona y el Hospital de Cataluña.

Modelo de referencia

“Nuestra aspiración es alcanzar un convenio similar en alguna institución pública. La experiencia en Cataluña comenzó en 2006 y consiste en instalar unidades de mediación sanitaria dentro de la organización, con profesionales entrenados para esta tarea que, a su vez, forman a las personas que trabajan allí, y les brindan las herramientas, el conocimiento y los valores para que vayan constituyéndose como mediadores de sus propios sectores”, explicó Gallardo.

La directora también destacó: “Los que transitamos este rol de mediador sabemos que el 80% de los conflictos de las praxis médicas tienen que ver con fallas en la comunicación y no con errores médicos. Ahí se empieza a mover toda la maquinaria prejudicial y si no hay acuerdo en la mediación empieza el juicio”.

Por su parte, Cecilia del Carmen Pozzo hizo referencia a una situación creciente que cada vez se hace más visible en los ámbitos sanitarios: la violencia externa laboral y el maltrato. “Estos dos factores conforman un combo explosivo que hace que los conflictos crezcan y provoquen mayor daño”, aseguró.

“La idea como organización es la preven-

Las premisas

- Fomentar en las organizaciones de salud la práctica de los métodos colaborativos de prevención.
- Intervenir como factores del diálogo para la construcción de consensos entre todos los actores del sistema de salud.
- Diseñar sistemas de gestión y prevención de conflictos.
- Resolver conflictos y evitar costos de recursos del Estado nacional, provincial, municipal, de las obras sociales y de la medicina prepaga.
- Ser una referente académico para el Poder Judicial.

ción integral del conflicto y propiciar un cambio cultural”, agregó la titular de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario. Según la especialista hay que superar la mirada confrontativa, que se naturaliza hacia el interior de las organizaciones y pone al paciente versus el profesional; al sistema sanitario versus el sistema judicial. “Los hombres y las mujeres del derecho también estamos para construir paz, no para aumentar el conflicto”, expresó.

La propuesta de planificación estratégica de Cemecolsa es no negar que estas situaciones conflictivas existen, sin embargo, propone que, a partir de la detección de los factores de riesgo, hay que recorrer un nuevo camino contando con los mismos agentes de la salud, pero con una mirada más correctiva y preventiva. Hay que hacer una especie de atención primaria del derecho en salud. Además, otra de las misiones de la organización es ser un referente académico para el Poder Judicial, para la derivación de casos de conflicto de salud judicializados. 

“La experiencia en Cataluña, que empezó en 2006, consiste en instalar unidades de mediación sanitaria dentro de la organización para formar a las personas que trabajan allí y darles las herramientas, el conocimiento y los valores para que vayan constituyéndose como mediadores”, explicó la directora de Cemecolsa, Alicia Gallardo

24° CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE CAMBIO CLIMÁTICO:

Del 2 al 15 de diciembre últimos, se realizó en Polonia la 24° Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP).

Con un panorama crítico respecto de la reducción global de emisiones, la cumbre de Katowice llevó adelante la misión de determinar las reglas para la implementación del Acuerdo de París, que había entrado en vigor en el 2016, y busca frenar el calentamiento global

LAS PRINCIPALES POLÍTICAS PARA HACER FRENTE AL CALENTAMIENTO GLOBAL

Por Hernán Carlino

Con un panorama que hace cada vez más evidente la urgencia de hacer frente a los efectos nocivos que el calentamiento global tiene en el planeta y sus habitantes, se realizó del 2 al 15 de diciembre últimos, la 24° Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP), en la ciudad polaca de Katowice. Allí, 196 países fijaron reglas para la instrumentación del Acuerdo de París y sus compromisos para disminuir los daños del cambio climático.

Según el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), mantener el calentamiento global por debajo de

1,5°C sobre los niveles preindustriales en vez de 2°C ayudaría a prevenir daños irreparables para el planeta y sus habitantes. Sin embargo, en un reciente informe reveló que las reducciones de emisiones propuestas hasta ahora por los países bajo el Acuerdo de París están lejos de esta meta y no son suficientes para limitar el calentamiento global.

Así, a menos que se produzca a escala global una reducción de emisiones de gases de efecto invernadero, tan profunda como acelerada, que abarquen todos los sectores económicos y las actividades humanas que son fuentes de esas emisiones será muy difícil evitar que aumenten los riesgos del calentamiento global.

El autor es especialista en Política Climática y coordinador del Centro de Estudios en Cambio Climático Global de la Fundación Torcuato Di Tella (FTDT)



La 24ª Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP), se realizó en la ciudad polaca de Katowice del 2 al 15 de diciembre últimos

Debe recordarse que para eso es necesario alcanzar la meta global propuesta en París, donde se acordó “mantener el aumento de la temperatura media mundial muy por debajo de 2°C con respecto a los niveles preindustriales y proseguir los esfuerzos para limitar ese aumento de la temperatura a 1,5°C...” respecto de esos niveles¹ para evitar mayores riesgos que afecten el bienestar, los ecosistemas y las posibilidades de avanzar hacia el desarrollo sostenible.

Para limitar el calentamiento a 1,5°C se necesitaría una respuesta sin precedentes de la comunidad internacional dirigida a morigerar los riesgos para la salud, la seguridad alimentaria, la provisión de agua, los modos de vida de las comunidades y el crecimiento económico, así como proteger los sistemas naturales, ya afectados por una enorme presión sobre los recursos y la depredación de los ecosistemas.

Al informar sobre este reporte, las Naciones Unidas han sostenido que reducir el calentamiento global en

1 Naciones Unidas (2015). Acuerdo de París.

“EN EL ACUERDO DE PARÍS SE ACORDÓ MANTENER EL AUMENTO DE LA TEMPERATURA MEDIA MUNDIAL POR DEBAJO DE 2°C CON RESPECTO A LOS NIVELES PREINDUSTRIALES Y AUNAR ESFUERZOS PARA LIMITAR ESE AUMENTO DE LA TEMPERATURA A 1,5°C PARA EVITAR MAYORES RIESGOS QUE AFECTEN EL BIENESTAR, LOS ECOSISTEMAS Y LAS POSIBILIDADES DE AVANZAR HACIA EL DESARROLLO SOSTENIBLE”

0,5°C, representa la diferencia entre la vida y la muerte.²

Esa precisa información científica se sumó a las evidencias que en 2018 entregó para confirmar que el cambio climático ya está ocurriendo y que sus efectos son severos. Ejemplos de los impactos registrados en el 2018 son las devastadoras olas de calor extremo y de sequías sin precedentes en amplias zonas de Europa

2 Naciones Unidas, (2018). Reducir el calentamiento global en 0,5°C, la diferencia entre la vida y la muerte. Noticias ONU, Cambio Climático. 8 de octubre de 2018. Ver en: <https://news.un.org/es/story/2018/10/1443222>

y Norteamérica, Australia, Sudáfrica y la Argentina; incendios forestales en Suecia y California; inundaciones severas en el África oriental, India, Japón y China; ciclones tropicales en Somalia, Djibouti, Yemen y Omán; huracanes, con una temporada récord de ciclones tropicales, y múltiples ejemplos de impactos locales igualmente rigurosos.

Con este panorama resulta imprescindible consolidar los esfuerzos de cooperación internacional para hacer frente al cambio climático. Sin embargo, pese a la conciencia creciente de la gravedad de los impactos y de los riesgos crecientes para la vida humana, las emisiones globales han continuado elevándose y se estima que en 2018 se registró un nuevo récord en las emisiones globales de carbono provenientes del sector industrial.³

Además, los reportes de la Agencia Internacional de la Energía (IEA)⁴

3 Nature (2018). Global industrial carbon emissions to reach all-time high in 2018. International Journal of Science.

4 Agencia Internacional de la Energía (IEA). Ver en <https://www.iea.org/newsroom/news/2018/december/carbon-emissions-from-advanced-economies-set-to-rise-in-2018-for-first-time-in-fi.html>

dan cuenta de que las emisiones de carbono de los países desarrollados han comenzado a elevarse, luego de cinco años de declinación, mientras que las emisiones de los países en desarrollo vuelven a crecer en 2018, lo que arroja como resultado en el aumento global de las emisiones, impulsadas por el incremento en el uso de la energía y en el crecimiento, aunque modesto, de la economía global.

Relevancia política

Pese a tratarse de una conferencia cuyo énfasis principal estaba puesto en cuestiones de procedimientos, si bien de gran importancia para la implementación del Acuerdo de París, con estos antecedentes la COP 24 adquirió una relevancia política inevitable, pues estaba en juego la posibilidad de empezar a hacer operacional el principal instrumento de gobernanza internacional para enfrentar el cambio climático.

Durante dos semanas, 196 países y una organización de integración regional intentaron conciliar diferentes posiciones nacionales y diversas visiones sobre equidad, competitividad, crecimiento e interés nacional para poder concluir dos procesos clave: la elaboración de reglas de juego detalladas que hagan posible la implementación plena del Acuer-

do de París y, a través del Diálogo de Talanoa, la primera revisión de los esfuerzos en la acción colectiva que permita encontrar las vías para aumentar la ambición en la acción climática.

La conferencia tenía una agenda extremadamente densa para desenvolverse en esas dos semanas, al intentar resolver un amplio arco temático y de procedimientos que revela la complejidad de los procesos que el Acuerdo de París integra en un ambicioso programa para la acción climática global.

La cuestión central que se planteaba, a priori, es si el Acuerdo de París, que necesita de la cooperación internacional para ser efectivo y equitativo, es capaz de resistir, en el ámbito del sistema multilateral de negociación de las Naciones Unidas y más específicamente durante la COP 24, los embates lesivos de los impulsos populistas y desintegradores que parecen prevalecer en la arena internacional en estos últimos tiempos. Sin mencionar que, en algunos casos, gobiernos que reclaman defender exclusivamente el interés nacional están operando para revertir tanto el ya insuficiente nivel de ambición en la acción climática como, en el plano formal, renunciar a participar de acuerdos a los que ya se habían comprometido.

En este contexto políticamente complejo, especialmente en el ámbito internacional, la COP 24 concluyó el 15 de diciembre con la adopción del denominado Katowice Climate Package,⁵ un conjunto de decisiones cuyo objetivo central es que el Acuerdo de París pudiera hacerse operativo para permitir su efectiva entrada en vigor.

Principales resultados

Debe recordarse que el Acuerdo de París, adoptado en el 2015 y que entrara en vigor en 2016, proporciona un marco general para el régimen climático internacional. Para poder lograr los acuerdos necesarios para su adopción, con el decisivo impulso de la Coalición de Gran Ambición,⁶ algunos de los textos referidos a elementos constitutivos del Acuerdo, en especial las directrices, fueron redactados de una manera algo ambigua o su resolución fue diferida para una fecha ulterior. Buena parte de esas cuestiones se atendie-

5 UNFCCC (2018). Ver en: Decisions adopted at the Climate Change Conference in Katowice, Poland, 2-14 December 2018. <https://unfccc.int/process-and-meetings/conferences/katowice-climate-change-conference-december-2018/katowice-climatechange-conference-december-2018>.

6 Una alianza de la Unión Europea con 79 países de África, el Caribe y el Pacífico para exigir un acuerdo ambicioso. El grupo de países desarrollados y en desarrollo emergió inicialmente durante las negociaciones en la cumbre de París.

“PESE A LA CONCIENCIA CRECIENTE DE LA GRAVEDAD DE LOS IMPACTOS Y DE LOS RIESGOS PARA LA VIDA HUMANA, LAS EMISIONES GLOBALES HAN CONTINUADO ELEVÁNDOSE Y SE ESTIMA QUE EN 2018 SE REGISTRÓ UN NUEVO RÉCORD EN LAS EMISIONES GLOBALES DE CARBONO PROVENIENTES DEL SECTOR INDUSTRIAL”





“SE ACORDÓ CÓMO LOS PAÍSES HABRÁN DE SUMINISTRAR INFORMACIÓN SOBRE SUS PLANES NACIONALES DE ACCIÓN, INCLUYENDO LA REDUCCIÓN DE EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO, ASÍ COMO EL CONJUNTO DE LAS MEDIDAS DE MITIGACIÓN Y DE ADAPTACIÓN QUE SE PROPONGAN EJECUTAR”

ron luego bajo el Programa de Trabajo del Acuerdo de París (PAWP, por sus siglas en inglés).⁷

La conferencia de Katowice tenía la misión de concluir el Programa de Trabajo del Acuerdo de París, mediante reglas detalladas que hicieran posible la implementación del Acuerdo, que se empezará a aplicar a partir de 2020, a esas reglas se hacía referencia informalmente como el “libro de reglas” del AP, cuyo propósito debía ser impulsar una mayor ambición en la acción climática y beneficiar al conjunto de los habitantes del planeta, en especial a los más vulnerables, al morigerar los impactos adversos.

En buena medida, la conferencia de Katowice cumplió con su cometido, pues se adoptaron decisiones en la mayor parte de las áreas claves del AP, con la excepción de lo que concierne a los mecanismos de mercado y mecanismos no basados en mercados incluidos en el complejo Artículo 6 del AP. Este artículo reintroduce la consideración de mecanismos que, como el comercio de derechos de emisión, ya habían sido incluidos en el Protocolo de Kioto, y reconocen como antecedentes un vasto cuerpo de teoría económica y una extendida aplicación empírica -en el

plano nacional- para reducir emisiones de contaminantes, mediante la aplicación de precios a las emisiones por vía de límites cuantitativos, en este caso, a las emisiones de carbono. Estas cuestiones volverán a ser tratadas en la próxima conferencia de las partes a celebrarse en Chile, en una fecha aún no determinada.

Uno de los componentes principales del Katowice Climate Package está constituido por un detallado “marco de transparencia”, cuyo propósito es promover la confianza entre las Partes del AP, asegurando, mediante la provisión de información adecuada, que cada uno de los países está haciendo su parte -lo que le corresponde, según se ha comprometido en su contribución nacional- para hacer frente al cambio climático.⁸

Este marco establece cómo los países habrán de suministrar información sobre sus planes nacionales de acción, incluyendo la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero, así como el conjunto de las medidas de mitigación y de adaptación que se propongan ejecutar.

También se alcanzó un acuerdo respecto de cómo reportar de manera uniforme las emisiones de gases de

efecto invernadero de cada país y, en el caso de los países menos desarrollados, permitir que, si no están en condiciones de cumplir con los estándares establecidos, puedan explicar cuáles son las razones de esa deficiencia, y presentar planes para el fortalecimiento de capacidades que les permitan luego avanzar en el cumplimiento de los estándares generales ya fijados.

Asimismo, hubo avances en materia de adaptación, si bien de menor especificidad en los textos que lo logrado en materia de mitigación; esos progresos se relacionan con las comunicaciones de adaptación, el registro público para las comunicaciones de adaptación, y la elaboración de metodologías para evaluar las necesidades de adaptación.

Por otra parte, aunque no hubo un resultado específico en materia de pérdida y daño, si se produjeron avances relacionados con la inclusión de esta cuestión en el texto, por ejemplo, en el texto correspondiente al marco de transparencia.

Una de las cuestiones clave y que siempre ha suscitado escenarios contenciosos, es la que corresponde al financiamiento que los países desarrollados deben suministrar para apoyar la acción climática en los países en desarrollo. Aunque los resultados fueron insuficientes en

⁷ Ver más información en: <https://unfccc.int/node/28798/>

⁸ Las contribuciones determinadas a nivel nacional (NDC, por sus siglas en inglés) presentan públicamente los planes de los países en el marco del Acuerdo de París para contribuir a los esfuerzos internacionales para asegurar un futuro sostenible para todos.



“LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO SON SEVEROS. ALGUNAS DE SUS EVIDENCIAS EN 2018 FUERON OLAS DE CALOR DEVASTADORAS, INCENDIOS FORESTALES, INUNDACIONES SEVERAS, CICLONES Y HURACANES EN DISTINTAS ZONAS DEL PLANETA”



esta materia, sobre todo en lo que concierne a las expectativas que sobre esta cuestión tienen los países en desarrollo, al menos se acordó una vía para decidir metas de financiamiento más ambiciosas que las actuales⁹ a partir del 2025. Se decidió, asimismo, que el Fondo de Adaptación, establecido originalmente bajo el Protocolo de Kioto, servirá al Acuerdo de París a partir del 1 de enero de 2019.

Otro de los elementos del AP que refleja una mayor exigencia de transparencia y ambición, es la elaboración de un balance global que permita evaluar colectivamente la efectividad de la acción climática colectiva. Un logro de las negociaciones en Katowice es que se acordó cómo construir esa evaluación para el 2023. También hubo consenso respecto de cómo monitorear y comunicar el progreso alcanzado en el desarrollo y la transferencia de tecnología, uno de los medios de implementación clave para la acción climática.

Por contraste, no hubo posibilidad de alcanzar consensos en otros temas también importantes. Por eso, se dejó para próximas conferencias

la toma de decisiones sobre los rasgos con los cuales deben cumplir las contribuciones nacionales, el desarrollo de tablas comunes de reporte para esas contribuciones y para los reportes de inventarios nacionales.

Una lectura política de los resultados

La evaluación de los resultados alcanzados durante la COP 24 conduce a conclusiones dispares. Por una parte, el régimen climático internacional continuó su avance y consolidación institucional, aunque no consiguió cumplir con su objetivo último que es movilizar la acción a una escala suficiente y de manera oportuna para prevenir el cambio climático. Se esperaba que el Diálogo de Talanoa permitiera coincidir en un robusto llamado a la acción de todas las Partes. Eso no sucedió en la medida esperada.

Por la otra parte, la COP 24 permitió alcanzar un sólido resultado técnico al proveer unas directrices que hagan posible implementar los esfuerzos de mitigación y de adaptación que los países prevén realizar.

Para que la evaluación sea suficientemente equilibrada, debe recordarse, además, que el ámbito de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es, en esencia, un espacio de nego-

ciación de estados soberanos, y no un régimen de gobernanza mundial centralizada. En esas condiciones los resultados que se pueden obtener en una conferencia de esta naturaleza están condicionados por la capacidad de construcción de consensos previos en el ámbito nacional, regional y de los bloques de negociación en el proceso hacia la COP.

En un escenario internacional en el que priman las pulsiones de conflicto, especialmente entre los grandes actores, que se haya podido acordar -en el marco del sistema multilateral- cuestiones procedurales clave revela que esta cuestión sigue siendo importante para una mayoría de países.

A la vez, el progreso alcanzado envía señales positivas para un enorme número de actores que no son partes (regiones, provincias o estados, ciudades, gobiernos locales) y no estatales (empresas, inversores, entidades financieras) y hace que los actores tradicionalmente involucrados en la lucha contra el cambio climático (organizaciones no gubernamentales, la entera sociedad civil, comunidades originarias, la comunidad epistémica), continúen con sus esfuerzos para aumentar la conciencia de los ciudadanos sobre la necesidad de hacer frente al cambio climático con la mayor urgencia y eficacia. ^U

⁹ El compromiso asumido por los países en desarrollo de suministrar 100 mil millones de dólares hacia el 2020, aún pendiente de materialización plena pese a que ha transcurrido casi una década desde su formulación.



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

XXVII PREMIOS ISALUD

UN ESTÍMULO AL COMPROMISO



Gracias a la colaboración de más de 500 personas que enviaron sus propuestas de candidatos por medio de las distintas redes y canales habilitados, la Fundación ISALUD pudo seleccionar a los ganadores de la edición XXVII de los Premios ISALUD. Uno de los momentos más emotivos de la jornada fue la entrega del Premio a la Trayectoria otorgado a Beatriz Pérez, licenciada en Servicio Social y magister en Integración de Personas con Discapacidad, que resaltó la lucha de los profesionales que trabajan en el campo de la salud para que “se entienda que la discapacidad no es un gasto sino una inversión, un desafío para que las personas con dificultades puedan ser atendidas en tiempo y forma e integradas como personas útiles a la sociedad”.

En esta nueva edición de los premios, el rector honorario de la Universidad, Ginés González García, expresó: “En un año donde no fue fácil producir conocimiento, acumularlo, distribuirlo y tratar de que se aplique, estos premios buscan exaltar un mundo de valores en el que las muchas injusticias de la sociedad actual sean menos injustas en algunos territorios como el de la salud o el social”. Más tarde, advirtió sobre la poca tendencia a pensar el futuro como país y sostuvo que “hoy la Argentina está enfrascada en luchas donde cualquier debate es un combate y por eso resulta difícil acordar términos comunes aún en espacios supuestamente neutrales como el de la salud”.

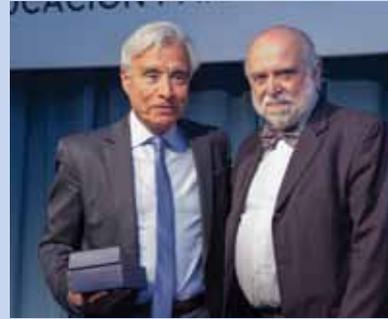


Ginés González García, rector honorario de Universidad ISALUD: *“hoy la Argentina está enfrascada en luchas donde cualquier debate es un combate y por eso resulta difícil acordar términos comunes aún en espacios supuestamente neutrales como el de la salud”*



Zulema Bianconi recibió el premio interno por su aporte a la Universidad ISALUD desde 1997 cuando se incorporó al proyecto

Desde el ámbito institucional, el ex ministro de Salud aseguró que el desafío será trabajar fuertemente para revertir la situación y contó sobre la nueva carrera de Psicología, dirigida por Eva Giberti y Vita Escardó, que tiene un enfoque más comunitario e integrado a la sociedad. “Buscamos que cada alumno sepa cuál es el campo en el que se va a desempeñar y su lugar en la sociedad porque el eje de nuestra enseñanza es la realidad”, aseguró. Para el cierre, Ginés se permitió el deseo de que los premios otorgados “sirvan para recrear en la sociedad ejemplos de comportamientos y el compromiso colectivo y solidario que nos están faltando a los argentinos”. 



Premio Comunicación y Salud (institucional) **A Prosanity Consulting y Poliarquía Consultores**

Recibió: Eduardo Fianza, director de Poliarquía Consultores

Entregó: Rubén Torres

Eduardo Fianza: *“La investigación es necesaria para definir las prioridades en salud”*

“Esta iniciativa era necesaria para aportar investigaciones sobre salud en un formato sencillo, sustentable y que nos proveyera información que contribuya a generar una agenda que defina los temas para mejorar los hábitos de la población y el desempeño del sistema sanitario. Logramos tener una amplia gama de estudios, pero además hemos hecho buenos intercambios con instituciones como ISALUD, así que agradecemos este impulso para seguir trabajando”.



Premio Deporte y Salud (institucional) **Al Comité Olímpico Argentino**

Recibió: Gerardo Werthein, presidente

Entregó: Ginés González García

Gerardo Werthein: *“El deporte es una herramienta de construcción social”*

“Durante los últimos cinco años estuvimos planeando algo en lo que creemos fervientemente: el deporte como una extraordinaria herramienta de construcción social y de valores para mejorar mucho la calidad de nuestra sociedad. Durante estos cinco años maravillosos evaluamos a más de 500.000 chicos, de entre 15 y 18 años, en todo el país para que 142 llegaran a los Juegos Olímpicos, donde además participaron 10 mil voluntarios. Esta experiencia olímpica, la primera en igualdad de género y la más inclusiva de su historia, tuvo un efecto movilizador en toda la sociedad y nos dejó un enorme legado a todos los argentinos”.

Premio Servicios de Salud (individual)

A Alejandro Costa

secretario de Salud de Almirante Brown

Recibió: Alejandro Costa

Entregó: Ginés González García

Alejandro Costa: *“Trabajamos para achicar las brechas que existen en salud”*

“Nuestra premisa desde el municipio fue trabajar para contribuir a la distribución equitativa y a la reconstrucción del lazo social a través de la disminución de las brechas que existen en la salud. Por eso, es un honor recibir este premio de la Fundación, ya que fue la universidad el lugar elegido para aprender y comenzar a trabajar al servicio del prójimo a través de la política”.



Premio Sociedad y Salud (institucional)

A la Fundación Mateo Esquivo de la Provincia de Santa Fe

Recibió: Diego Esquivo, presidente de la fundación

Entregó: Silvia Zambonini y Maya González Bender

Diego Esquivo: *“Somos referentes en la atención de niños con cáncer”*

“Este premio es un mimo para toda la gente que trabaja ad honorem en la fundación. Cuando arrancamos no teníamos un servicio de oncología pediátrica en el hospital de niños de Santa Fe, hoy, después de 10 años de trabajo, somos referentes en la atención de niños con cáncer tanto en la región centro norte provincial, como en el centro del país”.

Premio Servicios de Salud (institucional)

Al municipio de Lomas de Zamora

Recibió: Martín Insaurralde

Entregó: Ginés González García

Martín Insaurralde: *“La salud tiene que llegar a cada vecino”*

“Crear en la salud pública como un derecho universal fue el secreto y la estrategia en el municipio, tarea compleja y múltiple, cuando pensamos que la salud tiene que llegarle a cada uno de los vecinos y especialmente a los más vulnerables. El Remediar era un ejemplo que garantizaba el derecho a todos los vecinos, pero lamentablemente se redujo su capacidad en un 67% y comenzamos un trabajo para revertir esa situación”.



Premio Sociedad y Salud (individual)

A Gino Tubaro

Innovador con tecnología 3D

Recibió: Marta, su madre, en nombre de Atomic Lab

Entregaron: Eugenio Zanarini y Manuel Limeres

Gino Tubaro: *“Prefiero hacer más que contar”*

“Gino estudió electrónica en las escuelas ORT y en 2008 fue premiado como el mejor joven inventor. Fue distinguido por la Embajada de Estados Unidos por su ayuda a las personas con discapacidad. Hoy se dedica por completo a Atomic Lab, una ONG sin fines de lucro que se dedica al diseño de soluciones para las personas con discapacidad. Su frase de cabecera es: “Prefiero hacer más que contar”. Este premio es muy importante porque permitirá que sus proyectos se sigan difundiendo y sirva de respaldo a esta iniciativa”.



Premio Educación y Salud (institucional)

Al Programa de Formación de Enfermería en Pueblos Originarios de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad

Recibió: Carlos West Ocampo, secretario general, Fatsa

Entregaron: Ginés González García y Eugenio Zanarini

Carlos West Ocampo: *“Con formación aspiramos a que las comunidades indígenas mejoren su realidad”*

“Sin el compromiso de cada uno de los sindicatos, de ISALUD y de todo el cuerpo docente, incluidas las coordinadoras que se pusieron la tarea sobre los hombros, este desafío no hubiera sido posible. Fueron 12 mil los enfermeros formados, que además reciben la obra social de los trabajadores de la sanidad. Nuestra aspiración es que esta sea una oportunidad para que ellos mismos puedan mejorar y transformar su realidad, tantas veces olvidada”.

Premio Economía y Salud (institucional)

A RedArets

Red de Instituciones Públicas sin fines de lucro dedicadas a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina

Recibió: Rafael Kurtzbart, jefe de Evaluaciones Económicas del hospital El Cruce

Entregó: Rubén Torres

Rafael Kurtzbart: *“Es fundamental darle más racionalidad al uso tecnológico”*

“Esta es una red horizontal con muchos actores y cuyo objetivo fundamental es dar más racionalidad a la incorporación de tecnología, a partir de fundamentar la eficacia, el uso seguro e incorporar los efectos de costo-efectividad. Este premio nos suma adherentes y nos permite darle mayor visibilidad a nuestro trabajo”.



Premio Economía y Salud (individual)

A Santiago Torales

Médico Especialista en Nefrología, magister y especialista en Economía y Gestión de la Salud

Entregaron: Sonia Tarragona y Carlos Vizzotti

Santiago Torales: *“Trabajar en salud pública en el interior del país es un desafío enorme”*

“Quiero agradecer a quienes desde esta casa de estudios y más allá de su posición de profesor o docente, me enseñaron a compartir un espacio de trabajo y a ayudar desde otro lugar a la gente. De mi parte, solo quiero rescatar el esfuerzo por sostener un espacio que siempre es difícil desde el interior porque trabajar en la salud pública desde allí demanda un enorme desafío cotidiano y mucho de lo que he podido ser se lo debo a ello”.



Premio Innovación y Salud (individual)

A Mateo Nicolás Salvatto

Por el desarrollo de ¡Háblalo!, una aplicación para asistir a personas con dificultades para comunicarse

Recibió: Carlos Salvatto (su padre). Mateo envió su agradecimiento por video

Entregaron: Walter García y Alberto Díaz Legaspe

Carlos Salvatto: *“Por nuevos desarrollos que ayuden a personas con discapacidad”*

“¡Háblalo! Es una aplicación que asiste a 40.000 personas con discapacidad en 46 países del mundo y ganó el concurso nacional de aplicaciones del Enacom. Ahora lo estamos llevando a Indonesia y China. Ojalá esta iniciativa nos sirva como país para impulsar el desarrollo de más aplicaciones de este tipo que ayuden a personas con discapacidad”.



Premio Innovación y Salud (institucional)

Al Centro de Simulación Inspire de Femeba

Recibió: Juan Ignacio Cobián y Verónica Schiavina, de la Federación Médica de Buenos Aires

Entregó: Ginés González García

Juan Ignacio Cobián: *“Una apuesta a la educación del futuro”*

“Este centro de simulación permite realizar prácticas de cirugías laparoscópicas, endoscopías, ecografías y ultrasonografías. Es considerado uno de los cinco más avanzados del mundo y fue creado para capacitar a médicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y la de los propios profesionales. Por eso este premio es un estímulo para aquellos jóvenes que quieren progresar y desean optimizar los costos en salud”.



Premio Investigación y Salud (individual)

A Diego Golombek

Doctor en Ciencias Biológicas, investigador superior del Conicet y director del Laboratorio de Cronobiología de la Universidad Nacional de Quilmes

Recibió: Diego Golombek

Entregaron: Ginés González García y Belén Giménez

Diego Golombek: *“Necesitamos que el Estado y la sociedad apoyen a la ciencia”*

“Agradezco que se premie a los investigadores como reconocimiento a su labor, pero necesitamos mejorar las condiciones, la sostenibilidad en el tiempo, el presupuesto y la cultura para que la investigación sea parte del Estado y de la sociedad. Es un período acuciante el que vivimos, por eso que se valore la investigación es algo que me llena de orgullo y más viniendo de esta casa de estudios y de su director, Ginés González García”.



Premio a la Trayectoria 2018

A Beatriz Pérez

Licenciada en Trabajo Social, magister en Integración de Personas con Discapacidad y una de las redactoras de la Ley 24.901 para personas con discapacidad

Recibió: Beatriz Pérez

Entregaron: Yanina Zanarini y Araceli López

Beatriz Pérez: *“La atención de la discapacidad no es un gasto”*



“Los que trabajamos en el campo de la discapacidad todavía tenemos muchas luchas por delante y una de ellas es entender que la atención de la discapacidad no es un gasto, sino una inversión. Cuando las personas con serias dificultades son atendidas en tiempo y forma pueden ser incorporadas a la sociedad y dar una respuesta social como todos los demás ciudadanos”.

LA PROGRAMACIÓN EN LA ENSEÑANZA SUPERIOR: ALGUNAS IDEAS PARA DECONSTRUIR

Por Mariana Ornique, Natalia Mertian, Silvia Reboredo de Zambonini, María José Sabelli

Si preguntamos a las y los docentes de educación superior qué piensan sobre la presentación de programas de enseñanza, seguramente mencionarán algunas palabras asociadas a lo engorrosa o burocrática que es la tarea; tal vez expresen que es un pedido de otro actor (director de carrera, secretaría académica, regente o director del departamento), o bien podrán referir su valor en la orientación de su tarea, o incluso la idea de contrato.

A continuación, intentaremos hacer visibles algunas ideas que prevalecen sobre la programación de la enseñanza en la universidad para ser revisadas y deconstruidas en tanto obstaculizan el enriquecimiento de la programación y los programas de enseñanza:

- ¿Por qué los profesores pueden asociar la elaboración de un programa o texto de enseñanza como algo que no les resulta valio-

so, o incluso, en ocasiones, hasta pueden considerarlo como trámite administrativo?

Hay varios aspectos a desmenuzar para comprender la pregunta anterior. ¿Por qué puede tener escaso valor el texto a presentar?. ¿Puede este fenómeno estar asociado a que ese programa se elabora para otro actor? Si el texto es para otro y no se le otorga valor para la propia tarea pierde significatividad para los y las docentes. Asociado a esto, ¿los y las docentes pueden valorar sus escritos privados: cuadernos, notas personales en los que escriben cómo piensan que será la secuencia de un curso o de una clase y no tanto al texto o programa que presentan a otros actores (estudiantes, director, entre otros.)?

La respuesta puede ser afirmativa, sin ánimo de generalizar. Esto nos puede llevar a otras cuestiones como interrogarnos por el valor comunicacional que le otorgan los profesores/as al programa. Si el docente elabora textos “privados” significa que valora la tarea de anticipación de la enseñanza sin embargo, es la

Mariana Ornique, Licenciada y profesora en Ciencias de la Educación. Magister y Especialista en Educación. Es profesora titular del Profesorado Universitario de la Universidad Isalud.

Natalia Mertian es licenciada y profesora en Ciencias de la Educación. Integra la secretaría académica de la Universidad.

Silvia Reboredo de Zambonini. Licenciada en Psicología, ha realizado una maestría en Organización y Gestión Educativa. Es secretaria académica de la Universidad Isalud.

María José Sabelli. Licenciada y profesora en Ciencias de la Educación. Especialista en docencia en entornos virtuales. Magister en Educación Superior. Es directora del Profesorado Universitario de la Universidad Isalud y pedagoga de la Secretaría Académica de la Universidad.



“Una parte de la construcción del rol docente implica poner en relación el espacio curricular que se programa y se implementa con la obra de conjunto que es la formación. Así, programar una asignatura está en íntima relación con el diseño curricular de la carrera.”

comunicación a otros actores lo que estaría en segundo plano o desvalorizada.

Si entendemos la enseñanza como una actividad intencional, compleja, que persigue ciertos fines o metas, es importante considerar algunas previsiones que nos permiten alcanzar esas metas que proponemos lograr con nuestros estudiantes. Contar con anticipaciones es fundamental para la tarea docente. ¿Por qué construir un documento que funcione como hoja de ruta para la tarea cotidiana del docente y sus estudiantes? Porque servirá también como un instrumento de comunicación formal con los diversos actores institucionales. Creemos que es deseable que en torno de la programación se generen diálogos entre docentes de distintos espacios curriculares para hacer acuerdos sobre la enseñanza y articulaciones en relación con las propuestas de toda la carrera.

La programación de la enseñanza, como mencionamos más arriba, tiene, entre otras, la función de comunicar a los distintos actores la propuesta de un grupo de docentes. Dichos actores pueden ser: otros docentes de distintas materias, el director o coordinador de la carrera, la Secretaría Académica y los propios estudiantes.

Queremos enfatizar la importancia del trabajo con los y las estudiantes en distintos momentos de la cursada con el programa. En las primeras clases, puede servir de orientación y

explicitación del trayecto formativo y de aquello que se espera que puedan lograr los estudiantes. Además, los alumnos pueden conocer la perspectiva epistemológica y teórica del equipo de profesores, qué se espera de ellos y también cuáles serán las actividades centrales que realizarán durante la cursada. Esta explicitación evita que los estudiantes deban adivinar o transitar a ciegas la cursada de una determinada asignatura, seminario o taller y, por el contrario, reciban de manera anticipada algunas orientaciones del trayecto a compartir. Por las razones antes mencionadas, la lectura del programa con los estudiantes puede propiciar un trabajo de mayor autonomía por parte de ellas y ellos.

El trabajo con el programa también puede realizarse durante y al finalizar la cursada, para volver a mirar el camino recorrido e identificar los aprendizajes construidos.

■ ¿Pueden los profesores programar la enseñanza sin conocer el diseño curricular de la carrera en la trabajan?. ¿Se puede programar en abstracto, sin conocer el conjunto de la formación? En principio, una primera respuesta es que sí se puede programar sin el contexto del diseño curricular, es decir, es posible programar sin profundizar sobre el enfoque de la formación en esa universidad y sin conocer otros programas de enseñanza de la misma carrera.

“Es deseable que en torno de la programación se generen diálogos entre docentes de distintos espacios curriculares para hacer acuerdos sobre la enseñanza y articulaciones en relación con las propuestas de toda la carrera.”

¿Esto es deseable? No, si se busca que la formación tenga un horizonte compartido. Hay varias aristas para pensar sobre por qué sucede con frecuencia que los docentes programen su espacio curricular sin conocer la propuesta curricular en su conjunto. Por un lado, es necesario advertir cómo se gestiona curricularmente la carrera, si desde la gestión se favorece este conocimiento, si hay espacios para compartir lo singular e identitario de la carrera o para intercambios sobre las articulaciones entre espacios curriculares, entre otros aspectos. Claro está que también se vincula con las condiciones laborales, como la dedicación horaria, entre otras. También se relaciona con que los planes de estudio y su puesta en práctica, históricamente, han concebido y materializado la formación en forma fragmentada.

Nos interesa poner foco en que una parte de la construcción del rol docente implica poner en relación el espacio curricular que se programa y se implementa con la obra de conjunto que es la formación. Así, programar una asignatura está en íntima relación con el diseño curricular de la carrera.

Queremos resaltar que la programación pone en relación y articula el plan de estudios y aquello que efectivamente sucede en el aula. Las pistas sobre el sentido de un espacio curricular y su papel en el conjunto de la formación, se encuentran en el diseño curricular y en el diálogo con los actores que llevan adelante la formación. Así es que resulta prioritario solicitar como docentes el diseño curricular para partir de allí la tarea.

■ ¿Se programa lo que ya se sabe se va a realizar o la programación es la oportunidad para elegir qué propuesta favorecerá aprendizajes significativos en los estudiantes?

En ocasiones, los y las docentes piensan al programa como el texto que representa lo que ya se decidió que será la enseñanza. Otras veces, lo conciben como una alternativa entre varias opciones posibles. Queremos aquí resaltar también el carácter anticipatorio de la programación y la potencia que tiene como oportunidad para elegir la mejor propuesta a ofrecer a

los estudiantes. En otras palabras, el proceso de programar consiste en decidir anticipadamente lo que se quiere hacer en la enseñanza, previendo cómo realizar algo que es deseable o que se estima valioso. Dentro de las diversas opciones de lo que puede ser la enseñanza, el docente o equipo docente elige lo que considera la mejor alternativa para los aprendizajes de los estudiantes. Es decir, la programación posibilita pensar en diversos caminos posibles, en elegir los que se consideran deseables más que otros en pos de los aprendizajes de los estudiantes.

■ ¿Qué les sucede a los profesores con la escritura del programa?

¿Qué hacen los y las docentes cuando escriben sus decisiones en el programa? ¿Se interrogan sobre el sentido de los componentes que se solicitan? ¿Han escrito previamente un texto de estas características?

El texto que denominamos programa tiene una dimensión técnica: no se escribe un objetivo de cualquier manera, lo mismo sucede con un contenido. Hay allí un saber didáctico necesario de apropiarse. Si bien en la tradición didáctica hay variaciones sobre los componentes de un programa de enseñanza, algunos de los componentes habituales que se proponen para la confección de los programas de cada espacio curricular son: datos institucionales, carga horaria y correlatividades; fundamentación y propósitos de la asignatura (o introducción y marco referencial de la asignatura); objetivos o logros que se espera alcancen los estudiantes al finalizar el espacio curricular; contenidos de la asignatura agrupados por unidades bloques, núcleos; con bibliografía obligatoria y complementaria de cada unidad o bloque; estrategias de enseñanza donde se especifica la modalidad de trabajo; evaluación de los aprendizajes y requisitos de aprobación y/o promoción, y cronograma de clases.

Entre otras miradas posibles, la programación puede entenderse como el conjunto de tareas y decisiones que los docentes toman en el marco de un proceso reflexivo que se mueve de la comprensión personal a la preparación para la

comprensión de otros, los estudiantes. Al tener que compartir las ideas con otros, nos encontramos frente a un proceso de escritura que se distancia de otras formas más familiares o conocidas en el recorrido académico. Escribir un programa requiere de un saber didáctico que es distinto del saber disciplinar o profesional de origen. Enfrentar este desafío implica admitir que hay un saber que no es el que se ha construido en la profesión de base (médico, enfermero, kinesiólogo, nutricionista, abogado, etc.), que es un saber con una lógica diferente a la profesión de origen.

Muchas veces, los docentes expresan que al elaborar programas recurren a otros para tomar aportes. ¿Qué buscan? Si la programación puede ser percibida como una incomodidad, en tanto plantea un lenguaje en el que no se es solvente, que es bien distinto a dominar la disciplina de base, recurrir a programas de asignaturas similares a las propias, escritos por colegas que se desempeñan en otras instituciones, se plantea como un recurso para un tipo de escritura muchas veces ajena a ellos/as.

Al pensar la enseñanza sin planificación y que la programación puede ser reemplazada por un alto grado de expertise de contenido o gestión de la clase, se toma el riesgo de transformarla en improvisación y tornarla dispersa, confusa y sin orden. Para superar este riesgo, proponemos iniciar el desafío de la escritura del programa de enseñanza de la propia asignatura para dar lugar a un proceso de construcción personal o colectiva. Construir un rol docente favorecedor de los aprendizajes de los estudiantes implica posicionarse como elaborador de anticipaciones de la enseñanza comunicables a otros actores.

El modo singular en que cada docente o equipo docente elabora su programa está guiado, fundamentalmente, por sus ideas sobre la enseñanza, el aprendizaje y la programación. Esas ideas quedarán al modo de marcas en el programa. Esas marcas singulares de cada equipo docente se pondrán en diálogo con los lineamientos para la programación que cada universidad o instituto superior sostiene y con el diseño curricular de la carrera. El docente o el equipo docente trabaja en una bisagra entre

los lineamientos institucionales (si los hubiera) y su marco mental.

En esta comunicación nos hemos propuesto poner de relieve la función pedagógica de la programación de la enseñanza y los programas y la necesidad de resignificar creencias prevalentes en la educación superior. Hemos delineado algunas de sus funciones y su importancia, tanto para las y los docentes que la elaboran como para los estudiantes como destinatarios. También hemos mencionado la necesidad de advertir que la programación se articula con el plan más general de la carrera.

Dada la importancia que tiene la programación de la enseñanza en la calidad de las propuestas formativas que se desarrollan en nuestra universidad, desde la Secretaría Académica se construyeron lineamientos para la elaboración de programas de enseñanza de los espacios curriculares de las distintas carreras. Este documento representa el marco institucional desde el que se concibe la programación de la enseñanza. Además, en el contexto del Programa de Formación y Actualización Pedagógica, se realizan talleres de Programación de la Enseñanza, destinados a los docentes de ISALUD donde se ofrecen oportunidades para facilitar la elaboración de los programas de las asignaturas que tienen a su cargo.

Alentamos a los profesores a deconstruir sus ideas sobre la programación y los programas de enseñanza para favorecer aprendizajes significativos de los estudiantes. 

“Al pensar la enseñanza sin planificación y que la programación puede ser reemplazada por un alto grado de expertise de contenido o gestión de la clase, se toma el riesgo de transformarla en improvisación y tornarla dispersa, confusa y sin orden.”

Bibliografía consultada

- Cols, Estela (2004), “Programación de la enseñanza”. Ficha de cátedra. FFyL. Universidad de Buenos Aires.
- Feldman, Daniel y Palamidessi, Mariano (2001), “Programación de la enseñanza”. Universidad Nacional de Sarmiento. Secretaría Académica. Unidad Pedagógica Universitaria.
- Lineamientos para la elaboración de programas de enseñanza (2019). Isalud.
- Litwin, Edith (2008), El oficio de enseñar. Condiciones y Contextos, Buenos Aires, Paidós.
- Stenhouse, Lawrence (1987), Investigación y desarrollo del currículum. Madrid, Morata.
- Zabalza Beraza, Miguel (1995), Diseño y desarrollo curricular. Madrid, Narcea.
- Zabalza, Miguel Ángel (2003), Las competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid, Narcea.

RIESGOS PARA LA SALUD, LA PERCEPCIÓN Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL

**Por Ernesto de Titto
y Luciana Antolini**

El ser humano está íntimamente ligado al mundo que lo rodea: vive con él, influye y es influido por él a través de intercambios necesarios e imprescindibles para su misma existencia. Este contacto estrecho con su entorno trae aparejada la exposición a peligros, diversos y cambiantes a través del tiempo.

Hasta la instalación de la sociedad industrial estos peligros eran principalmente de origen natural, pero el desarrollo de la tecnología ha originado nuevas amenazas, creadas fundamentalmente por el propio hombre. La sociedad de la que formamos parte se pone cotidianamente en peligro a sí misma con las sustancias que produce, libera en el ambiente e introduce en los alimentos (1).

Las formas de producción adoptadas conllevan problemas ambientales que trascienden las barreras espacio-temporales, generando daños a largo plazo, y en superficies extensas. Por otro lado, en esta sociedad global, los peligros ambientales son para todos los individuos sin importar la clase social, si bien

Ernesto de Titto es doctor en Ciencias Químicas (UBA). Fue director en el Ministerio de Salud de la Nación entre 1995 y 2018 y miembro de la Carrera del Investigador Científico del CONICET. Es coordinador académico de la Maestría en Gestión de la Salud Ambiental en la Universidad ISALUD.

Luciana Antolini es licenciada en Ciencias Ambientales (UBA). Actualmente integra el área de Gestión Ambiental Integral de la Dirección de Salud Ambiental de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (Acumar) y consultora ambiental de Hazmat Argentina SA.

algunos se encuentran mejor preparados que otros para enfrentarlos (2).

Las consecuencias de los peligros específicos de la sociedad contemporánea no ocurren solo en el presente, sino también en el futuro desconocido. Si bien hay daños que ya han tenido lugar, éstos y otros pueden seguir surgiendo a lo largo del tiempo, resulta complejo hacer tangible aquello que no se conoce: “el hecho de ser pensados en términos de futuro otorga a los riesgos un tinte de irrealidad” (3). En este contexto, el debate sobre el ambiente debe superar la concepción que reduce al ser humano a un mero sistema químico-biológico para tener en cuenta el significado social y cultural en el que se encuentra inmerso (4). Los factores de riesgo son definidos como “toda circunstancia o característica determinable vinculada a una persona, un grupo de personas o una población, de la cual sabemos que está asociada a un riesgo de enfermar o de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a un tal proceso”, siendo el punto de partida para enfrentarlos entender que “la forma de actuar de una comunidad frente a los factores de riesgo se explica desde cómo se los percibe” (4). Entonces, denominamos “percepción de riesgo” al reflejo generalizado en la conciencia del ser humano de un aspecto de la realidad, que hace consciente la amenaza que ese objeto o fenómeno representa al mismo tiempo que lo refleja (5).

Por eso en relación con la problemática de la contaminación y sus efectos es de vital importancia considerar la percepción del riesgo dentro de un análisis holístico, ya que posee

un carácter dual que integra el factor individual y el sociocultural, que en su interacción construyen la noción de riesgo de cada individuo. Para influir sobre las conductas asociadas a esas percepciones es necesario conocer la sociedad a intervenir, su cultura y su estructura (6).

La percepción de un riesgo

El riesgo es evidentemente subjetivo, y puede describirse como un concepto que los seres humanos construyen, de manera individual o colectiva, para ayudarse a entender y hacer frente a los peligros e incertidumbres de la vida. Aun los modelos que pretenden la mayor objetividad están cargados de suposiciones y datos que dependen del juicio del evaluador (7).

Actualmente hay dos teorías principales acerca de la percepción del riesgo: el paradigma sociocultural y el paradigma psicométrico. El primero se centra en examinar los efectos de las variables grupales y culturales en la percepción del riesgo, mientras que el segundo identifica las reacciones emocionales de las personas ante situaciones de riesgo (8).

El paradigma sociocultural

Diversos estudios han demostrado que la percepción y la aceptación de los riesgos tienen sus raíces en factores sociales y culturales. Se ha propuesto que las respuestas a los peligros se modifican por influencias sociales transmitidas por las amistades, los familiares, los colegas y los servidores públicos. La percepción del riesgo tiene impacto en la sociedad, lo que en ocasiones resulta en su amplificación. La amplificación social es detonada por la ocurrencia de un evento adverso, que puede ser un accidente menor o mayor, una nueva forma de contaminación, una epidemia, un incidente de sabotaje o, en general, cualquier situación o falla que involucre un riesgo conocido o ignorado y que tenga consecuencias potenciales para una cantidad considerable de personas. Los impactos adversos en algunas ocasiones no se limitan a daños a víctimas y propiedades, sino que se extienden también a demandas judiciales en

El desafío que enfrenta el decisor proviene de su obligación de no desestimar las demandas sociales legítimas y enfrentar efectivamente los “verdaderos” riesgos, a la vez que debe filtrar los temores estadísticamente injustificados y la presión de grupos de interés

contra de los responsables del evento, como sucede en algunos países desarrollados (8). Por otro lado, la falta de comunicación de un riesgo, o la negativa a hacerlo, puede tener efectos adversos tanto para la salud como para la resolución de conflictos.

El paradigma psicométrico

Según este enfoque, las personas hacen juicios cuantitativos con respecto a cada riesgo en particular y del grado deseado en su regulación. Estos juicios son relacionados con factores que describen otras propiedades que afectan la percepción del riesgo, tales como el control, el beneficio, el carácter voluntario y la confianza, entre otros. Mientras que un riesgo no cambia como tal, la forma en que la sociedad lo percibe sí puede ser alterada por estos factores, y esto es importante para el dominio público, pues de ello depende tanto la aceptación del riesgo como el comportamiento frente al mismo (9).

Covello y Merkhofer (10) señalan algunos de los factores que modulan la percepción de los riesgos, tales como:

- El potencial catastrófico. La gente se interesa más en desgracias y daños que se agrupan en el tiempo y el espacio (accidentes aéreos), que en los que ocurren espaciadamente y al azar (accidentes automovilísticos).
- La familiaridad. Se da una mayor atención a los riesgos que no son comunes, como la destrucción de la capa de ozono, que a los que resultan comunes (accidentes domésticos).
- La comprensión. Las actividades que se entienden poco, como la exposición a la radiación, suelen llamar más la atención que las actividades que se pueden entender, como el deslizamiento sobre hielo.
- La incertidumbre científica. Las personas prestan más atención a los riesgos que son científicamente desconocidos o inciertos (recombinación genética), que en los bien conocidos por la ciencia (un choque automovilístico).
- El control. La gente está más interesada en los riesgos que no están bajo su control personal (plaguicidas en los alimentos), que

los que dependen de su control personal (manejar un automóvil).

- La exposición voluntaria. Los riesgos que son impuestos, como los residuos tóxicos en los alimentos, generan mayor interés que los riesgos voluntariamente aceptados, como fumar.
- El impacto en los niños. Las personas están más interesadas en los riesgos que, según su percepción, afectan desproporcionadamente más a los niños.

Otro factor para considerar es la creciente desconfianza que generan los informes científicos, causada por reportes que no se traducen a un lenguaje adecuado para llegar a los diferentes públicos, o por investigaciones fraudulentas, equivocadas o incompletas, que contribuyen a distorsionar la magnitud de los riesgos.

En ese marco no podemos perder de vista que los individuos hemos creado un sentido de “inmunidad subjetiva” carente de justificación, que nos permite subestimar los riesgos en tanto los consideramos controlados y vinculables a los acontecimientos que se dan “rara vez” (11): “la gente suele creer que lo grave no es frecuente y lo común no es grave” (12). Esta condición adaptativa permite que podamos mantenernos serenos en un ambiente peligroso; parecería que restringimos la percepción de los riesgos altamente probables, haciendo parecer que nuestro mundo inmediato es más seguro de lo que realmente es (3).

Es importante considerar que, si bien existen riesgos sobre los que se puede obrar para evitarlos, hay otros que no entran dentro de nuestro universo de cambio, de modificación o evasión, pues no los percibimos o no podemos decidir sobre ellos (11). Es decir que hay riesgos inherentes a las actividades de los sujetos, riesgos que se pueden reducir a partir de cambios en las prácticas y actitudes de los individuos, riesgos que se pueden evitar y otros riesgos que se potencian con la forma que tienen los individuos de desenvolverse en su entorno.

En relación con la percepción del riesgo cabe preguntarse: ¿por qué tantas personas, en su

Diversos estudios han demostrado que la percepción y la aceptación de los riesgos tienen sus raíces en factores sociales y culturales. Se ha propuesto que las respuestas a los peligros se modifican por influencias sociales transmitidas por las amistades, los familiares, los colegas y los servidores públicos

rol de profanos, opinan que los peligros cotidianos son inocuos y se consideran a sí mismas capaces de enfrentarlos? Siguiendo el sentido común, cuando algunos riesgos son ignorados por un grupo de individuos, se puede pensar que su entramado social los estimula a obrar así: la interacción social codifica gran parte de los riesgos (3). Así, algunos, pero no todos, los peligros son culturalmente seleccionados para su reconocimiento.

También vale la pregunta inversa: ¿por qué lo que individualmente nos parece peligroso puede no serlo verdaderamente?, ¿no será que preferimos basarnos en “atajos mentales” como las intuiciones o las emociones y otras formas de razonamiento no científico y omitimos cuantificar la frecuencia, el impacto, los costos y los beneficios? (13).

La preocupación por riesgos injustificados en términos probabilísticos hace que necesariamente la atención sea desviada de los verdaderos riesgos que corre un grupo social. Por eso muchas veces consideramos la magnitud de un riesgo en función de su visibilidad mediática, más allá de las probabilidades concretas de que se convierta en suceso. Este factor se combina con nuestra confianza en la toxicología intuitiva, que nos hace propensos a identificar productos y actividades bajo términos absolutos de seguridad o inseguridad. Estas interpretaciones del riesgo son impulsadas muchas veces por “cascadas sociales”, informativas y de reputación. Las cascadas informativas se producen cuando la percepción individual del riesgo se constituye a través de la percepción de terceros, sin que existan fuentes independientes de información que verifiquen su veracidad. Las cascadas de reputación, en cambio, se producen cuando basamos nuestras creencias en la aprobación social. Como consecuencia de estos factores, el riesgo estadístico, es decir la probabilidad de que un riesgo se concrete para un individuo, y la evaluación individual del riesgo, suelen no concordar (13).

El desafío que enfrenta el decisor proviene de su obligación de no desestimar las demandas sociales legítimas y enfrentar efectivamente los “verdaderos” riesgos, a la vez que debe

filtrar los temores estadísticamente injustificados y la presión de grupos de interés. La solución que hemos desarrollado es integrar en las decisiones la construcción multisectorial con la participación de todos los sectores involucrados. Así es posible identificar y dar respuesta a los problemas que plantean el riesgo y el miedo en términos de salud pública. El análisis sistemático del costo-beneficio, definido como la "contabilización detallada de los cursos alternativos de acción" que, en la medida de lo posible, permita dimensionar el riesgo y evaluar el impacto de las decisiones que se toman para enfrentarlo.

Esta herramienta superadora de las limitaciones cognitivas individuales que evalúa el riesgo con relativa distancia y en términos

comparativos no desconoce que operamos en el marco de una relativa incertidumbre científica y que la interpretación de los datos puede ser objeto de controversias.

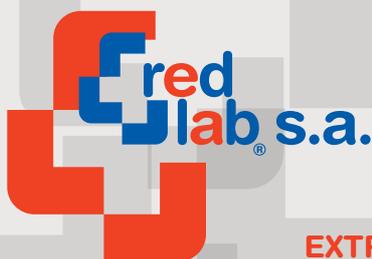
Si la sociedad humana no se encuentra libre de riesgos (14), lo que se trata de conocer son aquellos potenciales riesgos a los que nos encontramos expuestos para poder disminuir la exposición y minimizar los posibles daños y desestimar aquellos sobre cuyas causas probables carecemos de evidencia comprobable.

Aclaración

Una versión parcial previa de este documento fue presentada por L. Antolini en *Percepción del riesgo y dinámica de uso de plaguicidas agrícolas en el Valle Inferior del Río Chubut*, 2012 (Dirección García SI, Souza Casadinho J), informe final beca Carrillo-Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación.

Referencias

1. Beck U. (2002) *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Ediciones Paidós Ibérica.
2. Giddens A. (2003) *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestros días*. Taurus
3. Montenegro SM. (2005) *La sociología de la sociedad del riesgo: Ulrich Beck y sus críticos*. Pampa 01. Disponible en: http://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8180/publicaciones/bitstream/1/47/2/pampa_a1_n1_p117-130_resumen.pdf
4. Bonzo C, Castro B, de Lellis M, Samaniego C, Tissera E. (2001) *Aportes psicosociales al concepto de riesgo*. Cap. 8 en Saforcada E, El factor humano en la salud pública, Proa XXI, Buenos Aires, 332 pág.
5. Rubinstein JL. (1967) *Principios de psicología general*. 1era. ed. La Habana: Editora Revolucionaria. p. 271-284
6. Vera A, Varela L, Macía F. (2010). *El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo*. Cienc Trab. Ene-Mar; 12 (35): 243-250. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina243.pdf>
7. Martínez MA, Ramos J. (2010) *La comunicación del riesgo*. Cap. 10 en Introducción al análisis de riesgos ambientales, Instituto Nacional de Ecología, México DF, 221 págs
8. Slovic P, Weber E. (2002) *Perception of risk posed by extreme events*. New York, EUA. Conferencia Risk Management Strategies in an Uncertain World. Abril. www.ldeo.columbia.edu/CHRR/Roundtable/slovic_wp.pdf
9. Powell D. (1996) *An introduction to risk communication and the perception of risk*. University of Guelph. <http://www.foodsafetynetwork.ca>
10. Covello VT, Merhofer MW. (1994) *Risk Assessment Methods*. Plenum Press, New York, EUA
11. Douglas M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales* 1ª edición, Ed. Paidós Studio, Barcelona
12. Hewstone M, Jaspars J. (1987). *Covariation and Causal Attribution: A Logical Model of the Intuitive Analysis of Variance*. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 4: 663-672
13. Sunstein CR. (2006) *Riesgo y razón: seguridad, ley y medio ambiente*. 1º Ed. Katz, Buenos Aires, 442 págs
14. Beck U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Siglo XXI de España Editores



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

URUGUAY ADOPTÓ EL EMPAQUETADO NEUTRO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO

Tras analizar las experiencias de otros países, en especial la de Australia, la república oriental aprobó una ley que adopta las disposiciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMBS

Por Dr. Enrique Soto

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo y constituye uno de los principales factores de riesgo modificables que impactan en las Enfermedades No Transmisibles (ENT).

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mueren cerca de 7 millones de personas al año como consecuencia del tabaquismo, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890.000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de 1000 millones de fumadores que hay en el mundo vive en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.

Existe abundante evidencia científica que ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, afectando el estado de salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables y comprometiendo el

El autor es director del Programa para el Control de Tabaco de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay

desarrollo al incrementar los costos directos e indirectos relacionados con las enfermedades ocasionadas por el tabaco.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS entró en vigor en febrero de 2005 y en la actualidad hay 182 partes suscritas que representan más del 90% de la población mundial.

Este convenio es un hito en la promoción de la salud pública. Es un tratado basado en pruebas científicas que reafirman el derecho de las personas al nivel más alto posible de salud, establece perspectivas jurídicas para la cooperación sanitaria internacional y fija criterios rigurosos en lo relativo al cumplimiento.

El empaquetado neutro o genérico (de aquí en más empaquetado neutro) está comprendido en lo establecido por los artículos 11 y 13 del CMCT y en sus directrices. El artículo 11 está referido al empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco y el artículo 13 a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco.

Objetivos

Estos artículos tienen por finalidad: a) reducir el atractivo de los productos del tabaco; b) suprimir los efectos del empaquetado como una forma de publicidad, promoción

PREPÁRATE PARA EL EMPAQUETADO NEUTRO

*Imagen de
la campaña
"Preparate para
el empaquetado
neutro"*

Fuente: OPS Uruguay.
www.paho.org/uru



y patrocinio; c) prevenir el uso de técnicas de diseño de los paquetes que puedan sugerir que algunas presentaciones son menos dañinas que otras; d) resaltar las advertencias y los pictogramas referidos a los perjuicios del tabaco.

En diciembre de 2012 Australia se convirtió en el primer estado miembro de la OMS que aprobó la instrumentación del empaquetado neutro de los productos del tabaco. A partir de la evidencia documentada por Australia, otros estados han resuelto la implementación del empaquetado neutro, de esta manera Francia, Irlanda, Reino Unido, Noruega, Hungría y recientemente Turquía lo aprobaron. En tanto, otros

estados resolvieron procesos de consulta y análisis con vistas a su adopción.

En el Uruguay se analizó el proceso político y jurídico seguido por los países que implementaron el empaquetado neutro, particularmente Australia, Reino Unido y Francia. Luego del análisis jurídico y la evidencia científica que aportó fundamentalmente Australia y el trabajo realizado en nuestro medio por la Facultad de Ciencias Sociales y el Programa Nacional para Control del Tabaco, se elaboró un proyecto de ley que fue presentado al Parlamento el 11 de noviembre de 2017. El mismo logra la aprobación de la Cámara de Senadores pasando para su consideración a la Cámara de Representantes.

tantes en donde, finalmente, se aprueba la Ley N° 19.723, siendo promulgada el 21 de diciembre de 2018.

Previamente, en julio del 2018, el Poder Ejecutivo emitió un decreto en el cual se establecía un plazo de seis meses para la instrumentación del empaquetado neutro, encomendando al Ministerio de Salud los términos de la reglamentación. El 17 de agosto del 2018 el Señor Ministro de Salud aprobó la Ordenanza Ministerial N° 696 en donde se definieron los requisitos que se deberían cumplir para su instrumentación.

De acuerdo a la mencionada Ley N° 19.723, en su artículo 1°, se modifica el artículo 8° de la Ley N° 18.256 de marzo de 2008, el cual queda redactado de la siguiente forma:

Artículo 8°: (Empaquetado y etiquetado).- Queda prohibido que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco se promocionen los mismos de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos sobre la salud, riesgos o emisiones.

Dispónese el empaquetado, etiquetado y diseño neutro o genérico de todos los productos de tabaco y la uniformidad de los envases de cada tipo de producto, con el objetivo de reducir el atractivo del producto para el consumidor, eliminar la publicidad y promoción del tabaco, eliminar las posibilidades de inducir a error o engaño al consumidor respecto a que un producto es menos nocivo que otro, e incrementar la visibilidad y efectividad de las advertencias sanitarias.

La reglamentación determinará la forma, color, material, tamaño y diseño de todos los envases y envoltorio de productos de tabaco en su exterior e interior; el texto, color, estilo y tamaño de letra y la ubicación o posición de las leyendas o inscripciones de los envases, así como todo aspecto que se considere necesario para la prosecución de los objetivos perseguidos por la presente ley, sus modificativas, concordantes y complementarias».

Esta ley otorga un plazo de 120 días para su reglamentación y 12 meses para su implementación. Con la aprobación de la mencionada norma el Uruguay pasa a ser el primer país de América en donde se aprueba el empaquetado neutro.

“Con la norma aprobada recientemente, la cual se encuentra proceso de reglamentación, se pretende que todas las cajillas de cigarros y paquetes de tabaco tengan el mismo color y las características de la marca posean el mismo formato de letra y color ubicada en un lugar determinado del empaquetado”



Cabe mencionar que la normativa que regula el tabaco en el Uruguay es de las más estrictas en el mundo. Los resultados en el control del tabaquismo se obtienen como resultado de la acción conjunta de diversas medidas, entre las cuales se encuentra la regulación del empaquetado y la presentación de la cajillas. En este sentido, el Uruguay es el único país que asociará la presentación única (no se permiten las variantes de marcas que puedan resultar engañosas como ser “light, ultralight, gold, etc”) con el empaquetado neutro, además de contar con pictogramas con advertencias sanitarias que cubren el 80% de ambas caras principales del empaquetado.

Con la norma aprobada recientemente, la cual se encuentra proceso de reglamentación, se pretende que todas las cajillas de cigarros y paquetes de tabaco tengan el mismo color y las características de la marca posean el mismo formato de letra y color ubicada en un lugar determinado del empaquetado.

En definitiva, con la aprobación de la ley sobre empaquetado neutro de los productos del tabaco, el Uruguay se encuentra dentro de los países con más avanzada regulación sobre el tabaco. Es una ley que contiene provisiones innovadoras para Uruguay, que siguen los criterios técnicos establecidos en las directrices de la Organización Mundial de la Salud y que han servido para la regulación del empaquetado neutro de aquellos países que lo han instrumentado. Consiste en un instrumento que se suma a los ya existentes que tienen por finalidad continuar disminuyendo la prevalencia en el consumo de tabaco y los perjuicios que este ocasiona sobre la salud. 

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

FINLANDIA, PRIMEROS RESULTADOS DEL ENSAYO DE RENTA BÁSICA UNIVERSAL



Kela, el organismo encargado del mayor proyecto en su tipo, reveló los primeros datos: no subió el nivel de empleo pero sí el bienestar de los beneficiarios

Los experimentos sociales –públicos y privados– sobre un ingreso básico para todos y sin condiciones ni contraprestaciones cobraron fuerte impulso en los últimos años y así lo reflejamos en la Revista en la edición de julio de 2018.

En aquella oportunidad describimos el caso de Finlandia, que en febrero de este año presentó tal como estaba previsto los primeros resultados de su ambicioso experimento, aunque sólo una primera etapa de esos números (correspondientes al primer año). El resto de los datos se conocerá recién en abril.

La iniciativa se había puesto en marcha en enero de 2017, tuvo un presupuesto de 20 millones de euros y consistió en pagar una renta mensual de 560 euros a 2000 desempleados elegidos al azar entre 175.000 personas. Lo participantes siguieron percibiendo el ingreso experimental incluso cuando consiguieron trabajo.

Kela, el organismo de seguridad social finlandés quiso ampliar el experimento pero el gobierno del país –que renunció al no poder impulsar la reforma de sus sistema de bienestar social– decidió cancelar cualquier nueva fase.

El objetivo de la iniciativa era saber si el mínimo ingreso garantizado, ayudaría a los beneficiarios a conseguir trabajo y les daría un apoyo, en caso de que se vieran obligados a tomar empleos esporádicos. Aunque los niveles de empleo no subieron, los participantes reconocieron sentirse más felices y menos estresados.

En concreto, los ciudadanos con la renta básica alcanzaron una media de 0,5 días más de empleo que el grupo de control al que no se le asignó la partida económica. En cuanto a nivel de ingresos, los resultados del experimento reflejan que fueron 21 euros menos de media para los sujetos dentro del experimento que para los que no disfrutaron de la paga (€ 4230 v. € 4251).

Las mayores diferencias, por tanto, se concentraron en la percepción de bienestar y salud de los ciudadanos. Según la encuesta realizada por Kela,

el 66% del grupo del experimento admitió haber percibido una gran o notoria mejoría en sus niveles de estrés, frente al 46% de los que no disfrutaron de la paga. De igual modo, solo un 17% de los beneficiarios del ingreso se sintieron muy estresados, frente al 25% de los que se quedaron como estaban; es decir, uno de cada cuatro finlandeses a los que no se les administró la renta básica afirman sentirse muy estresados. Lo certifica a la perfección Ylikännö: “Los resultados del análisis no son contradictorios. La RBU puede tener un efecto muy positivo en el nivel de bienestar del receptor, aunque a corto plazo no mejore sus perspectivas de empleo”. “Sobre la base de un análisis de los datos de registro a nivel anual, podemos decir que durante el primer año del experimento los beneficiarios de un ingreso básico no fueron mejores ni peores que el grupo de control al encontrar empleo en el mercado laboral abierto”, señaló Ohto Kanninen, vocero de Kela coordinador de Investigación del Instituto de Trabajo para la Investigación Económica, del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud finlandés. ^U

PROGRAMA GERENCIAMIENTO DE
AUDITORÍA DE PRESTACIONES
PARA LA DISCAPACIDAD

WORKSHOP PRESENTACIONES
EFICACES PARA DOCENTES Y
CONFERENCISTAS

CURSO DE POSGRADO SOBRE
DUELO EN ADULTOS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES

MASTERCLASS ORATORIA PARA
PROFESIONALES DE LA SALUD

GESTIÓN ESTRATÉGICA DE
COSTOS EN SALUD:
HERRAMIENTAS PARA MEJORAR
SU CONTROL Y REDUCIRLOS

CLÍNICA DE LA
PSICOINMUNONEUROENDOCRINO
LOGIA

DIPLOMADO EN ANÁLISIS Y
GESTIÓN DE OBRAS SOCIALES Y
MEDICINA PREPAGA

CURSO DE SISTEMA DE
RECUPERO (SUR) Y SISTEMA
INTEGRACIÓN

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN
PARA MANDOS MEDIOS

CURSO DE AUDITORÍA Y GESTIÓN
ODONTOLÓGICA

PROGRAMA INTENSIVO DE
CONDUCCIÓN DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN A PERSONAS CON
DISCAPACIDAD

DIPLOMATURA EN
ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO.
NIVEL II

GESTIÓN DE COSTOS EN
ENFERMERÍA

DIPLOMATURA EN EMERGENCIAS
PREHOSPITALARIAS - NIVEL I

LOS MÉDICOS Y LA
DISCAPACIDAD: EVALUACIÓN,
ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

CURSO DE ACOMPAÑANTE
TERAPÉUTICO. NIVEL I

SEMINARIO: FACILITACIÓN Y
FORMACIÓN DE CONSENSO EN
SISTEMAS DE SALUD. CONFLICTOS
DERIVADOS DE LA PRAXIS
MÉDICA

5239-4000

informes@isalud.edu.ar

Venezuela 931/847/758

www.isalud.edu.ar



11 5880-7079



datos socio-económicos

Salario Mínimo Vital y Móvil Res CNEPSMVM N° 3/2018, actualizada por Res CNEPSMVM N° 1/2019	\$12.500 (A partir del 1 de marzo 2019)
Monto Seguro de desempleo Res CNEPSMVM N° 3/2018 actualizada por Res CNEPSMVM N° 1/2019	Incremento de \$2.907,53 en el mínimo y \$4.652,06 en el máximo (A partir del 1 de marzo 2019) 108.357 beneficiarios (septiembre 2018, ANSES)
Ingresos	Ingreso medio hogar \$33.839 (ingresos totales del hogar) INDEC EPH 3° trimestre 2018
Indicadores de actividad	Tasa de Actividad 46,4% . INDEC EPH 2° Trimestre 2018
	Tasa de Empleo 42,5% . INDEC EPH 3° Trimestre 2018
	Tasa Desocupación 9,0% INDEC – EPH 3° Trimestre 2018 (aglomerados urbanos)
Índice General de Precios	+2,9 Variación porcentual mensual +49,3 Variación porcentual anual INDEC enero 2019
Pobreza	19,6 % Hogares 27,3 % Personas INDEC EPH 1° Semestre 2018
Monto Canasta Básica Total	\$8.557,58 Adulto equivalente (GBA) \$26.442,92 Hogar¹ INDEC enero 2019
Indigencia	3,8 % Hogares 4,9 % Personas INDEC EPH septiembre 2018
Canasta Básica Alimentaria	\$3.423,03 Adulto equivalente (GBA) \$10.577,16 Hogar² INDEC enero 2018
Jubilados	\$10.410 Haber Mínimo Jubilatorio (marzo 2019) \$13.523 Haber Jubilatorio Medio (septiembre 2018) 6.922.628 jubilaciones y pensiones SIPA (septiembre 2018) 102.952 PUAM (septiembre 2018) ANSES
AUH	Monto (marzo 2019) ³ Embarazo para PS \$2.031 Hijo para PS \$2.031 Hijo con discapacidad para PS \$6.620 Asignación universal por hijo 3.910577 niños en septiembre 2018
Pensiones No Contributivas⁴	1.389.902 beneficiarios (4° trimestre 2018 y Enero 2019) SIEMPRO- MSyDS - SiNTyS
Programa Hacemos Futuro⁵	247.169 beneficiarios (4° trimestre 2018) SIEMPRO - MSyDS
Programas de Empleo⁶	1.383.121 beneficiarios (3° trimestre 2018) SIEMPRO - MSyDS
Monotributo Social	493.882 beneficiarios (octubre 2018) SiNTyS - MSyDS
Progresar	578.263 titulares (4° trimestre 2018) SIEMPRO - ANSES

1 Promedio simple de los valores para los hogares ejemplo que utiliza el INDEC en sus informes técnicos

2 Idem referencia 1

3 Todo el país a excepción de las localidades comprendidas como Zona: Zona 1: Provincias de La Pampa, Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y el Partido de Patagones, Pcia. de Buenos Aires. En estas localidades el subsidio es un 30% más

4 Incluye PNC Invalidez, PNC Madres de 7 o más hijos, PNC Ex Combatientes (enero 2019) y PNC Vejez

5 Incluye Programas Argentina Trabaja y Ellas Hacen.

6 Incluye Programas tales como Salario Social Complementario, Jóvenes con más y mejor trabajo, Programa de Inserción Laboral (PIL), Seguro de capacitación y empleo y otros planes nacionales de empleo

Comentarios y sugerencias para incorporar otros indicadores al e-mail scyt@isalud.edu.ar

Análisis de los efectos de los informes de Auditoría Interna en la gestión hospitalaria

Caso: Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas



Por Karina Cohen Salama

Licenciada en Economía
Empresarial (UNLa)

Master en Economía y Gestión de la
Salud (ISALUD)

Maestría en Sistemas de la Salud
(ISALUD) años de Auditor Interno.-

Director: Mg. Arturo Schweiger

Co-Directora: Mg. Cristina López

Jurados: Dr. Arnaldo Medina

Mg. María Clara Zerbino

Mg. Daniel Vitali

1. Introducción

La disciplina de la Auditoría Interna desarrolla un conjunto de procedimientos para garantizar las condiciones de “Ambiente de Control” y de “Calidad de los Datos” de la Gestión Económico Financiera para producir Informes de Estados Financieros consistentes. Por ende, los Informes de Auditoría Interna constituyen una componente central de los Informes de Auditoría Financiera de los Organizaciones Sanitarias, tanto de carácter público como privada. En el caso del Ministerio de Salud de Nación, los Organismos de Descentralizados de su competencia, entre los que se encuentra El Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas (HNPAP), disponen de Unidades de Auditoría Interna (UAI) con la finalidad de desarrollar Informes de Auditoría Interna para garantizar el cumplimiento de los criterios de Control Interno, que permitan elaborar sus Instrumentos de Gestión Económica (Presupuestos y Estados Financieros).

A nivel del Poder Ejecutivo Nacional la Sindicatura General de la Nación constituye el órgano Rector del Sistema de Control Interno y como tal le corresponde emitir y supervisar la aplicación de las normas de auditoría interna así como también coordinar el funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna (UAI) de los Organismos Centralizados y Descentralizados del PEN.

Según lo establecido en la literatura específica¹ de Auditoría Interna

¹ Informe Marco C.O.S.O.: Se refiere a las normas del Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO). Este informe es un documento

Gubernamental, la Auditoría Interna se subdivide en las siguientes grandes áreas: Ambiente de Control, Actividades de Control, Evaluaciones de Riesgos, Sistemas de Información y Comunicación y Actividades de Supervisión y Monitoreo. En base a dichas áreas, la UAI desarrolla procedimientos de Auditoría Interna que generan observaciones de niveles de Riesgo Elevado, de Riesgo Medio y de Riesgo Bajo con la finalidad de garantizar las condiciones de “Ambiente de Control” y de “Calidad de la Información Económico Financiera” a los fines de elaborar los Informes de gestión Económico Financiera (p.e. Presupuesto de Gastos) del Hospital Posadas. En particular en el HPNAP en el periodo de los años 2010 al 2015 se desarrollaron numerosos Informes de Auditoría Interna, que generaron 635 observaciones y se clasificaron a 246 Observaciones como de elevado riesgo², según se detalla en el Cuadro 1.

En dicho contexto, se buscó profundizar en torno a la identificación de los efectos de los Informes de Auditoría Interna en la gestión hospitalaria, así como también en la identificación de potenciales costos evitables o de mejora en el nivel de recupero de costos del Hospital. La presente investigación adoptó en su metodología el enfoque de la disciplina de Auditoría de Control Interno de Gubernamental (AIG), que revisa los circuitos y las normas de Control Interno en las diversas áreas del Hospital, así como a su ampliación mediante procedimientos de identificación y cuantificación de los “costos evitables” y de los “costos recuperables” en la gestión Hospitalaria. Para ello, el trabajo analizó los informes de Auditoría Interna entre los años 2010 y 2015 y seleccionó en dos etapas y finalmente se concluyó en obtención de dos casos de Observaciones de Elevado Riesgo y de mayor impacto en la Gestión Económico Financiera del HNPAP. (p.e.: Determinación del Costo

que contiene las principales directivas para la implantación, gestión y control de un sistema de control interno y se lo considera una metodología eficaz de auditoría interno también en organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Debido a la gran aceptación desde su publicación en 1992, el Informe COSO se ha convertido en el estándar de referencia en auditoría interna.

2 Niveles de Riesgo: Elevado, Medio y Bajo respecto al logro de adecuadas prácticas de Auditoría Interna y de Calidad de Información.

de Oportunidad en procesos de reparación o adquisición de equipamiento médico).

2. Características del Hospital Posadas en el año 2015

El Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas (HNPAP) es una institución médica universitaria, que constituye un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de Nación. El mismo es un Hospital de Agudos de Alta complejidad que desarrolla actividades de tratamiento, prevención y rehabilitación de salud de la población y que trabaja en forma coordinada con la Red de Organizaciones de Salud de Provincia de Buenos Aires.

Aspectos de Oferta:

- Egresos de pacientes hospitalarios. 16.984 pacientes
- Las Consultas Externas fueron de 472.677
- Las Consultas por Guardia fueron de 181.819
- Posee una dotación de 492 camas hospitalarias
- Posee una dotación de Recursos Humanos 4.689 agentes.

Como se mencionó, a partir del análisis de los Informes de Auditoría Interna se identificaron dos Informes con sus respectivas observaciones, que permitieron mediante procedimientos de “auditoría interna ampliados” la estimación de elevados niveles de “costos evitables” y de “costos recuperables” contribuyendo a la mejora de los recursos disponibles para el Presupuesto de Gasto del Hospital. El aporte de este tipo de investigaciones aplicadas a la Gestión Hospitalaria permite identificar que en la mayoría de los Hospitales Públicos Nacionales y Provinciales, se realizan anualmente numerosos Informes de Auditoría Interna, pero con la debilidad de que el enfoque de la disciplina de Auditoría de Control Interno, ante la existencia de Observaciones de significativo impacto presupuestario para el Hospital, no amplían los procedimientos de auditoría mediante la identificación y cuantificación de “costos evitables” y

Cuadro 1

Observaciones y niveles de riesgo identificados en los informes de auditoría interna del HPNAP (periodo 2010-2015)

Año	Observaciones	Alto I	Medio I	Bajo I	Regularizadas
2010	107	47	45	15	51
2011	149	19	88	32	89
2012	72	26	42	4	39
2013	78	37	38	3	38
2014	112	42	60	10	16
2015	117	65	47	7	17
	635	246	320	71	250

Fuente: elaboración propia

de “costos recuperables”. Por ende, se descarta una oportunidad de optimizar y racionalizar el gasto realizado a nivel de los Hospitales Públicos Nacionales y Provinciales con la consiguiente pérdida de eficiencia del gasto en dicho sector. El sector de los Hospitales Públicos suele representar porcentajes superiores al 50% del Presupuesto de Gasto de los Ministerios de Salud Provinciales y de allí la importancia del ajuste de los mismos³.

3. Enfoque de Costos Operativos de Organizaciones de Salud

En el esquema del Marco Conceptual Clásico de Modalidades de Evaluación de Gestión Sanitaria presentado, en el presente estudio para el Hospital Posadas se focalizara en el componente de “Recursos y Estructura” así como en el componente de los “Servicios Procesos”. Para ello se adoptaron las siguientes denominaciones: **Estructura**, definida como el agregado de todas las condiciones involucradas en la producción de los servicios de salud. Bajo ese concepto se incluyen los aspectos físicos (planta física, equipos), personal, asimismo su calificación, material, reglas, manuales, estándares, recursos financieros, entre otros.

El **Proceso** representa las más distintas actividades y procesos involucrados en la producción de la atención a la salud.

Los **Resultados** son los productos finales del proceso de producción de servicios de salud.

Los mencionados componentes serán analizadas mediante su valoración económica utilizando los siguientes conceptos de costos:

El **costo medio** es el resultado de dividir el costo total por el número de unidades de servicio o producto, por ejemplo: Costos de consulta o por unidad de servicios (por ejemplo, el costo de consulta) y dividirlo por el número de producto (número de medicamentos). (De La Puente y Schweiger, 2008)

Costo de Oportunidad constituye el costo de los recursos en la alternativa de aplicación más próxima posible.

3 Por ejemplo: En el caso del Presupuesto de Salud de la Provincia de Corrientes.

Cuadro 2
Aspectos del Presupuesto de Gasto

Apertura presupuestaria por Fuente y por Inciso-2015		
Fuente	Descripción	Importe
11	Gastos en personal	1.433.018.115,00
11	Bienes de consumo	230.833.419,00
11	Servicios no personales	214.052.219,00
11	Bienes de uso	110.069.880,00
11	Transferencias	180.000,00
12	Gastos en personal	13.001.000,00
12	Bienes de consumo	13.001.000,00
Total		1.987.155.633,00

Fuente: Gerencia de Administración del Hospital Posadas.

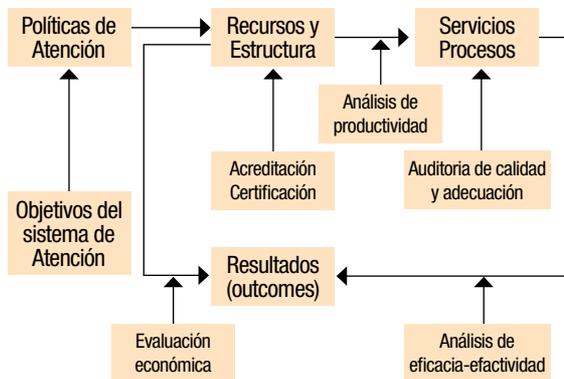
Los conceptos mencionados permiten realizar diversos tipos de análisis acerca de la Gestión de Hospitalaria y de sus efectos económicos financieros. Como se menciona en la publicación de referencia, “... la relación entre recursos y resultados permite identificar el análisis de productividad (o eficiencia técnica), entendido como la relación entre los recursos (expresados en unidades físicas: equipamientos de diagnóstico) y determinados procesos que se utilizan como productos intermedios (expresados también en unidades físicas: prácticas o estudios); ...suele tratarse de medidas de fácil obtención que forman parte (la más voluminosa) de los indicadores usuales de las organizaciones sanitarias (p.e.: estancia media)...”

UN segundo análisis mencionado en dicha publicación semana que “...El análisis de eficiencia se centra en la relación entre los costos (medidos ahora como unidades monetarias) y los resultados de eficacia o efectividad (por ejemplo, coste por casos de hepatitis evitada); su instrumental básico es la evaluación económica en cualquiera de sus modalidades, siendo especialmente utilizados el análisis costo-efectividad y el análisis coste-utilidad. En muchas ocasiones los cuadros de mando utilizan como indicadores de eficiencia algunas medidas indirectas (por ejemplo, porcentaje de prescripción de genéricos o de cirugía ambulatoria en determinadas intervenciones)...” (Peiro, 2004).

4. Presentación de Casos de Costos Evitables o de Recupero de Costos

A continuación se presentan casos seleccionados de Informes de Auditoría Interna, cuyas Observaciones presentaron mayor contribución a la gestión económica financiera del Hospital Posadas. Los mismos

Marco conceptual clásico con modalidades de evaluación



Fuente: Gerencia de Administración del Hospital Posadas.

surgieron como resultado de observaciones y de su ampliación mediante procedimientos de identificación y de cuantificación de los efectos económicos durante el periodo de los años 2010-2015.

Caso 1: Servicio de Endoscopia

En este Servicio, la Auditoría Interna detectó la presencia en el Departamento de Infraestructura de un equipo diagnóstico reclamado por el Servicio de Endoscopia desde hacía 12 meses. Y de otros tres equipos de diagnóstico que se encontraban en el Servicio de Endoscopia, en condiciones similares falta de uso por carencia de mantenimiento y de reparación por el mismo lapso de tiempo. Estos equipos son utilizados por lo general procedimientos diagnósticos en pacientes de tercera edad y de patologías crónicas.

El Informe de Auditoría Interna generó una Observación de Riesgo de tipo Elevado por la falta de uso de los cuatro equipos de diagnóstico. A partir de allí, mediante “procedimientos de auditoría interna ampliados” se cuantificaron las consecuencias económicas de la falta de reparación de los 4 equipos de diagnóstico del Servicio de Endoscopia. El procedimiento de identificación de sus consecuencias indicó que en este caso las consecuencias fueron la carencia durante doce meses del uso de cuatro equipos de diagnóstico por parte del Servicio de Endoscopia y de sus pacientes. Por otra parte, a los fines de atender los pacientes que requerían el servicio el Hospital debió pagar los costos de la prestación del Servicio de Diagnóstico en instituciones privadas de pacientes⁴.

El valor de la práctica para su contratación a terceros prestadores fue establecido de \$3000⁵, tanto en concepto de estudios de endoscopias como de colonoscopias. El análisis comparado contra el año 2013 indica un total de 1705 prácticas no efectuadas por falta de equipos diagnósticos. La carencia de los cuatro (4) equipos de diagnóstico arrojó un valor de: 1705 prácticas no efectuadas x \$3000 =,

estimándose un costo de \$5.115.000,00 a valores del año 2014.

Al intervenir la Auditoría Interna, se solicitó que se repararan los equipos y se devuelvan al Servicio para su normal funcionamiento y se articulen medidas para poder tener los equipos necesarios para satisfacer la demanda de los pacientes del Servicio de Endoscopia. La recomendación final de Auditoría Interna estableció la necesidad de disponer de un circuito de trimestral de verificación del estado y del nivel de mantenimiento de los equipos del Servicio de Endoscopia.

Caso 2: Servicio de Pediatría facturación (Hospital de Autogestión)

En este caso, el Informe de Auditoría Interna detectó mediante una observación de Elevado Riesgo, una reducción en la facturación de las consultas pediátricas el periodo de los años 2011-2013. A partir de la ampliación del procedimiento de Auditoría Interna, incorporando un procedimiento de cuantificación de la pérdida de recursos debido a la reducción de la facturación en relación a la cantidad de consultas ambulatorias llevadas a cabo en el Servicio de Pediatría, originadas en la falta de detección de casos de pacientes con cobertura social durante el año 2013 en relación a los valores del año 2010 y año 2011.

En el Hospital Posadas se efectúan consultas médicas ambulatorias, tanto en este servicio como en otros servicios y constituyen una de las principales fuentes de el recupero de la facturación a las Obras Sociales y de las Empresas de Medicina Prepaga, dado que es un hospital de autogestión⁶.

Servicio de Pediatría:

En el año 2010 se facturaron 5.192 consultas ambulatorias y se consideró como el año base del procedimiento de cuantificación de la pérdida de recupero de costos. Luego en el año 2011, la facturación cayó a un nivel de 2.571 consultas (49,50 % del año base). En el año 2012, el registro de la facturación fue nula por dificultades administrativas. En el año 2013, la facturación fue de 992 consultas (19,37% del año base). Luego en el año 2014, la facturación alcanzó el nivel de 953 consultas facturadas (18,36 % del año base). Esta situación indica que se pasó a un nivel de estimado del 20% de la facturación en los años 2013 y 2014 respecto de los años 2010 y 2010.

Según lo informado por el departamento de estadísticas las consultas pediátricas ambulatorias fueron de 42.607 y se facturaron

Cuadro 3 Comparación de las prácticas del Servicio de Endoscopia, 2013-2014*

	Prácticas 1 2013	Prácticas 2 2014	Prácticas no efectuadas
Videoesndoscopia	2105	848	
Videocolonoscopia	1234	785	
Prácticas	5353	3647	1705
Totales	100%	68%	32%

* El análisis comparado se realiza bajo la hipótesis que el Servicio de Endoscopia debería mantener igual nivel de prácticas que en el caso del año anterior a los fines de permitir acotar el análisis a los aspectos económicos financieros de la observación de auditoría interna.

Fuente: elaboración propia

6 Norma de Hospital de Autogestión: el hospital debe promover acciones tendientes a incrementar el presupuesto hospitalario a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas, a personas con obra social.

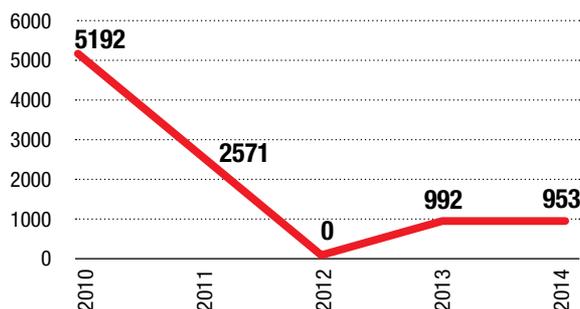
992 consultas, correspondientes al 2% de las mismas en el periodo de julio a diciembre 2013. El efecto de la falta de detección de pacientes con Seguro Médico, impide aumentar la facturación y volver a los niveles históricos de facturación del Servicio de Pediatría. La facturación resulta un elemento central en un Hospital Público de Autogestión, ya que constituye una de los principales aportes a la fuente 12 de su presupuesto de gastos.

Estimación de Recupero de las consultas Ambulatorias Pediátricas

A los fines de completar la estimación del impacto presupuestario de la reducción de facturación en las Consultas Pediátricas Ambulatorias, el procedimiento “ampliado de auditoría interna” verificó que los niveles históricos de recupero de costos de los Servicios de Consultas Ambulatorias del Hospital Posadas se encuentran en un 40% de la facturación en los últimos 5 años con respecto al periodo considerado. El procedimiento ampliado completó la cuan-

Cuadro 4

Evolución de la Facturación de Consultas Ambulatorias del 2010 al 2014



Fuente: Depto. de Facturación 2014.

Cuadro 5

Datos estadísticos del año 2013 según Departamento de Estadística Número de consultas médicas e índices de consultorio externo

Servicio	Días de atención	Total	Primera vez	Ulterior	Promedio diario	Primera vez
Neonatología	110	5984	3253	2731	54	26,5
Adolescencia	94	1128	496	632	12	44,0
Card. Ped.	98	2352	393	1959	24	16,7
Cirugía Ped.	80	960	118	842	12	12,3
Clínica Ped.	105	1696	232	1464	16	13,7
ADE Ped.	105	13230	13230	0	126	100,0
CAI Ped.	111	1665	1665	0	15	100,0
Salud Infantil	70	490	34	465	7	206,0
Endocri. Ped.	110	3410	1064	2346	31	6,8
Gastroent. Ped.	98	3136	1003	2133	32	5,4
Hemo. Onc. Ped.	40	600	0	600	15	0
Nefrol. Ped.	55	1210	266	944	22	19,1
Neumono. Ped.	69	2001	580	1421	29	13,0
Neurolo. Ped.	65	4745	3467	1278	73	8,5
Totales		42607	25801	16806		

Fuente: Departamento de Estadística 2013

tificación, mediante la estimación del impacto presupuestario de la reducción del recupero de costos por Servicios de Consultas Ambulatorias Pediátricas según se detalla en los cuadros 7 y 8.

De acuerdo al procedimiento de Auditoría Interna ampliado, se puede concluir que la facturación del Servicio de Pediatría a los Seguros Médicos con relación a la estadística del periodo de julio a diciem-

Cuadro 6

Facturación de Consultas Pediátricas Ambulatorias (Periodo julio-diciembre 2013)

Facturado al 100% julio a diciembre		%
Valor de consulta	\$55,97	
992 consultas	\$52.526,90	2%
41.615 consultas	\$2.329191,55	98%
Total: 42.607 consultas	\$2.437.240,69	100%

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 7

Recupero de Consultas Pediátricas Ambulatorias (1) (julio-diciembre de 2013)

Proyección del recupero del 40% (cobro histórico)	
40% de las consultas ¹	17402,8
Valor de consulta ²	\$55,97
	\$2.437.240,69

¹ Informado por Facturación

² Estimado Informado por Facturación

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 8

Recupero de Consultas Pediátricas Ambulatorias (2) (julio-diciembre de 2013)

\$52.526,90	Recupero 2013
\$953.885,52	Se podría haber recuperado 2013
\$901,359,62	Perjuicio económico

Fuente: Elaboración propia.

bre del 2013 es reducida y consecuentemente poco satisfactorio con respecto a los criterios establecidos en la normativa de Hospital de Autogestión. Con respecto a su impacto presupuestario, el mismo representa una pérdida de recursos de \$901.358,62 por semestre, que bajo la hipótesis de su réplica de igual valor en el 1er. semestre representan \$1.802.717.

La recomendación del Informe de Auditoría Interna final propuso modificaciones en el circuito de facturación, a fin de establecer una mayor interacción entre los sectores involucrados y optimizar la detección de pacientes Seguro Medico, con el consiguiente fortalecimiento de los niveles de facturación y cobranza que contribuyen al Presupuesto de Gastos del Hospital Posadas.

5. Conclusión

De todo lo expuesto y a través del análisis empírico realizado, se puede extraer las siguientes conclusiones de carácter particular sobre los efectos que presentan los Informes de Auditoría Interna en la Gestión Económica Financiera del Hospital.

Según los valores estimados a partir de ambos procedimientos de “auditoría interna ampliados” se generaron ahorros de recursos por un monto estimado de 5,1 millones de pesos en el rubro de equipamiento médico y de un incremento de recursos por 1,8 millón de pesos en facturación de consultas de pediatría ambulatoria. Dichos recursos resultan equivalentes a un incremento del

9% de los recursos propios de Fuente 12 del Presupuesto de Gasto del año 2013. Por ende, los Informes de Auditoría Interna, las Observaciones y los Procedimientos “ampliados de control interno” constituyen una herramienta importante para la formulación e implementación de actividades de fortalecimiento del Presupuesto de Gastos del Hospital Posadas.

Como se demostró en los casos que se exponen, la intervención de la Unidad de Auditoría Interna (UAI) permite, mediante procedimientos de “auditoría interna ampliados”, la identificación y cuantificación de debilidades que repercuten en la Gestión Económico Financiera, como el caso 1 “Servicio de Endoscopia” donde se detectaron “costos evitables” y en el caso 2 “Servicio de Pediatría” se identificaron “costos recuperables”, generando recursos que contribuyen a fortalecer su presupuesto de gastos.

Ante esta situación surge la recomendación para dicho Hospital que la Unidad de Auditoría Interna (UAI) confeccione un Sistema de Informes Auditoría Interna de elevación mensual a sus máximas autoridades, mediante un reporte detallado por departamento, servicio o área, donde se incluya en un resumen de las Observaciones y del impacto económico de Observaciones seleccionadas. Esta ampliación de los procedimientos de Auditoría Interna, contribuirá a demostrar la existencia de casos de “costos evitables” o “costos recuperables”, que constituyan un potencial incremento de recursos para el Presupuesto del Hospital Posadas, fortaleciendo así su gestión económica financiera.

Bibliografía

- Arredondo A. (1999): Economía de la salud para América Latina: Un marco para el análisis y la acción en sistemas de salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Badillo Ayala J. (2003): El Rol el Auditor Interno. Frente al Control Interno. Boletín de la Comisión de Normas y Asuntos Profesionales del Instituto de Auditores Internos de Argentina, 7.
- Carrillo R. (2007): El Hombre... El Médico... El Sanitarista. Del autor.
- Chapman W.L. (2000): Ley 24.156, Título VI: Del Sistema de Control Interno”. Texto Institucional Anotado, Comentado y Concordado.
- Chapman W.L. (2004): Norma Internacional de Control Interno. Norma para las auditorías de Control Interno requeridas por la Ley Sarbanes Oxley.
- De La Puente C. y Schweiger A. (2008): Sistema de Información Gerencial Como Base del Presupuesto por Resultados y Costos en Hospitales Públicos Seleccionados. Ministerio de Salud de la Nación.
- Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddard GL, Torrance G. (1997): Methods for the economic evaluation of health care programmes. London, Oxford University.
- Escobar N. (2001): Evaluación económica de tecnología sanitaria. Santiago de Cuba, Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (2014): “Normas Profesionales Argentinas Contables, de Auditoría y Sindicatura.
- Federación Latinoamericana de Auditores Internos (2004): The Institute of Internal Auditors (IIA). El Rol de la Auditoría Interna en la Gestión de Riesgo Empresarial.
- Gonzales E. (2004): CISA. Boletín de la Comisión de Normas y Asuntos Profesionales del Instituto de Auditores Internos de Argentina, 14.
- González García G., editor (1999): Los Hospitales Argentinos ante el siglo XXI. Estrategias de calidad y auditoría. Buenos Aires, ISALUD.
- Hospital Nacional A. Posadas (2015): Informe Evaluación del Sistema de Control Interno 2010- 2015. SIGEN.
- Lefcovich M.L. (2003): “Auditoría Interna”, un enfoque sistémico y de mejora continua.
- López M.C. (2014): El ingreso del monotributista al sistema de la seguridad social. Tesis de Maestría de Economía y Gestión de la Salud, Universidad ISALUD.
- Madariaga J.M. (1986): Nociones Prácticas de Auditoría.
- Malagón G., Londoño R., Galán M. y Pontón Laverde G. (2003): Auditoría en Salud para una gestión eficiente.
- Matus C. (1987): Política, planificación y gobierno. Washington, OPS, ILPES.
- Panerai R. y Mohr J. (1990): Evaluación de tecnologías en salud: metodologías para países en desarrollo. Washington, OPS.
- Peiro S. (2004): Gestión de Enfermedades e Indicadores de actividad. En Ortúzar V., Gestión clínica y sanitaria, Masson.
- Sacristán J, Badia X y Rovira J. (1995): Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Madrid, Editores Médicos.
- Schweiger A. (2010): Calidad y Costos Operativos de Organizaciones de Salud. Asociación Economía de la Salud Argentina (AES). Maestría de Economía y Gestión de la Salud, Universidad Isalud.
- Schweiger A. (2010): Calidad y Costos. Jornadas de Calidad Asistencial. Secretaría de Planificación, Corrientes.
- Sindicatura General de la Nación (2013): Revista 6, 1993-20 años-2013. La Historia del Control en la Argentina.
- Sindicatura General de la Nación (2010): Manual de control Interno Gubernamental.
- Sindicatura General de la Nación (2012): SIGEN INFORME-IESCI. Evaluación del Sistema del Control Interno.
- Sindicatura General de la Nación (2014): SIGEN-SISIOWEB II. Sistema de Seguimiento de Informes y Observaciones.

2do Congreso Argentino de Derecho Sanitario

Democracia y prospectiva del derecho humano a la salud

En el marco del **2do Congreso Argentino de Derecho Sanitario: “Democracia y prospectiva del derecho humano a la salud”**, organizado de manera conjunta entre el Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (CEDSABIO) de la Universidad ISALUD, y la Red Argentina de Derecho Sanitario, se realizó una convocatoria para la comunicación oral de trabajos científicos, con ejes vinculados a las conferencias o paneles del Congreso. Los trabajos recibidos fueron evaluados y

seleccionados por un Comité Científico especialmente designado.

El Comité Científico a cargo de la evaluación de las presentaciones estuvo conformado por Oscar Garay, Claudia Zalazar, Armando Andruet, Sandra Martini y la Directora de CEDSABIO-ISALUD Claudia Madies.

En el marco de la convocatoria se presentaron 12 trabajos científicos y fueron seleccionados por el Comité Científico los que a continuación se detallan:

Título del Trabajo Científico	Autor/es	Organización
Certificado Único de Discapacidad y accesibilidad a múltiples derechos	F. Barcelo M. Silva A. Medina (Revisora) M. I. Escalada (Revisora)	Licenciatura en Enfermería, Universidad ISALUD
Fuentes de dificultad expresadas por el personal de Enfermería del Hospital Pablo Soria de Jujuy para el desempeño de su rol de educador en el cuidado de los pacientes oncohematológicos, durante el período de octubre-diciembre de 2018	O. Puca	Licenciatura en Enfermería, Universidad ISALUD
El restablecimiento de lazos familiares y la salud mental de los niños refugiados	P. Gorisch M. Lamy A. de Fátima Santos	Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil
Salud de los niños y adolescentes venezolanos que llegan a Brasil: de la inseguridad alimentaria a la epidemia	P. Carpes Victorio P. Gorisch E. Andrade	Universidad Católica de Santos, UNISANTOS, Brasil Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil

Fuente: Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad ISALUD.

A continuación se desarrollan el resumen los dos trabajos científicos seleccionados pertenecientes a la Licenciatura en Enfermería de la Universidad ISALUD, uno perteneciente a la Universidad de Santa Cecilia (UNISANTA) de Brasil y otro trabajo realizado en conjunto por docentes de las Universidad UNISANTA y la Universidad Católica de Santos (UNISANTOS) de Brasil.

Certificado Único de Discapacidad y accesibilidad a múltiples derechos

Autoras: Fabiana Barceló y Marta Silva (alumnas del Ciclo de Complementación Curricular para la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISALUD)

Revisoras: Lic. Ana Medina (titular de las materias Investigación en Salud y Educación Permanente en Salud, Universidad ISALUD) y Lic. María Inés Escalada (titular de Educación Permanente en Salud y Prácticas Supervisadas, Universidad ISALUD)

El certificado único de discapacidad (CUD) es un documento público de demanda espontánea y constituye la puerta de entrada al sistema de salud y a los derechos instituidos por la normativa correspondiente (Convenciones Internacionales, Ley N° 22.431 y 24.901). Se constituye en derecho de todas las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad y sus familiares, en general, desconocen el recorrido que deben realizar para poder acceder a este derecho. En parte, consideramos que este desconocimiento se relaciona con obstáculos de distinto orden del sistema de salud. Uno de ellos es la ausencia de información clara y precisa, tanto de forma oral y escrita. Otro es la falta de conocimiento del personal de salud, en particular, el personal de enfermería, respecto de la importancia en la accesibilidad para la tramitación del certificado.

El objetivo fue explorar los obstáculos que dificultan la accesibilidad al certificado único de discapacidad en el Hospital “Dr. Alejandro Korn” de la Ciudad de La Plata. Se recurrió a un estudio descriptivo cuali-cuantitativo. La recolección de datos se realizó a partir de fuentes primarias y secunda-

rias como cuestionario, observación participante y con participación mínima, búsqueda y revisión de documentos institucionales. La unidad de referencia empírica se conformó por un total de 120 entre personal de enfermería y usuarios del hospital.

El procesamiento y análisis se realizó en dos grupos: personal de salud y usuarios. Respecto del primer grupo se desprende que del total del personal de salud encuestado (60), el 84% no tienen conocimiento acerca del CUD; el 95% no conoce el procedimiento para su gestión y el 4% no está interesado en recibir información. Respecto de los usuarios, se desprende que: el 70% no tiene familiar con discapacidad; el 87% desconoce el CUD; el 95% no recibió información en ningún efector de salud público; el 95% no conoce el trámite; el 91% no conoce los beneficios del CUD, y el 6% no tiene interés en recibir información.

El 30% tiene un familiar con discapacidad; el 13% sabe lo que es el CUD; el 4% recibió información en el hospital; el 4% conoce el trámite; el 9% conoce los beneficios del CUD; y el 94% desea recibir información.

De las observaciones realizadas se evidenció que

no existe señalización que facilite y oriente el recorrido de los usuarios para la gestión del trámite. La accesibilidad edilicia es otro obstáculo; el servicio donde se gestiona el certificado se encuentra en el primer piso y el acceso es sólo por escalera. A modo de conclusión, podría afirmarse que las

personas con discapacidad encuentran obstáculos en el sistema de salud referidos a las barreras edilicias, la falta de señalización, falta de información desde el personal de salud, no garantizando el derecho del acceso al CUD y a los beneficios que de este se desprenden.

Palabras clave: certificado único de discapacidad – derechos - accesibilidad

Fuentes de dificultad expresadas por el personal de enfermería del Hospital Pablo Soria de Jujuy para el desempeño de su rol de educador en el cuidado de los pacientes oncohematológico, durante el período de octubre-diciembre de 2018

Autor: Lic. Oscar Puca (docente de la carrera de Enfermería, Universidad ISALUD sede Jujuy)

Desde el Servicio de Oncohematología del Hospital Pablo Soria, indicaron que desde el 2011 se duplicó el número de pacientes que poseen cáncer. En Jujuy la mayoría de los casos de cáncer son tratados por dicho servicio.

Los pacientes que requieren internación por cualquier tipo de complicación deben ser internados en los distintos servicios correspondientes a su especialidad, dejando así el cuidado completo a las distintas enfermeras que comprenden el plantel de cada unidad de internación.

El personal de enfermería del hospital manifiesta que la atención a los pacientes oncohematológicos se centra más en actividades técnicas como: control de vías periféricas y central, tratamiento según indicación médica, higiene y confort, aspiración de secreciones, etc. Asimismo, admiten que dejan de lado su rol de educadores en el cuidado diario del paciente, debido al aumento de la demanda de

atención en los últimos años; la improvisación en los cuidados para la satisfacción de las necesidades humanas; la disminución de los recursos materiales para el desarrollo de nuevas actividades o a otros motivos que se desconocen por falta de investigación.

El propósito de este trabajo fue brindar al personal de enfermería evidencias derivadas de una práctica poco frecuente sobre las fuentes de dificultad expresadas por ellos mismos en la educación del paciente oncohematológico. Se buscó describir las fuentes de dificultad expresadas por el personal de enfermería del Hospital Pablo Soria de Jujuy para el desempeño de su rol de educador en el cuidado de los pacientes oncohematológicos, durante el período de octubre-diciembre del 2018.

El estudio fue cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. El total de enfermeros correspondió a 67 (entre los que encontramos licenciados, pro-

fesionales y auxiliares), teniendo un nivel de confianza del 95% y una proporción del 3%, los cuales están distribuidos en los 8 servicios que brindan internación y atención directa al paciente (sala 1 y 2 de clínica médica, sala de urología, neurología, sala 6 y 7 de cirugía, ginecología y traumatología) correspondiente al Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy.

En Jujuy desde el 2011 se duplicó el número de pacientes que poseen cáncer y mediante este estudio se arrojó que el 40% de los profesionales de enfermería manifiestan que las fuentes de dificultad de orden físico son la principal causa de la falta de ejecución en su rol docente, el 30% de orden psicológico y el 20% en relación al orden sociológico, si bien el 10 % fue ejecutado para la

insuficiencia de conocimiento, en este apartado es importante aclarar que el conocimiento está basado en cuestiones técnicas en la ejecución de sus actividades diarias frente a la atención de los pacientes con cáncer.

Los fundamentos presentados señalan que en la provincia de Jujuy, en el nivel de los profesionales de enfermería, existe un perfil de déficit en la capacitación para cumplir con su rol educador en los pacientes con cáncer, asociado a las fundes de dificultad de orden físico, psicológico, sociológico y a la insuficiencia de conocimiento. Existen suficiente información científica que documenta que el rol de educador por parte de los enfermeros influye positivamente en el tratamiento y recuperación de los pacientes oncohematológico.

Palabras clave: fuentes de dificultades - rol educador - personal de enfermería - paciente oncohematológico

El restablecimiento de lazos familiares y la salud mental de los niños refugiados

Autores: Patricia Gorisch (Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil);
Marcelo Lamy (Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil);
Adriana de Fátima Santos (Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil)

El estudio tuvo como objetivo principal analizar la problemática de los niños refugiados no acompañados¹ o separados de sus padres² y las consecuencias de tal separación en la salud mental de ellas, así como la ayuda humanitaria de la Cruz Roja Brasileña en el sector del Restablecimiento de Lazos Familiares, que busca a las familias de los niños refugiados. Los niños refugiados ya suman la mayoría de las solicitudes de refugio en el mundo: cerca del 51%

de las solicitudes de refugio en Europa son realizadas por niños no acompañados o separados de sus padres y su familia (UNHCR, 2018). Sólo en la ciudad de São Paulo (Brasil), hay al menos 50 niños en la misma situación desde 2015, cuando hubo en el mundo el mayor desplazamiento de personas desde la Segunda Guerra Mundial. En Europa, cerca de 90.000 niños solicitaron refugio desatendidos de sus padres y familiares en el año 2016 (EUROSTAT, 2016). El principio del mejor interés del niño es usado en los casos de solicitud, pues es considerada la parte más vulnerable de la relación (SEDMAK, 2018). Muchos niños no acompañados fueron separados

1 El niño no acompañado es cualquier persona más joven que 18 años que está separada de sus padres y sin ningún adulto la acompañando.

2 Cualquier persona más joven que 18 años que está separada de sus padres, pero acompañada de un adulto.

de sus familias durante la jornada de migración. Los niños desatendidos llegan normalmente con edad entre los 14 y 17 años y, a menudo, proceden de países económicamente subdesarrollados, con educación limitada y donde hay conflictos armados y otras formas de violencia, como los niños provenientes de Afganistán, Siria, Eritrea, Somalia, Gambia y Marruecos. Entre los años 2008 y 2013, unos 11.000 niños llegaron a Europa y casi se duplicaron en el año 2014, cuando llegaron unos 23 mil niños, cuadruplicándose en 2015, cuando 88.300 solicitantes de refugio pidieron protección internacional en Europa, llegando a pie, avión o barco o aún escondidas en camiones y trenes por atravesadores. De la misma forma, en Brasil, niños desatendidos llegan por barco y en el aeropuerto de Guarulhos en la ciudad de São Paulo. En la actualidad, la mayoría de los niños sin acompañantes ingresan vía Venezuela, donde las personas están sufriendo graves violaciones en derechos humanos, así como persecución por motivos políticos, en cerca de 180 niños por día, entre 0 y 14 años, totalizando el 15% de los solicitantes de asilo el refugio, según la Policía Federal. Los puntos

centrales del presente estudio son los impactos en la salud mental en los niños refugiados y el impacto positivo realizado por la Cruz Roja Brasileña en el proyecto del Restablecimiento de Lazos Familiares. La metodología utilizada fue exploratoria interpretativa y, como conclusión tenemos que en la separación, los niños son víctimas de violencia física y mental, abuso, tratamientos negligentes, explotación y en algunos casos, abuso sexual y que el restablecimiento de los vínculos familiares es esencial para la recuperación del niño. Los niños refugiados no acompañados por no tener contacto con su familia, acaban quedando agresivos y sin interés en el estudio y en el trabajo aprendiz. Con el programa de la Cruz Roja llamado Restablecimiento de Lazos Familiares (RLF), habiendo contacto con la familia, el niño desamparado gana nuevos aires, buscando mayor interés en el estudio y en las relaciones sociales. Es importante destacar que el RLF hace la unión familiar, es decir, la familia hasta entonces separada por los motivos de la persecución, es reunida, causando una mejora en la salud mental del niño.

Palabras clave: niños refugiados - niños no acompañados - salud mental - restablecimiento de lazos familiares

Salud de los niños y adolescentes venezolanos que llegan a Brasil: de la inseguridad alimentaria a la epidemia

Autores: Patricia Gorisch (Universidad Santa Cecilia-UNISANTA, Brasil);
Paula Carpes Victorio (Universidad Católica de Santos- UNISANTOS, Brasil);
Eliane Andrade (Universidad Santa Cecilia – UNISANTA, Brasil)

El éxodo de venezolanos es uno de los mayores movimientos de la historia de América Latina. Desde el año 2017, más de 52 mil llegaron a Brasil y cerca de 70 mil fueron para el estado de

Roraima. En un país de 33 millones de habitantes, 2.3 millones fueron obligados a salir de su país debido a la crisis social y humanitaria que llevó a un colapso del sistema de salud paralizando pro-

gramas de inmunización de la población y llevó al surgimiento de co-epidemias enfermedades que ya estaban controladas como malaria, difteria, sarampión y VIH. La salud de los venezolanos fue aún más frágil debido a la escasez de alimentos (ACNUR), especialmente niños y adolescentes llegan enfermos y malnutridos. Desde que llegaron a Brasil, el 16% afirma haber tenido momentos en que no había suficiente comida, el 60% no tenía acceso al agua potable y el 45% no tenía acceso regular al agua. Además, el 28% reportó haber tenido diarrea (OIM).

La protección social frente a la crisis humanitaria provoca medidas de asistencia de emergencia para la acogida de personas en situación de vulnerabilidad derivada del flujo migratorio provocado por crisis humanitaria, teniendo como objetivo articular acciones integradas destinadas a personas nacionales o extranjeras que formen parte de un flujo migratorio desordenado a ser desempeñadas por los gobiernos federal, estadual y municipal, por medio de adhesión a instrumento de cooperación federativa, en el cual serán establecidas las responsabilidades de los entes federativos involucrados. A pesar de la medida provisional del gobierno federal de Brasil Nro. 820, del 15 de enero de 2018, que dispone sobre medidas de asistencia de emergencia para la acogida a personas en situación de vulnerabilidad derivada, el gobierno de Roraima propuso una Acción Civil Pública, cerrando la frontera de Brasil con Venezuela bajo el argumento de la ocurrencia de una “explosión de flujo inmigratorio”, considerando que la población venezolana representa casi el 10 por ciento de la población de Roraima.

El método utilizado en la elaboración del trabajo fue deductivo, basado en investigaciones bibliográficas, datos proporcionados por el Ministerio de Salud, ACNUR, Cruz Roja y UNICEF así como la legislación aplicable. La investigación buscó identificar la inseguridad alimentaria de niños y adolescentes que atraviesan la frontera de Venezuela

en Brasil, relacionándola al surgimiento de enfermedades y consecuente explosión epidémica. Para atender a los objetivos propuestos, se evaluó la legislación que apoya las políticas públicas dirigidas a los solicitantes de refugio, analizando la legislación nacional e internacional. En esta perspectiva, la investigación concluyó que, en el análisis de las medidas de atención a la salud de la población refugiada, especialmente niños y adolescentes que ya vienen de una región de inseguridad alimentaria y salud frágil, hay riesgos epidemiológicos, como el brote de sarampión, concluyendo que es necesario implementar una barrera epidemiológica (cuarentena), reconociendo la existencia del impacto y sus efectos de la inmigración venezolana sobre la salud de los nacionales. Además, con el actual cierre de frontera del gobierno venezolano y rechazo en la recepción de ayuda humanitaria de Estados Unidos, hay un agravamiento en la condición de los venezolanos, que llegan a Brasil en condiciones gravísimas de salud por falta de una alimentación adecuada. El gobierno estatal de Roraima, en vista del creciente número de atenciones (cerca de 70 mil de venezolanos), declaró estado de calamidad pública y el sistema de salud entró en colapso con falta de insumos en la principal ciudad de la frontera de Brasil con la región, Venezuela, Pacaraima. Varios venezolanos, incluso con las fronteras cerradas, continúan huyendo hacia Brasil y desertores del ejército de Maduro están llegando diariamente en Brasil. Otra situación preocupante es con la tribu indígena de Venezuela que llega a Brasil con grave desnutrición y enfermedades que ya estaban erradicadas en Brasil, haciendo que el gobierno del estado vacune todas las personas que viven en esas áreas, a fin de evitar un nuevo brote de que fue controlado en diciembre de 2018. La barrera epidemiológica fue la única forma eficaz en la frontera, pero el agravamiento de las condiciones de salud y el acceso a los alimentos tienden a agravarse por el cierre de carreteras y puentes fronterizos de Brasil y Colombia.

Palabras clave: niños y adolescentes refugiados - inseguridad alimentaria - barreras epidemiológicas

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.

[Ciencia y Técnica]

Incorporaciones bibliográficas



- ✓ Azzerboni, D. & Harf, R. (2017). Conduciendo la escuela: manual de gestión directiva y evaluación institucional. Buenos Aires: Noveduc
- ✓ Chinchilla, A. (2010). Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona: Elsevier
- ✓ Cifuentes, R. M. (2014). Formulación de proyectos pedagógicos: para mejorar la enseñanza universitaria. Buenos Aires: Noveduc
- ✓ Ferreyra, H. & Peretti, G. (2015). Diseñar y gestionar una educación auténtica: desarrollo de competencias en escuelas situadas. Buenos Aires: Noveduc
- ✓ Iglesias, M. E. (2016). Metodología de la investigación científica: diseño y elaboración de protocolos y proyectos. Buenos Aires: Noveduc
- ✓ Jackson, W. (1994). La vida en las aulas. 3ª ed. Madrid: Morata
- ✓ Jensen, S. (2012). Valoración de la salud en enfermería: una guía para la práctica. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins
- ✓ Larrosa Bondía, J. (ed.) (2018). Elogio de la escuela. Buenos Aires: Miño y Dávila
- ✓ Pedrosa, F. & Deich, F. (comps.) (2018). Herramientas para el análisis de la sociedad y el estado. 3ª ed. Buenos Aires: Eudeba
- ✓ Rodota, L. & Castro, M. E. (2019). Nutrición clínica y dietoterapia. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana

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

[Seminarios]

Alimentos y Salud: Investigación, Desarrollo e Innovación de Productos

En el marco del lanzamiento 2019 de la Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria (MAGeSA) se desarrolló el Seminario "Alimentos y Salud: Investigación, Desarrollo e Innovación de Productos".

Participaron del Seminario Ricardo Weill, Director Científico de Danone Latinoamérica; Paula Morrone, Directora de Asuntos Legales de Unilever Cono Sur; Matías De Nicola, MAGeSA-Universidad ISALUD; Andrea Serrano, Directora del Posgrado de Marketing de la Universidad Católica Argentina; Walter García, Secretario de Ciencia y Tecnología-Universidad ISALUD, entre otros destacados profesionales del sector.

El evento se desarrolló como parte del Ciclo de Seminarios "Alimentos y Salud", premiado por la Fundación ArgenINTA en la categoría "Campañas de difusión y educación que promuevan los hábitos saludables, la innovación y sustentabilidad agroalimentaria".

[Presencia internacional]

EDICIONES
ISALUD

A través de la Red de Editoriales de Universidades Privadas (REUP), la Librería Carlos Fuentes de la Universidad de Guadalajara, ha solicitado un total de 400 títulos a distintas editoriales universitarias argentinas, siendo 5 títulos de la Editorial ISALUD. Los títulos son:

- "La gestión clínica". Carlos A. Díaz
- "Modelos de asociación público privada en el desarrollo de hospitales públicos en Latinoamérica: análisis de una década de experiencia". Mario Glanc
- "Política sanitaria en el país de los argentinos". Rubén Torres
- "Programa de atención centrada en el usuario". Carlos A. Díaz
- "Toxicología". Ryczel/Bustos/Lossetti

Envejecimiento activo y tercera edad

El Centro de Estudios para el Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL) de la Universidad ISALUD, convoca al evento de presentación del resumen ejecutivo del reporte «*Global Age Watch Insigh Report*», en Salud. El mismo se desarrollará el martes 9 de abril a las 17.00 horas en Venezuela 847.

La entrada es libre y gratuita, previa inscripción en isalud.edu.ar
¡Los esperamos!



ExpoMedical 2019

17ma. Feria Internacional de Productos, Equipos y Servicios para la Salud

25|26|27
SEPTIEMBRE



**CENTRO COSTA
SALGUERO**
BUENOS AIRES, ARGENTINA



18^{VA} JORNADAS DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA



**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO DE
NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN.**

El punto de encuentro del Sector Salud

✉ info@expomedical.com.ar ☎ (54-11) 4791-8001
f [expomedical](#) t [expomedical](#) @ [expomedical](#)

WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR



PROPUESTA FORMATIVA 2019 MAESTRÍAS Y ESPECIALIZACIONES EN ISALUD

- ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
- ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
- ESPECIALIZACIÓN EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO Y ANCIANO
- ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA
- ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA
- ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE SERVICIOS PARA LA DISCAPACIDAD
- ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL
- ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
- MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD - MODALIDAD VIRTUAL
- MAESTRÍA EN FARMACOPOLÍTICAS
- MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA
- MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA
- MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
- MAESTRÍA EN SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

CAPACITACIÓN PRESENCIAL | CAPACITACIÓN VIRTUAL

INFORMATE O INSCRIBITE



+54 11 5239 4000



informes@isalud.edu.ar



isalud.edu.ar

[Rissalud]

Quando el capital social constituye un bien público regional

Para despedir el 2018 se realizó en la Universidad el Tercer Encuentro Presencial de rissalud, comunidad colaborativa de apoyo y comunicación para gestores de redes públicas de servicios de salud, una iniciativa impulsada por el Banco Interamericano de Desarrollo en conjunto con la Universidad ISALUD, ya en su tercer año de implementación, y que al presente integra a los ministerios de salud de 12 países de la región.

Participaron referentes de Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Paraguay, Uruguay y de Argentina, a través de las provincias de Santa Fe, Santiago del Estero, Entre Ríos y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Dentro de las actividades del encuentro, se destacó el Taller



de Trabajo "Calidad en Redes Integradas de Servicios de Salud. Entre lo irrenunciable, lo necesario y lo posible en América Latina", cuyo propósito fue la elaboración colectiva de una herramienta para la evaluación de la calidad de las redes integradas de servicios de salud (RISS) de la región. Los diferentes saberes y experiencias de los países que integran Rissalud se tradujeron en el producto final alcanzado por el conjunto de los asistentes.

El logro de esta herramienta, los objetivos comunes compartidos, y el compromiso y calidez humana de todos los participantes caracterizaron este fructífero encuentro presencial.

[ISALUD digital]

Seguinos en nuestras redes. Enterate de las novedades y compartinos tu experiencia en la Universidad



Universidad ISALUD



@ISALUD_Oficial



@universidad_isalud



Universidad ISALUD

CON VOS 24 HORAS

SALUD
FARMACIA
BIENESTAR
MISY VERDADES
MEDICAMENTOS
ALUDABLES
CIENCIA
MENTACIÓN
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

[Capacitación]

ISALUD en Córdoba

En el marco del acuerdo firmado entre la Universidad ISALUD y el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba, ISALUD tiene abierta la inscripción para Capacitaciones Presenciales esa provincia.

SEMINARIO

CAPACITACIÓN PARA LA GERENCIA ESTRATÉGICA EN SALUD

- Dirección: **Prof. Dr. Carlos Alberto Díaz**
- Inicio de cursada: **Abril 2019**
- Lugares de cursada:
Colegio de Farmacéuticos de Córdoba
Corro 146. Córdoba
Caja de Previsión Social de los Profesionales de la Salud
Calle 27 de Abril 772. Córdoba
- Informes e inscripciones:
inscripciones@colfactor.org.ar

PROGRAMA

GERENCIAMIENTO DE AUDITORÍA DE PRESTACIONES PARA LA DISCAPACIDAD

- Dirección: **Lic. Yanina Zanarini**
- Inicio de cursada: **Abril 2019**
- Lugar de cursada:
Colegio de Farmacéuticos de Córdoba
Corro 146. Córdoba
Caja de Previsión Social de los Profesionales de la Salud
Calle 27 de Abril 772. Córdoba
- Informes e inscripciones:
inscripciones@colfactor.org.ar

[Internacional]

Articulación europea latinoamericana para la internacionalización de la educación de posgrado

La Universidad ISALUD ha participado del encuentro de lanzamiento del Proyecto CONSENS, financiado por el Programa Erasmus+ de la Unión Europea, que establecerá consensos fundamentales, validados por los ministerios de educación y otros entes reguladores de los países participantes, para facilitar la internacionalización de los posgrados en las Américas y una revisión de las prácticas educativas de las instituciones de educación superior latinoamericanas, que favorezca la formación de profesionales con las competencias que la región y el mundo hoy demandan.

La iniciativa pretende crear, fortalecer y sostener una red regional de ministerios de educación, entes reguladores e instituciones de educación superior, que defina criterios consensuados sobre aspectos clave como el aprendizaje centrado en los estudiantes, el desarrollo y la evaluación de las competencias, la definición de créditos educativos, y el aseguramiento de la calidad. El Proyecto ofrecerá una plataforma abierta, colaborativa, continuamente actualizable, que provea información acerca de los consensos, que puedan



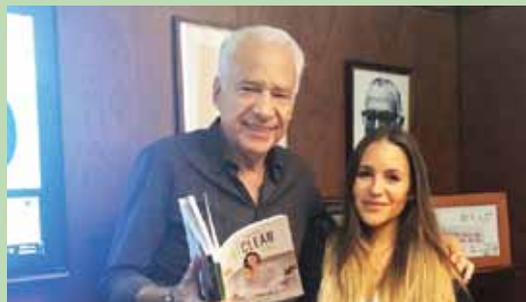
ser utilizados por todas aquellas instituciones de educación superior que deseen revisar sus programas de posgrado para facilitar su articulación internacional.

El equipo de trabajo está compuesto por la Universidad de Buenos Aires; la Universidad Iberoamericana, la Universidad Nacional de Asunción, y la Universidad Gran Asunción de Paraguay; el Consejo Nacional de Educación Superior y el Ministerio de Educación y Ciencias del Paraguay; la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación Argentina, La Sapienza Università Di Roma, el Consorzio Interuniversitario Italiano Per L'Argentina, la Università Degli Studi Di Pavia; la Universidad de la Fundación ISALUD y la Universidad Nacional de Luján de Argentina; la Universidad Complutense de Madrid; la Universitat Autònoma de Barcelona; y Aix-Marseille Université de Francia

[Novedades]

Rocío Engstfeld, de EatClean visitó a Alberto Cormillot, director de la Licenciatura en Nutrición y la Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física de la Universidad ISALUD. ¿La finalidad del encuentro? Acordar y trabajar sobre nuevas actividades y acciones vinculadas a la alimentación, durante este 2019.

¡Los mejores augurios para los nuevos proyectos!



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.



Sagrado Corazón

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

AÑOS INNOVANDO POR LA VIDA

Desde 1925, las empresas asociadas a CAEMe ofrecen al mercado argentino soluciones para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes.

A lo largo de más de nueve décadas, han consolidado su liderazgo como exportadores de productos farmacéuticos de alto valor agregado y la realización de estudios de investigación clínica farmacológica en el país. Además, son las primeras empresas farmacéuticas y biofarmacéuticas de la Argentina que suscribieron un Código de Ética, en 2007.

CAEMe y sus asociados tienen un permanente compromiso con la innovación constante y sustentable como herramienta esencial para la provisión de medicamentos y vacunas seguros, eficaces y de calidad.