


[i]salud

Volumen 14
Número 67
Mayo 2019

Publicación de la  Universidad ISALUD

D P A C I D A D

SIN BARRERAS



30 a.C. - Egipto

Que un like
no cambie
tu historia

#SeguíTuPlan

18/27
AÑOS



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



En esta edición abordamos en profundidad la cuestión de la discapacidad con una serie de notas que enfocan el tema desde distintas perspectivas. Beatriz Pérez concluye que a más de 20 años de la implementación del sistema único de salud todavía no está garantizada la atención a las personas con discapacidad, y la falta de integración de políticas y escasez de recursos más la judicialización son los principales problemas. Carolina Buceta, de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), ofrece la perspectiva de las propias personas con discapacidad y subraya los tres tipos de barreras que aún enfrentan: físicas, comunicacionales y actitudinales. Araceli López, Marita Domínguez y Yanina Zanarini afirman que todos los profesionales deberían capacitarse sobre discapacidad y reafirman el papel destacado de las asociaciones de familiares. Verónica Curet se centra en el caso de Jujuy, una provincia con historia en políticas para personas con discapacidad que incluye una red de rehabilitación interdisciplinaria para atender a los pacientes desde el principio y no como complemento de otros tratamientos. Andrés Bilous, desde la visión de una obra social, señala la necesidad de saber cuál es el compromiso que cada uno tiene con las personas con discapacidad. Y desde ISALUD Uruguay, Adriana Riotorto aporta la evolución de la lengua de señas -que sólo el 2% de la población mundial maneja- y la necesidad de que este lenguaje sea reconocido como materna en su comunidad.

Como todos los años, damos cuenta del reporte de HelpAge e ISALUD sobre las perspectivas del envejecimiento global, el derecho a la salud y a ser

tenido en cuenta de las personas mayores. Además, el Dr. Alberto Cormillot analiza los resultados de la 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y concluye: hay que bajar el consumo de sodio, grasas animales, azúcar y calorías por porción para combatir la epidemia de obesidad.

Entrevistamos a Lucila Sandoval, ex futbolista que pasó por varios clubes y, ya retirada de las canchas, puede ver el resultado de tantos años de siembra. En esa charla recuerda a las pioneras del fútbol femenino que participaron en México 71, el primer mundial del deporte.

Nuestra sección fija sobre educación superior se centra en esta oportunidad en la necesidad de deconstruir creencias largamente arraigadas en la institución universitaria. Y en materia de ambiente: cómo la sociedad, en general, y la universidad, en particular, pueden procesar la demanda de formación para participar en las transformaciones sociales para el desarrollo equitativo, democrático y sustentable

Ginés González García

**RECTOR HONORARIO
UNIVERSIDAD ISALUD**



PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD
Ginés González García

RECTOR
Rubén Torres
VICERRECTOR
Eugenio Zanarini

Revista [i]salud

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

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

COLUMNISTAS
Rubén Torres
Carlos Díaz

COMUNICACIÓN Y PRENSA
Melina Glassmann
PUBLICIDAD

Daniel Di Scala
PRODUCCIÓN EDITORIAL
Ensamble Gráfico

EDICIÓN PERIODÍSTICA
 Sysu
S.A.S.

EDICIÓN DE DISEÑO
Daniel Boccardo

Revista [i]salud

es una publicación de
Universidad ISALUD
Venezuela 925/31

C1095AAS, Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-4000
Fax: (54-11) 5239-4003
correorevista@isalud.edu.ar

ISSN: 1850-0668

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

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

EN ESTA EDICIÓN



En tapa: Logotipo de Accesibilidad de Naciones Unidas. Ideado para crear conciencia acerca de los problemas relacionados con la discapacidad

- 6** *Discapacidad*
Las políticas prestacionales para las personas con discapacidad son un desafío permanente
Por Beatriz Pérez
- 12** *Discapacidad*
Carolina Buceta:
“Hay tres tipos de barreras: físicas, comunicacionales y actitudinales”
- 16** *Discapacidad*
Todos los profesionales de la salud deberían capacitarse sobre discapacidad
Por Araceli López, Marita Domínguez y Yanina Zanarini
- 20** *Discapacidad*
Jujuy: una provincia con historia en políticas para personas con discapacidad
Por Verónica Curet
- 24** *Discapacidad*
Andrés Bilous: “Tenemos que saber cuál es el compromiso que cada uno tiene con las personas con discapacidad”
- 26** *Columna del Rector*
El tamaño del Estado: ¿Un problema ideológico?
Por Rubén Torres
- 28** *Jornadas*
Envejecimiento poblacional
Un fenómeno mundial que plantea nuevos desafíos tanto para las sociedades como para los estados
- 34** *Factores de riesgo*
Sobrepeso y obesidad: la detección precoz es clave para la prevención
Por Alberto Cormillot
- 36** *Entrevista*
Lucila Sandoval: “Me emociona ver que en el fútbol 5, dos de cada cinco canchitas las ocupan mujeres”
- 40** *Enseñanza Superior*
Deconstruir creencias sobre la enseñanza en la universidad
Por Luján Baez, Mariana Orniqne, Silvia Reboledo de Zambonini y María José Sabelli
- 44** *Ambiente*
Debate pendiente: saber ambiental y desarrollo sustentable
Por Gabriel Hölzel, María Victoria Spinetto y Ernesto de Titto
- 52** *ISALUD Uruguay*
La sordera, otra forma de ver y sentir el mundo
Por Adriana Riotorto
- 56** *Indicadores*
Datos socio-económicos
- 78** *Académicas*
Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD

TRABAJOS ACADÉMICOS

- 57** *Especialización en Economía y Gestión de la Salud*
Suplementos dietarios para deportistas: marco reglamentario nacional e internacional y situación actual de los productos comercializados en Argentina
Por Carlos Alberto Díaz
- 65** *Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (CEDSABIO)*
Suplementos dietarios para deportistas: marco reglamentario nacional e internacional y situación actual de los productos comercializados en Argentina
Por Laura de la Casa

**“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

LAS POLÍTICAS PRESTACIONALES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SON UN DESAFÍO PERMANENTE

A más de 20 años de la implementación del sistema único todavía no se garantiza el derecho a la atención; la falta de integración de políticas y de recursos más la judicialización son algunos de los principales problemas



Por Beatriz Pérez

La atención de las personas con discapacidad en nuestro país fue atravesando diferentes etapas. Hubo modelos vinculados con la beneficencia, con servicios y prácticas netamente asistencialistas, que brindaban tanto el Estado como las organizaciones no gubernamentales.

Más tarde, se fueron incorporaron profesionales, docentes y personal especializado que le dio a esa atención una impronta vinculada con la profesionalización y la formación académica.

El “amor al prójimo” comenzó a resultar insuficiente para atender a las personas con discapacidad, sino que además se requería “capacitarse para brindar atención”.

Al mismo tiempo, tanto estas personas como sus familias fueron tomando cada vez más conciencia de que el acceso a la educación, la rehabilitación y la asistencia no podía continuar siendo una “dádiva fortuita” que algunos alcanzaban y otros no, sino que constituía una necesidad a la que todos debían acceder.

La autora es licenciada en Servicio Social, magíster en Integración de Personas con Discapacidad y docente de la UBA, Fundación Favalaro e ISALUD

Durante la década de los 90, la situación se tornó crítica debido a un recorte de las prestaciones a las personas con discapacidad, tanto en el sistema de obras sociales como en las otorgadas por los organismos oficiales. Muchas que hasta entonces recibían atención vieron limitados, suspendidos o negados los tratamientos, en muchos casos necesarios y en otros imprescindibles.

Si bien en el año 1981 se había promulgado la Ley 22.431, en cuyo art. 4º establece que tanto el Estado como las obras sociales deberán asegurar entre otras prestaciones la rehabilitación integral, la formación laboral y la escolarización, su cumplimiento en dicha década se interrumpió significativamente, sobre todo en el ámbito de las obras sociales, con el fundamento de la disminución de los recursos financieros provenientes de los aportantes. En la mayoría de los casos las personas con discapacidad fueron la variable de ajuste.

Esta situación de considerable desventaja para el colectivo de la discapacidad generó la necesidad de establecer una ley que asegurara la atención de las personas con discapacidad “como un derecho” para que no quedara sujeto a la discrecionalidad del otorgante.



“En nuestro país no siempre faltaban recursos para la atención de las personas con discapacidad, pero estaban mal distribuidos, no coordinados entre sí y con excesiva burocracia para que los beneficiarios pudieran acceder”

Fue así, que la Comisión Nacional de Protección a las Personas con Discapacidad (Conadis), junto con las organizaciones no gubernamentales del sector comenzaran a trabajar en un proyecto de ley que asegurara ese derecho.

Los fundamentos fueron los documentos de Naciones Unidas: Programa de Acción Mundial, Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad, documentos y recomendaciones de OMS y OPS que nuestro país había suscripto oportunamente. Asimismo, se tomó como base la experiencia realizada desde 1994 en PAMI con el Programa de atención integral a las personas con discapacidad (PROIDIS), que fue el primero de las obras sociales en cumplir con lo establecido en la Ley 22.431, en normatizar y categorizar los servicios de discapacidad y establecer una protocolización de la evaluación, acreditación y auditoría, así como de los procedimientos de otorgamiento de prestaciones.

Este proyecto fue aprobado en 1997 como Ley 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en favor de las Personas con Discapacidad. Que luego fuera reglamentado por el Decreto 1193/98, que establece que la Conadis será el organismo re-

gulador, que a su vez presidirá un directorio, cuya función principal será la de administrador del sistema.

Luego se fueron desarrollando las normativas de puesta en marcha y funcionamiento del Sistema Único en los aspectos prestacionales.

El objetivo es: “Asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de un sistema de integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática en el ámbito nacional”.

La universalidad en la atención comprende: las personas con discapacidad del Sistema de la Seguridad Social, las personas con discapacidad del Seguro de Salud, las personas con discapacidad sin cobertura social.

Los servicios

En relación con las prestaciones, servicio de rehabilitación, terapéutico-educativas, asistenciales y educativas.

En relación con la integración de políticas y recursos institucionales:

El Directorio del Sistema Único, presidido hoy por el director ejecutivo de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) e integrado por los

representantes de los siguientes organismos: (algunos fueron cambiando su nominación a través de los años):

La Superintendencia de Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud de la Nación, del directorio de la Agencia Nacional de Discapacidad, del ex Servicio Nacional de Rehabilitación, PAMI, Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención (SSSalud), Programa Incluir Salud, Superintendencia de Riesgos de trabajo (todos con un representante), más el Consejo Federal de Discapacidad (Cofedis) y las Organizaciones no gubernamentales prestadoras de servicios (con dos representantes)

La estructura operativa está conformada por el Directorio del Sistema Único, el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, el Registro Nacional de Prestadores de servicios y el Nomenclador de prestaciones básicas.

A más de 20 años de la puesta en marcha del Sistema Único, cabe preguntarnos: ¿La ley 24.901 ha garantizado el derecho a la atención de las personas con discapacidad en nuestro país?

La ley al definir sus objetivos establece “que garantiza el derecho a la universalidad de la atención mediante la integración de un sistema de integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática en el ámbito nacional”.

En las investigaciones preliminares a la redacción de la ley pudimos relevar que en nuestro país no siempre faltaban recursos para la atención de las personas con discapacidad en el ámbito estatal y en las obras sociales. Pero sí que estaban mal distribuidos, no coordinados entre sí, y muchas veces destinados a objetivos similares, y con excesiva burocracia para que las personas con discapacidad pudieran acceder.

Varios organismos tenían los mismos objetivos, pero la falta de coordinación y eficiencia en los procedimientos hacía que los destinatarios escasamente podían acceder a los beneficios.

Como consecuencia, algunas personas recibían más de un beneficio similar y otras no recibían

“Cada organismo considera que puede tomar unilateralmente decisiones diferentes a las consensuadas en el directorio, que es el órgano regulador, y determina alcances prestacionales, sin tener en cuenta que forman parte de un sistema que nos obliga a unificar criterios”

nada. A su vez, la suma de las partidas presupuestarias afectadas era importante, pero de limitada operatoria y eficacia.

Por eso, la ley plantea la universalidad de la atención mediante el desarrollo de un sistema de integración de las políticas, los recursos institucionales y económicos afectados a la discapacidad. A partir de allí se propone integrar el acceso a los derechos a los beneficiarios de la Seguridad Social, del Seguro de Salud y a los que no tienen cobertura social.

Por eso todas las personas con discapacidad con la acreditación de su discapacidad CUD* tienen acceso al derecho a la atención, sin importar su edad ni condición social.

Políticas y recursos, en la mira

¿Se han integrado las políticas y los recursos institucionales y económicos afectados a la temática?

Si bien la integración de las políticas y los recursos institucionales y económicos no es solo una política específica del ámbito de la discapacidad, sino de todo el espectro estatal, pareciera que en nuestro país tenemos poca experiencia en su implementación, ya que los organismos en general son bastante renuentes a implementar acciones que garanticen en forma integral la eficiencia y la eficacia del Sistema Único.

Un ejemplo de esto es la reticencia por parte de la Secretaría de Salud y el PAMI a resolver los procedimientos técnico-administrativos de la cobertura prestacional de los beneficiarios de Pensión no contributiva, que continúan siendo afiliados de PAMI. Esta pertenencia fue legalmente reconocida.

En la actualidad, el doble circuito de facturación y pago que han generado ambos organismos no hace más que demorar el otorgamiento y cobro de las prestaciones, duplicar los recursos humanos y los esfuerzos, y demorar el acceso al derecho de atención del afiliado. Desde hace años, las instituciones vienen planteando la necesidad de resolver esta situación, pero los funcionarios responsables de ambos organismos no han tomado la decisión política de resolverla.

Tampoco el directorio como órgano regulador del sistema ha intervenido ni propuesto soluciones.

¿Hemos logrado asegurar la universalidad de la



DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SCIENZA

Scienza Argentina

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

www.scienza.com.ar

Scienza Uruguay

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

www.scienza.com.uy

atención?

El propósito principal del Sistema Único es que todas las personas con discapacidad, una vez acreditada su discapacidad (hoy mediante el CUD), puedan acceder a todas las prestaciones que requieran. No existiendo limitación por su condición social, ya que todos deben acceder al mismo derecho.

No obstante, las personas con discapacidad sin cobertura social no han tenido la misma consideración. En un principio se planteó que las provincias financiarían su cobertura prestacional, a través del desarrollo de Programas para la Cobertura de Personas Discapacitadas Carenciadas y con el apoyo de la Ley de Cheques (Ley 25.730). Santa Fe y Córdoba crearon los primeros programas y lograron el financiamiento. Luego, esta ayuda financiera se desestimó y la única provincia que continuó con el programa fue Santa Fe, que optó por dar una cobertura transitoria hasta tanto se le otorgaba la Pensión por Invalidez.

A nivel nacional desde 2000, la Comisión Nacional de Pensiones no Contributivas otorgó numerosos beneficios a las personas con discapacidad carenciadas en todo el país, lo que les permitió acceder al Sistema Único en igualdad de condiciones que las que tienen cobertura social.

A partir de 2016, una política implementada por la esa Comisión dio de baja gran cantidad de pensiones por invalidez y dejó a muchas personas con discapacidad sin la cobertura y la atención, con procedimientos poco compatibles con las posibilidades de reclamar de la población con discapacidad carenciada.

Esto motivó la intervención de la Justicia que ordenó restituir las pensiones dadas de baja y definir normativas y procedimientos adecuados en los casos que correspondiere.

Desde hace años, el sistema sufre una importante judicialización, motivada por la negativa de los organismos financiadores de brindar algunas coberturas. Si bien algunas veces los beneficiarios solicitan prestaciones que no corresponden, otras la negativa está dada porque en las obras

sociales y organismos financiadores no cumplen con lo establecido en la normativa del sistema, de tener equipos interdisciplinarios formados en discapacidad para la evaluación y otorgamiento de las prestaciones.

Como consecuencia, las personas con discapacidad y sus familias acuden a la vía judicial para lograr la cobertura solicitada, que no siempre es la necesaria o adecuada para el beneficiario.

Reformulaciones necesarias

¿Logramos alcanzar la cobertura integral que se pretendía?

Teniendo en cuenta que ya llevamos más de 20 años de la puesta en funcionamiento del sistema y que nuestro país adhirió a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378 del 9/6/08), y está en vigencia el Nuevo Código Civil (1/8/15), correspondería hacer ajustes y adecuaciones en el sistema.

Tanto la Convención como el Nuevo Código Civil establecen nuevos paradigmas donde la figura de los apoyos se constituye como un eje principal. Y donde por ejemplo la cobertura prestacional del asistente personal, necesaria en ese nuevo enfoque, no está contemplada.

Es decir, debemos realizar cuanto antes una reformulación de las prestaciones, del marco básico y de toda la normativa del sistema, que la experiencia ha demostrado que habría que ajustar. ¿Todo lo que se normatizó y reguló cómo fue aplicado?

Si bien todos los organismos financiadores que integran el Sistema Único tienen similares obligaciones de cobertura prestacional y un mismo nomenclador unificador de aranceles, fundado en el principio de que "iguales prestaciones igual arancelamiento", no siempre este criterio fue respetado. En algunas oportunidades hubo organismos que fundamentaron no tener presupuesto y fijaron valores más bajos que los aprobados por el directorio.

Por otra parte, en las resoluciones de aprobación de los aranceles se ponía la leyenda "estos valores son referenciales", con el fundamento de que las provincias lo solicitaban. Cabe señalar, que ninguna de las prestaciones de los organismos nacionales se financia con fondos provinciales, y las provincias en un sistema federal pueden tomar o

“La ausencia de equipos interdisciplinarios capacitados en discapacidad ha producido un desvío en muchas prestaciones y un considerable incremento que llevó a los organismos financiadores a escandalizarse del gasto sin analizar las causas”

no el nomenclador nacional como referencia. Esto produjo que muchas obras sociales nacionales que están obligadas tomaran dicha frase como taxativa y se negaran a pagar los valores del nomenclador.

Asimismo, se han producido importantes desvíos en relación con la aplicación de las prestaciones de apoyo, esto provocó que en muchas se fuera desvirtuado el objetivo para la que fueron creadas. Deberá hacerse una seria revisión al respecto.

La ausencia de equipos interdisciplinarios capacitados en discapacidad como dice la ley, ha producido un desvío considerable en muchas prestaciones y un considerable incremento que llevó a los organismos financiadores a escandalizarse del gasto en discapacidad, sin analizar las causas. En más de 20 años de funcionamiento, se evaluó el sistema una sola vez y de manera parcial (2014). Participaron sólo la Conadis, el PAMI y el Programa Incluir Salud, mientras que la SSSalud se negó a brindar información y participar del proceso.

No obstante, se verificó, entre otras cosas, la dificultad para obtener y homogeneizar información estadística de los organismos, ya que, si bien en la puesta en marcha del sistema se estableció la unificación de los registros de información estadística de todos los organismos intervinientes, ninguno lo respetó y la información sobre la evaluación resultó en su mayoría incompatible.

La consecuencia lógica de la falta de información estadística adecuada no permite conocer información objetiva y confiable, y en consecuencia no se puede realizar una evaluación eficiente del Sistema que nos permita hacer un diagnóstico prestacional adecuado, documentar los desvíos, analizar los errores, y producir los ajustes y modificaciones que sean necesarios.

¿Todos los organismos que lo integran entienden lo mismo por Sistema Único?

Lamentablemente, la experiencia realizada en todos estos años nos permite decir que no siempre es así. En primer lugar, los responsables de los organismos han demostrado tener muchas dificultades para entender lo que es un sistema y lo que es el Sistema Único. La mayoría de las veces se entiende que el sistema es “la suma de las partes y no la integración de ellas”.

Por lo general, cada organismo considera que en materia de discapacidad puede tomar unilateralmente decisiones diferentes a las consensuadas en el directorio, que es el órgano regulador. Así, se determinan criterios y alcances prestacionales sin tener en cuenta que forman parte de un sistema que nos obliga a unificar criterios en pos de los derechos de todos los beneficiarios.

Un ejemplo de esto son las prestaciones de rehabilitación que se han aplicado con diferentes cri-

terios según el organismo que las otorgaba. De esta manera, algunas personas con discapacidad recibían ciertas prestaciones que en otros organismos se las denegaban.

Asimismo, algunas de las dificultades existentes en el funcionamiento del sistema se han producido por designar en cargos de conducción y ejecución de políticas en discapacidad a funcionarios sin conocimientos ni experiencia.


Como consecuencia, todos estos años hubo marchas y contramarchas, denegatoria de derechos, ju-

dicialización de las prestaciones e improvisación en las acciones y procedimientos técnico-administrativos: un sinnúmero de desaciertos que produjeron que cada día haya más personas con discapacidad sin acceso al derecho a la atención.

No podemos seguir pensando que ser una “persona bien intencionada y solidaria” es requisito suficiente para dirigir organismos dedicados a la discapacidad.

Si en el ámbito de la atención en los servicios exigimos que los recursos humanos estén cada vez más capacitados y con experiencia documentada, no podemos permitirnos como país que aspira a ser desarrollado, seguir improvisando en la conducción de los organismos con funcionarios sin conocimientos ni formación específica.

La implementación del Sistema Único ha permitido y asegurado el acceso a las prestaciones de un importante número de personas con discapacidad, pero no la de todas. Los ajustes que se requieren no pueden continuar siendo ignorados.

El desafío que debemos afrontar no puede demorarse sin afectar seriamente los derechos de las personas con discapacidad. 

“El sistema sufre una importante judicialización motivada por la negativa de los organismos financiadores a brindar algunas coberturas. La negativa suele darse porque no se tienen equipos interdisciplinarios para la evaluación de las prestaciones”



CAROLINA BUCETA: “HAY TRES TIPOS DE BARRERAS: FÍSICAS, COMUNICACIONALES Y ACTITUDINALES”

El cambio de paradigma de un modelo asistencialista a uno sujeto a derechos y el papel que desempeña la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad. El cupo laboral que no se cumple y las barreras que enfrentan hoy las personas con discapacidad

Carolina Buceta es psicóloga graduada en la Universidad Católica Argentina (UCA) e integrante de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI). Es una persona ciega y subraya la importancia del lenguaje en el trato con personas con discapacidad vi-

sual a las que no debe denominarse “no videntes”. Desde la REDI también se desempeña como tallerista del Programa de Educación Sexual Integral (ESI), donde se ha sumado a la campaña *Nosotras también gozamos* que hace referencia a la salud reproductiva de mujeres con disca-

pacidad. La REDI surgió en 1998 y en sus inicios reunió a las personas con discapacidad motora pero luego trascendió las patologías de origen y definió como un común denominador la defensa del ejercicio de derecho a una vida plena en una sociedad inclusiva. Esto comprendía a las personas con discapacidad visual, auditiva, motora, intelectual y otras, y entre los objetivos de la organización se destacan la divulgación de la problemática de la discapacidad, promover políticas públicas y desarrollar acciones que tiendan a la equiparación de oportunidades.

Campaña “Nosotras también gozamos”

La REDI lanzó también la campaña “Nosotras también gozamos” con el objetivo de desarmar mitos y abrir la conversación sobre el incumplimiento de

los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad motora, visual, auditiva e intelectual, entre otras. Con el apoyo de una organización internacional desarrollaron la plataforma virtual www.discapacidadyderechossexuales.org.ar, que es una herramienta con información clara y práctica y una guía con centros de salud que brindan servicios de atención que respetan sus derechos.



—¿Cómo fue crecer en una sociedad poco inclusiva para las personas con discapacidad?

—Yo nací en 1973, así que era una época completamente diferente de la actual. A los dos años asistía una salita convencional de jardín y hasta el cuarto grado tuve una maestra integradora. A partir del quinto co-



mencé un proyecto de integración escolar de la escuela Santa Cecilia de Niños y Niñas con Discapacidad Visual de la Ciudad de Buenos Aires, donde recibí el aprendizaje de la escritura en alfabeto vidente. Fue entonces muy importante el apoyo familiar en toda la escolaridad y hasta ahí mi vida estaba atravesada por el modelo médico (aquel que en 1981 la OMS definió a la discapacidad como toda restricción o pérdida de la capacidad para llevar a cabo una actividad considerada normal para el ser humano) y las decisiones las tomaban los profesionales o la familia.

–¿Cuándo comenzaste a involucrarte más con el tema?

–Ese período universitario fue de mucha apertura para mí porque junto a los docentes nos planteábamos diferentes modelos de evaluación. También estudiaba mucho en grupo y en ese sentido pasé por compañeros de equipos que fueron

muy solidarios conmigo. Era una etapa donde aún no se conocían muchas leyes, no sabíamos qué debían cubrir las obras sociales y recién cuando me recibí empecé a pensar en cómo me voy a incluir laboralmente. Al integrarme a la REDI se iniciaba un nuevo camino en la sociedad que bajo el lema “nada de nosotros sin nosotros”, propiciaba la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

–¿Qué barreras tienen hoy las personas con discapacidad?

–En general son de tres tipos. Primero, las físicas que tienen que ver con toda la parte edilicia, la falta de rampas y ascensores para el caso de las personas con discapacidad motriz; y la falta de señalización para las personas ciegas. Segundo, las barreras comunicacionales que son las que se presentan cuando no hay acceso a la información porque los formatos no son los adecuados, no

“La ley acerca del cupo laboral en los tres poderes que obliga a ocupar personas con discapacidad en una proporción no menor del 4% del total de la planta permanente, no se cumple en los hechos. Las personas con discapacidad pertenecen a un grupo social cuyo desempleo es superior al 90%”

Decálogo para docentes sobre educación inclusiva

1. La escuela es de todos y para todos.
2. Al negarles la inscripción a estudiantes con discapacidad, se está vulnerando su derecho a recibir una educación de calidad.
3. Maestros, alumnos y comunidad educativa deben estar dispuestos a trabajar juntos en beneficio del aprendizaje de todos.
4. Los estudiantes con discapacidad son integrantes de pleno derecho en las aulas.
5. Incluir es respetar la diversidad.
6. Conocerlos más para que aprendan mejor.
7. Cada estudiante tiene derecho a aprender a su ritmo.
8. La información debe ser continua y fluida entre todos.
9. Perder el miedo a lo que nos pueda resultar desconocido y asumirlo como un desafío.
10. Trabajar juntos para implementar políticas públicas que contribuyan a un cambio cultural.

Fuente: REDI y Asociación por los Derechos Civiles (ADC)

están impresos en braille o no vienen acompañados de audio. Y tercero, las barreras actitudinales que tienen que ver con los prejuicios y los estereotipos hacia las personas con discapacidad. Muchos nos ven como personas que no somos capaces de hacer algo, que somos más lentas y necesitamos asistencia.

–Existe una ley nacional que establece cupos laborales para personas con discapacidad ¿se cumple o no?

–En el actual contexto laboral la ley acerca del cupo laboral en los tres poderes del Estado que obliga a ocupar personas con discapacidad en una proporción no menor del 4% del total de la planta permanente, no se cumple en los hechos. Además, las personas con discapacidad pertenecen a un grupo social cuyo desempleo es superior al 90% y esta ley de cupo laboral varía según las provincias, pero en Nación no llega al 1% y en la Ciudad de Buenos Aires que es del 5%, dicen que sí se cumple pero cuando algún organismo de la sociedad civil solicita el desglose de ese cumplimiento no hay respuesta. En cuanto al sector privado hay un incentivo fiscal (reducción de las contribuciones a la seguridad social) si se emplea a personas con alguna discapacidad.

–¿Qué otro tipo de dificultades enfrentan?

–Lo que viene sucediendo también es que hay personas con plena discapacidad a las que no se les ofrecen las condiciones mínimas laborales, no hay adaptaciones de los puestos de trabajo ni se les brindan los diferentes instrumentos tecnológicos para que las personas se puedan desenvolver. La tecnología es un elemento esencial para una persona



“Las barreras actitudinales tienen que ver con los prejuicios y los estereotipos hacia las personas con discapacidad. Muchos nos ven como personas que no somos capaces de hacer algo, que somos más lentas y necesitamos asistencia”.

ciega y en mi caso particular me permitió tener más poder de decisión sobre cuándo y cómo leer, con qué leer, por lo que contar con una computadora o un celular con lector de pantalla me permite leer los documentos digitalizados, interactuar con todas las redes sociales y utilizar aplicaciones que nos ayudan, por ejemplo, a saber el recorrido de los colectivos, detectar las paradas o a distinguir el tipo de billetes que tenemos en nuestras manos. La tecnología es un apoyo fundamental y al que no todos tienen acceso.

–¿Cómo se van adaptando al cambio de paradigma?

–Hay un cambio de un paradigma asistencialista a un paradigma

como sujeto de derecho lo que implica ver a las personas con discapacidad con la misma dignidad, libertades y derechos que todas las demás personas, haciendo foco no ya en su discapacidad sino en las barreras que se le ponen en el camino. Pero actualmente estamos viviendo una situación donde se restringen esos derechos y en relación con las pensiones cuando en la Argentina se pensó en brindarlas se lo hizo bajo el paradigma médico. A partir de este nuevo siglo el Estado empezó a brindar las pensiones a niños y niñas bajo el paradigma de los derechos humanos y en el contexto de que son personas con alta vulnerabilidad. Hoy tenemos restricciones sobre esos derechos y con la novedad de que las pensiones tampoco van a ser compatibles con el monotributo social, lo que significa un nuevo avasallamiento a los derechos de las personas con discapacidad.

–¿Cuál es el desafío en el mediano plazo?

–El desafío que tenemos por delante es que debemos ser parte de una sociedad inclusiva, articulando el accionar de las organizaciones y trabajando de manera transversal en las temáticas referidas a la discapacidad, incorporándolas en las escuelas y a todas las currículas que tienen que ver con la formación de los profesionales. Desde la REDI se ha trabajado en cuestiones de género, cruzando el tema con la discapacidad y participando en distintos foros de la mujer. Hay que llevar adelante actividades y campañas que promuevan la defensa de los derechos de las personas con discapacidad bajo el diseño universal, es decir, bajo un modelo que sea disfrutable para todos.



Laboratorio
ELEA
PHOENIX

MÁS DE 75 AÑOS
DE CONFIANZA
Y COMPROMISO



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



TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBERÍAN CAPACITARSE SOBRE DISCAPACIDAD

El nuevo paradigma pone el acento en la calidad de vida y los derechos de quienes sufren alguna discapacidad y desafía a responder a la diversidad de sus necesidades; rescatar el papel de las asociaciones de familiares

Por Araceli López, Marita Domínguez y Yanina Zanarini

Nuestro país ha experimentado en las últimas décadas un salto notable en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

La Argentina cuenta con un sólido plexo normativo que compromete tanto al Estado nacional, como a los estados provinciales y a los municipios que contribuyen mediante la formulación de políticas y programas tendientes a la inclusión de los ciudadanos con discapacidad.

La máxima expresión de nuestro compromiso como país con este colectivo fue la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el año 2008, mediante la ley 26.378, otorgándole jerarquía constitucional por ley 27.044 en el 2014.

Este tratado materializa el reclamo de las perso-

nas con discapacidad de todo el mundo de que sus derechos humanos se respeten, se protejan y se hagan efectivos en igualdad de condiciones.

Este cambio histórico de paradigmas sienta nuevas bases y requiere una nueva forma pensar y actuar en relación con la discapacidad. Se distancia del concepto como un problema médico, caritativo o de dependencia, hacia una comprensión de la situación como un problema de derechos humanos.

Propone una visión que se estructura sobre dos columnas principales: la igualdad y no discriminación, y su interrelación con las barreras actitudinales y del entorno.

Su puesta en práctica exige que sus principios y recomendaciones sean adoptados por todos los interesados: desde funcionarios de los gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, profesionales que se ocupan de ámbitos tales como la educación, la salud, los servicios; empresarios, representantes de los medios de comunicación; y las personas con discapacidad.

En respuesta a este desafío en nuestro país se crearon organismos, institutos, servicios, áreas y coordinaciones en todos los niveles del Estado.

Las obras sociales y empresas de medicina prepa- gica hicieron lo propio al igual que organizaciones

Araceli López es terapeuta ocupacional, máster en Integración de Personas con Discapacidad (Universidad de Salamanca), coordinadora del Área de Educación, Trabajo y Familia de Conadis y directora de la carrera de posgrado Especialista en Gestión de Servicios para la Discapacidad de la Universidad ISALUD; Yanina Zanarini es coordinadora de la especialización en Gestión de Servicios de Discapacidad en ISALUD; y Marita Domínguez es psicopedagoga, especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social, máster en Economía y Gestión de la Salud y dirige el Comité de Calidad del Centro de Estudios sobre Discapacidad de ISALUD.

del tercer sector, empresas privadas, observatorios, defensorías, establecimientos educativos y universidades.

¿Qué tienen en común todas estas organizaciones creadas para diseñar políticas, ejecutar programas, brindar servicios y, en definitiva, asegurar los derechos de las personas con discapacidad?

Recursos humanos con más formación

La necesidad de contar con recursos humanos con ideas, capaces de asumir responsabilidades, demostrar liderazgo, conocimiento de las tendencias globales y preparación técnica profesional para llevar adelante su tarea con convicción en un contexto complejo, en transformación, con sus prejuicios y sus tendencias oscilantes entre la inclusión y la exclusión.

Es así como el concepto de inclusión ha adquirido un énfasis especial en la formación de recursos humanos durante los últimos años.

Esta representación del concepto de inclusión sistematiza no sólo los espacios educacionales, sino que debe visualizarse en ámbitos como políticas públicas y acciones gubernamentales.

Todo esto lleva consigo una serie de cambios en las prácticas profesionales, así como en las expectativas sobre resultados en la calidad de vida, con el fin de dar las mejores respuestas a quienes tienen alguna discapacidad.

La preocupación por la inclusión y la calidad de vida se ha convertido en uno de los mayores retos que actualmente deben afrontar los sistemas educativos, los servicios, los gobiernos y la sociedad.

En la actualidad, se ha observado una transformación significativa en la configuración de los establecimientos orientados a conceptos como gestión de calidad, calidad de vida, derechos, ciudadanía, resultados en las personas y prácticas basadas en la evidencia.

¿Es imprescindible ser un experto en temas de discapacidad para poder llevar adelante una organización que se propone trabajar con la discapacidad?

No es posible pensar una única respuesta, ya que muchas organizaciones fueron creadas por padres y familiares de personas con discapacidad. Fueron ellos los que impulsaron políticas, crearon escuelas, centros de atención, golpearon puertas de fun-

Decálogo para abordar temas de discapacidad

- 1 Considerar la discapacidad desde una visión centrada en la patología es contraria a un modelo de derechos humanos.
- 2 Las limitaciones de una persona con discapacidad no provienen de la persona sino de las barreras que debe enfrentar en sus entornos.
- 3 Es imprescindible el uso correcto del lenguaje y por lo tanto no recurrir a las expresiones: persona con capacidades diferentes o especiales, normal o anormal, no vidente, enano, lisiado, padece o sufre. Las expresiones correctas son: persona con discapacidad, ciega, hipoacúsica o sorda, usuaria de servicios de salud mental, de baja talla.
- 4 Las personas con discapacidad son las interlocutoras prioritarias en los temas de discapacidad.
- 5 Cuando dialogamos sobre una persona con discapacidad debemos dirigirnos a la persona antes que a su acompañante. Necesitar apoyos no implica no tener independencia de opinión. En relación con las personas con discapacidad intelectual las preguntas deben formularse de manera clara y comprensible.
- 6 Nuestro país ha suscripto la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad comprometiéndose a garantizar sus postulados: no discriminación, respeto por los derechos adquiridos, igualdad ante la ley, participación e inclusión plena en la sociedad y accesibilidad.
- 7 No todas las personas con discapacidad necesitan entornos especiales. Es un prejuicio considerar que todas las personas con discapacidad deben ser asistidas en su medio laboral o educativo.
- 8 No asociar conductas censurables mediante la utilización estigmatizante de palabras asociadas a personas con discapacidad como calificar de autista una persona sin discapacidad que se niega al diálogo.
- 9 Favorecer los sistemas de comunicación que faciliten la accesibilidad a la información por parte de las personas con discapacidad.
- 10 Los requerimientos que tienen las personas con discapacidad para poder incluirse en la sociedad son un derecho, nunca se debe caer en el prejuicio de que se trata de un abuso.

Fuente: Verónica González Bonet, periodista

cionarios, apoyaron la sanción de las leyes y exigieron hacer visible lo que por demasiado tiempo se ocultó. Gracias a la tenacidad de estos hombres y mujeres, guiados más por una idea que por formación, se lograron muchas de las conquistas que hoy nos fortalecen como sociedad.

Tal vez no tenían formación, pero tenían conocimiento: sabían muy bien de que se trata ser una persona con discapacidad.

El desafío que tenemos delante es que nuestros funcionarios, sean del más alto nivel político en

la materia o se desempeñen en organizaciones locales, cuenten con el conocimiento y la formación específica que esta temática requiere. Al respecto, es necesaria la formación de profesionales que lideren las acciones relacionadas con la diversidad desde la inclusión.

Abordaje interdisciplinario

Este conocimiento no sólo debe concentrarse en la elaboración de herramientas técnicas que le permitan eliminar las barreras de acceso y participación, sino analizar críticamente la discapacidad desde distintas miradas que abordan ámbitos sociales y culturales más amplios y que requieren de un abordaje interdisciplinar.

La creciente concientización respecto a la temática requiere de formación para mejorar en un futuro inmediato sus condiciones de vida, enfatizar su condición de personas de pleno derecho y focalizar en los condicionantes del entorno.

La transformación de los servicios desde el pensamiento centrado en el modelo orientador de la práctica de calidad de vida demanda servicios inclusivos, centrados en la comunidad, donde los ciudadanos con discapacidad que los utilizan tienen control en su planificación y en las decisiones que les afectan. Por lo tanto, el énfasis se pone en la autodeterminación individual y en la participación.

En este sentido, el Informe mundial sobre la discapacidad (2011) propone en sus recomendaciones que “Es necesario incluir educación sobre discapacidad en la capacitación de grado y la educación permanente de todos los profesionales de la salud”.

¿Qué se espera de un funcionario, de un responsable de área o de un gobernante?

Como mínimo que evite que su falta de conocimiento en el tema que le toca decidir provoque consecuencias no deseadas en la población que gobierna, es decir que empeore su situación.

Pero nadie puede sentirse orgulloso de su tarea limitándose a un objetivo tan básico. Se espera de él compromiso, audacia, ideas, apertura, escucha, reflexión, capacidad de cooperación, respeto por lo ya logrado y capacidad para generar nuevos logros.

El progreso hacia la inclusión y el ejercicio de derechos requiere voluntad política, acuerdo social basado en valores de equidad y justicia

El Informe mundial sobre la discapacidad 2011 propone en sus recomendaciones la necesidad de incluir educación sobre discapacidad en la capacitación de grado y la educación permanente de todos los profesionales de la salud


y el trabajo con el entorno. Esto supone la construcción de un sector fuerte y bien articulado que se convierta en un instrumento al servicio de las personas para la promoción de cambios normativos y sociales que garanticen la máxima inclusión de la persona con discapacidad, en un marco de diversidad.

La eficacia estará dada por la capacidad de diseñar e implementar acciones que de manera adecuada, oportuna y eficaz permitan solucionar un problema concreto en discapacidad, de acuerdo con el contexto y las realidades particulares.

Para saber identificar el enfoque de discapacidad, de política a emplear y las acciones a implementar es imprescindible comprender el contexto, conocer las opciones políticas y de gestión disponibles y seleccionar de manera adecuada sobre la base de competencias sólidas. Asimismo, el conocimiento por parte de los parlamentarios de la realidad de las personas con discapacidad supone un proceso constructivo que permita trabajar sobre la base de problemas y experiencias reales, cuyo conocimiento aplicarán en el diseño de normativas congruentes con estos nuevos paradigmas.

Para esto, en un mundo complejo y desafiante hace falta formación:

- Formación para poner en marcha políticas de Estado inclusivas.
- Formación para dar acceso a todos a los mismos derechos y oportunidades.
- Formación para gestionar los recursos económicos destinados a los servicios que las personas con discapacidad requieren.
- Formación para que las organizaciones que trabajan a diario puedan transformar sus servicios hacia la comunidad.
- Formación para que exista una verdadera transformación del sector y así poder transformar la calidad de vida de las personas con discapacidad, respondiendo a los postulados de la convención internacional de los derechos para las personas con discapacidad.

Hay que estudiar la discapacidad desde un modelo que tenga en cuenta el contexto socio-cultural para poder transformar la cultura, la normativa y práctica de los servicios para que respondan a la diversidad de las necesidades de las personas con discapacidad. 



ABC S.A.

EMPRESA LIDER

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



Gerenciamiento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



ABC S.A.: Av. Jujuy 570 (1229)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4941-1001
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
Sitio web: www.abcsalud.com.ar



JUJUY: UNA PROVINCIA CON HISTORIA EN POLÍTICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La creación de una red de rehabilitación interdisciplinaria para atender a los pacientes desde el principio y no como complemento de tratamientos principales, junto con una serie de trabajos para facilitar el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad son los principales éxitos en este territorio



Por Verónica Curet

Haciendo un recorrido en la historia de la discapacidad y la rehabilitación en Jujuy, uno de los momentos clave, se ubica en 1959, con la creación de los talleres protegidos, del Centro de Rehabilitación Vicente Arroyabe y la construcción de viviendas accesibles para personas con discapacidad (PCD). En el contexto de la época, donde imperaba el modelo médico rehabilitador, introdujo cambios, con un enfoque bio-psico-social y contribuyó al cambio de paradigma, con la formalización, en 1965, de la Dirección Provincial de Rehabilitación, que puso en marcha las primeras políticas públicas en materia de discapacidad.

En 1981, se creó el Registro Provincial del Discapacitado con la Certificación de Discapacidad. La organización y peso de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que lucharon por los derechos de las de las personas con discapacidad en la provincia dieron un empuje muy importante a las diferentes administraciones para poder dar origen y cumplimiento a las leyes que fueron construyendo un complejo entramado legislativo en los años subsiguientes.

Cabe destacar que Jujuy cuenta con ley provincial 4398/1988 (régimen jurídico básico y de integración social para las personas discapacitadas), impulsada por las propias ONG. De la norma se destaca que protege el cupo laboral provincial en

La autora es médica (U. del Salvador), especialista en Reumatología (UBA). Medica en Junta de Evaluación y Valoración de la Discapacidad, coordinadora de la Unidad de Gestión Provincial del Programa Federal Incluir Salud y directora provincial de Rehabilitación. Maestranda en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD)

un 5% (la ley 22.431 establece un 4% sobre los cargos nacionales) y establece, en uno de sus artículos más importantes, que “las personas acreditadas como discapacitadas y carentes de recursos, quedarán automáticamente afiliadas al Instituto de Seguros de Jujuy a cargo del Estado Provincial”, y las prestaciones que se brindan por motivos de su discapacidad, luego de ser afiliadas, deben ser libres de todo co-seguro.

La provincia y sus políticas públicas

Desde hace varios años, el acceso a la salud pública para las personas con discapacidad en la provincia ha sufrido un franco deterioro, algo que no es ajeno a lo que se describe en el informe Mundial sobre la Discapacidad en relación con las inequidades existentes asociadas al acceso a la salud. Esto se ha visto reflejado en el acceso a las consultas médicas, estudios complementarios, medicamentos e insumos.

Se hizo un análisis sobre el acceso a la rehabilitación tanto para las personas con discapacidad, como para las personas con lesiones adquiridas de manera aguda (principal causal de la discapacidad), asumiendo a la rehabilitación como un continuo de atención en el sistema de salud y buscando la modificación basado en la estrategia de redes integradas de atención, a pesar de que, como en el resto del país, nuestro sistema es un sistema con altos niveles de fragmentación. En este sentido, en los últimos dos años, desde el Ministerio de Salud de Jujuy se generaron una serie de políticas públicas que permitieron consolidar algunas líneas de trabajo en salud, discapacidad y rehabilitación que buscaron disminuir las inequidades en una provincia donde las asimetrías económicas, socioculturales y geográficas, en ocasiones, generan barreras difíciles de sortear.

Es común leer sobre el acceso a beneficios, principalmente asociados al Certificado Único de Discapacidad (CUD), sin embargo, para hacer frente a los cambios, preferimos enfocarnos en el acceso a derechos



y sobre ese paradigma es que hemos enfocado las políticas públicas.

Por resolución ministerial, en 2018, se creó la Red de Rehabilitación con el objetivo de instalar una oferta de servicios en la provincia que funcionen de manera integrada, integral e interdisciplinaria que permitan, entre otras cosas, incorporar al sistema público jujeño algo que hasta el momento solo se ofrecía de manera muy limitada y en un efector aislado de los Hospitales de alta complejidad: en el Hospital Vicente Arroyabe.

Si bien la rehabilitación interdisciplinaria es una oferta establecida en el ámbito privado y de las ONG, se brinda a personas con lesiones ya establecidas, en estadios subagudos o crónicos, salvo excepciones. Sin embargo, en el ámbito público, el modelo médico hegemónico llevó a perder la noción de que la rehabilitación debe ocurrir en todo momento y como un continuo de atención. Como médicos aprendimos que la rehabilitación va al final de la historia y no desde el principio.

La rehabilitación, un eje central del servicio

Esto es lo que la mayoría de las veces hace que sea difícil instalar, dentro del sistema de salud, la noción de rehabilitación brindada en el ámbito de servicios y no como apoyos a prestaciones principales dentro de los hospitales.

“Desde hace varios años, el acceso a la salud pública para las personas con discapacidad en la provincia ha sufrido un franco deterioro. Esto se ha visto reflejado en el acceso a las consultas médicas, estudios complementarios, medicamentos e insumos”

La red jujeña posee un nodo central, el Centro de Rehabilitación Dr. Carlos Jure, desde donde se trabaja con planes de rehabilitación integrales y se efectúan visitas semanales, principalmente al Hospital Materno Infantil, con el objetivo de armar en un futuro próximo, un servicio de rehabilitación. Mientras tanto, se abordan casos complejos, desde la internación hasta el alta, para continuar trabajando de forma ambulatoria en los nodos periféricos de la red.

Estos nodos se están consolidando lentamente en el resto de la provincia, en hospitales de menor complejidad. Es para destacar que la escasez de recursos humanos especializados también constituye una barrera, que muchas veces dificulta el desarrollo de la red, como la falta de los/as médicos/as especialistas en fisioterapia, fonoaudiólogos/as y terapeutas ocupacionales.

Sin dudas, otra dificultad que hemos encontrado al momento de incorporar los nodos, principalmente en el interior, fue que al existir gran demanda, tanto oculta como insatisfecha de prestaciones en rehabilitación y prestaciones de kinesiología, se generó una saturación de la capacidad operativa, lo que nos obligó a modificar las cartas de servicios para evitar confusión en la población y nombrar, bajo la palabra rehabilitación, prestaciones de menor complejidad a las kinésicas puras manteniendo las interdisciplinarias como prestaciones de rehabilitación para pacientes más complejos.

También se creó el primer Servicio Público de Rehabilitación Domiciliaria, que incluye enfermería, controles médicos y servicios a personas de alta complejidad clínica y que no pueden trasladarse al Centro Dr. Jure. Si bien tiene baja capacidad operativa, nos ha permitido mejorar la calidad de vida de personas que, posterior al alta hospitalaria por lesiones severas (como traumatismos de cráneo), encuentra en esta prestación un continuo de atención hasta estar en condiciones de trasladarse al centro.

Esta red pretende tener como aliados es-

“El año pasado se creó la Red de Rehabilitación para instalar servicios en la que funcionen de manera integrada, integral e interdisciplinaria e incorporar al sistema público jujeño algo que hasta el momento sólo se ofrecía de manera muy limitada”

tratégicos a los efectores de las ONG, que brindan el resto de las modalidades establecidas por el Sistema de Prestaciones Básicas de Atención integral a las personas con discapacidad.

Descentralización y difusión del CUD

Desde 2009, la gestión del CUD se encuentra bajo la gobernanza del Ministerio de Salud provincial, siendo una política pública federal, consolidada en el país. En los últimos años, se han profundizado una serie de líneas de trabajo que han permitido la descentralización para su otorgamiento y una importante difusión.

La reciente ampliación de las juntas de valoración y determinación de la discapacidad y la consolidación de las juntas Itinerantes fue un elemento clave en este sentido. Se trabajó con una modalidad en red con referentes locales en el interior de la provincia, de diferentes áreas (municipales, hospitalarias, de puestos de salud y del Ministerio de Desarrollo Humano), quienes fueron capacitados, en forma continua, para el trabajo en sus áreas de residencia en la captación y asesoramiento de personas interesadas.

Esto se hizo para acompañar en el trámite de los requisitos, turnos médicos, la gestión de turnos protegidos y articulaciones de itinerancias. Al mismo tiempo, se capacitó sobre los derechos a los que se accede con el CUD para favorecer el empoderamiento ciudadano.

Así mismo, se implementó una junta semanal en el Hospital Materno Infantil, para casos complejos que recorre de forma activa los diferentes servicios, junto con el área de Servicio Social del hospital y en contacto con los médicos y los diferentes servicios. Estas modalidades evitaron el traslado innecesario de personas en situación de vulnerabilidad, riesgo y aislamiento geográfico, facilitando el acceso al CUD.

También incorporamos un área de asesoría legal para personas con discapacidad

en el mismo ámbito de las juntas, que permite, ante la detección de casos con vulneración de derechos de cualquier tipo que se asesore, se genere la intervención ante obras sociales o incluso se tomen algunas acciones, como articulaciones con otros ámbitos del Estado (Poder Judicial, Niñez, etc).

La articulación con Atención Primaria de la Salud (APS) y el Primer Nivel de Atención, que en la provincia de Jujuy cuenta con 798 agentes sanitarios y 316 efectores, es fundamental para toda estrategia desarrollada desde la Dirección Provincial de Rehabilitación, por su gran capilaridad en territorio y frecuencia de rondas sanitarias.

La llegada de los agentes ha sido clave para implementar algunas estrategias de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Tanto para la pesquisa de posibles personas con discapacidad, como para intervenciones en casos específicos que requieran acciones concretas desde el sistema de salud. Estos agentes son actores clave, sin los que la Red de Rehabilitación no podría asentarse.

En 2018, con la creación de los Centros de Especialidades Norte y Sur, que concentra una carta de servicios con especialistas médicos, así como también el Programa de Médicos Itinerantes para el interior de la provincia, facilitó el acceso a los requisitos del CUD, una problemática que, si bien aún persiste para algunas especialidades, ha disminuido considerablemente en el último año.

Asumimos al CUD como un punto de acceso al sistema de salud y no como un mero acto administrativo porque consideramos que, en ocasiones, es el único momento en el que una persona puede acceder a las consultas y los estudios complementarios que necesita. Es un facilitador de acceso a derechos y una fuente de datos para la planificación de políticas públicas (no sólo de salud), ya que, al ser tomada de manera constante, sistemática y federal, permite la recopilación


y el análisis de datos con tendencias estadísticas.

Desde hace varios años, la provincia entrega ayudas técnicas a personas con discapacidad sin obra social. Esto facilita la entrega de equipamiento al momento del alta hospitalaria y favorece los procesos de rehabilitación. Sin dudas, una de las mayores dificultades es mantener el stock, dado que los insumos (standard y a medida) y su mantenimiento son de alto costo.

Otras políticas públicas en desarrollo

A pesar de que la provincia no se encuentra adherida a la ley nacional, se creó el Registro de Electrodependientes por Cuestiones de Salud (RECS) y se generó una base de datos con la identificación georeferenciada de los pacientes. Actualmente se encuentra en desarrollo la revisión de cada caso en toda la provincia, mediante la visita domiciliaria para efectuar la verificación de la situación de los equipos en uso y de la situación de cada usuario.

Con la actual (y controversial) revisión de pensiones no contributivas por invalidez y traspaso a la ANSES para su inicio, el Certificado Médico Oficial (CMO) cambió su formato a la modalidad digital. Dadas las limitaciones estructurales propias de la provincia en relación con los recursos físicos (conectividad y recursos hardware), se centralizó la evaluación y carga del CMO en el Ministerio de Salud y se planifican operativos en diferentes municipios para acercar a los médicos evaluadores a los lugares más alejados.

De las políticas que se encuentran en fase de implementación, quedará esperar la medición de sus indicadores para valorar el verdadero impacto. Sin embargo, el desarrollo de los servicios en salud que incorporen la rehabilitación, la expansión del CUD y la temática de la discapacidad instalada en las políticas sanitarias, contribuyen a la construcción de una mística sanitaria inclusiva, un poco más empática y basada en derechos. 

“Asumimos el CUD como un punto de acceso al sistema de salud y no como un mero acto administrativo porque consideramos que, en ocasiones, es el único momento en el que una persona puede acceder a las consultas y los estudios complementarios que necesita”



ANDRÉS BILOUS: “TENEMOS QUE SABER CUÁL ES EL COMPROMISO QUE CADA UNO TIENE CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

El jefe del departamento de discapacidad de la obra social ASE y docente de ISALUD repasa en esta entrevista el papel de los agentes de salud y el sistema en su conjunto en la atención de personas con discapacidad

Andrés Bilous es licenciado en Psicología, jefe del departamento de discapacidad de la obra social ASE y asesor en la materia de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal (Femeca). Es docente de gestión en discapacidad de ISALUD.

–¿Cuál es su análisis sobre la relación entre las prestaciones que ofrece el sistema de salud y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad?

–Pasaron ya muchos años de la puesta en marcha del sistema único y me genera una gran preocupación el fuerte contraste entre el desarrollo normativo y los pobres avances en los hechos para ponernos a tono con la convención internacional. Este último tiempo se profundizó mucho más aún ese contraste y esta es una reflexión que excede el marco de la cobertura prestacional de las personas con discapacidad.

Estamos atravesando momentos muy complejos como país tanto en lo económico como en lo social y salen a relucir actos incomprensibles (que antes podían disimularse) de aquellos que se suponen deben cumplir con los compromisos que hemos asumidos con las personas con discapacidad.

–¿Qué grado de articulación observa entre los distintos actores del sistema prestacional?

–Sostener la financiación de las prestaciones preocupa a todo el colectivo de la discapacidad por el riesgo de discontinuidad de los servicios. Eso se suma al escaso compromiso que en estos años han tenido muchos de los responsables de financiar y auditar las prestaciones y de los profesionales o instituciones encargados de brindarlas lo que revela un momento oscuro y doloroso.

En la actualidad el sistema único y su financiación demuestran que las prestaciones que históricamente

han sido las de mayor utilización por parte de las personas con discapacidad (rehabilitación, escolaridad y transporte) son las más cuestionadas a la hora de evaluarlas y financiarlas.

El organismo encargado de administrar la ayuda financiera a los agentes de salud, que además es el encargado del contralor, recurre a medidas con las que trata de poner tope a ese run run que insiste desplegándose desde hace mucho tiempo y que dice: el sistema está por explotar.

Y este para mi es el punto en cuestión, la limitación no debiera provenir de alguna norma externa ante el posible quiebre de la cadena de pagos, sino a través de algún trabajo desarrollado de los implicados en armonizar y equilibrar el sistema.

–En ese sentido, ¿qué papel han tenido los agentes de salud?

–Tenemos muchas preguntas previas antes de dar una respuesta acertada. ¿Qué valor tiene estar

obligados a financiar prestaciones del sistema sin auditar y evaluar lo que se hace? ¿Por qué a 22 años de sancionada ley 24.901 (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad) siguen algunos agentes de salud sin dar cumplimiento al artículo 11°? ¿Qué hacer con aquellos profesionales individuales o aquellos que se agrupan en un consultorio ofreciendo tratamientos sin dirección médica y de dudosa efectividad? ¿Qué herramientas se despliegan para evaluar y auditar supuestas prestaciones de rehabilitación que han ido desvirtuando el espíritu del sistema y lejos están de comprender la real necesidad de las personas con discapacidad? ¿Por qué en ese espacio de solapamiento de normativas de salud y educación se ofrecen prestaciones de una supuesta integración/



¿Por qué una escuela debe rotularse como inclusiva, si esa función debe ser parte de sus servicios? ¿Qué recursos genuinos, además de las instalaciones, debe ofrecer la escuela al alumno con discapacidad?

inclusión escolar a niños que paradójicamente quedan excluidos en las aulas? ¿Cómo analizar la compleja realidad por la que debe atravesar un niño con discapacidad y su familia para tener un espacio necesario para su educación? ¿Por qué una escuela debe rotularse como inclusiva, si esa función debe ser parte de sus servicios? ¿Qué recursos genuinos, además de las instalaciones, debe ofrecer la escuela al alumno con discapacidad? ¿Estamos real-

mente comprometidos –independientemente del rol que ocupemos– en acompañar y contribuir a que las personas con discapacidad tengan una mejor calidad de vida?

Me parece que hay muchas cuestiones del sistema a revisar, pero entiendo que lo fundamental es saber cuál es el compromiso que cada uno de nosotros tenemos con las personas con discapacidad. Preguntarnos cotidianamente por qué hemos hecho esta elección, es el primer paso.



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

EL TAMAÑO DEL ESTADO: ¿UN PROBLEMA IDEOLÓGICO?



Por Rubén Torres

El tamaño del Estado constituye motivo habitual de discusión: algunos lo ven excesivo; otros coinciden en que el gasto es elevado aunque señalan que se debe ser realista con el ritmo al que es viable reducirlo, y hay quienes sostienen que el nivel es adecuado y que, en todo caso, se debe mejorar su calidad. Cada una de estas opiniones se vincula con una postura “ideológica”.

El “Panorama de Administraciones Públicas” de la OCDE es una radiografía del sector público de sus países miembros: en ellos el gasto público más alto fue el de Francia: 56,5% seguida por Finlandia y Dinamarca, y promedió 40,9% en 2015, prácticamente el mismo que Argentina, donde el ingreso promedio por habitante es al menos 3 veces más bajo que en aquellos.

Los gobiernos reaccionaron a la crisis de 2009 aumentando el gasto en servicios sociales, en la OCDE el aumento fue 2,1% ¿Qué pasó en Argentina en ese tiempo? El gasto creció 13,5 puntos (en 2007 el tamaño del Estado era 28,7% del PBI y el récord fue 42,2% en 2015).

El número de empleados públicos como porcentaje del empleo total en los países más ricos aumentó a 18,1%. En Argentina es alrededor de 16%, y entre 2003 y 2015 el empleo público creció 52% en Nación y 53% en provincias. Casi uno de cada cuatro asalariados formales son estatales, el doble al promedio de Latinoamérica.

Estados Unidos tiene 3143 condados y una población de 326 millones de habitantes: uno por cada 103.700 habitantes; en Argentina hay 44 millones de personas y 2300 municipios: uno cada 19.130 personas (ambos en promedio): el costo de cada unidad administrativa es varias veces más alto en Argentina y recae sobre menos personas.

La Cámara de Diputados argentina tiene 257 miembros y un presupuesto anual equivalente a 208 millones de euros: costo promedio por legislador 67.400 euros/mes (sueldo propio y de colaboradores, teléfonos, secretarías, movilidad, entre otros). España tiene 350 diputados y un presupuesto de 91 millones de euros, relación por legislador: 21.700 euros/mes; un costo por diputado 3 veces menor.

La Cámara de Senadores argentina tiene un presupuesto anual equivalente a 204 millones de euros y 72 legisladores: costo promedio 236.000 euros al mes. En España ese cuerpo tiene un presupuesto anual de 56 millones de euros y 266 miembros: costo promedio mensual 17.540 euros; 13,5 veces menor. Nosotros somos más pobres: nuestro ingreso per cápita es de USD 14.400 y el de España USD 28.156 en dólares corrientes, pero nos damos el “lujo” de tener estructuras legislativas muchísimo más caras.

A partir de 1975/76, Argentina comenzó a desviarse de lo que sucede en países vecinos. Hasta ese momento, si bien había problemas, la pobreza era baja y las posibilidades de ascenso social elevadas. La dic-

tadura generó enormes daños, en el plano económico, crecieron pobreza, desigualdad y deuda externa, y el salario perdió 25% de poder adquisitivo.

Hace poco más de 35 años, el 10 de diciembre de 1983, dejábamos atrás una pesadilla para iniciar una democracia que prometía bienestar general. Después de mucho tiempo el pueblo argentino se encolumnó detrás de un ideal y objetivo común: construir una sociedad justa, moderna y desarrollada.

La realidad es que si bien se avanzó en la consolidación de un régimen democrático y participativo, las expectativas de crecimiento sostenido y de mejora en lo social, con creación de empleo, descenso de los niveles de pobreza y desigualdad se han visto frustradas una y otra vez.

La pobreza en aumento

En estos 35 años, los problemas sociales han empeorado: la pobreza en 1983 era del 16% (en América Latina del 40%), y fue creciendo hasta llegar a 32%, mientras en la región se redujo 10 puntos; la informalidad laboral del 22% en 1983, se encuentra estancada en 33% y la desocupación se redujo en los 2000, pero por expansión del empleo público.

Entre 1983 y 2003 el gasto público fue de alrededor del 28% del PBI, luego creció vertiginosamente y la presión tributaria pasó del 22 al 32% del PBI. Hoy son los más altos de la historia, la calidad de los servicios e infraestructura han empeorado y dirigencia y sociedad no han podido alcanzar consenso sobre los problemas más relevantes, ni acuerdos mínimos sobre temas económicos centrales como la necesidad de mantener equilibrios macroeconómicos, precios relativos sustentables o una estrategia de desarrollo que enfatice en la productividad, competitividad y distribución del ingreso, el rol del Estado y la

“EL NÚMERO DE EMPLEADOS PÚBLICOS COMO PORCENTAJE DEL EMPLEO TOTAL EN LOS PAÍSES MÁS RICOS AUMENTÓ A 18,1%. EN ARGENTINA ES DE ALREDEDOR DEL 16% Y ENTRE 2003 Y 2015 EL EMPLEO PÚBLICO CRECIÓ 52% EN NACIÓN Y 53% EN PROVINCIAS. CASI UNO DE CADA CUATRO ASALARIADOS FORMALES SON ESTATALES, EL DOBLE AL PROMEDIO DE LATINOAMÉRICA”


mejora de educación, salud, justicia y federalismo.

Crecimos menos que el mundo: 2,2 contra 3,1%, y que América Latina: 3%. La inflación fue la más alta del mundo (70% promedio anual). La pobreza puede tener diversas miradas, la más habitual: la capacidad de generar ingresos por niveles superiores al valor de la canasta básica total y la vulnerabilidad económica, según la posibilidad de sostenerlos en el tiempo. O la estructural en que existe persistencia de la incapacidad de generar esos ingresos.

En ambas resulta multidimensional, con condiciones de vivienda precarias, sin acceso a servicios sanitarios, hacinamiento, bajos niveles de educación, violencia, escasa formación y experiencia para el empleo, entre otras cosas.

Para la primera mirada, cabe esperar que una mejora económica baje los niveles de pobreza en hogares vulnerables y la batalla por crecimiento económico y estabilidad de precios sean indispensables pero no suficientes; pero no lo hará en el alrededor del 20%, que requiere mucho más que mejoras de la economía para resolver la segunda mirada.

Allí son necesarias políticas estructurales (calidad educativa, equidad en salud, mejora de infraestructura, etc.), y resulta imprescindible y urgente la presencia de un Estado nacional, provincial y municipal que mejore sustancialmente la calidad de la gestión del gasto público y los sistemas de salud y educación, más profesional y preocupado por la infraestructura urbana y la seguridad pública.

Las dimensiones de ese Estado, en términos del número de trabajadores o volumen de gasto que insume, poco dicen respecto de sus funciones y resultados y su sobredimensionamiento dejó de ser un problema ideológico. La dirigencia en general deberá revisar sus responsabilidades. 

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL UN FENÓMENO MUNDIAL QUE PLANTEA NUEVOS DESAFÍOS TANTO PARA LAS SOCIEDADES COMO PARA LOS ESTADOS

HelpAge International y el Centro de Envejecimiento Activo y Longevidad de la Universidad ISALUD (CEAL) presentaron un reporte sobre las perspectivas del envejecimiento global, el derecho a la salud y a ser tenido en cuenta de las personas mayores

Mientras que en 2000 la población de adultos mayores en América Latina era de 43 millones, en 2050 alcanzará los 183,7 millones. Ese año, una de cada cuatro personas de la región será mayor de 60 años. Ante esta transformación demográfica, HelpAge International y el Centro

de Envejecimiento Activo y Longevidad de la Universidad ISALUD analizan el impacto que tendrá en la salud, dado y cómo deberá ser la atención.

Según el último reporte presentado por HelpAge International el mundo está envejeciendo muy rápida-

mente y para 2020 habrá más de 1000 millones de personas con más de 60 años y el ritmo de este cambio demográfico se da en los países de ingresos bajos y medianos, donde vive el 70% de las personas mayores del mundo.

Además, las mujeres superan en

Envejecimiento y salud, en números

- El mundo envejece rápidamente y para 2020 habrá más de mil millones de personas de 60 años o más.
- Los países de ingresos bajos y medianos albergan el 70% de las personas mayores en el mundo.
- Las mujeres viven más que los hombres en todo el mundo por un promedio de 4,7 años.
- El patrón global de la enfermedad está cambiando hacia las Enfermedades No Transmisibles (ENT).
- Las ENT representaron el 88,2% del total de años vividos con discapacidad en 2015.
- La carga de discapacidad producida por lesiones (los años de vida que se pierden) aumentó para las personas mayores entre 1990 y 2015.
- Las tasas de demencia en mujeres y hombres son similares hasta los 70 años; en adelante hay un aumento más pronunciado en las mujeres.
- Se espera que la población de la Argentina supere los 49 millones para 2030. La población desde 60 años en adelante seguirá en aumento, mientras la más joven (de 0 a 14 años), seguirá en disminución hasta el final del siglo.
- La prevalencia de violencia física, sexual y psicológica en Argentina fue mayor entre las mujeres mayores que entre los hombres, particularmente entre las mujeres de entre 50 y 70 años (datos de 1990-2016).
- En 2015, la Argentina gastó el 6,8% de su PBI en salud, lo que la acerca al promedio regional de América Latina y el Caribe, del 7,4%.
- El gasto corriente de la salud, es decir, el monto pagado por hogar en la Argentina disminuyó del 31,4% en 2008 al 17,6% en 2015.

sobrevivida a los hombres en todo el mundo, por un promedio de 4,7 años. A 70 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se consagró el derecho a la salud de todos sin discriminación por edad, género, origen étnico o cualquier otra condición, se abre un enorme desafío cuando el patrón global de la enfermedad está cambiando hacia las enfermedades no transmisibles (ENT), que impactan de manera desproporcionada en las personas mayores.

“El mundo está envejeciendo y eso, afortunadamente, implica vivir más años, pero lo que nos planteamos desde el campo de la salud es cómo vamos a vivir esos años. No es lo mismo nacer, crecer, vivir, desarrollarse y luego morir en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires que en algunos de los hospitales de nuestras provincias. Estas son las desigualdades que nos atraviesan. Por eso es importante poner el esfuerzo en devolverles a quienes han vivido tantos años en la inequidad y en la desigualdad una calidad de vida mejor y la atención de la salud es uno de los pilares para ese objetivo”, señaló Silvia Gascón, embajadora global de HelpAge y directora del Centro de Envejecimiento y Longevidad de ISALUD.

La Red de HelpAge International se estableció en 1983 con cinco organizaciones con sedes en Canadá, Colombia, Kenia, India y el Reino Unido con la misión de ayudar a las personas mayores a exigir sus derechos, desafiar la discriminación y superar la pobreza para alcanzar una vida digna, segura, activa y saludable. Actualmente está conformada por organizaciones afiliadas en 65 países, la oficina matriz se encuentra en Londres y cuenta con cinco centros regionales y oficinas en África, Asia y Europa, así como



Economía moderna y desigualdad

Por Ginés González García

Las universidades como los sistemas de salud todavía tienen esa inercia de no haber adecuado sus programas ni los recursos humanos a esta

nueva realidad demográfica y epidemiológica que enfrenta hoy nuestra sociedad y que es un hecho cultural.

Hay un mundo del que poco se tiene conciencia y que transcurre sin ningún tipo de regulación en el sistema formal. Estamos en presencia también de una transformación de la familia porque ya no somos esos hijos o nietos de españoles e italianos que proveían de contención a sus mayores. En cambio, nos encaminamos a un mundo distinto al que forjamos extendiendo nuestra eterna juventud y tenemos que prepararnos para otras cosas.

La economía moderna crece, pero haciéndonos cada vez más desiguales y eso, de alguna manera, atenta contra la democracia.

El autor es rector honorario de la Universidad ISALUD



El corazón no sólo se rompe por amor

Por Margarita Murgieri

Los principales contribuyentes a la carga de la enfermedad en la población mayor son las enfermedades cardiovasculares (el 30,3% de la carga total de la enfermedad), los cánceres (15,1%), las enfermedades respiratorias crónicas (9,5%), las musculo esqueléticas (7,5%) y de trastornos neurológicos y mentales (6,6%).

En relación con la enfermedad cardiovascular y género, existe el prejuicio de que el corazón de las mujeres sólo se rompe por amor. En situaciones similares, sus síntomas en hombres son vistos como simples debilidades musculares o gripales, por lo cual demora la consulta y hace más difícil anticipar la posibilidad de un infarto de miocardio.

La autora es presidenta de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría y directora de la carrera de medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Morón

un secretariado regional para América Latina y el Caribe.

Más personas mayores que niños

¿Cuáles son los obstáculos que traen la transición demográfica y epidemiológica? Uno de ellos es que tanto

las universidades como los sistemas de salud “siguen sin tener en cuenta esta transición y que en el corto plazo van a estar atendiendo más personas mayores que niños, y más enfermedades crónicas que agudas”, advirtió Gascón.

Para la Agenda 2030, una iniciati-

va de la Asamblea General de las Naciones Unidas que promueve la realización de los derechos humanos para personas de todas las edades, las metas en salud son la cobertura universal, la atención focalizada en las personas y la implementación de servicios y programas más a largo plazo.

Por su parte, el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, destacó que la lógica de la cobertura universal de salud “es la del aseguramiento y no garantiza ninguna cosa más que eso, no garantiza equidad ni calidad”. Por eso –agregó– hoy la OPS “habla de salud universal entendiéndose por ello el objetivo de alcanzar la mejor calidad en términos de equidad y sin dejar a nadie atrás”.

Otro aspecto en el que Torres hizo hincapié es que cuanto mayor sea el gasto de bolsillo que tengan cada uno de los países, menores posibi-



De izquierda a derecha: Sebastián Laspiur, Margarita Murgieri, Silvia Gascón, Rubén Torres y María Alejandra Vázquez

lidades van a tener de alcanzar la cobertura universal y estableció su diferencia al hablar de la longevidad como un hecho revolucionario: “los grandes cambios –dijo– en los sistemas de salud son evolutivos, es decir, son cambios profundamente culturales más que revolucionarios y van a exigir replanteos tanto en el

modelo de atención como en el de gestión”.

Respecto del financiamiento, un punto central de la atención de la tercera edad, Torres planteó el dilema actual en relación con el gasto y el precio de los medicamentos a punto de salir en los próximos dos años: “Hay cinco medicamentos cuya efectividad aún no están probadas para el tratamiento o la disminución del tiempo de evolución del Alzheimer, por ejemplo, que tienen un precio estimado al millón de dólares anuales. Sobre estas cuestiones que sobrepasan a la tercera edad habrá que tomar decisiones. Este es un problema central de los sistemas de salud en todo el mundo y que más impactan en aquellos países donde hay dificultades para acceder a los servicios de salud”.

Replantear el concepto de salud en la vejez

Por Sebastián Laspiur

Las condiciones de salud son muy distintas para las personas de edad, hay enormes diferencias en el acceso, pero sobre todo en el entorno en el cual esa persona creció, vivió, se desarrolló y envejeció.

La salud en la vejez no es una cuestión de azar y por eso es tan importante la construcción de entornos físicos y sociales.

El tema del género está interiorizado en la sociedad, pero la discriminación por vejez no está dimensionada en toda su magnitud.

Tenemos que replantear nuestro concepto de salud en la vejez y para eso hace falta reformular la formación de capital humano y de pregrado de todo el equipo de salud y cambiar algunos paradigmas que están muy instalados en la profesión.

Los sistemas de salud están mucho más enfocados en la atención materno-infantil que en la atención de las enfermedades crónicas y mucho menos en la atención integral de una persona con edad avanzada.

El autor es consultor nacional de enfermedades no transmisibles y salud mental de la OPS y de la OMS para la Argentina



Interrupción del servicio de salud

Según datos del Observatorio de la Deuda Social de la UCA y registros de la Universidad ISALUD, algunos de los motivos señalados por los adultos desde 60 años para no acceder a servicios de salud en los países de ingresos medios altos

como la Argentina son que el 31% no puede pagar la consulta, el 20% no tiene transporte para trasladarse al lugar de la atención y el 13% no puede pagar ese transporte.

“Hay casos como el de los afiliados al PAMI, donde el 34% de los que tienen su cobertura suspendieron diagnósticos o tratamientos por problemas de dinero. Si hablamos en términos de calidad, en los pacientes del PAMI Capital, donde hay 34 hospitales públicos, el 38% tiene que esperar más de dos meses para acceder a la consulta con un especialista y en el Conurbano es del 28%. No hay ningún otro sector donde se den estos tiempos de espera”, aseguró Torres.

Al referirse al informe de HelpAge International que habla de un 6,8% del PBI del gasto en salud en Argentina, el rector Torres agregó que el gasto del Estado nacional más el gasto de la seguridad social no está comprendiendo en ese 6,8% el gasto de bolsillo que en el país alcanza aproximadamente el 4 por ciento. “Argentina gasta el 10% de su PBI en gastos de salud, de los cuales seis puntos son públicos y cuatro son de bolsillo. Eso habla de que nosotros estamos un poco por en-



Las consecuencias de la violencia

Por **María Alejandra Vázquez**

La violencia hacia los mayores es una problemática social que está determinada por múltiples factores que provienen de los diferentes sectores donde se desarrollan las personas, ya sean socioculturales, familiares e institucionales.

En cuanto a los tipos de violencia hacia las personas mayores, la psicológica es la que más suele presentarse, le sigue la violencia física en un 60% y la económica, una modalidad que viene aumentando con rapidez, y se trata de la apropiación ilegítima o abuso de los bienes económicos.

Los datos de la posviolencia revelan que la aparición de cuadros de depresión, ansiedad y la polimedicación son las consecuencias más comunes. Al mismo tiempo, que se advierte una ausencia muy importante de prevención del sistema sanitario. Además, entre los obstáculos encontramos la falta de datos estadísticos e información que tienen que ver con la deficiente articulación intersectorial, el desconocimiento de la ley y la carencia de protocolos.

Hay que reflexionar sobre esto si queremos evitar que la violencia hacia los mayores se siga perpetuando.

La autora es especialista en violencia familiar y responsable del área de capacitación del Programa Proteger de Asistencia y Prevención de la Violencia hacia Adultos Mayores de la Ciudad de Buenos Aires

cima del promedio de los países de las Américas que es el del 4% pero, al mismo tiempo, muy por debajo de lo que gastan algunos países desarrollados”.

Por último, el rector de ISALUD señaló que “el de la Argentina no es

un problema de cobertura sino de inequidad. Afortunadamente, los argentinos tenemos cobertura de algún tipo, cosa que nos distingue del resto de América donde esto no es así y los niveles de inequidad son brutales”.



**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

[ENTREVISTA]

Susana Rubinstein: “Un cuidado que debe compartir sociedad, familia y Estado”

La directora de Políticas Públicas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia analiza cómo el sistema deberá priorizar la demanda creciente de servicios

Susana Rubinstein es la directora de Políticas Públicas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Terapeuta ocupacional y magister en Gestión en Servicios Gerontológicos de la Universidad ISALUD, resignificó el espacio de aprendizaje e intercambio que significa el trabajo con el adulto mayor. En 2012 armó para el Gobierno de la Ciudad el programa Postales Digitales de Inclusión Digital que le dio visibilidad y afianzamiento a su trabajo en la gestión. Como especialista da un panorama del impacto y los desafíos que presentan el envejecimiento global y el derecho a la salud.

–¿Cuál es el aporte del informe sobre envejecimiento global de HelpAge e ISALUD?

–El proceso de envejecimiento poblacional no se dio de la misma manera, está más radicado en las grandes provincias y ciudades. Es difícil hacer una evaluación total de cómo fue la evolución de la edad porque la salud está muy segmentada. El modelo de gestión de la Ciudad de Buenos Aires avanzó mucho en afianzar un sistema progresivo de atención, en mirar a la vejez de manera integral, pero también es cierto que aún quedan muchas cosas por hacer.

–¿Se mantiene el concepto de ciudades amigables?

–Según la OMS, las ciudades amigables es un concepto muy ambi-

cioso porque no habla solamente del diseño universal, sino de una cantidad de factores que hacen a un entorno favorable y propicio sobre el envejecimiento, como hablaba la 2° Asamblea Mundial de Madrid 2002. Se ven cambios en la ciudad, pero no todos con el mismo empuje. Se trabaja mucho en ciudades como La Plata, CABA y Mendoza donde hay esfuerzos importantes para involucrarse con el proyecto de la OMS. Sin embargo, todavía hay municipios muy inaccesibles.

–¿Qué mirada hay que tener hoy sobre el cuidado de las personas mayores?

–Yo creo que el paradigma actual lo que plantea es la responsabilidad compartida entre la sociedad civil, la familia y el Estado, no hay un actor único que deba hacerse cargo de la carga del cuidado, que a veces es mucha. Debe haber una responsabilidad compartida, con un Estado con presencia, que no deja el cuidado de los mayores bajo la mano familiar, dado que no todos tienen familia y cuando la hay los vínculos entre sus integrantes pueden ser dispares.

–¿Cuál es el desafío en el corto plazo?

–En 2037 la cantidad de personas mayores va a superar por primera vez en la historia de la humanidad, a la cantidad de personas de entre



ceros y 15 años en la región. Esa es una realidad a la que habrá que dar respuesta y que llevará a la clase política a pensar más en el cuidado, en los sistemas de atención socio sanitarios y en dirigir la mirada materno-infantil que ha sostenido siempre el sistema de salud hacia una mejor atención de un sector de la sociedad adulta que va a demandar mayores servicios.

–¿De qué manera se empieza ese desafío?

–Hay que empezar a transformar las prácticas asilares asistencia listas basadas en el paradigma de derecho. Esto es lo que se está trabajando desde el campo gerontológico en capacitación, difusión y en afianzar los principios de la Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas Adultas para que se trasladen a las prácticas. Como en 2037 la región va a tener más personas mayores que jóvenes, la ventana de oportunidades se termina ese año. No tenemos tanto tiempo para ese desafío, hay que apurarse.

JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

28º JORNADAS INTERNACIONALES | 29º JORNADAS NACIONALES

Nuevas tecnologías en salud: ¿Una tormenta perfecta?



La Asociación de Economía de la Salud desarrollará las jornadas 2019 que estarán orientadas a debatir, indagar y analizar cuestiones centrales vinculadas con las nuevas tecnologías sanitarias y su impacto sobre el acceso a la salud (y sobre el acceso a los medicamentos).

TEMARIO

- ◆ Acceso a medicamentos: problemáticas y estrategias desde una mirada global.
- ◆ Evaluación de tecnologías: ¿Qué estamos haciendo y qué deberíamos hacer?.
- ◆ Uso racional de dispositivos médicos.
- ◆ ¿Es posible tener salud de primer mundo con los recursos disponibles?.
- ◆ Tecnologías disruptivas, el nuevo desafío.
- ◆ Evaluación de impacto de programas socio-sanitarios. Mirada desde Latinoamérica.
- ◆ De las TICS hacia la inteligencia artificial.
- ◆ Nuevas tecnologías, nuevos derechos.

Está abierta la
**CONVOCATORIA PARA LA PRESENTACIÓN
DE TRABAJOS DE INVESTIGACION.**

Inscripción e información



www.aesargentina.org



aes.argentina@gmail.com

26 al **28**

JUNIO • 2019

UNIVERSIDAD **ISALUD**



Venezuela 847 C.A.B.A.

SOBREPESO Y OBESIDAD: LA DETECCIÓN PRECOZ ES CLAVE PARA LA PREVENCIÓN

Los malos hábitos en la alimentación y la baja actividad física que realizan los argentinos ponen en peligro la salud. Bajar el consumo de sodio, grasas animales, azúcar y calorías por porción es necesario para luchar contra la epidemia de la obesidad



Por Dr. Alberto Cormillot

La Secretaría de Gobierno de Salud y el INDEC presentaron los resultados de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2018, representativa de lo que pasa en todo el país.

Según los datos que arrojó el sobrepeso y la obesidad aumentaron entre un 61% y un 66%, dado que el primer valor toma en cuenta el autorreporte y el segundo el dato real. No se puede determinar exactamente de cuánto es el incremento debido a que en los censos anteriores se le preguntaba a la gente la percepción respecto de su peso, pero no se la pesaba ni medía. Este procedimiento siempre es erróneo, ya que en general la percepción está por debajo del peso real.

La prevalencia de baja actividad física también se vio agravada. Mientras que en la edición anterior el sedentarismo era del 54%, en esta encuesta alcanzó el 65 por ciento. La presión arterial había estado en el 34% y ahora trepó al 40% y el colesterol se elevó al 38,9 por ciento. Este último indicador revela que si bien la gente dice ponerle menos sal a la comida, este

El autor es director de la Licenciatura en Nutrición y de la Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física de Universidad ISALUD

mineral no es la principal fuente de sodio que, en cambio, se encuentra en gran medida en los panificados, los enlatados, las conservas y los fiambres y embutidos de gran consumo en el país. Como consecuencia, la hipertensión afecta a cuatro de cada 10 argentinos mayores de 18 años. Por eso es necesario reducir el consumo de sodio en la población y serían de gran ayuda programas que enseñen cómo cocinar con poca plata y saludable. La mayoría de los que se ven en la televisión son sobre cómo cocinar rico, pero con recetas no tan saludables y además costosas. Otra alternativa sería alentar a las personas a tomarse la presión y lograr que la industria disminuya el contenido de sodio de los productos.

Por otra parte, los accidentes cerebrovasculares o infartos generan una gran carga personal, social y económica porque no están debidamente controlados los factores de riesgo que los provocan.

Es clave promover la disminución de la cantidad de grasas animales, el azúcar y las calorías por porción, ya que esto último favorece la epidemia de obesidad que afecta al 66% de los argentinos.

Además de las campañas y programas de educación, es urgente hacer lo imposible para bajar los precios de las frutas y las verduras para facilitar el acceso. Hay dos fuentes de información sobre lo que comemos que son inadecuadas: las etiquetas, incomprensibles para el consumidor, y el marketing, especialmente dirigido a los niños.

Es necesario un etiquetado frontal que realmente ayude a la selección saludable de alimentos y una regulación para el marketing.

Principales resultados de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de riesgo 2018 Comparación 2005-2018. Autorreporte

	2005 (IC 95)	2009 (IC 95)	2013 (IC 95)	2018 (IC 95)
Actividad física baja (*)	-	54,9% (53,7 - 56,1)	54,7% (53,2 - 56,2)	64,9% (63,9 - 65,9)
Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa	23,1% (21,9 - 24,5)	25,3% (24,4 - 26,3)	17,3% (16,4 - 18,2)	16,4% (15,6 - 17,3)
Consumo de al menos 5 porciones de frutas o verduras al día	-	4,8% (4,4 - 5,3)	4,9% (4,3 - 5,5)	6,0% (5,5 - 6,6)
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad) (*)	49,0% (47,2 - 50,9)	53,4% (52,0 - 55,0)	57,9% (56,1 - 59,6)	61,6% (60,6 - 62,6)
Sobrepeso (IMC \geq 25 y <30)	34,4% (33,4 - 35,5)	35,4% (34,6 - 36,3)	37,1% (36,0 - 38,2)	36,2% (35,2 - 37,2)
Obesidad (IMC \geq 30) (*)	14,6% (13,9 - 15,5)	18,0% (17,4 - 18,7)	20,8% (19,9 - 21,8)	25,4% (24,4 - 26,4)
Prevalencia de consumo de tabaco (*)	29,7% (28,7 - 30,8)	27,1% (26,3 - 27,9)	25,1% (24,2 - 26,2)	22,2% (21,2 - 23,1)
Prevalencia de consumo de cigarrillo electrónico	-	-	-	1,1% (0,8 - 1,3)
Exposición al humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días (entre quienes estuvieron en el hogar en los últimos 30 días) (*)	-	33,9% (33,0 - 34,9)	27,6% (26,5 - 28,6)	25,1% (24,0 - 26,1)
Exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días (entre quienes estuvieron en el trabajo en los últimos 30 días) (*)	-	34,0% (32,8 - 35,2)	25,0% (23,9 - 26,2)	21,8% (20,6 - 23,0)
Exposición al humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días (entre quienes estuvieron en bares/restaurantes en los últimos 30 días)	-	47,2% (45,6 - 48,7)	23,5% (22,3 - 24,9)	21,5% (20,4 - 22,7)
Prevalencia de presión arterial elevada (entre quienes se midieron alguna vez en la vida)	34,5% (33,3 - 35,7)	34,6% (33,6 - 35,5)	34,1% (32,9 - 35,5)	34,6% (33,7 - 35,6)
Prevalencia de colesterol elevado (entre quienes se midieron alguna vez en la vida)	27,8% (26,5 - 29,1)	29,1% (28,1 - 30,2)	29,8% (28,5 - 31,1)	28,9% (27,8 - 30,1)
Prevalencia de glucemia elevada o diabetes (población total) (*)	8,4% (7,8 - 9,1)	9,6% (9,1 - 10,1)	9,8% (9,1 - 10,4)	12,7% (12,1 - 13,4)
Manejó habiendo bebido alcohol, en los últimos 30 días (entre quienes tomaron alguna bebida alcohólica y manejaron un auto, moto o bicicleta en los últimos 30 días) (*)	16,8% (15,3 - 18,3)	13,2% (12,2 - 14,2)	12,1% (11,2 - 13,2)	15,2% (14,2 - 16,2)
Uso de cinturón de seguridad siempre, al manejar o viajar en auto (entre quienes viajan en auto) (*)	48,0% (46,5 - 49,5)	63,8% (62,7 - 64,9)	69,0% (67,7 - 70,3)	73,9% (72,6 - 75,2)
Uso de casco en moto (siempre) (*)	-	-	59,1% (56,4 - 61,8)	65,0% (62,9 - 67,1)
Uso de casco en bicicleta (siempre)	-	-	8,5% (7,3 - 9,9)	10,7% (9,5 - 11,8)

* Diferencia estadísticamente significativa respecto de la ENFR 2013


Éstos y otros cambios solamente podrán llevarse a cabo con todos los sectores, incluida la Industria, involucrados en el problema.

Por otro lado, ya hay países que están considerando sacar de Internet mensajes negativos que atentan contra la salud, en especial de los niños, como por ejemplo la recomendación de no tomar leche o comer pan. Hay que ser muy cuidadosos al respecto. En Argentina, con un índice de pobreza de más del 30%, muchos chicos consumen como única fuente de proteínas y de calcio la leche que provee el Estado en escuelas y comedores.

Este censo sólo será útil si moviliza a las autoridades sanitarias y otros sectores responsables a realizar programas de detección precoz, tra-

tamiento apropiado y educación de los pacientes. Es importante que se haga un buen uso de estos datos obtenidos. Tenemos el diagnóstico, pero si no hacemos el tratamiento, para qué el esfuerzo.

Lo cierto es que si no se invierte en prevención, todo quedará reducido a los números, la indignación de unos días, dar lugar a comentarios en los medios y esperar la próxima encuesta.

Muchos de los problemas que esta encuesta releva y que se agravaron en los últimos años podrían encontrar una solución con políticas de salud sostenidas en el tiempo y la creación de un Instituto Nacional de Nutrición que genere políticas nacionales que no cambien con cada funcionario nuevo que asuma. 

“La prevalencia de baja actividad física se vio notoriamente agravada. Mientras que en la edición anterior el sedentarismo era del 54%, en esta encuesta alcanzó el 65 por ciento. La presión arterial había estado en el 34% y ahora trepó al 40% y el colesterol se elevó al 38,9 por ciento”

LUCILA SANDOVAL: “ME EMOCIONA VER QUE EN EL FÚTBOL 5, DOS DE CADA CINCO CANCHITAS LAS OCUPAN MUJERES”

La ex futbolista jugó en varios clubes cuando el fútbol de mujeres todavía no estaba tan instalado y la cuestión de género pesaba mucho más en este deporte. Hoy, con 49 años, dejó las disputas en la cancha, pero no su lucha por hacer del fútbol femenino un deporte cada vez más profesional

Lucila Sandoval es mesoterapeuta deportiva y ex futbolista (arquera) de All Boys, River, Independiente y San Lorenzo, entre otros clubes. Será su pasado en la cancha lo que le hizo sentir la necesidad de rescatar del olvido a ese equipo pionero de mujeres que jugó el Mundial de México 71, el primero de fútbol femenino, y perdió tres de los cuatro encuentros, pero supo cómo ganarle en el estadio Azteca a Inglaterra por 4 a 1. El reconocimiento llegó ahora cuando la disciplina pasa por su mejor momento. Con 16 equipos en primera división; jugadoras cada vez más profesionales, que consiguen firmar contratos, y



una legión de chicas que sin ningún prejuicio practica el deporte de manera amateur, el fútbol femenino muestra todo su potencial y se convierte en la gran promesa. En esta entrevista con ISALUD, Lucila cuenta cómo evolucionó y cómo ve el panorama para las nuevas generaciones de chicas que sueñan con ser futbolistas.

–¿Te sentiste discriminada alguna vez por jugar al fútbol?

–En el pueblo donde nací, Saladas, en la provincia de Corrientes, con cerca de 30.000 habitantes, el básquetbol era el deporte principal, pero los chicos y los hombres que jugaban al fútbol en la canchita del polideportivo nunca me discriminaron, al contrario, cuando les faltaba uno siempre me llamaban a mí. Las que sí lo hacían eran las mujeres mayores, las mamás, que al verme jugar me gritaban: “*Andá a tu casa marimacho*”. [Marimacho pasó a ser el título de un cuento suyo publicado en el libro Pelota de Papel 3].

–¿Cómo era el fútbol femenino antes?

–Eso dependía del club en el que una jugara. Las que estábamos fichadas en alguna institución grande, teníamos la posibilidad de cobrar unos viáticos. Y cuando me tocó estar en Independiente, como yo traía jugadoras del interior, el club me ayudaba a pagarles el alquiler. Esto de ser profesionales lo veníamos reclamando con Mónica Santino, otra ex jugadora, en las reuniones de la AFA de fútbol femenino que se hacían una vez al año. Con Mónica, que está haciendo un trabajo extraordinario de integración con el fútbol en la Villa 31 de Retiro, éramos medio rebel-

La evolución

- En agosto de 1971 la Argentina jugó su primer Mundial de Fútbol Femenino en México.
- El plantel lo integraron 17 mujeres que viajaron sin botines, sin médico, sin masajista, sin entrenador y un juego de camiseta que se destiñó luego del primer partido.
- Perdieron tres partidos y ganaron uno frente a Inglaterra por diferencia de tres goles, con cuatro tantos de Elba Selva, la número nueve del equipo.
- El 27 de octubre de 1991 se inició el Primer Campeonato de Fútbol Femenino, con ocho equipos (Boca, River, Excursionistas, Independiente, Yupanqui, Español, Deportivo Laferrere y Sacachispas).
- River Plate se coronó como el primer campeón.
- En el Apertura 2008, San Lorenzo rompió la hegemonía de Boca y conquistó su primer campeonato.
- En 2009 San Lorenzo participó por primera vez de la Copa Libertadores Femenina.
- En 2011/2012 se invita por primera vez a entidades no afiliadas a la AFA y en el torneo clausura se consagra la UAI de Urquiza.
- En 2016 se crea la Primera División B.
- El 12 de abril de 2019, un grupo de jugadoras del plantel femenino de San Lorenzo, con Macarena Sánchez a la cabeza, planteó la profesionalización del fútbol y firmó su primer contrato profesional.

des porque le reclamábamos a los dirigentes por el millón de dólares que la FIFA mandaba anualmente para el desarrollo de nuestro fútbol.

–¿Finalmente lo consiguieron?

–Sí, nos hacía falta mejorar muchas cosas más. Yo vivía en Dock Sud y trabajaba en Capital, viajaba en colectivo y las veía entrenar a las chicas de Sportivo Barracas debajo de un puente, entre medio de los árboles, cuando en mi club teníamos como 30 pelotas para jugar. Las chicas de mi generación, que éramos la camada intermedia entre las pioneras y las de ahora, asumimos el desafío de sentar las bases. Ahora hay un presupuesto de 120.000 pesos que aporta la AFA por mes para cada club de primera, para un mínimo de ocho a once jugadoras dependiendo del club. San Lorenzo fue el primero en formalizar los contratos y paga de su bolsillo el de ocho jugadoras más. Ojalá el resto lo pueda imitar.

–¿En qué consiste el proyecto Pioneras?

–Pioneras nace en 2016, ni bien me retiro de Excursionistas, mi último club. Me había quedado esa obsesión por recuperar la historia de las chicas que integraron la selección argentina que participó en el Mundial de México 71. Prácticamente, no encontré a nadie que en 27 años de carrera conociera esa historia y, gracias a Norma Saralegui, me fui contactando con casi todas aquellas jugadoras. En 2017 en la AFA iban a hacer un homenaje en el Día de la Mujer y le comenté a la presidenta del Fútbol Femenino de la asociación, Evelina Cabrera, el deseo de hacerles un reconocimiento ese mismo día. Logramos que

fueran tres de las jugadoras, Marta Soler, Betty García y Eva Lembessi. AFA las reconoció y les pidió perdón por tantos años de olvido.

–¿Cuántas jugadoras se estima que puede haber en todo el país?

–Con el proyecto de Pioneras, ya encontré a más de 400 jugadoras, y cuando yo jugaba por plantel había entre 30 y 50 chicas, los equipos grandes tenían ese número. En la actualidad hay unos 16 equipos en Primera y muchos otros. Yo ejerzo la masoterapia deportiva y tengo pacientes que salen de sus trabajos y van a jugar al fútbol. Además, hay algo que a mí me emociona hasta las lágrimas y es pasar por unas canchitas de fútbol 5 y ver que dos de cada cinco las ocupan mujeres. Así que habría que estimar un número de toda esa movida. La generación del 71 tendrá su reconocimiento gracias al impulso de la legisladora porteña Andrea Conde, de Unidad Ciudadana, que elaboró un proyecto de ley para que se declare el 21 de agosto Día de la Futbolista por conmemorarse la fecha en que la Argentina le ganó a Inglaterra por 4 a 1 en el Mundial de México, con goles de Elba Selva.

–¿En qué nivel se encuentra hoy el fútbol femenino argentino y cuál su proyección?

–Hoy la mayoría de las chicas entrenan entre dos y tres horas por día y la rutina es muy parecida a la de los hombres. Entre las mejores selecciones a nivel mundial podemos destacar las de Noruega, Estados Unidos, China, Alemania, Suecia y Japón, que se sumó este último tiempo. España sigue creciendo y Brasil, entre las sudamericana-


nas, no llegó a ninguna final, pero está en los primeros puestos. Nosotras ya jugamos dos mundiales FIFA, pero cuando se acercaba un mundial o la Copa América las hacían entrenar un mes antes, había mucha improvisación. Se cuenta que en el Mundial de México viajaron sin botines, médico ni masajista, pero estas pibas de ahora están mejor entrenadas y para mí, dentro de dos mundiales, la competencia va a ser más pareja.

–¿Cuál es el desafío del fútbol femenino?

–Yo soy muy federalista y luché siempre para que el fútbol femeni-

no se integre. Por eso, ahora estamos trabajando también en el interior, articulando el trabajo de las ligas, no sólo porque hay grandes jugadoras allí, sino porque el fútbol es muy liberador para las chicas. El patriarcado machista está mucho más arraigado en el interior y cuanto más alejado estás de las grandes urbes, más subsisten los yugos de los mandatos sociales y culturales. El fútbol femenino tiene un enorme desafío, pero sin esa fuerza colectiva de la lucha de las mujeres por la igualdad de género, todo sería más difícil. En ese sentido, el avance como sociedad ha sido muy grande.

–¿Qué les hace falta para alcanzar el nivel profesional?

–Yo hablo con los entrenadores de todo el país para que afilien a sus equipos a la AFA en forma directa o indirecta. El año que viene sale la Copa Integración, que sería algo así como la Copa Argentina, y ahí se puede dar el salto de calidad en cuanto a la búsqueda de talentos. (Claudio) el Chiqui Tapia, presidente de la AFA, contrató a Diego Guacci, entrenador FIFA y que dirigió en Italia y Estados Unidos, que tiene un lema que nos inculca siempre: *“Todo por y para el fútbol femenino”*. Ahora dirige de la sub-15 a la sub-20 y viene recorriendo el país y sumando gente a la Selección, nunca pasó esto. Es un fenómeno que se lo debemos a esas Pioneras, que habían sembrado un árbol al que se le veían el tronco y la copa, pero no la raíz. Es hora de acompañar el presente del fútbol femenino, que es un desafío frente al patriarcado, pero empujando con nuestra propia historia lo que se viene. 

“EL FÚTBOL FEMENINO TIENE UN ENORME DESAFÍO, PERO SIN LA FUERZA COLECTIVA DE LA LUCHA DE LAS MUJERES POR LA IGUALDAD DE GÉNERO, TODO SERÍA MÁS DIFÍCIL”



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

DECONSTRUIR CREENCIAS SOBRE LA ENSEÑANZA EN LA UNIVERSIDAD

No podemos seguir sosteniendo creencias que tienen arraigo en la Edad Media para la universidad de hoy, los estudiantes y un conocimiento que ya no solo lo porta un docente, sino que está al alcance de los propios estudiantes

Por Luján Baez, Mariana Ornique, Silvia Reboledo de Zambonini y María José Sabelli

¿De qué hablamos cuando hablamos de deconstruir creencias?

En tiempos de distintas deconstrucciones, en este artículo nos planteamos la necesidad de revisar las creencias que pueden sostener los profesores/as relacionadas con la enseñanza, la tarea docente, el aprendizaje de los estudiantes universitarios.

Las y los docentes se nutren de un repertorio de ideas, supuestos y respuestas que, generalmente, no tienen base teórica que los sustenten, pero que configuran el comportamiento de los primeros. Estos supuestos funcionan de manera implícita, como si fuesen “un marco mental”, y

Luján Baez, Licenciada en educación. Especialista y Magíster en Educación. Es Profesora titular del Profesorado Universitario de la Universidad ISALUD.

Mariana Ornique, Licenciada y Profesora en Ciencias de la educación. Magíster y Especialista en Educación. Es Profesora titular del Profesorado Universitario de la Universidad ISALUD.

Silvia Reboledo 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. Magíster en Educación Superior. Es Directora del Profesorado Universitario de la Universidad ISALUD y pedagoga de la Secretaría Académica de la Universidad.

están sustentados en las vivencias y experiencias previas dando lugar a afirmaciones, a certezas guían la actividad que realizan. En el caso de los docentes universitarios, las creencias se construyen a partir de las experiencias que los profesores han tenido en su propia formación en la universidad, como estudiantes y en su trayectoria como docentes. En tanto las creencias se ponen en juego a la hora de diseñar y llevar a cabo clases concretas, éstas suelen obstaculizar la posibilidad de pensar alternativas posibles a los modos habituales en que se enseña en la universidad. ¿Por qué resulta de suma importancia que los docentes universitarios revisen/ revisemos esas ideas o creencias? Porque consideramos que es una vía posible para avanzar hacia una propuesta sistemática de mejora de la enseñanza, propuesta que redundará en los estudiantes que hoy están en la Universidad y en aquellos que accederán a ella en los próximos años. Consideramos que es una puerta posible y muy fértil para construir una Educación Superior de calidad que logre reinventarse a los modos de enseñar y aprender de nuestros tiempos, logrando encarnar los aportes de las investigaciones que se vienen realizando desde hace ya varias décadas en el campo de la didáctica y de la psicología educacional.

¿Cuáles suelen ser las creencias de los profesores universitarios sobre la enseñanza que consideramos resultan necesarias de revisar para que los estudiantes construyan aprendizajes cada vez más significativos? ¿Qué creen algunos profesores sobre cómo aprenden sus estudiantes? ¿Qué suponen los primeros que deben rea-



lizar los segundos en clase para así aprender? ¿Cómo se ponen en juego estas creencias a la hora de enseñar?

Algunas creencias que deconstruir

Nos interesa delinear algunas de las creencias que se sostienen en la práctica y en la planificación de los docentes y que, vale la pena decirlo, habitualmente se “tensan” o contradicen con los aportes teóricos vigentes sobre la enseñanza en la universidad:

- Creencia: Enseñar es transmitir contenidos.
- Creencia: El estudiante aprende porque escucha lo que “dice” el profesor y replica lo que este último dice o hace.
- Creencia: Enseñar implica una práctica comunicacional centrada en el docente.
- Creencia: La secuencia privilegiada de la enseñanza es explicación –aplicación o, dicho de otro modo, teoría– práctica.
- Creencia: Todos los estudiantes deben realizar las mismas actividades en simultáneo y abordar los mismos contenidos.

En este artículo abordaremos las primeras creencias enunciadas y en próximos números de la revista continuaremos con las últimas mencionadas.

Creencia: Enseñar es transmitir contenidos

Una creencia prevalente consiste en plantear la enseñanza como la transmisión de contenidos a los estudiantes, especialmente a través de la explicación. Muchos profesores y profesoras consideran que su tarea central es la transmisión de contenidos específicos. Esto conlleva a suponer que enseñar es básicamente exponer, relatar, contar y mostrar todo lo que se sabe y estudió.

Desde esta creencia un buen docente es aquel que sabe mucho de su disciplina y puede transmitir con “ejemplos concretos” los “gajes del oficio”. La preocupación central es presentar los contenidos en el tiempo estipulado para poder “cubrir el programa entero”. Asociado a esto, a la hora de planificar se valoran más los contenidos que los objetivos o las estrategias de enseñanza, siendo la exposición de tipo magistral o las demostraciones las más utilizadas.

Esta creencia se traduce también en la idea de que cuanto mayor *expertise* en el contenido, mejor docente se será y que ese dominio es suficiente para poder enseñar.

Pensemos en algunas frases que los docentes solemos decir: “voy a dar clase”, “tengo que llegar con el programa”, “no me alcanza el tiempo para tantos contenidos”. ¿Quién debe llegar con el programa? ¿Y para qué? ¿Tiene sentido hoy que los profesores tomen gran parte de la clase estrictamente para decir los contenidos cuando el conocimiento está diseminado en diversos lugares y cambiará rápidamente?

Creencia: El estudiante aprende porque escucha lo que “dice” el profesor y replica lo que este último dice o hace

La consecuencia de la primera creencia está dada por esta segunda, según la cual el estudiante aprende centralmente a través del discurso del profesor, bajo la premisa que lo más importante es escuchar con atención. Se espera del alumno que repita y replique lo que el primero escuchó u observó lo más fielmente posible al modo en que el docente lo dijo.

Se entiende que la enseñanza es una variable necesaria y suficiente para el aprendizaje. Si se explicó el contenido y el estudiante lo escuchó, entonces lo aprenderá. El docen-

te supone que es él o ella quien “causa” los aprendizajes de los estudiantes a partir de su explicación/demostración. Tal vez resulte beligerante, pero la idea de causalidad de los aprendizajes supone que somos nosotros los que moldeamos, “fabricamos” a los estudiantes. Este es un meollo central que deconstruir.

Si bien algunos profesores portadores de esta creencia pueden llegar a preguntar a los estudiantes lo que recuerdan sobre algún contenido, no consideran necesario trabajar en profundidad con los saberes de los estudiantes en tanto les permiten comprender o interpretar los nuevos contenidos. Nadie hoy diría que el estudiante es una *tábula rasa* que no tiene nada en la cabeza. Sin embargo, en ocasiones podemos comportarnos de esa manera.

Esta creencia se contradice con lo que las investigaciones sobre el aprendizaje plantean hace décadas: que los alumnos siempre cuentan con marcos, preguntas, saberes intuitivos, aún cuando sean erróneos, desde los cuales se aproximan al saber y que, en la medida en que se pongan en juego, la comprensión será mayor.

Reconocer estos aportes implicaría trabajar sistemáticamente con lo que los estudiantes significan respecto de los contenidos.

Asimismo, a veces se le cuestiona a ese mismo estudiante la falta de motivación. Solemos escuchar o decir que los estudiantes no se conectan con la clase, que “no se motivan”. Cabe que nos preguntemos entonces **¿qué esperamos de los estudiantes?** ¿Qué idea de estudiante tenemos? ¿Esperamos que el estudiante se interese más allá de lo que le proponemos? ¿Buscamos un estudiante parecido al que fuimos nosotros/as?

¿cómo suponemos que se “motiva”? Las investigaciones sobre la enseñanza plantean que un estudiante se dispone a aprender cuando hay algo que lo desequilibra y lo moviliza.

Creencia: Enseñar implica una práctica comunicacional centrada en el docente

En las prácticas docentes se puede advertir la creencia que la comunicación debe estar está sostenida y centralizada en el docente. Es él o ella quien define los tiempos, autoriza y habilita (o no) a los estudiantes a participar.

Esta creencia, trae aparejada otras:

1) se supone que se comunica sólo lo que se dice desde la palabra. Puede creerse que como profesores/as sólo transmitimos contenidos, desconociendo que todo comunica, especialmente el lenguaje no verbal, a través de la mirada, los gestos y el uso del espacio. En contraposición a esta creencia, numerosas investigaciones expresan que los estudiantes prestan más atención al lenguaje no verbal que al verbal y que aquello que se transmite es el vínculo que se sostiene con el contenido y con los estudiantes.

2) Se cree que una clase es participativa cuando hay algunos comentarios por parte de los estudiantes. Se entiende por participación una enunciación acotada de los estudiantes.

Si bien difícilmente un docente mencione explícitamente que desea que sus clases estén centradas en su palabra, estas creencias se evidencian en prácticas estructuradas en exposiciones tradicionales (clases magistrales) que tienen la lógica de realizar preguntas al finalizar la presentación o demostraciones de prácticas por parte del profesor, solicitando al estudiante que escuche/observe

y luego replique o repita. Hablamos de docentes que pueden, en ocasiones, presentar alguna actividad pero que no piensan la enseñanza a partir de actividades desafiantes para los estudiantes. Lo que acarrea esta creencia es que los alumnos no aprenden del intercambio y de una participación sistemática, intensa y variada en las clases.

En contrapartida, hace décadas los discursos de la didáctica proponen poner en el centro a los estudiantes con estrategias desafiantes, que presenten situaciones de la realidad, que lleven a los estudiantes a buscar, hipotetizar, intercambiar, trabajando en equipo (tal como estudio de casos, enseñanza basada en problemas, en proyectos, etc.).

El reconocimiento y deconstrucción de las creencias constituye el punto de partida desde el cual aportar a la revalorización personal y colectiva, así como a la mejora de las prácticas docentes en la universidad. La deconstrucción implica una tarea, a veces dolorosa, que supone cuestionar aquello que se tiene arraigado sin cuestionarse

Reconstruirse como docente

Sabemos que el abordaje de las creencias no es sencillo dado que éstas son resistentes en tanto se plantean como certezas, afirmaciones escasamente revisadas y cuestionadas. Creemos que es fundamental la reflexión continua y sistemática de cada docente sobre sus creencias sobre la enseñanza, en tanto la deconstrucción es la puerta para promover la reconstrucción de la enseñanza, del rol docente en la universidad, de una nueva identidad profesional docente.

Las investigaciones sobre el aprendizaje de los estudiantes desde la Psicología Educacional y desde la Didáctica del Nivel Superior plantean aportes radicalmente diferentes al de las creencias que presentamos previamente.

Entendemos que es un momento en el que se requiere revisar el rol docente centrado en decir lo que sabe, el rol del alumno de quien se espera una escucha pasiva de aquello que presenta el profesor, y que son necesarias estrategias de enseñanza que ubiquen al estudiante en una posición de construcción de conocimiento. Para ello resulta fundamental realizar un viraje que permita un cambio:

- De considerar la enseñanza como una presentación de contenidos a ofrecer oportunidades para que el estudiante haga, muestre, y aprenda.
- De “dar” clase a ofrecer oportunidades para que los otros aprendan.
- De privilegiar únicamente formas de enseñar centradas en la explicación y la demostración del docente a formas que permitan la exploración del estudiante.
- De entender que el estudiante recibe información, que es alguien que no sabe, a entender que la y el alumno construye a partir de lo que él sabe, supone, conoce, y cree en función de sus experiencias previas. El estudiante aprende cuando tiene problemas que lo “retan”, desafían.
- De una comunicación monologada a plantear una enseñanza dialógica.
- De suponer que sólo comunica el lenguaje verbal a entender que todo comunica en la enseñanza. Especialmente entender que como docentes “nos transmitimos”.
- De estrategias de enseñanza centradas en el docente a estrategias centradas en el estudiante.

El reconocimiento y deconstrucción de las creencias constituye el punto de partida desde el cual aportar a la revalorización personal y colectiva, así como a la mejora de las prácticas docentes en la universidad. La deconstrucción implica una tarea, a veces dolorosa, que supone cuestionar aquello que se tiene arraigado sin cuestionarse. No se hace en soledad. Tanto los espacios de reflexión de las carreras, como las formaciones docentes que favorecen estas reflexiones son instancias necesarias para la deconstrucción de creencias.


Entendemos que hoy es imperativo deconstruir la

enseñanza y el rol docente en la universidad. No podemos seguir sosteniendo creencias que tienen arraigo en la edad media para la universidad de hoy, para los estudiantes, para un conocimiento que ya no solo

lo porta un docente, sino que está al alcance de los propios estudiantes. Necesitamos con urgencia otra enseñanza para los estudiantes de hoy y para las profesiones del futuro. Necesitamos docentes deconstruidos para favorecer mejores aprendizajes en los estudiantes.

En nuestra universidad consideramos que es fundamental advertir, desnaturalizar, y deconstruir estas creencias. Lo hacemos a través de las distintas líneas de acción de la secretaría académica, en la formación del profesorado universitario, así como en los espacios

de intercambio entre docentes de distintas carreras.

En la próxima edición de esta publicación profundizaremos las creencias que fueron mencionadas en este artículo y que aún quedan por analizar. 

Referencias bibliográficas

- Anijovich, Rebeca, Cappelletti, Graciela, Mora, Silvia y Sabelli, Ma. José (2009), *Transitar la formación docente*. Buenos Aires, Paidós.
- Anijovich, Rebeca y Cappelletti, Graciela (2017), *La evaluación como oportunidad*. Buenos Aires, Paidós.
- Beillerot, Jacky (1996), *La formación de formadores: entre la teoría y la práctica*. Buenos Aires, Novedades Educativas.
- Burbules, Nicholas (1999), *El diálogo en la enseñanza. Teoría y práctica*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Camilloni, Alicia (1995), “Reflexiones para la construcción de una Didáctica para la Educación Superior”. Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
- Ferry, Gilles (1990), *El trayecto de la formación*. México DF, Paidós.
- Ickowicz, Marcela (2004), “La formación de los profesores en la universidad. Avances de investigación sobre los trayectos de formación para la enseñanza en los profesores universitarios sin formación docente de grado”, en *Revista IICE*, N° 22.
- Maggio, Mariana (2018), *Reinventar el aula universitaria*. Buenos Aires, Paidós.
- Meirieu, Philippe (1998), *Frankenstein educador*. Segunda reimpresión. Barcelona, Alertes.
- Perrenoud, Philippe (2006), *El oficio de alumno y el sentido del trabajo escolar*. Madrid, Editorial Popular.
- Zabalza, Miguel Ángel (2009), “Ser profesor universitario hoy”, en *La Cuestión Universitaria*, 5. 2009, pp. 68-80.

Hace décadas los discursos de la didáctica proponen poner en el centro a los estudiantes con estrategias desafiantes, que presenten situaciones de la realidad, que lleven a los estudiantes a buscar, hipotetizar, intercambiar, trabajando en equipo (tal como estudio de casos, enseñanza basada en problemas, en proyectos, etc.).

DEBATE PENDIENTE: SABER AMBIENTAL Y DESARROLLO SUSTENTABLE



El desafío ya no es qué sino cómo la sociedad, en general, y la universidad, en particular, procesan la demanda de formación para participar en las transformaciones sociales hacia el desarrollo equitativo, democrático y sustentable

**Por Gabriel Hölzel,
María Victoria Spinetto y
Ernesto de Titto**

En las últimas décadas los asuntos ambientales han ganado protagonismo en las discusiones en la sociedad internacional, incluyendo las conferencias de Estados, los foros académicos y los medios de comunicación. Más aún, estos temas se extienden al campo de la economía, en tanto des-

encadenan consecuencias negativas para el desarrollo, y al derecho, en tanto que la educación jurídica ambiental no está referido solamente a la legislación, sino también a discernir sobre lo justo y lo injusto, lo legal e ilegal, lo legítimo o no (1).

En el siglo XXI el ambiente se encuentra en el centro de atención de la comunidad internacional. El saber ambiental promovió el desarrollo de una nueva ética y una nueva

epistemología, en las que se fusionan conocimientos, se proyectan valores y se internalizan y comunican saberes. Se trata de un cuestionamiento sobre las condiciones ecológicas de la sustentabilidad, las bases sociales de la democracia y la justicia, las estrategias de poder y los efectos de dominación que se generan a través de las formas de creación, apropiación y transmisión de conocimientos (2).

El saber ambiental se configura en la hibridación del mundo marcado por la tecnologización de la vida y la economización de la naturaleza, por el mestizaje de las culturas, el diálogo de los saberes y la dispersión de subjetividades, re-significando los sen-

Gabriel Hölzel es arquitecto (UBA) e integrante del Instituto Superior de Urbanismo Territorio y Ambiente (UBA).

María Victoria Spinetto es licenciada en Ciencias Biológicas, especialista en Contaminación Ambiental y Riesgo Toxicológico, doctoranda de la FADU-UBA y docente. Es investigadora dentro del Instituto Superior de Urbanismo Territorio y Ambiente (UBA).

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

tidos existenciales a contracorriente del proyecto unitario y homogeneizante de la modernidad (3). Claramente ha llegado el momento de que esto se refleje en el campo de la producción y del conocimiento, de la política y de las prácticas educativas. Son numerosos los hitos y acuerdos en este sentido. Sin pretender ser exhaustivos podemos recordar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y la Conferencia sobre el Medio Humano –Declaración de Estocolmo– (Suecia, 1972) que declaró la necesidad de desarrollar una educación ambiental dirigida a la población adulta. La creación del PNUMA en 1973, como el instrumento coordinador entre organismos nacionales e internacionales, proporcionó gran impulso a la educación ambiental y permitió el Seminario sobre Educación Ambiental en Janini (Finlandia, 1974) donde se planteó que la educación ambiental se debe llevar a cabo de acuerdo con el principio de la educación integral permanente de la personalidad en el sistema educacional.

En 1975, se crea el Programa Internacional de Educación Ambiental, adscrito al PNUMA, aprobando el primer proyecto trienal para definir los objetivos de la educación ambiental, investigar e intercambiar información, promover la elaboración y evaluación de materiales, planes de estudio, formación de personal y proporcionar asistencia técnica a los Estados miembros. Ese mismo año se desarrolla el Seminario Internacional de Educación Ambiental en Belgrado (Yugoslavia) que adoptó la Carta de Belgrado, donde se fijaron las metas y objetivos para la educación ambiental, se inició la delimitación de su lugar y conteni-

do y se formularon los principios de orientación de los programas de educación ambiental para todos los niveles de enseñanza.

En los años siguientes tienen lugar el Taller Subregional de Educación Ambiental para Educación Secundaria (Chósica, Perú) y reuniones regionales de educación ambiental en Brazzaville (Congo) y Bogotá (Colombia), donde se definió el papel de la educación ambiental como el instrumento de toma de conciencia del fenómeno del subdesarrollo y de sus implicaciones ambientales. En Tbilisi (Unión Soviética, 1977) se desarrolló la Conferencia Intergubernamental de Educación Ambiental, organizada por la UNESCO y el PNUMA, donde se reconoció el enfoque interdisciplinario como vía idónea para la educación ambiental (4), y luego se celebraron reuniones de educación ambiental en París (1978 y 1983), Belgrado (1980), Sofía (1985) y Moscú (1987), las que contribuyeron a ampliar la teoría relacionada con la educación ambiental. En 1983 comienza sus trabajos la Comisión Brundtland, con el objetivo de estudiar de modo interrelacionado los problemas ambientales del planeta. Una conclusión de ese informe es que resulta imprescindible vincular los problemas ambientales con la economía internacional y sobre todo con los modelos de desarrollo. En 1987 se desarrolló el Congreso Internacional de Educación Ambiental en Moscú (Unión Soviética), auspiciado por la UNESCO y el PNUMA, donde se proyecta la estrategia de acción en materia de educación y formación ambiental para el decenio 1990. En las conclusiones se propone a los países que desarrollen sus propias estrategias de educación ambiental, para definir las finalidades se deben considerar

las realidades económicas, sociales y ecológicas de cada sociedad y los objetivos que estas se hayan fijado para su desarrollo. Se planteó la necesidad de ampliar el público objeto de este enfoque a la población en general, lo que sienta las bases para el surgimiento de la educación ambiental no formal o informal, concibiéndola como un sistema en el que se realimenten y apoyen.

Concluyendo el siglo XX, la crisis ambiental profundiza los problemas de deforestación, del cambio climático, del agotamiento de los recursos naturales, a lo que se le unen las hambrunas, el aumento de las migraciones humanas, el crecimiento de la explosión demográfica y una deuda externa que amenaza a los países del tercer mundo. En Talloires (Francia, 1990) los líderes universitarios se comprometieron a realizar acciones transformadoras en los currículos universitarios y planes de estudio para el desarrollo sustentable, intención reforzada en Halifax (Canadá, 1991) al aportar un Plan de Acción.

La Cumbre de la Tierra en Río de Janeiro (Brasil, 1992) reconoce el derecho soberano de los países a aprovechar sus propios recursos, según las políticas ambientales autóctonas, traza una estrategia internacional para la acción en el campo de la educación y formación ambiental para los años 1990-99, y aprueba el Tratado de Educación Ambiental hacia Sociedades Sustentables y de Responsabilidad Global, que parte de señalar a la educación ambiental como un acto para la transformación social, no neutro sino político, y contempla a la educación como un proceso de aprendizaje permanente basado en el respeto a todas las formas de vida. En Kioto (Japón, 1993) se convoca a promover la sostenibilidad ambien-

tal a través de la educación ambiental, y en la Declaración Copérnico (Barcelona, España, 1994) se apostó por los valores ambientales tras un proceso de alfabetización. La última gran cumbre del siglo XX, Hábitat II, en Estambul (Turquía, 1996) discute el futuro de la educación ambiental en el siglo XXI, reconociendo el papel jugado por las organizaciones no gubernamentales en el desarrollo de la educación ambiental y en favor del ambiente en general.

En Tesalónica (Grecia, 1997) se apostó por incluir en la sostenibilidad ambiental, los conceptos de pobreza, población, seguridad alimentaria, derechos humanos, paz, salud, democracia, y el respeto a las tradiciones culturales ecológicas originarias; y en Lüneburg (Alemania, 2000) se acordó que la educación superior diera prioridad a temas sobre la sostenibilidad, pasando de la teoría a la práctica.

Desarrollo sustentable

La definición de desarrollo sostenible o sustentable fue elaborada por primera vez en 1987 por la Comisión del Medio Ambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas, en el documento *Nuestro Futuro Común* o Informe Brundtland, el primer intento de eliminar la confrontación entre desarrollo y sostenibilidad (5). Dicho documento postuló principalmente que la protección ambiental había dejado de ser una tarea nacional o regional para convertirse en un problema global. También señaló que debíamos dejar de ver al desarrollo y al ambiente como si fueran cuestiones separadas; el Informe dice “ambos son inseparables”.

Esta nueva concepción emerge como respuesta a la visión de desarrollo economicista que había nacido con la era industrial y que planteaba que el crecimiento económico

sería suficiente para el desarrollo de la humanidad. En la década de los 80, las fallas de este modelo eran contundentes: en la incesante búsqueda del progreso económico se habían generado daños irreversibles al ambiente sin reducir la pobreza.

El concepto de desarrollo ha evolucionado. Siguiendo a Iturralde Duran (6) podemos reconocer cuatro estadios sucesivos: el primero que confundió al desarrollo con crecimiento, orientando las políticas al incremento del PBI, seguido de la incorporación de la dimensión social desde el enfoque económico agregando la (re)distribución

EL SABER AMBIENTAL SE CONFIGURA EN LA HIBRIDACIÓN DEL MUNDO MARCADO POR LA TECNOLOGIZACIÓN DE LA VIDA Y LA ECONOMIZACIÓN DE LA NATURALEZA, POR EL MESTIZAJE DE LAS CULTURAS, EL DIÁLOGO DE LOS SABERES Y LA DISPERSIÓN DE SUBJETIVIDADES, RESIGNIFICANDO LOS SENTIDOS EXISTENCIALES A CONTRACORRIENTE DEL PROYECTO UNITARIO Y HOMOGENEIZANTE DE LA MODERNIDAD

de la renta como variable, que fue superado con el aporte de otras ciencias como la Sociología, la Política y el Derecho, creando enfoques multidisciplinarios que hoy incluyen a la dimensión ambiental, gestando una nueva concepción cuyo enfoque más aceptado actualmente es el “Desarrollo Humano Sostenible” propuesto por el PNUD, que facilitó el acuerdo plasmado en la Agenda 2030.

Hoy entendemos como desarrollo sostenible el proceso de creación de las condiciones materiales, culturales y espirituales que propicien la coexistencia de los componentes

abióticos, bióticos y socioeconómicos en el planeta, con un carácter de equidad y de justicia de forma sostenida; basado en una relación armónica y racional entre los fenómenos naturales y socioeconómicos, y teniendo como objeto tanto las actuales como futuras generaciones de todas las especies vivas, sin menoscabo de los demás componentes abióticos del ambiente.

Como enuncian Márquez Delgado et al (7) se trata de una concepción que se fundamenta desde la comprensión y análisis del ambiente como sistema complejo y dinámico que integra en su funcionamiento los subsistemas naturaleza– sociedad– economía, precisando así con claridad el carácter sistémico y dinámico del ambiente que, además, reconoce, como aspecto esencial en su estudio, las relaciones dialécticas entre la sociedad y la naturaleza.

Una crisis por desconocimiento

La crisis ambiental es la expresión de la crisis de un modelo de pensamiento conformado en la modernidad, prohijado en los barros del paradigma de simplificación. Pero especialmente se expresa en la ignorancia de los límites de la naturaleza, en la sobre-economización de la vida y en la carencia de una razón sustantiva que orienta el proceso de la historia (8).

Leff (9) afirma que la crisis ambiental ha estado acompañada por la emergencia de la complejidad frente a la instrumentalidad del conocimiento y el fraccionamiento de lo real. La degradación ecológica orienta la flecha del tiempo como un camino inexorable hacia la muerte entrópica del planeta, revelando el carácter antinatural de la racionalidad económica.

En la etapa inaugural del milenio, ante el presagio de la muerte de la



Calidad de salud
consolidada en un
sistema solidario



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA

☎ 0800-888-3202



www.luzyfuerzacbasalud.com.ar



OSPLYFC



Av. General Paz 282 - Córdoba - Argentina



osplyfcba@osplyfcba.com.ar

vida por la hipertrofia de lo real y el triunfo de una hiperrealidad, surgen nuevas identidades y se vislumbran nuevos sentidos de la civilización movilizadas por actores sociales antes callados. La emergencia de la crisis ambiental ha movilizado el pensamiento teórico con el fin de comprender la problemática generada por el proceso que se alimenta de la destrucción de las bases ecológicas de sustentabilidad y de las condiciones de habitabilidad. La crisis ambiental replantea la pregunta sobre la naturaleza de la naturaleza y el ser en el mundo (2).

Se trata, entonces, de una nueva concepción fundamentada en la comprensión y análisis del ambiente como sistema complejo y dinámico que integra en su funcionamiento los subsistemas naturaleza-sociedad-economía.

Ahora bien, estas relaciones de la sociedad con la naturaleza no se han desarrollado históricamente de forma armónica, lo que ha provocado el consecuente deterioro del ambiente, y la aparición de problemas a nivel global, regional, nacional y local.

De ahí, que en el contexto actual, la humanidad y todo el planeta, están inmersos en una profunda crisis, que posee un insoslayable carácter ambiental, ocasionada por la irracionalidad con que el ser humano ha actuado y actúa sobre la naturaleza. Dicha crisis tiene su fundamento en el dominio de modelos de desarrollo, basados en una "racionalidad instrumental", centrados en el progreso material y en el crecimiento económico como principal indicador de "bienestar". Sin embargo, esta "racionalidad" imperante, no solo no ha podido eliminar la pobreza sino que la ha agudizado, está excluyendo la diversidad cultural de los pueblos y ha impuesto una

cultura hegemónica y homogénea que subordina los valores humanos a los intereses económicos "provocando una concentración económica asimétrica y generando una degradación ambiental y una destrucción ecológica sin precedentes" (10, 11).

Dicha crisis impone el desafío de un cambio profundo y la exigencia de la

HOY ENTENDEMOS COMO DESARROLLO SOSTENIBLE EL PROCESO DE CREACIÓN DE LAS CONDICIONES MATERIALES, CULTURALES Y ESPIRITUALES QUE PROPICIEN LA COEXISTENCIA DE LOS COMPONENTES ABIÓTICOS, BIÓTICOS Y SOCIOECONÓMICOS EN EL PLANETA, CON UN CARÁCTER DE EQUIDAD Y DE JUSTICIA DE FORMA SOSTENIDA; BASADO EN UNA RELACIÓN ARMÓNICA Y RACIONAL ENTRE LOS FENÓMENOS NATURALES Y SOCIOECONÓMICOS

ruptura de la "racionalidad económica y científica" imperante para transitar hacia una nueva racionalidad natural, social y productiva (6, 11, 12).

Se hace evidente que esta crisis es, sobre todo, un problema del conocimiento. Por tanto se hace necesario una educación ambiental que debe ser construida a partir de una interpretación científicamente pertinente de la realidad ambiental histórica y actual, proyectada hacia el futuro (13, 14, 15).

En la actualidad, se habla de cómo vamos a contrarrestar lo que se nos ha presentado, y no pensamos en repensar lo ya pensado. Sin duda alguna el conocimiento ambiental es una de las premisas principales.

La conciencia y la educación ambiental relacionan al hombre con su entorno y promueven un cambio de actitud, una toma de conciencia

sobre la importancia de preservar para el futuro y para mejorar nuestra calidad de vida, cumpliendo un importante rol en la formación de una ciudadanía consciente e interesada activamente en el ambiente y sus problemas asociados.

Le corresponde a la educación ambiental un papel principal como instrumento para integrar el concepto dinámico del ambiente en la educación de personas, instituciones, organizaciones y empresas en toda la esfera de influencias del hombre en su interacción con la naturaleza, la sociedad y la economía (16). La formación ambiental debe ser entendida como un proceso sistémico, integrador y dinámico dirigido a la adquisición y construcción colectiva de un "nuevo saber ambiental" orientado a la sostenibilidad.

La tarea a que nos enfrentamos es más bien la de crear un nuevo pensamiento que integre la verdad sobre el ambiente y el poder que por derecho propio tiene. Debemos pasar de una era de falta de conciencia a un florecimiento de lo que hoy llamamos "nuevo saber ambiental" que analice los problemas desde las soluciones que podemos dar desde la ciencia: la formación ambiental no solo comprende la capacitación de los diferentes actores en conocimientos de ecología y técnicas para el manejo de los recursos naturales, sino sobre todo la creación de personas promotoras del desarrollo sostenible.

Este nuevo saber ambiental implica un balance entre crecimiento económico y conservación de la naturaleza, la cultura y la participación social para construir estilos diversos de desarrollo sustentable, igualitario, descentralizado y autogestionario, capaz de satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones,

respetando su diversidad cultural y mejorando su calidad de vida (17). Hay que pensar en el problema y dinamizar nuestro pensamiento en pos de crear nuevas oportunidades para el ambiente ha de ser una premisa real y activa dentro del nuevo conocimiento que estamos creando. Para rebasar la actual crisis la propuesta debe fundamentarse en la construcción de un “nuevo saber ambiental” que sea pertinente a la sostenibilidad, lo que implica la necesidad de una formación ambiental orientada sobre bases ecológicas, de equidad social, diversidad cultural y democracia participativa; que supere la visión antropocéntrica y se construya a partir de asumir una visión ambiocéntrica: el hombre, como parte del ambiente, debería estar orientado por nuevos valores que promuevan la búsqueda de una relación armónica de los seres humanos entre sí y éstos y su entorno natural. Esta propuesta, plantea “el derecho a la educación, la capacitación y la formación ambiental como fundamento de la sostenibilidad”; y problematiza “al conocimiento para refuncionalizar los procesos económicos y tecnológicos, ajustándolos a los objetivos del equilibrio ecológico, la justicia social y la diversidad cultural” (18).

Recomendaciones y conclusiones

Muchos abordan el tema de descubrir nuevos puntos de vista donde el ambiente sea prioridad, cuando debemos mirar el pasado y descubrir qué no hay que hacer. La crisis ambiental actual necesita de un nuevo saber y de un nuevo pensar. Es necesario que la sociedad en su conjunto modifique su relación con el ambiente para acercarnos al desarrollo sostenible. El mundo está experimentando

transformaciones fundamentales, en un escenario de crisis ambiental y social, que se está desarrollando a tasas de cambio de velocidad inédita. Estos cambios recorren aspectos centrales de la sociedad contemporánea, llega hasta sus estructuras más profundas y transforman la vida cotidiana de las personas. Este cambio es indudablemente complejo y requiere de tiempo y esfuerzo, pero ha llegado el momento en que no podemos ignorar más esta necesidad.

A los cambios geopolíticos y geoeconómicos se suma este nuevo paradigma, que va surgiendo de pensar lo no pensado, repensar el pensamiento, des-saber lo sabido y dudar de la propia duda, de

LA CRISIS AMBIENTAL ES LA EXPRESIÓN DE LA CRISIS DE UN MODELO DE PENSAMIENTO CONFORMADO EN LA MODERNIDAD, PROHJADO EN LOS BARROS DEL PARADIGMA DE SIMPLIFICACIÓN. PERO ESPECIALMENTE SE EXPRESA EN LA IGNORANCIA DE LOS LÍMITES DE LA NATURALEZA, EN LA SOBRE-ECONOMIZACIÓN DE LA VIDA Y EN LA CARENCIA DE UNA RAZÓN SUSTANTIVA QUE ORIENTA EL PROCESO DE LA HISTORIA

esta forma se debe reorientar para repensar la ciencia y la tecnología, desde el ambiente, con el fin de construir otra racionalidad y redefinir el conocimiento desde el Saber Ambiental.

Una característica relevante del nuevo contexto internacional es la revalorización del conocimiento. La complejidad sólo puede afrontarse con incrementos substanciales en los conocimientos disponibles y su democratización, lo cual determina

una nueva división abierta entre los pueblos; ahora es entre naciones veloces y naciones lentas, según su capacidad de reaccionar en términos de tecnología y conocimiento a los cambios estructurales en marcha en el contexto.

Queda claro que los problemas ambientales no son sólo problemas del desarrollo sino, básicamente, problemas del conocimiento y de la educación que facilite el acceso al mismo, que van más allá del aprendizaje acerca del medio, y que además tienen que ver con la forma de entender y abordar los problemas ambientales.

Sin embargo, la aplicación de un nuevo saber ambiental pertinente a la sostenibilidad, se hace necesario ante los casi irreversibles problemas ambientales que hoy enfrenta nuestro planeta, para lograr cambios en los modos de actuación de sus principales depredadores.

Se debería integrar en la educación formal y en el aprendizaje a lo largo de la vida, las habilidades, el conocimiento y los valores necesarios para un modo de vida sostenible, adoptar patrones de producción, consumo y reproducción que salvaguarden las capacidades regenerativas de la Tierra, los derechos humanos y el bienestar comunitario y fortalecer las instituciones democráticas en todos los niveles y brindar transparencia y rendimiento de cuentas en la gobernabilidad, participación inclusiva en la toma de decisiones y acceso a la justicia.

Es evidente que, la educación ambiental, como proceso educativo, contribuye a comprender los problemas ambientales globales y su repercusión en lo local y a su vez posibilita transmitir este nuevo saber ambiental. Es la formación ambiental en el contexto actual, uno de los princi-


pales desafíos a enfrentar por las universidades, a fin de garantizar su pertinencia y sostenibilidad como institución social.

De acuerdo con Leff, debemos aprender, apropiarnos, empoderarnos, para llevar adelante un diálogo de saberes, con un firme y respetuoso compromiso ciudadano, que nos mueva a participar desde nuestras capacidades y saberes en la gestión y construcción de nuestro lugar con una perspectiva de sostenibilidad.

Se hace evidente la necesidad de potenciar estudios en nuestras comunidades y desarrollar programas de educación ambiental encaminados a la sensibilización, el rescate de las tradiciones, y la concientización de los problemas que nos afectan y la solución desde su propio entorno a partir de recursos propios; promo-

viendo, el debate y los acuerdos. La búsqueda de visiones alternativas, la elaboración colectiva de propuestas, de los diferentes actores sociales, la construcción de nuevos caminos, de inéditos viables.

En síntesis, la humanidad se desarrolló bajo paradigmas tecnológicos centradas en un recurso, y así fue la piedra y luego los metales, etc.; hoy estamos bajo un paradigma digital basado en la inteligencia artificial y los algoritmos, con el consecuente y sincrónico cambio del paradigma laboral, y un desafío para la educación. La enseñanza trabaja con certezas que se reconstruyen con la evolución y la demanda social. Tenemos clara convergencia en la identificación de lo que se debería hacer en términos de educación sobre saberes prácticos y técnicas de evaluación y monitoreo en temas

como cuidado del ambiente y del patrimonio cultural, uso del agua, biotecnología, microelectrónica, teledetección, nuevos materiales, tecnologías de información y comunicación (TIC), desarrollos de fuentes alternativas de energía renovables y no contaminantes, alimentación – soberanía y seguridad alimentaria–, pertinencia de ponderar el principio de prevención y precaución, etc. El desafío ya no es qué sino cómo la sociedad, en general, y la universidad, en particular, procesan esa demanda para participar en las transformaciones sociales hacia el desarrollo equitativo, democrático y sustentable, en línea con la propuesta de la UNESCO (19) que destacó el papel de la educación como el elemento fundamental de marco mundial integrado de los objetivos de desarrollo sostenible. 

Referencias bibliográficas

1. Antúnez Sánchez A, Pérez Espinosa P. 2018. Desde Cuba: el desarrollo sostenible como nuevo saber ambiental. Rev. Pensamiento Civil. Disponible en <http://www.pensamientocivil.com.ar/doctrina/3927-cuba-desarrollo-sostenible-como-nuevo-saber-ambiental>
2. Leff Zimmerman E. 2000. *Globalización y Complejidad Ambiental*. Reunión Internacional de Expertos en Educación Ambiental. Santiago de Compostela, 20-24 de noviembre, 17p.
3. Leff Zimmerman E. 1998. *Saber ambiental. Sustentabilidad, racionalidad, complejidad, poder*. Colección Ambiente y Democracia. Coedición CEIICH-UNAM/Siglo XXI Editores/PNUMA.
4. UNESCO – PNUMA. 1978. *Informe Final Conferencia Intergubernamental sobre Educación Ambiental*. Tbilisi, Georgia, ED - 76 / WS / 95, París, 1978, p. 27.
5. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – ONU. Informe Brundtland 1987. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/42/427>.
6. Iturralde Durán C. 2019. *Los paradigmas del desarrollo y su evolución: del enfoque económico al multidisciplinario*. Retos Revista de Ciencias de la Administración y Economía 9(17): 7-23. <https://doi.org/10.17163/ret.n17.2019.01>.
7. Márquez Delgado DL, Casas Vilardell M, Jaula Botet JA. 2012. *Estrategia de Formación Ambiental en la Universidad De Pinar Del Río, Cuba*. Revista Desarrollo Local Sostenible Grupo Eumed.net y Red Académica Iberoamericana Local Global 5(14) Disponible en www.eumed.net/rev/delos/14
8. Galano C. 2003. 2º Encuentro Metropolitano de Educación Ambiental 12 y 13 de Noviembre de 2003, Toluca, Estado de México. Panel Internacional. Ponencia.
9. Leff Zimmerman E. 2002. *Saber Ambiental, Sustentabilidad, Racionalidad, complejidad, poder*. Siglo XXI, México, 180-188 pp.
10. Chávez A. 2010. *Economía y agua, caso actual en México* Observatorio de la Economía Latinoamericana, N° 142. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2010/>
11. Roncal Vattuone X. 2015. *La Otra Educación Ambiental*. Revista Integra Educativa, 8(3), 55-69. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432015000300005&lng=es&tlng=es.
12. Sánchez Santamaría AG, Dueñas Bravo N. 2013. *Propuesta de programa de educación ambiental para la comunidad El Tejar, del municipio La Palma*. Revista Caribeña de Ciencias Sociales, julio 2013, en <http://caribeña.eumed.net/tejar-palma/>
13. Leff Zimmerman E. 1986. *Ambiente y articulación de ciencias*, en E. Leff, Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo”, Siglo XXI, México., pp. 72-125.
14. Vilaca FA, Siqueira AC, Frenedoza RdC. 2018. *A Educação Ambiental na concepção dos docentes do Curso de Graduação em Engenharia Mecânica*. Revista Brasileira de Educação Ambiental (Rebe), 13(2): 137-152. Disponible en <https://periodicos.unifesp.br/index.php/revbea/article/view/2447>
15. Eschenhagen ML 2016. *Algunas observaciones sobre la década de la educación ambiental para el desarrollo sostenible y la tarea pendiente de la educación ambiental superior* Pesquisa em educação ambiental 11(2):24-35. DOI: 10.18675/2177-580X.
16. Pérez JJ. 2003. *Cómo trabajar la Educación Ambiental? Bases para una capacitación de directivos de educación y empresas desde el nivel municipal*. Tesis Presentada en opción del Título Académico de Máster en Pedagogía Profesional.
17. Leff Zimmerman E. 1999. *Saber Ambiental*, Siglo XXI Editores. México.
18. Leff Zimmerman E. 1997. *Conocimiento y Educación ambiental*, Revista de Formación Ambiental del PNUMA, Vol. 9-10, No.17-16, México D.F.
19. UNESCO 2015. *Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial?* Paris, UNESCO. Disponible en https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232697_spa
20. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232697_spa



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**

LA SORDERA, OTRA FORMA DE VER Y SENTIR EL MUNDO

En pleno siglo XXI, cuando los debates acerca de cómo lograr sociedades más inclusivas son globales, las personas sordas aún luchan para que la lengua de señas sea reconocida como materna en su comunidad. Actualmente, sólo el 2% de la población mundial la habla

“Uno no habita un país, habita una lengua. Una patria es eso y nada más”.

Emile Cioran



Por Adriana Riotorto

En este ruidoso mundo que nos contamina acústicamente, aceptamos con resignación vivir conectados con auriculares que nos ensordecen y nos impiden el encuentro con uno mismo y con los demás. Mientras tanto, hay un colectivo que se mantiene al margen de ese frenesí, una silenciosa comunidad que, sin embargo, tiene voz. Una voz sin eco, que no se escucha, pero se ve. Sus cuerdas vocales son manos que vuelan en el espacio y le gritan al mundo que existe una comunidad sorda que debe ser “escuchada”.

Las personas con sordera forman una comunidad sin banderas, unida por una lengua que, aunque sea distinta en cada país, les da senti-

do de pertenencia y les otorga su nacionalidad, que no está marcada por el territorio y por los límites geográficos, sino por su cultura y su identidad.

Estas personas son extranjeras en su propio país, hablantes de una lengua que es usada sólo por el 2% de la población mundial. La historia de esta comunidad, al igual que la historia de la humanidad, nos permite entender el presente, ya que somos el resultado ineludible de nuestra historia. Por el hecho de ser minoritaria, esta comunidad perseguida, vapuleada y frágil, ha debido luchar de manera incansable y con toda la fuerza de sus manos para lograr ser respetada y reconocida.

Los abordajes en la historia

Durante siglos, los sordos fueron tratados como tarados o infrahumanos, tanto que en la antigüedad se prohibía el casamiento entre ellos para evitar la constitución de una

variedad sorda de la raza humana. En las antiguas Esparta, Atenas y Roma, a los niños que nacían deformes se los llevaba a un lugar secreto donde se los ahogaba o dejaba morir. En la Edad Media, a pesar de ser asimilados a la figura del “loco del pueblo”, su integración estaba asegurada por la adopción bajo el techo de ciertas congregaciones religiosas que tenían voto de silencio. Sin embargo, por entonces, aún eran considerados monstruos. Su “educación” estaba en manos de los religiosos, pero resultaba imposible para los pobres que quedaban recluidos en sus casas por ser considerados débiles mentales.

En 1755, con el abate Charles de L’Epée en París, Francia comenzó la “era dorada de los sordos”. Un encuentro fortuito con dos gemelas sordas que se comunicaban entre sí por gestos despertó el interés de este pedagogo que profundizó en el tema hasta que logró fundar la primera escuela pública para personas sordas. Él decía: “El interés por la religión y la humanidad me inspira por una clase verdaderamente infeliz de hombres semejantes a nosotros, pero reducidos en cierta medida a la condición

La autora es directora del curso Aproximación a la Comunidad Sorda y Lengua de Señas Uruguaya de ISALUD Uruguay, presidenta de Asociación de Padres y Amigos del Sordo del Uruguay (APASU), secretaria de la Federación de Instituciones de la Comunidad Sorda del Uruguay e integrante de numerosas instituciones dedicadas a garantizar los derechos y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad

de animales hasta tanto no trabajemos para retirarlos de las tinieblas en las que están sepultados, y me imponen la obligación de salir a su auxilio en lo que me sea posible”.

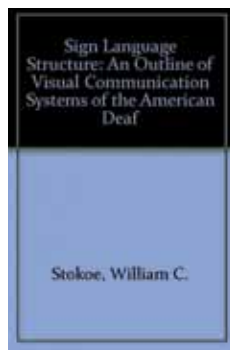
Los medios usados por el abate de L'Épée marcaron un momento decisivo para la educación de los sordos, ya que fundó las bases de la instrucción bilingüe dándole gran importancia al francés escrito. Su método iba de la escritura a la oralidad y no al revés, como era la costumbre en ese momento, dado que se pensaba que sólo podían sentir la fe los oyentes. Este religioso se consagró a demostrar que mediante la escritura los sordos podían también acceder a la fe.

Es la primera vez que son educados en forma colectiva, con la utilización de su lengua natural y son considerados seres capaces e inteligentes. Recién entonces se favoreció el reagrupamiento y la expansión de la lengua y la cultura sorda.

En esa misma época, el profesor alemán Samul Heinicke logró la primera escuela pública para sordos con reconocimiento gubernamental y con un método oral y manual. La enseñanza especializada para sordos nació en 1791, con la fundación del primer Instituto Nacional en París.

Entonces, el cuerpo de los niños sordos se convirtió en objeto de una estrategia ortopédica para corregir las deformidades. A partir de 1800, con el nombramiento de Jean Itard, el primer jefe médico y ortofonista de sordos, este instituto se transformó en un verdadero laboratorio donde se intentó corregir lo incorregible, es decir, hacer que los sordos escuchen.

Durante el siglo XIX se inventaron toda clase de prótesis: desde cornetes, sombreros, lentes y sillones acústicos hasta las primeras prótesis eléctricas que buscaban que el



“EN 1960 LA PUBLICACIÓN DEL LIBRO DE WILLIAM STOKOE SIGN LANGUAGE STRUCTURE DEMOSTRÓ QUE LA LENGUA DE SEÑAS ES UNA LENGUA NATURAL. ESTO CAUSÓ UN GRAN IMPACTO EN LA COMUNIDAD OYENTE Y PRINCIPALMENTE ENTRE LAS PERSONAS SORDAS, QUE PASARON DE HABLAR EN SU LENGUA EN FORMA CLANDESTINA A APODERARSE DE ELLA Y RECLAMAR EL DERECHO A USARLA”

sordo ingresara por fin al mundo sonoro. Itard inventó el primer audímetro para medir la sordera en su afán de curar las orejas y volver a los sordos oyentes. Así, instaló la discusión de la sordera en un plano meramente médico.

Los sordos pasan a ser medicados y las enseñanzas como la había entendido el abate L'Épée, con las señas como método de instrucción, poco a poco fueron eliminadas de la educación. Al mismo tiempo, la voluntad de imponer el método oral fue cada vez más fuerte hasta prohibir el uso de la lengua de señas.

En el Congreso de Milán de 1880 fueron echados los profesores y las personas sordas y se decidió que el método oral era el mejor para los sordos. Por eso, este congreso quedará en la historia como el de la prohibición que provoca un cese de la transmisión de la lengua de señas entre las viejas y nuevas generaciones.

Las instituciones educativas para sordos se volvieron espacios policiales donde los niños eran sometidos a múltiples privaciones. Todo este proceso de deterioro de la educación duró 120 años. En 1960 la publicación del libro de William Stokoe *Sign Language Structure* (Estructura de la Lengua de Señas) demostró que este lenguaje es una lengua natural, lo que causó una gran revolución no sólo en la comunidad oyente, sino principalmente entre las personas sordas que pasaron de hablar en su lengua

en forma clandestina y con vergüenza a apoderarse de ella y salir a las calles a reclamar el derecho a usarla y ser educados en ella.

La impronta de la mirada médica

La transversal mirada médica sobre la discapacidad nos envolvió a todos del espíritu “normalizador”, de estandarizar y ocultar todo lo que se saliera de lo “normal” y fue marcando el destino del colectivo de personas con discapacidad, siempre comparadas con lo que deberían ser, con un hándicap que alcanzar y sin el cual todo esfuerzo era inútil. La prolongada lucha de este colectivo logró demostrar que ese hándicap no nos define como personas, que una persona es mucho más que un oído que funcione al 100% o un par de ojos que puedan alcanzar grandes distancias.

El diagnóstico y todo lo que viene detrás sigue perteneciendo al área médica, sin permitir otra perspectiva de la sordera, la real, no la de la deficiencia o la pérdida, porque una persona sorda no es sólo una persona que no puede oír, la sordera es mucho más que eso.

La falta de una lengua en los primeros 7 años, fundamentales para la formación del ser humano, nos transporta a un mundo difícil de imaginar para los oyentes, acostumbrados a oír desde el mismo momento del nacimiento. Porque escuchamos vamos conociendo el mundo y las personas

que nos rodean y aprendemos a ponerle nombre en forma natural, sin pensarlo y sin esfuerzo.

La falta de lengua priva a la persona hasta de lo más imprescindible, no le permite ser, pensarse, nombrarse, conocerse y lo más temible: razonar. Para hacerlo es necesario tener una red cognitiva de una magnitud inalcanzable para una persona que creció sin lengua.

La persona sorda no puede apropiarse naturalmente de nada, porque nace en hogares con familia nuclear y extendida hablante de una lengua totalmente incomprensible, ya que el 95% nace en hogares de padres oyentes y el 90% de los padres no aprenden lengua de señas con la destreza suficiente como para formar a un hijo dependiente de esas manos para poder entender el complicado mundo en el que vivimos.

A pesar de los avances de la tecnología, la familia continúa siendo el primer referente social, insustituible. Es la célula impulsora del desarrollo emocional, intelectual y cognitivo del ser humano y sigue cumpliendo el papel de formadora de los vínculos afectivos y de la identidad de los sujetos. Allí se desarrollan las habilidades que van a servir como base para la vida.

Pero, cuando esa familia se encuentra incapacitada para promover el desarrollo de sus integrantes, estamos ante una familia disfuncional, una familia con problema de relacionamiento, en la que prevalecen los desencuentros. Lamentablemente, esto sucede en todas las familias en las que uno de sus miembros es sordo.

Investigadores como Juan Gonzales Portillo, Francia Rivas Marín, Ximena Marín Restrepo y Leidya Viviana Villamil Bonilla (2013) demostraron que la disfuncionalidad familiar disminuye la calidad de vida del núcleo familiar porque altera los

roles, los modos de expresión afectiva y la interiorización de lo normativo.

El apego, el vínculo específico y especial que se forma entre madre-hijo o quien haga sus veces, es el que va a determinar la forma en que el niño se ve a sí mismo, el desarrollo de su personalidad y su forma de relacionarse con los demás.

Las experiencias durante la infancia influyen en el moldeado de la capacidad para formar relaciones íntimas y emocionalmente saludables. La empatía, el afecto, el deseo de compartir, la capacidad de amar y ser amado y un sinnúmero de características de una persona funcional, adaptada al mundo que la rodea y feliz, están asociadas con las capacidades de apego formadas en la infancia y niñez temprana.

El lenguaje tiene un papel fundamental en la construcción del apego, en la conexión entre madre e hijo porque

“LA PERSONA SORDA NO PUEDE APROPIARSE NATURALMENTE DE NADA, PORQUE NACE EN HOGARES CON FAMILIA HABLANTE DE UNA LENGUA TOTALMENTE INCOMPENSIBLE. EL 95% TIENE PADRES OYENTES Y EL 90% DE LOS PADRES NO APRENDEN LENGUA DE SEÑAS CON LA DESTREZA SUFICIENTE COMO PARA FORMAR A UN HIJO QUE DEPENDE DE ESAS MANOS PARA ENTENDER EL MUNDO”

permite la comunicación consigo mismo y con los demás, el desarrollo pleno del sujeto, porque el hombre es hombre en sociedad, a partir de la relación que tenga con su “propio” lenguaje. En la situación de padres oyentes con hijos sordos, ese vínculo necesario, ese apego no puede darse en forma natural, ya que son personas pertenecientes a mundos, culturas y lenguas diferentes.

Eso marca a la persona sorda y a ese

núcleo familiar para siempre y, como dice el psicólogo Gustavo Rubino-vich, la convierte en “una familia con sordera a cuestas”. En los primeros años, esa familia recurrirá a los expertos: los médicos, que cargan ese sagrado manto que los envuelve y los transforma en sabios conocedores, a quienes pocos se animan a interpelar. Son ellos, precisamente, los que darán la visión sobre ese hijo, que no es el hijo esperado.

La mirada del otro es fundamental en la construcción personal porque es la que te visibiliza, te hace ser y pertenecer. Todos somos seres sociales. Como decía Aristóteles: “*El hombre es social por naturaleza, es decir, que la sociedad es el medio natural en que el hombre vive y se desarrolla*”.

La realidad humana no es sólo “ser-para-sí”, sino también “para-sí” en tanto que es “para-otro. El ser humano ha de hacerse a sí mismo, definirse en su proyecto, el hombre es ante todo un proyecto que se vive subjetivamente. Yo no sólo soy mi proyecto: al definir mi existencia defino al hombre, porque sé que no soy nada sin los demás.

Enfoque antropológico

De cómo nos miren es cómo nos vamos a mirar a nosotros mismos en el futuro, los techos que imponga la sociedad van a ser un límite insoslayable al desarrollo emocional y cognitivo de todo ser humano. Por eso, es fundamental en esos primeros años, luego del diagnóstico, realizar un enfoque antropológico de la sordera, pensar en las personas sordas como pertenecientes a una comunidad bilingüe y bicultural, con una identidad dada por la lengua que las aglutina. El sociólogo francés Bernard Mottez decía que la sordera es una discapacidad compartida que aparece sólo en el encuentro de un sordo con un oyente. Es una discapacidad

de comunicación que entre sordos la discapacidad desaparece. En pleno siglo XXI, la lucha sigue siendo el reconocimiento de la lengua de señas como materna de la comunidad sorda.

Es imposible pensar en un avance certero de este colectivo hasta que no tomemos conciencia de que las personas sordas son las únicas que tienen una lengua materna distinta, que necesitan de un intérprete de lengua de señas para cada acto de su vida. Es impensado que exista un proceso educativo enriquecedor sin que estas personas puedan ser educada en su propia lengua, en materia laboral, etcétera.

En el Uruguay hay unas 30.000 personas nacidas sordas y alrededor de 123.000 que han quedado sordas en distintas etapas de su vida. Es un país pionero y de avanzada en materia legislativa para la discapacidad con normas específicas para la comunidad sorda. La Ley 17.378 reconoce a todos los efectos a la lengua de señas uruguaya como natural de las personas sordas y de sus comunidades en todo el territorio de la república.

Uruguay no necesita seguir legislando, debe cumplir esas leyes, reglamentarlas y darles un marco jurídico

que las haga obligatorias. Pero, de nada sirven las leyes si no cambiamos la mirada estigmatizante sobre las minorías, si no les reconocemos el derecho a ser distintos, si seguimos como sociedad dando la espalda o midiendo al otro con la mirada comparativa de lo "normal".

Nuestra Constitución en su Artículo 8º dice: "Todas las personas son igua-

"EN EL URUGUAY HAY UNAS 30.000 PERSONAS NACIDAS SORDAS Y ALREDEDOR DE 123.000 QUE HAN QUEDADO SORDAS EN DISTINTAS ETAPAS DE SU VIDA. LA REPÚBLICA ES PIONERA EN NORMAS ESPECÍFICAS PARA LA COMUNIDAD SORDA, PERO DE NADA SIRVEN SI LA SOCIEDAD NO CAMBIA LA MIRADA ESTIGMATIZANTE SOBRE LAS MINORÍAS"

les ante la ley, no reconociéndose otra distinción entre ellas, sino la de los talentos o las virtudes".


La sociedad inclusiva no se logra con leyes. Si esas leyes no van acompañadas de una transformación social, son sólo papeles, papeles de avanzada para una sociedad retrograda, un cheque sin fondos e incobrable. La sociedad avanzada necesita información, sensibiliza-

ción y una construcción conjunta con empatía y con conocimiento del otro. El amor y la solidaridad se enseñan y se construyen.

Todos tenemos una responsabilidad social y un rol que cumplir para lograr una transformación real, que desdibuje y destruya esa línea divisoria que marca al diferente y lo sitúa en la otra orilla.

No podemos negar los grandes avances alcanzados gracias a la educación, que es el único medio para lograr una sociedad equitativa, justa y con igualdad de oportunidades.

Todos queremos ser parte de una sociedad inclusiva, pero la única forma de lograrla es mediante capacitación e información, adecuaciones y reformas legislativas, reglamentación de las leyes vigentes y acciones pedagógicas que nos permitan pasar de un esquema de favores y asistencia a un enfoque de derechos y deberes, en el que la discapacidad sea entendida como una cuestión de derechos humanos y la problemática sea la exclusión y la discriminación en vez de la discapacidad.

Como decía Victor Hugo, el escritor francés de Los Miserables, *Qué importa la sordera del oído cuando la mente oye, la verdadera sordera, la incurable sordera es la de la mente.* 



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 • 4ºA • 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



datos socio-económicos

Salario Mínimo Vital y Móvil Res CNEPSMVM N° 3/2018, actualizada por Res CNEPSMVM N° 1/2019	\$12.500
Ingresos	\$34.309 (promedio de ingresos totales del hogar) INDEC EPH 4° trimestre 2018
Indicadores de actividad	Tasa de Actividad 46,5% . INDEC EPH 4° Trimestre 2018
	Tasa de Empleo 42,2% . INDEC EPH 4° Trimestre 2018
	Tasa Desocupación 9,1% INDEC – EPH 4° Trimestre 2018 (aglomerados urbanos)
Índice General de Precios	+3,4% Variación porcentual mensual +55,8% Variación porcentual anual INDEC Abril 2019
Pobreza	23,4% Hogares 32,0% Personas INDEC EPH 2° Semestre 2018
Monto Canasta Básica Total	\$9.304,51 Adulto equivalente (GBA) \$28.750,94 Hogar INDEC marzo 2019
Indigencia	4,8% Hogares 6,7% Personas INDEC EPH 2° semestre 2018
Canasta Básica Alimentaria	\$3.767,01 Adulto equivalente (GBA) \$11.640,06 Hogar ¹ INDEC enero 2018
Jubilados	\$11.528,44 Haber Mínimo Jubilatorio (junio 2019) 6.922.872 jubilaciones y pensiones SIPA (diciembre 2018) ANSES
AUH	\$2.652 Valor general (marzo 2019) \$8.642 Valor general hijo con discapacidad (marzo 2019) ² 4.055.644 Beneficiarios de Asignación Universal por Hijo (enero 2019) ANSES
Pensiones No Contributivas ³	1.389.902 beneficiarios (4° trimestre 2018 y Enero 2019) SIEMPRO- MSyDS - SiNTyS
Programa Hacemos Futuro ⁴	247.169 beneficiarios (4° trimestre 2018) SIEMPRO - MSyDS
Programas de Empleo ⁵	388.351 beneficiarios (3° trimestre 2018) SIEMPRO - MSyDS - MPyT
Plan de Seguridad Alimentaria	1.383.121 beneficiarios (3° trimestre 2018) SIEMPRO - MSyDS
Monotributo Social	478.933 beneficiarios (diciembre 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 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

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

4 Incluye Programas Argentina Trabaja y Ellas Hacen.

5 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

La transformación necesaria del modelo de atención

La juventud envejece, la inmadurez se supera, la ignorancia puede educarse y la borrachera despejarse. Pero la estupidez dura para siempre.

Aristóteles



Por Carlos Alberto Díaz

Médico (UBA)

**Especialista en Nefrología
y Medio Interno (UBA)**

**Especialista en Terapia Intensiva
(Colegio Médico)**

Médico Sanitarista ANM

Gerente Médico Sanatorio Sagrado Corazón

**Director de la Especialización en Economía
y Gestión de los Servicios de Salud
(Universidad ISALUD)**

Macrotendencias demográficas y epidemiológicas

Las macrotendencias demográficas y epidemiológicas nos obligan a replantear la forma de gestionar los sistemas y las organizaciones sanitarias. Las transiciones tecnológicas, económicas, políticas y sociales son también vectores de esta transformación que exige renovar el modelo de atención, desde uno que atiende pacientes agudos o las descompensaciones de los pacientes crónicos –totalmente fragmentado–, por otro longitudinal y continuo que mitigue o evite las complicaciones de los crónicos de todas las edades. Esas modificaciones implican innovaciones copernicanas en los dispositivos asistenciales, en la organización de los hospitales, en las formas de contratación, en los incentivos de la relación de agencia, en la provisión de medicamentos, y en la contención social de los ciudadanos. Son transformaciones que tienen relación con los cambios observados en la demanda. Son lógicas y de sentido común, pero enfrentan intereses creados que se benefician con el modelo actual.

Por esto, el sistema de prestación sanitaria debe estar integrado y ser integral. El concepto de estar integrado tiene primero tres dimensiones vinculares: a) desde lo financiero y social con lo sanitario; b) desde lo educativo y lo político con lo sanitario, en su expresión más cabal: la salud debe estar en todas las políticas; c) entre el financiamiento y la prestación.

Las personas que no gozan de un estado de salud adecuado no tienen plena libertad. El proceso de enfermar hace que las

personas se sientan más vulnerables. No tienen capacidad de trabajo. No pueden desarrollar sus proyectos de vida. Una salud para todos abarca también y fundamentalmente integrar los determinantes sociales: la pobreza, la desigualdad económica, la soledad, la educación, la vivienda, el ambiente, el acceso a los sistemas de atención, un trabajo digno bien remunerado. Debe estar integrado entre lo social y lo sanitario, en la complementación de la atención que requiere el paciente.

El sistema será integral si involucra —además de la atención— la curación, la promoción, la prevención y la rehabilitación. Un segundo nivel de integración es conocido como vertical u horizontal desde el neoinstitucionalismo (Báscolo, 2015). El vertical debe ser bidireccional, desde arriba hacia abajo y viceversa (Nuño Solinis, 2016). Puede ser desde la función de rectoría o macrogestión hasta la atención. Lo denominaré *top down*. Luego está el que —desde el sector operativo, de la atención de los pacientes— pretende integrar la información para que mejore el sistema político de toma de decisiones, conocido como *bottom up* o desde abajo hacia arriba. Es conveniente que el sistema se nutra de información confiable y tome las mejores decisiones. La otra forma de integración importante es la horizontal: entre centros o proveedores de un mismo nivel asistencial.

Desde un abordaje organizativo, la integración se puede generar por el mercado, por jerarquía o complementación de redes. Últimamente, en determinadas patologías se optó por la conformación de corredores sanitarios, con servicios 7/24 para atender dolor precordial, accidentes cerebrovasculares, trauma severo y quemados (Díaz, 2016).

Un nivel de integración ya interno, en los hospitales, se puede dar por procesos en una producción matricial: procesos bien reglados, casi de producción industrial, o bien mediante la atención personalizada de los pacientes complejos, con evaluaciones clínicas, cognitivas, sociales y funcionales, para determinar la capacidad de contención del paciente en el medio y su fragilidad, dependencia o discapacidad (Junta de Andalucía, 2014).

Epistémicamente, la integración involucra entender que la salud debe apelar a la recursividad en su estrategia, asumiendo que las empresas de salud son sistemas adaptativos complejos, donde el producto, el *output*, tiene que ser un productor de salud, y también fundamentalmente un *outcome*, un resultado, un desempeño esperado (Díaz, 2012 y 2014). Estos productores de salud recursivos son los mismos pacientes en autocuidado, sus familiares, los padres y los abuelos recibiendo consejos, signos de alarmas e indicaciones para adherir al tratamiento. También los médicos y las enfermeras referentes, para que colaboren en la atención de los pacientes reintegrados a la comunidad. Y los

niños, con la prevención y promoción impartida en los colegios como contenido educativo (Riss, 2016). Técnicamente se denomina prestación integral a integrar la promoción con los hábitos saludables, la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, la curación, el cuidado, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la atención domiciliaria y los cuidados especiales.

La integración debe ser asimismo con la persona, el paciente que al estar informado genera decisiones compartidas (Montori, 2016), conocimientos de su enfermedad que se aplicarán sobre las conductas saludables, sobre los elementos de autocuidado, sobre los determinantes sociales que están influenciando, las características de su familia o los proyectos de vida. Mostrando las opciones de tratamiento aumenta la adherencia en cuanto a vías de administración, posología, costos y accesibilidad (Perestelo Pérez, 2014). La integración de la atención de pacientes crónicos involucra diferencias en su atención, relacionadas con las necesidades reales, la diferente gravedad de su enfermedad o estadios evolutivos, la organización de la oferta y nuevas formas de contratación y pagos (Maceira, 2010).

Este abordaje genera propuestas acerca de cómo segmentar la población en función de las necesidades. Estos requerimientos obligan a las instituciones para que desplieguen modalidades de atención más integradas, de cuidado continuo, con longitudinalidad de los cuidados, nuevos dispositivos de atención centrada en la persona, organizativos, competencias diferenciales, en función del cambio en los requerimientos de la transición epidemiológica, siguiendo fundamentalmente el *Chronic Care Model* (CCM) de Wagner (1999), que aplicó con éxito la Kaiser Permanente. Este modelo tiene como elementos esenciales de una buena atención de pacientes crónicos: un paciente activo, informado, con conocimiento de su enfermedad y cuidado, pautas de alarma, y realizando interacciones productivas con un equipo preparado en la atención de los pacientes crónicos (Barr, 2003). Los modelos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas están relativamente en sus inicios. El CCM de Wagner, el primer sistema ampliamente divulgado y base para posteriores enfoques, lleva en uso apenas 20 años. Modelos más recientes, tales como el Modelo de Cuidado Crónico Extendido, empleado y planteado por el Gobierno de la Columbia Británica de Canadá, y el Marco de Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas de la OMS son, en general, variantes de ese modelo original que enfatizan la importancia del compromiso de la comunidad, de las actividades de prevención, de promoción de salud y de la necesidad de optimizar el uso de recursos y la formulación de políticas sanitarias. La estratificación basada en la pirámide de Kaiser Permanente podría facilitar la clasificación de pacientes

en tres niveles de intervención, de acuerdo con su nivel de complejidad: el primero de autocuidado, el segundo de gestión de la enfermedad y en el tercero están los pacientes que están en la parte superior de la pirámide y representan sólo entre el 3% y el 5% de los casos, pero son los más complejos y consumen la porción más elevada de recursos.

Modificar el modelo de atención

El modelo actual es episódico y fragmentado. Atiende las complicaciones agudas de los pacientes sin tener diseñadas transiciones o sistemas proactivos de atención, ni tampoco acciones para asegurar la referencia de los pacientes a otros sectores del sistema.

El paciente supone entonces que debe acudir a especialistas, quienes no entenderán por qué son consultados. Existe así un abismo entre lo sanitario y lo social.

El sistema sigue enfocando todos sus esfuerzos en un modelo asistencial centrado en pacientes agudos, pero no atiende de manera adecuada a los pacientes crónicos, con multimorbilidad y polipatología, con necesidades asistenciales diferentes a las patologías agudas. Existe una fuerte fragmentación entre niveles asistenciales y entre estructuras, con compartimientos estancos: hospitales, atención primaria, servicios sociales. Esta fragmentación merma la calidad e impide ofrecer continuidad de cuidados y la eficiencia de los servicios prestados. En muchos casos no se consigue estabilizar a los pacientes, lo que se traduce posteriormente en un elevado volumen de re-ingresos y urgencias evitables. Los esfuerzos se consumen en atender pacientes descompensados que podrían haber sido reevaluados antes (Ballesteros, 2014).

El sistema de salud argentino está fatalmente fragmentado en derechos, en accesibilidad, en instituciones, en proveedores públicos y privados, presupuestariamente, en procesos y en continuidad de atención (Díaz, 2019; Varela, 2015). Los pacientes con patologías crónicas son atendidos de forma episódica, quedando a menudo “fuera del radar” del sistema de salud, de manera que una vez se van de la consulta o son dados de alta desaparecen y no reciben ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva, ni se plantea ningún tipo de monitorización remota ni apoyo para la gestión de su enfermedad. Vuelven con episodios que requieren ingresos a las unidades de críticos, siendo más de la mitad de ellas internaciones potencialmente evitables (González, 2014).

El modelo de atención debe dejar de ser un modelo imprevisor de atención de las complicaciones agudas, totalmente segmentado

y fragmentado, y que impide la atención longitudinal y continua, para orientarse a la segmentación del riesgo a la atención de pacientes crónicos con mejora en el autocuidado, o bien introduciéndose en la historia natural de su enfermedad para impedir la evolución natural, postergando las complicaciones y el deterioro de la salud.

Luego están los pacientes más complejos, que son los que tienen más de una patología y multimorbilidad, y que se convierten en pacientes complicados, con déficits clínicos, funcionales, cognitivos, mentales y sociales. Estos exigen una visión más extensa que la encarada por el especialista: deben ser atendidos por equipos de gestores de casos; luego la organización de servicios hospitalarios con internistas o generalistas, fundamentalmente equipos multidisciplinarios que puedan seleccionar un esquema de tratamiento individualizado y personalizado del paciente; y por último un sistema de atención de procesos, tipo *Factory*, para procesos con menor variabilidad y cuasi industrializados (Varela, 2019).

Componentes y variables de integración

Para la integración propongo una serie de acciones nucleares (Vilaca Mendes, 2013):

- Identificación de los pacientes, nominalización, georreferenciación e historia social.
- Luego de identificarlos se deben asignar y estadificar, para medir el impacto que haya ocasionado la enfermedad.
- Ello debe complementarse con una evaluación global, funcional, cognitiva, social y clínica.
- La comunicación de los pacientes con el equipo de atención y de especializada con la atención primaria.
- La planificación asistencial de los casos, la organización y vinculación con los servicios y su monitorización.
- Seguimiento de los pacientes.
- Referenciación ante situaciones emergentes.
- Pautas de alarma.
- Medicación: provisión, continuidad y control de ingesta, botiquín.
- Puntos de provisión y controles periódicos.
- Reevaluación.
- Intersección por prestaciones especiales que requieran los pacientes.
- Prestación individualizada de consejos.
- Orientación hacia la asistencia y la emergencia de pacientes que están dentro del sistema.

- Acciones para contactar pacientes con cuidados crónicos y frágiles.
- Comunicación e interacción entre la atención primaria y los servicios de diagnóstico, entre la atención primaria y los servicios especializados, y entre éstos y los cuidados de media estancia y los de post alta.

Los servicios de “post venta” deben estar fortalecidos: es un área en la que debemos innovar para que le ofrezca el sistema continuidad de los cuidados y así evitar reinternaciones. La telemedicina y la comunicación por WhatsApp o mail juegan un papel fundamental (Krynski, 2018), así como las recitaciones programadas; los llamados post alta; la educación para colaborar en el reemplazo de la pérdida de autonomía del paciente; la kinesiología domiciliaria; o la asignación de pacientes complejos a gestores de casos (Díaz, 2017). Deben desarrollar vínculos precisos entre el sistema de salud y sus pacientes, por los cuidados que necesitan, la comunicación, los servicios de apoyo, las instituciones que constituyen la red y lo que se espera de ellas, así como una historia clínica en registro electrónico que se comparta, contratos que privilegien el tiempo con el paciente y los cuidados integrados del proceso, para que no tenga que realizar visitas innecesarias, ni esperas improductivas, ni copagos limitantes de acceso a personas frágiles, proveyendo los servicios sociales complementarios.

La organización debe estar orientada a promover la integración entre proveedores a través de mecanismos jerárquicos, contractuales o de red. Luego estos participantes deben ser asignados a organizaciones sanitarias integradas, generando redes virtuales de integración, inter e intraorganizativas basadas en acuerdos, contratos o alianzas entre proveedores y aseguradores, los grados de integración de la propiedad y las gestiones, siendo lo más importante la integración organizativa.

Aspectos positivos y negativos de las distintas formas de integración

- Las relaciones de mercado se realizan a través de contratos de corta duración o intercambios concretos entre organizaciones independientes, diferenciándose por el poder de coordinación y el riesgo financiero. En el mercado cada prestador goza de poder de decisión independiente y riesgo económico. En las integraciones por jerarquía, el poder y el riesgo se concentran en las unidades organizativas directivas. En las redes se comparte entre unidades organizativas. En la práctica, muchas veces vemos modos de organización integradas mixtas.

- En el sector sanitario, la presencia de alto grado de incertidumbre en cuando a la efectividad de las prestaciones elegidas, los resultados y las asimetrías de información, tradicionalmente han dificultado la operación eficiente de mecanismos de coordinación jerárquicos y de mercado, los que seguramente explican el surgimiento de redes autogestionadas de profesionales como mecanismos de coordinación informal.

- Las jerarquías imponen más departamentalización. Esto produce tensiones entre autoridades que tienden a la centralización y quienes están en las unidades de atención, que quieren más poder de decisión. Uno de los riesgos principales de esa tensión es la desmoralización de los intervinientes en las organizaciones.
- La diversificación en la oferta prestadora quita capacidad de lograr mejores respuestas locales.
- Las redes permiten organizar más en base a las necesidades de los pacientes, pero eso lleva a incrementar la capacidad de los efectores. Estos tienen más participación ciudadana, que es una ventaja. En los modelos jerárquicos las decisiones se toman a nivel del gobierno clínico.
- La regionalización permite gestionar mejor a los pacientes dentro del sistema, dándoles un orden para su derivación, atención y orientación hacia lugares donde obtener una mejor respuesta.

Cuando los modelos de integración ponen el foco en el valor que aportan las prestaciones de salud, interesan los resultados clínicos y el sacrificio para lograrlos. Los costos se reducen entre 20% y 30% y lo hacen empujados por el rechazo que los internistas responsables hacen de las prácticas innecesarias.

Uno de los principales problemas que afectan al modelo actual es la fragmentación de los cuidados. Esto implica que las atenciones no se organizan en forma de cuidados continuos, sino como prestaciones aisladas que a veces se duplican y otras no se conectan en forma oportuna. Las personas reciben cuidados diferentes para iguales problemas de salud (Tobar, 2011).

En general, los incentivos a la eficiencia son escasos. La inducción para prescribir también puede estar impulsada por la medicina defensiva. Los médicos pueden tener incentivos para tratar de atraer hacia sus tratamientos a pacientes de riesgo bajo, que les resultan fáciles o que les insumen poco tiempo y riesgo.

La accesibilidad a los sistemas de salud se ha convertido en un valor magnificado de la asistencia sanitaria. Esto genera una tendencia a incrementar la oferta, recordando que la misma en cierta medida es generadora de su propia demanda, la sobreprestación, internaciones innecesarias o su prolongación.

Organizaciones sanitarias integradas

Las organizaciones sanitarias integradas pueden requerir distintos grados de integración vertical y horizontal. La integración vertical puede operarse desde el financiador, pagador, hospitales, ambulatorios y emergencias, e incluye la diversificación de otras líneas de productos, como los cuidados de larga duración, salud odontológica o centros de oftalmología.

Las organizaciones sanitarias integradas se centran en poblaciones afiliadas, definidas. Potencialmente la coordinación permitiría economías de escala y de alcance, donde las alianzas permiten la asistencia integrada. Tiene elementos para conseguir el enlace entre prestadores, proveedores, financiadores y pacientes; emplea incentivos financieros para alinear las partes; es capaz de mejorar la continuidad de la asistencia que provee; la alineación entre financiación e incentivos de pago; la colaboración entre medicina y gestión; y la rendición de cuentas.

Las integraciones pueden darse en el marco de las redes, las jerarquías y los mercados; por integración en propiedad de la firma o contractuales.

Atención basada en el valor

Los servicios de salud en la actualidad muy frecuentemente están basados en el volumen y la productividad, en medio de sistemas de salud muy fragmentados. En este contexto, el análisis y la generación de valor en las organizaciones sanitarias son fundamentales para la transformación de los servicios de salud. Valor es el cociente entre resultados de salud y el costo para llegar a esos resultados, considerando el impacto en la salud individual y global que generan las actuaciones y el costo de la tecnología como valor incremental y el costo de oportunidad (Lakdawalla, 2018).

Porter y Teisberg (2004) proponen que el valor en salud se crea mediante una competencia basada en grupos poblacionales por riesgos, enfermedades específicas y una adecuada respuesta a las evaluaciones de los usuarios, favoreciendo que cada uno de los pacientes pueda seleccionar a sus aseguradores y sus prestadores con base en el valor que generan, y constituyendo un nuevo ambiente de “suma positiva” de valor. Es decir, si una organización en salud empieza a generar valor a través de la prestación o el aseguramiento, el sector de la salud en conjunto iniciará el viraje hacia el valor. El pago basado en el valor fomenta e incentiva la integración de los servicios asistenciales, acentuando el compromiso de los profesionales por impulsar innovación costo-efectiva y la obtención de mejores resultados

clínicos. Solo utilizan lo que aporte valor a la clínica (Porter, 2014; Coleman y otros, 2009).

Pero los profesionales están inmersos en la falta de tiempo, en la sobrecarga de trabajo, en la presión consumista del complejo industrial médico y de los pacientes, en la petición excesiva de pruebas diagnósticas por múltiples razones, que también son circulares o redundantes a la falta de tiempo y a la medicina defensiva, a la ensoñación tecnológica, a compensar la espera de los pacientes, el racionamiento médico y la incertidumbre diagnóstica.

Atención centrada en la persona

El máximo valor que le asignamos a las prestaciones debe estar basado en la atención centrada en las personas, segura, de calidad y eficiente, que promueva la interacción entre profesionales y entre instituciones; la continuidad de cuidado dentro de las instituciones; durante la noche y los fines de semana, y en la ampliación de lo asistencial a lo sanitario cuando se requiera; estudios de costo efectividad para sostener las decisiones; organización de las transiciones entre los niveles asistenciales, y especialmente cuando el paciente es dado de alta de una hospitalización.

Es indispensable contar con una historia clínica informatizada uniforme que sea compartida, para que se pueda establecer una buena referencia y contrarreferencia de los pacientes (Nundy, 2014).

El Picker Institute (2015) refirió en 1998 la atención centrada en el paciente:

- Respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes. Esto implica fundamentalmente conocerlos, indagarlos, dar el espacio de libertad para que ellos los expongan adecuadamente.
- Deben recibir los servicios y las prestaciones en forma coordinada e integrada entre niveles y entre lo médico y lo social.
- El paciente debe disponer de información relevante, clara y que la entienda y la interprete en la medida de sus conocimientos. Para ello el médico o el equipo profesional deben tomarse el tiempo para explicar y para la repregunta, no ofenderse por lo que leyó en Internet con el Dr. Google, sino darle las páginas mediante las cuales pueda aumentar sus conocimientos. Saber más de su enfermedad lo ayudará.
- Conseguir la máxima calidad de vida posible en ese momento, con especial atención al alivio del dolor.
- Disponer para los pacientes y sus familias el apoyo emocional para afrontar el miedo y la ansiedad.

- Debe implicar al núcleo cercano y los afectos del paciente, familiares y amigos, o compañeros de trabajo, en la medida que el paciente autorice. Siempre será un beneficio si estos están en consonancia con las expectativas y lo que se espera de los tratamientos.
 - Debe recibir atención continuada, independientemente del punto de atención donde se esté llevando a cabo.
 - Debe obtener la máxima accesibilidad posible a los servicios prescritos.
- Esto es lo que Jordi Varela significa como principios “pickierianos”, que hacen a la atención centrada en las personas. Como consecuencia de la impericia de un modelo hegemónico médico –que yo llamo “de la ilustración”– surgen algunas cuestiones que debemos corregir desde la gestión:
- Los médicos prefieren escribir recetas y estudios antes que explicar, dar explicaciones y escuchar.
 - El tiempo de los profesionales es valioso, pero siempre es más económico el tiempo que emplean en dar esas explicaciones para no pedir estudios innecesarios.
 - El tiempo que los médicos dedican a hablar con sus pacientes acerca a los objetivos de eficiencia, por ello es indispensable que se organice correctamente la gestión de los pacientes, su puerta de entrada, la organización de las listas y las esperas.
 - Los pedidos innecesarios producen alarmas y consecuencias indeseadas, generando un universo de incomprendiones y verdades a medias.
 - Parecería que siempre es más fácil gestionar un falso positivo que un falso negativo.
 - Debe abandonarse la “*cookbook medicine*”, la dictadura de las guías, los algoritmos, códigos, protocolos y propuestas de cambio, una medicina excesivamente centrada en la garantía de los procedimientos. Los médicos de hoy podrían estar amparándose demasiado por las guías de práctica clínica, para ejercer una medicina de manual (Knaapen, 2014).

Existen acciones simples, desde el actual modelo de atención, que son cambios de mejora continua. Algunos aspectos prácticos para humanizar la atención:

- Pensar que no es necesario extraer sangre todos los días a los pacientes internados.
- Respetar el sueño de los pacientes y no realizar controles innecesarios.
- No hacer ruido dentro de la sala. No movilizar cosas, ni utilizar elementos de limpieza muy ruidosos en las plantas técnicas.
- Conservar adecuadamente las pertenencias de los pacientes.
- Tener protegidas las cosas.
- Tener siempre limpia y ordenada la habitación.

- Guardar los estudios complementarios que el paciente se hizo con anterioridad.
- Llamar a la puerta de la habitación antes de entrar.
- Respetar la intimidad, el pudor y la manera de ser.
- El paciente debe saber el nombre de quien lo atiende.
- El paciente debe conocer qué estudios se le van a realizar y por qué.
- Debe estar informado si hay cambios en las condiciones clínicas.
- Escuchar e implicar al paciente en las decisiones científicas.
- Generar una solución razonable que contemple la inclusión de la evidencia científica y los valores y las preferencias de los pacientes.
- Mantener alto nivel de profesionalidad.
- Mantener siempre las formas.
- Explicar las normas básicas del establecimiento.

Siete intensidades de cuidado

Luego de la población sana, que se debe incorporar al sistema de salud, existe aproximadamente un 45% de la población que tiene afecciones crónicas, y un 5% con polipatología y multimorbilidad. Dentro de los estadios iniciales de las enfermedades crónicas, en sistemas bien segmentados podríamos generar una categoría inicial o controlada de la enfermedad crónica, a definir no solo nosológicamente, sino introduciendo los criterios sociales, los determinantes de la salud y el acceso al sistema sanitario. Un 30% del total de la población, en lugar de tener un médico de cabecera generalista o internista, podría tener un diabetólogo, neumonólogo, cardiólogo, oncólogo o neurólogo. Un 15% de la población general debería tener un equipo de cuidado multidisciplinario. Para ellos los principios prioritarios del *disease management* serán la continuidad, la longitudinalidad de los cuidados, la estadificación, los registros electrónicos disponibles, la accesibilidad, y la coordinación entre los profesionales de la atención, de acuerdo con su contexto familiar y social. Deben también tener asegurada la medicación, porque la interrupción del tratamiento puede llevar a la descompensación. Estos pacientes tienen que tener medios telefónicos de comunicación con sus médicos.

La mayoría de las enfermedades crónicas tienen una evolución definida donde se incrementa la intensidad de necesidades y requerimientos. 25% de las personas mayores viven solas. Y la soledad y la pobreza agravan el pronóstico.

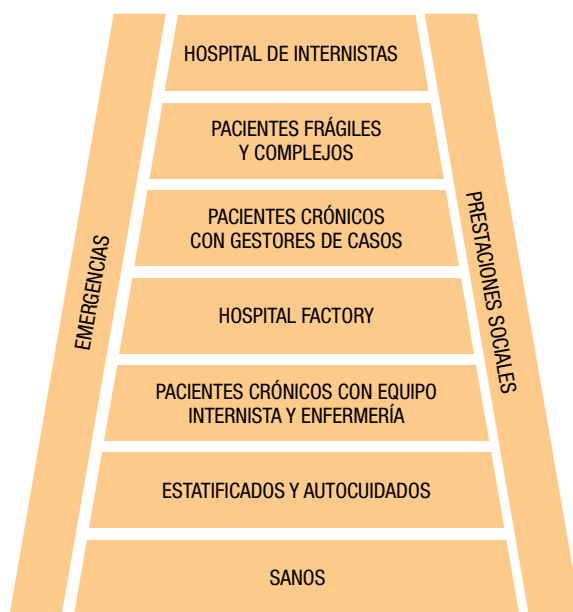
En el *hospital de la demanda programada*, el hospital de los procesos u *hospital Factory* se realizan procesos divididos en partes:

preparación, quirúrgico, recuperación precoz, internación, alta y cuidados continuos. En el *hospital de la emergencia* se despliega la atención de la unidad geriátrica aguda y el sector de atención de pacientes complejos con descompensaciones, que intentará equilibrar a los pacientes y no internarlos, sosteniéndolos con cuidados en domicilio. El *hospital de los internistas* corresponde a los enfermos complejos que requieren un plan de cuidados adecuado, específico, personalizado, que jerarquice la estabilización, la mejor calidad de vida a la que el paciente puede aspirar. Es el hospital de los casos complejos.

Cambios prácticos para lograr un sistema de atención integrado

- Todos los beneficiarios de un sistema de cobertura deberían tener un médico que registre su historia clínica y la guarde en soporte electrónico dentro de los primeros dos meses de incorporarse al sistema: “queremos darle la bienvenida que usted merece”. Que no sea un factor limitante, sino facilitador de la atención.
- Los pacientes con enfermedades crónicas detectadas deben tener una consulta con el especialista y determinar junto con el internista un plan de cuidados individualizado. El internista debe empoderar al paciente para que colabore con su autocuidado. El especialista, de acuerdo con los protocolos, podrá convertirse en su médico de cabecera, mejorando la comunicación con el paciente y el sistema.
- Los pacientes deben tener acceso a los medicamentos y dispositivos para el autocontrol de su enfermedad.
- Las prestaciones clínicas deberán complementarse con las de farmacia comunitaria o una oficina de farmacia que tenga actualizada las prescripciones del paciente, las recetas electrónicas y su tratamiento crónico, su validación, y la cantidad de fármacos adquiridos para evitar que el paciente forme un *stock* que no necesita. El acceso a los medicamentos tiene que estar asegurado.
- Las prestaciones sociales deben complementar a las clínicas, especialmente aquellas que sirvan para contener al paciente en su domicilio.
- Los pacientes más complejos deberían tener dispositivos para comunicarse con los equipos de atención de enfermos complejos en todo momento y con llamados automatizados con la emergencia.
- Los hospitales deberían disponer de procesos de atención específicos de estos pacientes y unidades geriátricas de agudos, para evitar internaciones innecesarias, las complicaciones que

Siete niveles de segmentación de necesidades en el prestación



Fuente: elaboración propia

- éstas generan, el deterioro de la salud y acortar las estancias.
- Se deben incorporar enfermeros y trabajadores sociales a los equipos de atención, que contribuyan al dispositivo de vinculación o transición en los cuidados.
- Se debe llevar un registro sobre los gastos que estas acciones implican y los esfuerzos de inversión de las coberturas, para que los pacientes y sus familiares lo valoren y cuiden.
- Se debe incentivar, fortalecer y desarrollar la atención primaria de la salud, para que el paciente consuma más recursos en ella y menos en la guardia de los hospitales y en emergencias domiciliarias.
- Se deben establecer corredores sanitarios para aquellas patologías que el tiempo en el acceso es decisivo como factor de pronóstico, para evitar que generen incapacidad y con ello mejorar la calidad de vida posible, como así también disminuir los costos evitando internaciones necesarias. Esto incluye el alerta de infarto y de ACV.
- Se deben impulsar acciones preventivas, de cambios de hábitos, de conductas saludables.
- También se debe mejorar el acceso a las inmunizaciones.

Resumen

Nuestro sistema de salud es universal en el acceso, pero no asegura prestaciones en tiempo, forma y calidad. Sobre esa base debemos abandonar la planificación de recursos históricos, las

rigideces corporativas o académicas y los privilegios políticos, para hacer realidad la atención centrada en la persona, promoviendo el trabajo en equipos multidisciplinarios, circular, flexible y de respuestas dinámicas, que ofrezca la segmentación en función de necesidades, ampliando su visión psicosocial y contextual hacia los determinantes sociales de salud.

Se debe repensar el modelo prestador desde el curar y cuidar; segmentar las necesidades; dar respuestas en siete niveles de intensidad; brindar continuidad y longitudinalidad una vez que se incluyen los pacientes mediante la integración del sistema; modificar progresivamente el sistema fragmentado actual con la firme decisión de dar continuidad asistencial a los pacientes y atenderlos con diferentes dispositivos en relación con el estadio evolutivo de sus afecciones.

Los hospitales deben tener ejes de funcionamiento: el *hospital factory* de producción industrial; procesos programados; el hospital generalista de procesos complejos para pacientes con polipatología y multimorbilidad; y el hospital de las emergencias y de la unidad geriátrica de agudos. Con soluciones distintas, con extensión de sus acciones a la comunidad y a los pacientes que más requieren del sistema. Las especialidades y los internistas deben estar comunicados para intercambiar conceptos sobre lo mejor para los pacientes, sus familias y el sistema de salud. Debe fortalecerse la continuidad, asignando un médico y un enfermero responsable, separando áreas de conocimiento estructuradas en la atención de pacientes complejos y unidades geriátricas de agudos, gestionando los procesos desde las necesidades reales.

Referencias

- Ballesteros M (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana. Biblioteca Clacso, 41.
- Barr VJ, S Robinson, B Marin-Link, L Underhill, A Dotts, D Ravensdale, S Salivaras (2003). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*. 7(1): 73-82.
- Báscolo E (2015). Economía de la salud y neoinstitucionalismo. *Cuadernos médicos sociales*, 82: 5-28.
- Coleman K, BT Austin, C Brach, EH Wagner (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28: 75-85.
- Díaz CA (2012). La empresa sanitaria moderna 2. Buenos Aires: ISALUD.
- Díaz CA (2014). Gestión Clínica: no es el remedio de todos los males, pero bien utilizada soluciona muchos problemas. En <http://www.isalud.edu.ar/novedades.php?ID=214>.
- Díaz CA (2016). Tenemos que pensar el hospital Argentino. *Temas Hospitalarios Buenos Aires*. 31 y 32.
- Díaz CA (2017). Asignación de pacientes a gestores de casos. AES España. *Temas libres*. Presentación oral.
- Díaz CA (2019). Sostenibilidad del sistema de salud argentino. *Maestría en Gestión de Servicios de Salud*. 2019.
- Gonzalez G y colaboradores (2014). Abordaje integral de personas con enfermedades no transmisibles. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento147.pdf>.
- Junta de Andalucía (2014). Protocolo de clasificación avanzada del paciente frágil.
- Knaapen L (2014). Evidence based medicine of cookbook medicine? Addressing concerns over the Standardization of care. 8-6: 823-836.
- Krynski L y G Goldfarb (2018). La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, email, portales. El desafío de la pediatría en la era digital. *Arch Argent Pediat*, 116.(4): 554-559
- Lakdawalla DN, JA Doshi, LP Garrison, ChE Phelps, A Basu, PM Danzon (2018). Defining elements of value in health care. A health economic approach: an ISPOR special task force report. *Value in Health*. 21.131-139.
- Maceira D, C Cejas y S Olaviaga (2010). Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino.
- Montori V (2016). Ayudas para tomar decisiones compartidas permiten a los pacientes elegir el tratamiento más correcto. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/ayudas-para-tomar-decisiones-compartidas-permiten-a-los-pacientes-elegir-el-tratamiento-correcto>.
- Nundy Sh y J Oswald (2014). Relationship-centered care: A new paradigm for population health management. *Healthcare*, 2. 216-219.
- Nuño Solinis R (2016). Desarrollo e implementación de la Estrategia de cronicidad del país vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit* 30. (s1): 106-110.
- Perestelo Pérez L (2014). Manual con criterios de evaluación y validación de las herramientas de ayuda para la toma de Decisiones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Picker Institute (2015). The eight principles of patient centered care. <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care>.
- Porter M (2014). Value Based Health Care Delivery. Harvard Business School.
- Porter ME y E Teisberg (2004). Redefining competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 82 (6): 64-76, 136.
- Rissalud (2016). Redes integradas de servicios de salud. [http://www.rissalud.net/images/documentospdf/Concept_Note\(2018\)JF%20CER%202.pdf](http://www.rissalud.net/images/documentospdf/Concept_Note(2018)JF%20CER%202.pdf).
- Tobar F (2011). ¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.
- Varela J (2015). ¿Qué quieren los pacientes crónicos? <https://lovexair.com/que-quieren-los-pacientes-cronicos-jordi-varela>.
- Varela J (2019). Cinco intensidades de provisión para una sanidad más valiosa. Ebook.
- Vilaca Mendes E (2013). Las redes de atención de Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/las-redes-de-atencion-de-salud-2013.pdf>.
- Wagner EH, C Davis, J Schaefer, M Von Korff, B Austin (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quart*. 7(3): 56-66.

Suplementos dietarios para deportistas: marco reglamentario nacional e internacional y situación actual de los productos comercializados en Argentina



Por Laura de la Casa

Bioquímica (UBA)

Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria (Universidad ISALUD)

1. Introducción y contexto

El consumo de suplementos dietarios (SD) por la población adulta ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas desde que irrumpieron en el mercado en la década del 90. Si bien son percibidos en muchos casos como “medicamentos”, legalmente son clasificados como alimentos, y recién en los últimos años en algunos países se están considerando como una clase separada de los productos farmacéuticos y de los alimenticios.

Durante los 90 los SD estaban constituidos básicamente por vitaminas, minerales, proteínas, fibra, etc. La gran mayoría provenía de Estados Unidos, dado que no existía una industria local en Argentina en ese entonces. Sin embargo, desde hace unos diez años, debido a los avances del conocimiento en el campo de la nutrición y en respuesta a las demandas de los consumidores, la oferta y la variedad de productos ha crecido ampliamente, así como también el desarrollo de SD en el país.

Los individuos que realizan actividades físicas representan una elevada proporción entre los principales grupos consumidores de SD, constituyendo un grupo poblacional importante para la multimillonaria industria que los produce. Por otro lado, estos SD pueden ser adquiridos por vías comerciales tradicionales (supermercados, farmacias, dietéticas, locales de deportes) o a través de vías no convencionales difíciles de fiscalizar (Internet y correo electrónico). Los suplementos dietarios destinados a los deportistas (SDD) pueden definirse como aquellos productos especialmente formulados para complementar las necesidades nutricionales específicas

Directora:

Dra. Margarita Olivera Carrión

de los deportistas con el objetivo de favorecer un mejor desempeño del ejercicio físico. Estos productos dicen prolongar la resistencia, acelerar la recuperación, reducir la grasa corporal, aumentar la masa muscular, producir efectos ergogénicos, entre otras. Esto es sumamente atractivo tanto para deportistas como para entrenadores, quienes promocionan estos suplementos en base a los “supuestos atributos y utilidades” para mejorar el rendimiento y en muy pocos casos son indicados por médicos o nutricionistas, por lo cual su consumo no está debidamente controlado.

Existe en el mercado una gran variedad de estos productos, clasificados según su composición, función o efectos. Por ejemplo, se los encuentra como “quemadores”, “proteínas y aminoácidos”, “barras de proteínas”, “ganadores de masa”, “preentrenamiento”, “hidratación”, entre otros. En muchos casos se trata de productos con evidencia comprobada de sus efectos, mientras que en otros no existe información científica disponible y comprobada.

De ninguna manera los SDD pueden reemplazar un buen programa de entrenamiento y una dieta natural, adecuada en cantidad y calidad de nutrientes. Sin embargo, es probable que, por diversas razones, muchas de las personas consumidoras no puedan realizar dietas que cubran sus necesidades nutricionales y, por lo tanto, requieran de estos productos para evitar deficiencias e incluso para mejorar el rendimiento.

En nuestro país, según un estudio realizado en cinco gimnasios de la provincia de Santa Fe en el que participaron 100 varones jóvenes, el 44% presentaba una distorsión de la autopercepción. Un análisis del consumo de SD reveló que el 41% de los encuestados había utilizado algún tipo de suplemento durante el mes anterior, de los cuales el 51% (21) declararon combinar entre dos y seis tipos simultáneamente.

Marco regulatorio

En Argentina, el instrumento legal sobre los alimentos es el Código Alimentario Argentino (CAA). Este Código es de aplicación en todo el territorio nacional por la Autoridad Sanitaria que resulte competente, es decir, por las 24 Jurisdicciones Sanitarias y el Instituto Nacional de Alimentos (INAL).

Los SD están definidos en los artículos 1381 y 1387 del CAA, donde se establecen los requisitos que deben cumplir estos productos en cuanto a composición y rotulado específico, entre otras exigencias. Existen también otras reglamentaciones por fuera del CAA que aplican a estos productos: Disposición ANMAT 1637/2001 (Listado de Hierbas permitidas y prohibidas para utilizar en SD); y la Disposición ANMAT 4980/2005 (publicidad de los SD) actualizada por Disposición ANMAT 1631/2009.

A nivel provincial no existe una normativa que contemple a los SD, menos aún a los SDD, por lo cual las jurisdicciones se basan en el CAA en el momento del registro de estos productos. En la medida que a nivel nacional no se dispone de reglamentación específica para los SDD, se aplican las mismas exigencias de composición de todo el espectro de SD.

Es importante resaltar que a nivel internacional la situación es diversa. El Codex Alimentarius, así como algunos países o bloques regionales que son referentes en el marco regulatorio de alimentos, como Estados Unidos, no poseen marco particular para SDD y se aplica la normativa general para SD. Esto origina una insuficiencia de exigencias y poco control en cuanto a los productos que se comercializan y los atributos que se promocionan. La Unión Europea, por su parte, se encuentra en un periodo de transición. En cambio, otros países que también son referentes en marco normativo de productos alimenticios sí poseen normativa específica, siendo los más relevantes Australia y Nueva Zelanda.

El marco regulatorio en América Latina referente a los suplementos dietarios es relativamente nuevo. Sólo recientemente se están viendo como una clase separada de los productos procedentes de los productos farmacéuticos y alimenticios. Por su importancia, es relevante que en la actualidad el MERCOSUR no cuenta con un marco regulatorio comunitario en materia de complementos alimenticios o suplementos dietéticos. Sin embargo, existen Estados miembros que sí disponen de normativa específica, como Brasil y, recientemente, Uruguay. Este contexto sin duda genera una situación disímil y creará problemas en el momento en que se deba adoptar una normativa común, dado que las resoluciones MERCOSUR deben ser aprobadas por consenso. Por otro lado, también Chile cuenta con normas para SDD y en la medida que nuestro país mantiene un fluido comercio en alimentos con el país limítrofe, sería conveniente y necesario coordinar las exigencias establecidas.

Con respecto al *registro* de los SD y dado el sistema federal de nuestro país, cada provincia registra los productos que son elaborados en su jurisdicción, pudiendo ser comercializados en todo el territorio nacional. En el marco del CAA, las Jurisdicciones Bromatológicas inscriben los alimentos y suplementos de elaboración nacional, mientras que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), a través del INAL, sólo inscribe los productos importados. Es por ello que resulta sumamente necesario conocer el panorama nacional existente.

En los últimos años ha habido una creciente modalidad de oferta de suplementos dietarios por Internet y correo electrónico. Muchos de estos productos no están registrados ni cumplen ninguna normativa, lo cual puede dar origen a serios problemas de salud

pública. Esta modalidad de venta preocupa a las autoridades sanitarias, dado que no es posible garantizar la calidad de los productos consumidos. En nuestro país existen muchas páginas web que promocionan y comercializan estos suplementos.

2. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la situación actual de los SDD en la Argentina, considerando el ámbito normativo y el perfil de productos que se comercializan en el mercado nacional.

Objetivos específicos

- a) Analizar el marco normativo nacional de los SD: normativa vigente, antecedentes y propuesta de modificación de la legislación actual.
- b) Analizar y comparar la clasificación, los ingredientes o sustancias permitidos o prohibidos y los requisitos de rotulado relevantes en el marco normativo internacional, y compararlo con el nacional.
- c) Investigar la evidencia científica disponible emitida por instituciones científicas y de ciencias de reconocido respaldo académico, referente a aspectos de inocuidad y seguridad de los ingredientes más utilizados.
- d) Realizar un relevamiento de los SDD importados registrados en el país y de aquellos que se ofrecen en páginas web nacionales y otras vías de comercialización en cuanto a: ingredientes activos y concentración; origen: importados o de elaboración nacional; posible clasificación según perfil y función; y otras vías de comercialización.
- e) Analizar el grado de cumplimiento con la normativa vigente de los SDD importados registrados en nuestro país.

3. Desarrollo y discusión

Marco legal nacional

En Argentina no existe una categoría para SDD, y quedan contemplados en el artículo 1381 del CAA, referente a “Suplementos dietarios”. En este artículo, los SD se definen como “aquellos productos destinados a incrementar la ingesta dietaria habitual, suplementando la incorporación de nutrientes en la dieta de las personas sanas que, no encontrándose en condiciones patológicas, presenten necesidades básicas dietarias no satisfechas o mayores

a las habituales. Siendo su administración por vía oral, deben presentarse en formas sólidas (comprimidos, cápsulas, granulado, polvos u otras) o líquidas (gotas, solución, u otras), u otras formas para absorción gastrointestinal, contenidas en envases que garanticen la calidad y estabilidad de los productos.” El mismo artículo dice que “podrán contener en forma simple o combinada: péptidos, proteínas, lípidos, lípidos de origen marino, aminoácidos, glúcidos o carbohidratos, vitaminas, minerales, fibras dietarias y hierbas con las limitaciones indicadas en el punto 3, todos en concentraciones tales que no tengan indicación terapéutica o sean aplicables a estados patológico.”

También establece exigencias en cuanto al rotulado de los SD, pero sin precisar requisitos de composición y rotulado específicos para los SDD. Es por ello que en la actualidad los SDD deberán responder a la normativa de rotulado general (Capítulo V, CAA) y específico respecto a los SD (artículo 1381, CAA).

En el año 2012 se comenzó a trabajar en un proyecto de resolución conjunta entre la SPReI (Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos) y la SAGPyA (Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación) con la finalidad de actualizar el marco normativo para los SD. Se propuso trabajar en un proyecto de normativa que abarcará tres aspectos que se consideraron fundamentales: a) profundizar el estudio de la seguridad de las hierbas utilizadas en los SD. Para esto se propuso la actualización del listado de hierbas de la Disp. ANMAT N° 1637/2001 y la inclusión de requisitos y especificaciones referentes a las hierbas utilizadas (Anexo I). b) Incorporar y establecer criterios de evaluación de los llamados “fitonutrientes” utilizados en la formulación de los SD (Anexo II del proyecto) y que al momento no están contemplados en la normativa vigente como posibles ingredientes a utilizarse. c) Incorporar límites máximos de aminoácidos agregados a los SD y elevar el mínimo exigido de vitaminas y minerales que deben aportar estos productos. También se propuso trabajar en la actualización de los requisitos de rotulado, específicamente las leyendas de declaración obligatoria e incluir exigencias de rotulado para los suplementos dietarios destinados a personas que realizan ejercicios físicos. Dicho proyecto no fue aprobado aún, por lo cual las modificaciones planteadas siguen siendo una “propuesta” y no se incorporaron a la legislación vigente.

Marco internacional

Codex Alimentarius: en el año 2005, la Comisión del Codex adoptó por consenso las Directrices del Codex para Complementos Alimenticios Vitamínicos y Minerales a través del Stan CAC/GL 55. La importancia nutricional de esta categoría de comple-

mentos alimentarios radica en el aporte de estos nutrientes esenciales. Este documento establece requisitos de composición para las vitaminas y minerales solamente y define a estos productos como “fuentes concentradas de dichos nutrientes, solos o combinados, que se comercializan en formas como por ejemplo cápsulas, tabletas, polvo, soluciones, que está previsto que se tomen en pequeñas cantidades unitarias medidas y no como alimentos convencionales. Su finalidad es complementar la ingestión de estos nutrientes en la alimentación diaria”. De acuerdo con esto, el CODEX define a los SD solo para vitaminas y minerales. Por lo tanto, no están contemplados otros ingredientes como hierbas, aminoácidos, extractos vegetales-hierbas, etc.

Estados Unidos: la regulación de los suplementos dietarios se promulgó en 1994 mediante una ley que se denominó la Ley de Salud y Educación sobre Suplementos Dietéticos (Dietary Supplement Health and Education Act - DSHEA). Este instrumento legal define de manera amplia un suplemento dietético como un producto que se fabrica para suplementar la dieta, que aporta o contiene vitaminas, minerales, hierbas o alguna otra sustancia botánica, aminoácido o sustancia dietética para uso humano con el fin de suplementar la dieta mediante el incremento de la ingesta dietética total, o algún concentrado metabólico, constituyente o combinación de cualquiera de los ingredientes antes descritos. Cabe destacar que cuenta con una legislación más amplia que Codex y similar al CAA y, como ya se mencionó, tampoco cuenta con una normativa específica para los SDD.

Unión Europea: cuenta con una normativa relativa a los complementos alimenticios, la Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo, que los define como “los productos alimenticios cuyo fin sea complementar la dieta normal y consistentes en fuentes concentradas de nutrientes o de otras sustancias que tengan un efecto nutricional o fisiológico, en forma simple o combinada, comercializados en forma dosificada, es decir cápsulas, pastillas, tabletas, píldoras y otras formas similares, bolsitas de polvos, ampollas de líquido, botellas con cuentagotas y otras formas similares de líquidos y polvos que deben tomarse en pequeñas cantidades unitarias”. Incluye también un listado de sales minerales y vitamínicas que se pueden utilizar en este tipo de productos. Hasta el 20 de julio del 2016, los productos para deportistas se regían por la Directiva 2009/39/CE, que comprendía a los productos alimenticios destinados a una nutrición especial. A partir de esa fecha, entró en vigencia el Reglamento 609/2013, el cual abolió el concepto de “producto alimenticio destinado a una alimentación especial y su sustitución” por un nuevo marco que solo cubre los alimentos para determinados grupos vulnerables de consumidores, para los que estaban justificadas normas de

información y composición específicas. Los alimentos para deportistas fueron excluidos de este reglamento. En consecuencia, deben cumplir otras normas horizontales pertinentes de legislación alimentaria de la UE desde el 20 de julio de 2016, cuando el Reglamento entró en vigencia.

Brasil: el 28 de abril de 2010 ANVISA publicó el RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 18, referente a los alimentos para atletas. Esta normativa aplica a los alimentos especialmente formulados para ayudar a los atletas a cubrir sus necesidades nutricionales específicas o mejorar el rendimiento físico, y se clasifican en seis categorías: a) suplemento hidroelectrolítico para atletas; b) suplemento energético para atletas; c) suplemento proteico para atletas; d) suplemento para la sustitución parcial de comidas de atletas; e) suplemento de creatina para atletas; y f) suplemento de cafeína para atletas.

Uruguay: El 13 de noviembre de 2014 se modifica el Capítulo 32 referente a los alimentos para fines especiales del Reglamento Bromatológico Nacional a través del Decreto 330/2014. La normativa de referencia utilizada fue principalmente la aprobada en Brasil, Chile y algunos aspectos de la UE. Este reglamento define a los “Suplementos para deportistas” como “aquellos alimentos especialmente formulados para complementar las necesidades nutricionales específicas de los deportistas con el objetivo de favorecer un mejor desempeño del ejercicio físico. Pueden ser comercializados y presentados en forma de tabletas, comprimidos, cápsulas, polvo, barras, gel o líquidos, siendo su administración exclusivamente por vía oral”. Los clasifica en tres categorías: a) Suplementos hidroelectrolíticos; b) Suplementos a base de carbohidratos; c) Suplementos proteicos. Esta normativa es de particular interés debido a la fecha relativamente reciente de aprobación, así como los países tomados como referencia para su elaboración y la clasificación sencilla de los productos.

Chile: Chile cuenta con normas para SDD desde el año 2002. El Reglamento Sanitario de Chile en el Título XXIX incluye a los suplementos alimentarios y los alimentos para deportistas. En el Párrafo II, artículo 539 incorporado por decreto 253/02, los define como aquellos productos alimentarios formulados para satisfacer requerimientos de individuos sanos, en especial de aquellos que realicen ejercicios físicos pesados y prolongados. Respecto a la clasificación, el artículo 540 establece que deberá indicarse con letras fácilmente legibles, en color contrastante con el fondo de la etiqueta, la denominación “alimento para deportistas” con el descriptor que se indica entre comillas, según corresponda: a) “Alto en energía”. b) “Buena fuente de energía”. c) “Alto en hidratos de carbono disponibles”. d) “Buena fuente de hidratos de carbono disponibles”. e) “Alto en proteínas”. f)

“Buena fuente de proteínas”. g) “Con adición de aminoácidos”. h) “Con adición de electrolitos”. i) “Con adición de vitaminas y/o minerales”. j) Con cafeína. k) Con adición de otros compuestos. l) Con hierbas. De acuerdo con esto, Chile presenta un espectro relativamente más amplio de ingredientes, entre los que se encuentran las hierbas, la cafeína y otros compuestos como carnitina, inositol, ubiquinona, entre otros.

Australia y Nueva Zelanda: el Standard 2.9.4. del Código de Alimentos de Australia- Nueva Zelanda contempla a los “alimentos formulados suplementarios para deportistas”, en inglés, *Formulated Supplementary Sports Foods*. Este reglamento define y regula la composición y rotulado de los alimentos formulados específicamente para ayudar a los deportistas a lograr sus objetivos nutricionales o de rendimiento físico. Están destinados a utilizarse como suplementos de la dieta y no como el único o la principal fuente de nutrición. Los clasifica en: a) Suplemento alto en hidratos de carbono. b) Suplemento de energía-proteína. c) Suplemento de energía. Establece requisitos específicos para estas categorías respecto a composición y rotulado. Además, pueden contener vitaminas, minerales, aminoácidos y otros nutrientes, siempre con las limitaciones establecidas en este reglamento.

Como puede apreciarse, en la mayoría de las normativas estudiadas estos productos están categorizados como *alimentos para deportistas*, no siendo necesariamente suplementos dietarios. Solamente Uruguay los categoriza como suplementos para deportistas. El objetivo de estos productos es *cubrir sus necesidades nutricionales específicas o mejorar el rendimiento físico; favorecer un mejor desempeño del ejercicio físico; satisfacer requerimientos de individuos sanos, en especial de aquellos que realicen ejercicios físicos pesados y prolongados; o lograr sus objetivos nutricionales o de rendimiento físico.*

Respecto a la forma de presentación, también se encontraron coincidencias. En general se indica que pueden presentarse en tabletas, comprimidos, polvos, gel, líquido o barra, entre otras.

Las categorías que se observan en común para las normativas evaluadas corresponden a los productos con electrolitos, energéticos-con carbohidratos y proteicos. Chile y Brasil también incluyen otras categorías. Brasil incluye a los productos con creatina y cafeína, pero excluye a los BCAA (*Branched Chain Amino Acid*: aminoácidos de cadena ramificada). Chile posee una clasificación más amplia donde incluye además otros ingredientes: creatina, aminoácidos, inositol, carnitina, hierbas, entre otros. Por su parte, Uruguay posee la clasificación más sencilla: suplementos hidroelectrolíticos, a base de carbohidratos y proteicos. Este punto es de suma importancia, dado que es una guía para conocer si los productos del mercado responden a estas clasificaciones.

A continuación, se analizará con más detalle cada apartado de las legislaciones analizadas y que sí cuentan con marco normativo al respecto: Brasil, Chile, Uruguay y Australia y Nueva Zelanda.

Requisitos generales

Brasil: establece que estos productos deben responder a los requisitos establecidos en los reglamentos correspondientes respecto a: aditivos y coadyuvantes de tecnología, contaminantes, características macro y microscópicas, rotulado general y nutricional.

Uruguay: incluye un listado de aditivos y coadyuvantes de tecnología que pueden utilizarse en estos productos, y además incluye un listado de vitaminas y minerales que pueden utilizarse. Establece también que no podrán adicionarse fibras alimentarias y que la cafeína proveniente de los ingredientes o alimentos que la contengan naturalmente no puede exceder los 20 mg por 100 g o 100 ml del producto listo para consumo. En relación con los contaminantes, deben cumplir con las exigencias del Decreto 315/994, Reglamento Bromatológico Nacional. Deben ser preparados, manipulados, procesados, acondicionados y conservados de forma de mantener su inocuidad hasta el momento de consumo y cumplir con los criterios microbiológicos establecidos. Sólo pueden ser comercializados en unidades preenvasadas en ausencia del consumidor, no estando permitida la venta a granel al consumidor final.

Chile: establece que estos alimentos estarán compuestos por un ingrediente alimentario o mezcla de estos. Se podrá adicionar uno o más nutrientes, como hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, minerales y otros componentes presentes naturalmente en los alimentos, tales como cafeína o aquellos expresamente autorizados en el Reglamento. En su elaboración se deberán cumplir las normas de las buenas prácticas de manufactura. En ellos no se podrán incorporar, solos ni en asociación, hormonas o compuestos con efecto anabolizante. Tampoco se les podrá incorporar sustancias con acción estimulante sobre el sistema nervioso.

Australia y Nueva Zelanda: establecen que estos productos pueden utilizarse como suplementos de la dieta y no como el único o la principal fuente de nutrición. Debido a las demandas fisiológicas particulares de los deportistas, esta norma prevé la adición de ciertos micronutrientes y otros ingredientes que no están permitidos en otros alimentos. Esto significa que estos productos no son aptos para ser consumidos por los niños.

Es importante resaltar que Brasil y Uruguay poseen reglamentos específicos para el uso de aditivos-coadyuvantes de tecnología para este tipo de productos. Esto es importante, dado que por la forma de presentación de estos productos (cápsulas, tabletas,

comprimidos) muchas veces es imposible aplicar los límites de aditivos establecidos para alimentos convencionales.

Requisitos específicos según su clasificación

Para todas las normativas estudiadas, existen exigencias cuali y cuantitativas que permiten clasificar a los productos en cada una de las categorías ya descritas. Estas exigencias están establecidas para cada una de ellas. Es importante destacar que las composiciones encontradas en los productos del mercado nacional no son tan sencillas y resulta dificultoso limitarse a una sola categoría y puede suceder que en muchos casos deban solaparse. Estas clasificaciones y exigencias serán tomadas como antecedentes en el análisis de los productos relevados del mercado.

Es importante también resaltar la importancia que se le da a los productos con cafeína, donde en la mayoría de los casos está limitada a una cierta cantidad y contempla tanto la cafeína natural como la sintética.

Para el caso de uso de hierbas en los SDD, solo Chile tiene establecido un límite máximo diario para el ginseng y la schizandra y las hierbas que pueden utilizarse están limitadas a estas dos. Cabe aclarar que en Argentina, como ya se mencionó, existe un listado más amplio de hierbas permitidas para los SD pero sin límites máximos establecidos.

Rotulado

Brasil: para todos los productos debe consignarse la siguiente leyenda: “Este producto no sustituye una alimentación equilibrada y su consumo debe realizarse bajo la supervisión de un médico y/o nutricionista”. También existen advertencias o leyendas de declaración obligatoria para algunas categorías, por ejemplo, para los suplementos de creatina y los de cafeína.

Uruguay: Debe indicarse la sugerencia de uso (cantidad recomendada del producto a consumir). Debe consignarse las siguientes leyendas con texto cuyos caracteres sean de buen realce y visibilidad: “Este producto no sustituye una alimentación equilibrada y su consumo debe ser orientado por médico o nutricionista”. También existen leyendas de declaración obligatoria que dependen de la composición del producto: por ejemplo, en caso de contener azúcares en su composición se debe consignar la advertencia “Este producto no debe ser utilizado por diabéticos”.

Chile: los alimentos para deportistas se rotulan conforme a las disposiciones relativas a etiquetado general y según lo dispuesto en el reglamento específico. Los que tengan adición de aminoá-

cidos, L-carnitina, colina, inosina, ubiquinona, creatina, hierbas o extractos de *Panax ginseng*, *Schizandra chinensis*, *Eleuterococcus senticosus*, o que su contenido de cafeína sea mayor a 180 mg/l en los alimentos líquidos y en los sólidos mayor a 90 mg/100 g, deberán incluir una leyenda que diga: “no recomendable para menores de 15 años, en embarazo ni lactancia” en letras mayúsculas y negrita (destacado).

Australia y Nueva Zelanda: debe incluir declaraciones respecto a que el producto no es una única fuente de nutrición y debe ser consumido en conjunción con una dieta nutritiva; el producto debe utilizarse en conjunción con un entrenamiento físico apropiado o programa de ejercicios; también debe incluir instrucciones respecto a la cantidad recomendada y la frecuencia de ingesta de estos productos; entre otras. También contempla el uso de ciertas leyendas respecto a algunos ingredientes, y ciertas prohibiciones de uso.

En lo que respecta al rotulado, se puede apreciar que en todas las normativas se exige la presencia de una leyenda que indique que el producto debe ser consumido bajo la orientación o supervisión del médico o nutricionista. También incluyen otro tipo de advertencias o leyendas específicas que tienen que ver con la composición de los productos.

En la mayoría de los casos está limitado su uso solo a adultos, con ciertas advertencias respecto a la precaución de uso en estados fisiológicos particulares: embarazo, lactancia, niños, etc.

En general, no permiten la inclusión de leyendas, imágenes o expresiones que hagan referencia a hormonas u otras sustancias farmacológicas o del metabolismo, o términos del tipo *anabólicos*, hipertrofia muscular, quemador de grasas, *fat burner*, aumento de la capacidad sexual, y otras equivalentes.

También surge del análisis realizado la importancia que se le da al modo de uso de estos productos y que en todos los casos deben llevar una ingesta diaria o recomendación de uso diaria.

Productos comercializados: relevamiento de la base de datos de alimentos de la ANMAT

Se realizó una búsqueda de los productos destinados a deportistas en la base de datos de alimentos de la ANMAT actualizada a abril de 2016, teniendo en cuenta los siguientes criterios: nombre de las empresas importadoras; marca o línea de los productos; ingredientes claves. Del relevamiento se obtuvo un total de 150 registros vigentes. Las empresas importadoras de estos productos registradas en el INAL eran seis. La clasificación de los productos se realizó según el perfil o función, agrupándolos de acuerdo a cómo se ofrecen o promocionan en el mercado.

Es importante tener en cuenta que la ANMAT solo registra productos importados, por lo cual el 100% de los productos relevados en este caso eran elaborados en otros países. De acuerdo con los datos registrados, se puede apreciar la prevalencia de productos cuyo país de origen era Estados Unidos (139 productos: 93%), debido a que las principales empresas productoras y distribuidoras de suplementos dietarios para deportistas se encuentran en dicho país.

Otro aspecto importante es el perfil de productos que se importan (Gráfico 1). Los productos a base de proteínas y los llamados “ganadores de masa” tienen una clara prevalencia (24 % y 23 %, respectivamente).

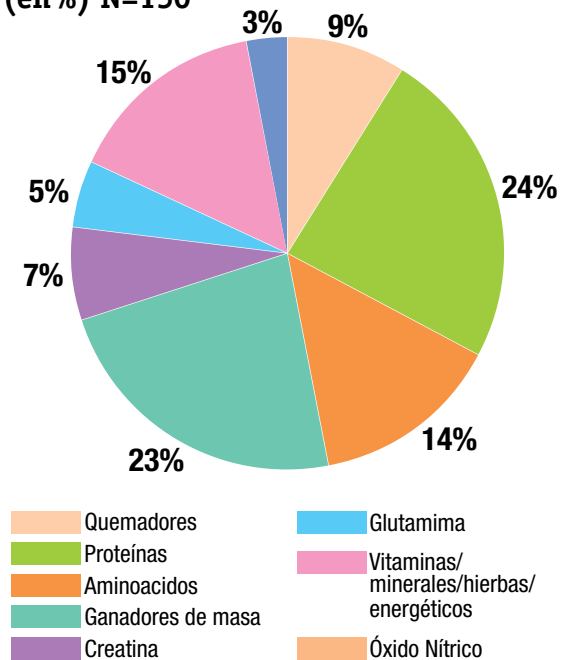
Los SDD a base de proteínas contienen proteínas lácteas como fuente principal de proteínas en distintas formas: concentrados, hidrolizados y aislados de suero de leche o de leche, caseinatos, caseína micelar, solos o combinados y en algunos casos con vitamina B6 que tiene un importante rol en el metabolismo proteico. En menor medida se utilizan proteínas de huevo y de soja. Cabe destacar que estas proteínas son de alta calidad. Las proteínas cumplen una función como recuperadores por excelencia.

Los ganadores de masa por su parte están compuestos principalmente por carbohidratos y proteínas y algunos tipos de grasas. Su función principal es aportar una cantidad importante de energía. En general, la cantidad de calorías aportadas se encuentra en el rango de 400 a 1000 calorías por porción, dependiendo del producto. Están compuestos principalmente por carbohidratos en proporciones elevadas (80% aproximadamente), los cuales brindan la energía necesaria para llevar a cabo un entrenamiento de alta intensidad.

Otro grupo importante es el de los quemadores de grasa. Este grupo representa el 9% del total de productos. Se promocionan como: a) Quemadores de grasa o “lipotrópicos”: son los más utilizados y se promocionan como “facilitadores” de la eliminación de grasas del organismo. Dos sustancias representan esta categoría de productos y son la garcinia cambogia y el polinicolinato de cromo. Estas sustancias se presentan en muchos casos en combinación con lipolíticos típicos como la l-carnitina. b) Quemadores Termogénicos: se promocionan como quemadores de grasa corporal elevando la temperatura del cuerpo y el metabolismo en general, obligando al organismo a utilizar las grasas como fuente de energía. Normalmente contienen ingredientes como cafeína, guaraná, té verde, sinefrina, etc.

Los aminoácidos también son un grupo de productos usualmente encontrados y que se suelen combinar con otras categorías para optimizar el rendimiento físico. Un grupo importante es el de los llamados BCAA que estimulan la síntesis de proteína muscular, disminuyen la fatiga durante el ejercicio prolongado y participan en la protección del sistema inmunológico. Este grupo representa

Gráfico 1
Clasificación según perfil de producto
(en%) N=150



el 14% y están representados por el grupo de: Valina, Leucina e Isoleucina. En general se utilizan en una proporción 2:1:1 (leucina: isoleucina: valina). Pueden estar combinados con vitaminas del grupo B o solos o con hidrolizado de proteínas de suero de leche. El último grupo de importancia es el de los productos a base de creatina que representan el 7%. Esta sustancia se encuentra presente en nuestro organismo de manera natural, se sintetiza a partir de varios aminoácidos. Ayuda al suministro de energía a todas las células de nuestro organismo, destacando sobre todo a los músculos. La principal fuente de creatina utilizada en los SDD es el monohidrato de creatina, el cual generalmente se utiliza en forma de polvo, pero también puede presentarse en tabletas.

Otra categoría encontrada es la de los generadores de óxido nítrico (NO), los cuales representan el 3%. Están constituidos principalmente por arginina y ornitina en sus distintas formas: forma L, como sales: alfacetoglutaratos, etc. Estos productos se promocionan para ayudar a aumentar la cantidad de flujo sanguíneo a los tejidos por su efecto vasodilatador, lo que permitiría la entrada de más oxígeno a los músculos activos y más nutrientes, de manera tal de lograr una pronta recuperación y disminuir el efecto de la fatiga muscular.

También existen productos a base de glutamina (5%). Este aminoácido es el más abundante en el cuerpo humano y participa en mayor cantidad de procesos metabólicos que cualquier otro aminoácido.

En menor proporción se encuentran los multivitamínicos, los pro-

ductos energéticos (en barra/geles) y los de hidratación (generalmente a base de carbohidratos y sales minerales).

Relevamiento de SDD ofrecidos por internet

Se realizó una búsqueda y relevamiento de estos productos ofrecidos a través de las principales páginas web de Argentina: www.desuplementos.com.ar, www.demusculos.com, www.ballnutrition.com.ar, www.fisicalshop.com.ar. Esto se realizó en el mes de abril del 2016, el mismo periodo en que se registró la base de datos de alimentos de ANMAT. Se evidenció que en todos los sitios web consultados estos productos son clasificados de acuerdo con su composición, perfil y orientación de uso. Se relevaron un total de 417 productos, de los cuales 326 estaban disponibles en el momento en que se realizó el relevamiento.

Clasificación de los productos: se pudo observar las siguientes categorías de productos:

- f) Quemadores de grasa o “lipotrópicos” y quemadores termogénicos: los ingredientes principales encontrados fueron: carnitina, colina, metionina, cromo, guaraná, citrulina, CLA, cafeína, extractos de hierbas (Cola de caballo, Equisetum arvense), uva ursi (Arctostaphylos uva ursi), té verde (Camellia sinensis), Garcinia cambogia, Centella asiática, naranja amarga (Citrus aurantium), etc. El 12% del total de productos encontrados corresponden a esta categoría.
- g) Aminoácidos y aminoácidos ramificados (Valina, Leucina e Isoleucina). Se presentan como BCAA y como perfil completo de aminoácidos solos o combinados con vitaminas. El grupo de aminoácidos corresponde al 11% del total de productos relevados.
- h) Proteínas: se encontraron a base de leche (mayoritariamente), huevo, mixtas, soja, como caseína; y en las formas: hidrolizada, aislada, concentrada. Este grupo es el que más productos abarca (25%).
- i) Creatina: se presenta como monohidrato de creatina micronizada, como creatina etilester y también combinada con otras sustancias nitrogenadas como ser taurina, glutamina y con ácido lipoico, BCAA y carbohidratos. El 9% corresponde a esta categoría.
- j) Ganadores de peso: Al igual que en los productos importados, suelen aportar una cantidad de calorías que puede ir de 400 a 1000 calorías por porción, dependiendo del producto y pueden formar parte de la dieta para ganar masa muscular. En este grupo también se incluyeron los productos categorizados como pre y post entrenamiento, dado que por su perfil de composición son similares a los ganadores de peso. Además, en muchos casos un mismo producto está categorizado como ganador de masa y

como pre o post entrenamiento, por lo cual para no sobreestimar la cantidad de productos se sumaron en una misma categoría. Corresponde un 12% del total de productos ofrecidos vía web. Respecto a estas dos nuevas categorías, “preentrenamiento” y “postentrenamiento”, se procederá a aclarar sus características: e1) productos “preentrenamiento”: están compuestos por carbohidratos, extractos vegetales y cafeína como fuente de energía; aminoácidos de rápida absorción, en algunos casos hidrolizados de proteínas, sustancias nitrogenadas (citrulina, creatina, taurina, colina, etc) y vitaminas y minerales; y e2) productos “post-entrenamiento”: destinados a recuperar la masa muscular luego del entrenamiento, compuestos por carbohidratos y proteínas principalmente, y también a veces acompañados de aminoácidos.

- k) Glutamina: El 4% corresponde a esta categoría.
- l) Generadores de óxidos nítricos: el ingrediente utilizado por excelencia es la arginina. Se suele presentar como arginina alfa ceto glutarato (AKG), malato de arginina, clorhidrato de arginina, L-arginina. Suele estar acompañada por la ornitina (efectos anticatabólicos), beta alanina (retarda la fatiga muscular) y creatina, citrulina, vitaminas o minerales. Solo el 7% del total de productos ofrecidos corresponden a este grupo.
- m) También existen otras categorías que incluyen: h1) barras o geles energéticos: a base de carbohidratos como glucosa y maltodextrinas, cafeína y algunas vitaminas y minerales; h2) productos para la hidratación (a base de sales minerales, carbohidratos y algunas vitaminas); h3) productos llamados “pro-hormonales”: tienen un efecto sobre el aumento en la síntesis de testosterona, compuestos por hierbas (Tribulus terrestres, maca), arginina, mucuna pruriens (L-Dopa), fitoesteroles, etc.; h4) productos para fortalecer las articulaciones: glucosamina sulfato, coindritin sulfato, etc.; h5) multivitamínicos o minerales: se evidenció la presencia de melatonina en algunos casos.

Resultados y Discusión

De acuerdo con el perfil de productos, encontramos nuevamente que los SDD a base de proteínas son los mayoritarios, seguidos por los ganadores de masa, quemadores de grasa y productos a base de aminoácidos y a base de creatina (Gráfico 1).

Las marcas encontradas fueron varias, con predominancia de marcas nacionales (12) respecto a las marcas importadas (7). Respecto al origen de los productos nacionales, son de provincia de Buenos Aires, CABA y Santa Fe y, en menor medida, Córdoba.

Las formas de presentación de los productos en general son siempre las mismas: polvos para preparar bebidas, cápsulas-tabletas-comprimidos, líquidos y geles.

Se han encontrado productos que contenían sustancias o ingredientes no permitidos en la normativa vigente. Entre ellos están: *Tribulus terrestris*, *maca*, *Mucuna pruriens*, *melatonina*, *1,3 dimetilamylamina (extracto de geranio)*. Representan el 2% del total de productos relevados.

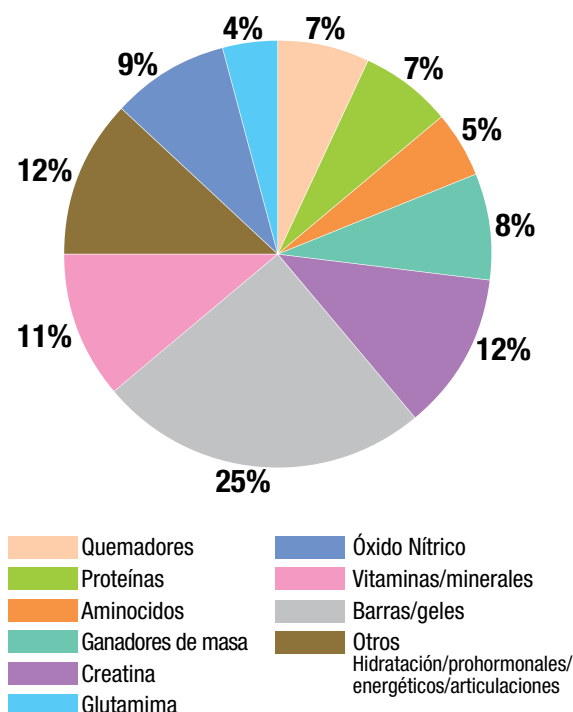
En relación con los ingredientes presentes en los productos clasificados “para fortalecer las articulaciones”: glucosamina, condroitin sulfato y ácido hialurónico, su uso en suplementos dietarios es controversial. Algunos países lo permiten en cantidades que no tengan una acción terapéutica, mientras que en otros su uso está indicado en medicamentos. En Argentina, a pesar de existir medicamentos con estos ingredientes con clara acción farmacológica, existen algunos suplementos dietarios que los contienen en cantidades menores a las establecidas como “terapéuticas”.

Cantidades encontradas de los ingredientes de interés

En base al relevamiento de información de los SDD, tanto en la base de datos de alimentos de la ANMAT como de las páginas web consultadas donde se ofrecen estos productos, se procedió a analizar cuáles eran las cantidades máximas en que se encontraban algunos ingredientes característicos y de interés. Algunos ejemplos son: Carnitina 1000 mg, Colina 500 mg, Inositol 500 mg, Taurina 500 mg, Betaína 200mg, Cromo hasta 200 mcg, *Garcinia cambogia* 1500 mg, *Citrus aurantium* 200mg (extracto - sinefrina), Cafeína anhidra 200mg, Glutamina hasta 2,75 g, Beta alanina: 2 g, Glutamina 3.5 g, Ácido alfa lipoico 100 mg, HMB (Hidroxi metilbutirato) 1,6 g, Arginina 3 a 6 g, Ornitina 100 mg, Citrulina 3000mg, Creatina 5 a 10 g. A raíz de los resultados obtenidos en los relevamientos de productos comercializados, se consultó si existían estudios o documentos a nivel internacional donde se evaluara la seguridad del uso de los ingredientes más utilizados en la formulación de los SDD. A continuación, se informa a modo de resumen la información obtenida.

AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición): en España los complementos alimenticios están regulados por el Real Decreto 1487/2009 que incorporó a la legislación española la Directiva 2002/46/CE relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de complementos alimenticios. Sin embargo, actualmente sólo está regulado el uso de vitaminas y minerales, por lo que esta agencia ha solicitado a su Comité Científico que realice una evaluación de la propuesta de autorización de la utilización de determinadas sustancias distintas de vitaminas y minerales en la fabricación de complementos alimenticios. El

Gráfico 1
Clasificación según perfil de producto (en%) N=150



Comité Científico ha evaluado cada propuesta, analizando las características y fuentes de cada sustancia, así como la nutrición, metabolismo y seguridad y ha concluido, en cada caso, si la presentada por la AECOSAN era aceptable desde el punto de vista de su seguridad en su uso como complemento alimenticio. En ningún caso la evaluación realizada supone un aval de la eficacia biológica de las sustancias y dosis valoradas. En el año 2012 se presentó un informe con 49 sustancias propuestas por la AECOSAN pertenecientes a distintos grupos: ácidos grasos, aminoácidos, péptidos, enzimas, flavonoides, carotenoides, nucleótidos, polisacáridos, oligosacáridos y otros que podrían utilizarse en la elaboración de complementos alimenticios. Posteriormente, la AECOSAN elaboró nuevos informes sobre condiciones de uso de otras sustancias nuevas y otras ya contempladas para ser empleadas en complementos alimenticios. Estas son, entre otras, glutamina, mio-inositol, clorhidrato de betaína, ubiquinol, citrulina, HMB.

IADSA (International Alliance of Dietary/Food Supplement Associations): a través de su comité de expertos emitió en el 2006 un informe respecto al análisis y evaluación de riesgos de distintas sustancias bioactivas utilizadas en suplementos dietarios. Las sustancias analizadas y sus límites máximos de ingesta fueron: Coenzima Q10: 1200 mg/día, Omega 3: 3000 mg/día, Creatina: 5000 mg/día, Carnitina: 2000 mg/día (como L Carnitina).

Resumen y comparación de los resultados

En la Tabla 4 se comparan las cantidades máximas de diversos ingredientes encontrados en los productos comerciales relevados

(N=476), y los límites establecidos o evaluados como “de uso seguro” tanto por las normativas y agencias sanitarias de referencia.

Del análisis de esta información se desprende lo siguiente:

a) los ingredientes de interés encontrados en los productos relevados de la Base de datos de ANMAT (que cuentan con su

Tabla 4
Comparación de las cantidades máximas encontradas de diversos ingredientes con los límites establecidos en normativas y agencias sanitarias de referencia

Ingrediente/ componente característico	Cantidad máxima diaria encontrada en los productos comerciales relevados	IDR/NOEA establecidos en la normativa vigente en Argentina	Límites máximos establecidos en normativas de referencia		Límites establecidos por Agencias Sanitarias de referencia (cantidades por día)	
			Brasil (por porción)	Chile (por día)	AECOSAN	IADSA
Carnitina	1000 mg			2000 mg	como L carnitina o clorhidrato de L carnitina 2000 mg //como tartrato de L carnitina 3000mg	
Colina	500 mg	IDR: 550 mg			1500 mg	2000 mg
Inositol	500 mg			10 mg (como inosina)	2000 mg	
Taurina	500 mg			1500 mg	1000mg	
Betaina	200 mg				Sin información suficiente	
Cromo	hasta 200 mcg	IDR: 35 mcg// NOEA: 200 mcg				
CLA	1000 mg					
Cafeína anhidra	200 mg	No está permitida para SD; sólo para bebidas a base de cafeína y taurina (bebidas energizantes) con un límite de 32 mg/100 ml.	210 a 420 mg/ porción	500 mg (natural o sintética)		
Leucina	4,5 g			1900 mg	2950 mg	
Isoleucina	2,0 g			1400 mg	1500 mg	
Valina	2,0 g			1400 mg	1950 mg	
Glutamina	5 g			5600 mg	5 g	
Beta alanina	2 g					
Acido alfa lipoico	100 mg					
Arginina	3 a 6 g			4400 mg	3000 mg	
Ornitina	100 mg			1400 mg	2000 mg (como alfa cetoglutarato)	
Citrulina	3000 mg				3 g	
Creatina	5 a 10 g (la mayoría 5 g)		1,5 a 3,0 g/porción	5 g	3000 mg	5000 mg
Garcinia cambogia	1500 mg					
Citrus aurantium	200 g (extracto)					
Guaraná/nuez de cola (fuente de cafeína)	450 mg/250 mg (como extractos)					
Café verde o té verde	350 mg/300 mg (como extractos)					
Maca	300 mg (extracto)	No está permitido para SD				
<i>Tribulus terrestris</i>	1500 mg (extracto)	No está permitido para SD				
Melatonina	3 mg	No está permitido para SD				
Hidroximetilbutirato	1,6 g				3 g	
BCAA*					5,45 g	

registro correspondiente) y muchos de los ingredientes relevados de las páginas web nacionales cuentan con respaldo internacional y en algunos casos nacional, para su uso en SDD.

- b) En los productos comerciales relevados también se encontraron ingredientes que no están contemplados en el CAA para suplementos dietarios: carnitina, inositol, creatina, beta alanina, HMB, Betaína, Ácido alfa lipoico. Éstos difieren de los ya definidos en el artículo 1381 como: “péptidos, proteínas, lípidos, lípidos de origen marino, aminoácidos, glúcidos o carbohidratos, vitaminas, minerales, fibras dietarias”. Sin embargo, a nivel internacional, existe suficiente evidencia científica y normativa respecto al uso seguro de estos ingredientes en SD. Es por ello que en la actualidad se autorizan SD con formulaciones que los incluyen teniendo en cuenta los antecedentes preexistentes. Es importante resaltar igualmente la falta de marco reglamentario a nivel nacional y es por ello de suma importancia una revisión de la normativa al respecto. Como ya se mencionó el proyecto de resolución conjunta presentado en el año 2012 respecto a la modificación del artículo 1381 del CAA, incluyó un Anexo II de evaluación de los llamados “fitonutrientes”, entre los que se encontraban muchos de los ingredientes de interés de esta tabla. Sin embargo, este proyecto no prosperó.
- c) Las cantidades encontradas de estos ingredientes, en algunos casos, cuentan con antecedentes de uso en SDD. Es el caso de la carnitina, colina, inositol, taurina, cromo cafeína, glutamina, arginina, BCAA, creatina, ornitina, carnitina e hidroximetilbutirato.
- d) Para otros ingredientes no existen antecedentes de ingestas o límites máximos establecidos para estos productos y todavía se requieren más estudios para establecer una cantidad de uso seguro establecida. Es el caso de la beta alanina, betaína y ácido alfa lipoico.
- e) Algunos ingredientes encontrados en productos de páginas web nacionales no están permitidos por la normativa vigente y tampoco cuentan con aval científico internacional para su uso seguro en SDD. Por lo cual no deberían estar presentes en estos productos. Es el caso del *Tribulus terrestris*, maca, melatonina y *Mucuna pruriens*.
- f) Para el caso de las hierbas o ingredientes de origen vegetal encontrados en los SDD relevados no existe información disponible respecto a límites máximos-ingestas máximas permitidas. En estos casos, el análisis y la evaluación de riesgo se debe realizar teniendo en cuenta las características de cada hierba, su presentación, metabolitos de interés y justificación de uso correspondiente, entre otros. En este punto es importante

destacar que el proyecto de resolución conjunta presentado en el año 2012 respecto a la modificación del artículo 1381 del CAA, incluyó un Anexo I de evaluación de las hierbas presentes en los SD. Mas allá que dicho proyecto no prosperó, la información solicitada en dicho Anexo resulta de suma utilidad al momento de analizar un producto.

- g) Para los aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina), los valores encontrados en los productos relevados fueron superiores a los límites establecidos en normativas internacionales y a los estudiados por las agencias sanitarias. En este caso es necesario realizar una revisión de la información científica disponible y, en caso de corresponder, proceder a que los productos sean reformulados teniendo en cuenta los valores seguros. Es por ello que es necesario contar con valores de referencia para estos ingredientes y que el procedimiento de actualización del marco normativo sea continuo y dinámico.

4. Conclusiones y propuestas

En Argentina no existe un marco reglamentario para los SDD, por lo cual estos productos están sujetos a las exigencias establecidas para los SD en general.

Del relevamiento realizado a nivel nacional de los SDD comerciales se concluye que existe una gran oferta de productos, tanto en cantidad como en variedad, los cuales se autorizan y comercializan sin contar con un marco normativo nacional que los respalde.

A nivel internacional algunos países cuentan con normativas específicas para los SDD, siendo de particular importancia Chile, Brasil y Uruguay, países vecinos con los cuales Argentina tiene un elevado intercambio comercial. Estas normativas incluyen: definición, clasificación, requisitos de composición y de rotulado.

Del análisis de las normativas internacionales respecto a los SDD se desprende que:

- a) la clasificación establecida para estos productos no es suficiente para cubrir todo el espectro de productos encontrados, debido a que en muchos casos existe una combinación de nutrientes o ingredientes cuya clasificación en una categoría determinada resulta difícil. Sería recomendable una clasificación que contemple posibles combinaciones de manera de poder incluir los productos comerciales existentes, siempre que se incluyan ingredientes permitidos de inocuidad comprobada.
- b) Existen requisitos de composición tanto cuali como cuantitativos para los SDD. Es por ello que resulta necesario establecer a nivel nacional parámetros de composición y calidad de los ingredientes principales, así como limitar la proporción en el producto final de acuerdo con la información científica disponible.

- c) También existen requisitos generales y específicos de rotulado establecidos para los SDD. Por lo cual sería necesario también contar con exigencias de rotulado a nivel nacional para estos productos respecto a: leyendas o advertencias, modo de uso claro, ingesta diaria establecida, etc.
- b) Algunos ingredientes se encontraron en proporciones declaradas, para las cuales no existe evidencia científica ni marco regulatorio, por lo cual resulta necesario seguir estudiándolos a los fines de poder establecer criterios seguros de uso. Tal es el caso de la betaína, beta alanina, ácido alfa lipoico.

Del relevamiento de productos comercializados, se desprende que:

- a) Respecto al origen de producción de los SDD ofrecidos se evidenció una fuerte prevalencia de productos de origen nacional (74%) con relación a los importados (26%), con predominancia de marcas nacionales (12) respecto a las marcas importadas (7). Respecto al origen de los productos nacionales, predominan los elaborados en provincia de Buenos Aires, CABA y Santa Fe y en menor medida, Córdoba. Los productos importados en su mayoría provienen de Estados Unidos, principal país productor y distribuidor de los SDD. Este parámetro no es un indicador de consumo, sino solo de productos ofrecidos en el mercado.
- b) Tipo de productos: la mayoría de los SDD relevados corresponden a productos en base a alta proporción de proteínas y a los llamados “ganadores de masa”. Siguen en orden de relevancia los “quemadores de grasa” y los aminoácidos”.

Del análisis de los ingredientes declarados en los productos se concluye que:

- a) Los principales ingredientes utilizados cuentan en general con marco normativo y respaldo científico internacional para su uso en SDD: macronutrientes, aminoácidos, creatina, tauarina, cafeína, algunas hierbas, colina, carnitina, inositol, carnitina, entre otros.

- c) Se debe destacar el caso particular de los aminoácidos ramificados (leucina, isoleucina y valina), para los cuales los valores declarados en los productos fueron mayores a los establecidos como seguros en normativas de referencia e información científica disponible de reconocimiento mundial (AECOSAN, EFSA, IADSA).

- d) Si bien en baja proporción, se han encontrado productos que contenían sustancias o ingredientes no permitidos por la normativa vigente. De la búsqueda de información científica respecto a su uso seguro, surge que las hierbas *tribulus terrestris*, *maca* y *mucuna pruriens*, no cuentan con aval científico internacional para su uso en SDD. Respecto a la melatonina se encontró evidencia de uso en SDD, pero en concentraciones menores a las terapéuticas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de establecer requisitos específicos de composición para estos productos.

Por todo lo expuesto, es importante incluir a los SDD en la normativa vigente teniendo en cuenta los aspectos ya mencionados, a través de un marco reglamentario claro y completo y que se base no solo en normativas internacionales, sino también que tenga en cuenta los estudios realizados por las agencias sanitarias internacionales respecto a los ingredientes de interés.

Referencias

- Burke L (2010). Nutrición en el deporte: un enfoque práctico. Médica Panamericana.
- Baile Ayensa JI, KE Monroy Martínez, F Garay Rancel (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. Rev Enseñanza e Investigación en Psicología.
- Caldera Pinto Y (2009). Legislación De los Complementos Alimenticios en América Latina. Latin
- Leonarduzzi N, MC Nessler, OB Ávila, MA González (2011). Imagen corporal y consumo de suplementos dietarios en jóvenes usuarios de gimnasios. Revista Actualización en Nutrición: 12-3: 205-210.
- Rodríguez R. F, M Crovetto M., A González A., N Morant C., F Santibáñez T (2011). Consumo de suplementos nutricionales en gimnasios, perfil del consumidor y características de su uso. Revista Chilena de Nutrición, 38-2, junio: 157-166.
- Proyecto de Resolución Conjunta – expediente CONAL 1-0047-2110-1537-12-1 Disponible en: http://www.conal.gob.ar/actas/Acta_103_AnexoIII.pdf.
- J Hathcock, D Richardson, A Shao, S Jennings (2006). The Risk Assessment and Safety of Bioactive Substances in Food Supplements.
- Journal published by John Wiley and Sons Ltd on behalf of European Food Safety Authority (EFSA). Disponible en: <http://www.efsa.europa.eu/>.
- Directrices para complementos alimentarios de vitaminas y/o minerales - CAC/GL 55 – 2005. Disponible en: <http://www.codexalimentarius.org/standards/list-of-standards>.
- FDA, www.fda.gov Dietary Supplement Health and Education Act of 1994 (DSHEA).
- Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 10 de junio de 2002 relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de complementos alimenticios Disponible en www.europa.eu.
- Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre alimentos destinados a los deportistas: 15/06/2016. Bruselas. Disponible en: www.europa.eu.
- Resolução - RDC 18, de 27 de abril de 2010: Dispõe sobre alimentos para atletas – ANVISA. Disponible en: www.anvisa.gov.br.
- Reglamento Bromatológico Nacional Decreto 330/014: Alimentos modificados. Suplementos para deportistas (modificación del Capítulo 32 - Sección 1- Suplementos para deportistas). República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.
- Reglamento Sanitario de los Alimentos (Decreto 977/96) Título XXIX- de los suplementos alimentarios y de los alimentos para deportistas – República de Chile. Disponible en: http://web.minsal.cl/reglamento_san_alimentos.
- Standard 2.9.4 Formulated Supplementary Sports Foods - Australia y Nueva Zelanda. Disponible en: www.foodstandards.gov.au.

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



- ✓ Ayala Valenzuela, R. & Messing Grube, B. (2014). Aprender a cuidar: didáctica del proceso de enfermería. Santiago de Chile: Mediterráneo
- ✓ Ayala Valenzuela, R., Torres Andrade, M. C. & Calvo Gil, M. J. (2014). Gestión del cuidado en enfermería. Santiago de Chile: Mediterráneo
- ✓ Busquet, L. & Busquet-Vanderheyden, M. (2016). Las cadenas fisiológicas I: fundamentos del método. Tronco, columna cervical y miembro superior (Vol. 1). Badalona: Paidotribo
- ✓ Busquet, L. (2012). Las cadenas fisiológicas II: la cintura pélvica y el miembro inferior (Vol. 2). Badalona: Paidotribo
- ✓ Busquet, L. (2016). Las cadenas musculares III: la pubalgia. 5ª ed. (Vol. 3). Badalona: Paidotribo
- ✓ Holli, B. B. & Beot, J. A. (2018). Evaluación nutricional: guía para profesionales de la nutrición. 7ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer
- ✓ Lolás Stepke, F. & Drumond, J. G de F. (2013). Bioética. Santiago de Chile: Mediterráneo
- ✓ Micheli, F. & Fernández Parda, M. (2013). Neurología. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana
- ✓ Mosca, A. M. (2012). Herramientas para diseñar un proyecto en enfermería. Buenos Aires: delhospital ediciones
- ✓ Nachmanovitch, S. (2018). Free Play: la improvisación en la vida y en el arte. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós

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

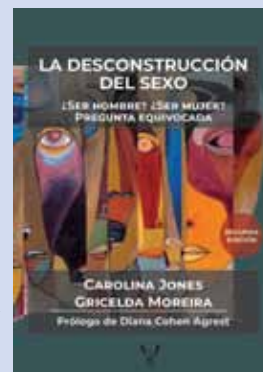
biblioteca@isalud.edu.ar

www.facebook.com/biblioisalud

www.es.pinterest.com/biblioisalud

Presentación del libro “La deconstrucción del sexo”

En el marco de las actividades programadas por el Centro de Estudios y Observatorio de Bioética (CEOB) de la Universidad ISALUD para el año 2019, se realizó la presentación del libro “La deconstrucción del sexo” ¿Ser hombre? ¿Ser mujer? Pregunta equivocada. Esta segunda edición cuenta con el prólogo de la filósofa Diana Cohen Agrest, quien redimensiona el texto con su aguda lectura. El evento contó con la presencia de las autoras Gricelda Moreira y Carolina Jones, y los comentarios de la filósofa Diana Maffia y del psicoanalista Carlos Bembibre.



Orgullo ISALUD

Siguiendo nuestro lema “educación para la transformación” y focalizando en la educación alimentaria centrada en la persona, las Licenciadas Florencia Giménez Laino y Silvina Spitalnik, ambas egresadas de la Licenciatura en Nutrición, presentaron el 12 de Mayo su libro “A comer” en la Feria del libro. Consultadas acerca del surgimiento de la idea, Florencia Giménez Laino expresó: “Hace 5 años, mientras cursábamos las prácticas profesionales en ISALUD, Silvina me propuso escribir un libro de recetas ya que quería llegar a todas las personas con un material sencillo de entender pero con sustento científico. Por mí parte, desde chica tuve el deseo de escribir un libro y como me gusta mucho la cocina acepte sin dudar. Con el correr de los años, me enteré que soy intolerante al gluten, por lo tanto tuve que cambiar todas mis recetas y adaptarlas para que fueran libres de gluten, lo cual fue un gran desafío. De esta forma, comenzamos a poner manos a la obra y creamos «A Comer» una herramienta destinada a colaborar en la cocina familiar para que todos puedan comer rico, sano, económico y en pocos pasos,



cumpliendo con las cuatro leyes de la alimentación: cantidad, calidad, armonía y adecuación”. El libro es una herramienta que facilita la elaboración de los alimentos, logrando disminuir el tiempo destinado a esta tarea. **¡Felicitaciones por el logro!**



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 | expomedical | expomedical

WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR

Nuevos directores: Cedros y Cepryps

El Centro de Estudios en Drogadependencias y Sociopatías (Cedros) y el Centro de Estudios en Prevención de Riesgos y Prevención de la Salud (Cepryps) de la Universidad ISALUD, tienen como directores al Dr. Roberto Canay y al Dr. Andrés Leibovich, respectivamente.

El Dr. Canay, actual subsecretario de Prevención y Tratamiento del SEDRONAR; propone desde el centro constituir un espacio integrado por especialistas de diferentes disciplinas para contribuir al estudio, fomento, estímulo, desarrollo e investigación de las políticas públicas en materia de drogadependencia y sociopatías; fortalecer la capacitación de profesionales en las diferentes áreas del conocimiento, la difusión y transmisión del conocimiento en la materia y el desarrollo social a través de asistencia técnica a los sectores relacionados.

Y el Dr. Leibovich, quien fue subsecretario de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, por su parte, pretende desde el Centro contribuir al desarrollo y diseminación del conocimiento y de prácticas efectivas en promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes en la población enfocado a reducir las brechas sanitarias, a través de acciones educativas, comunicacionales, de servicio e investigación.

ISALUD congratula a los Dres. Canay y Leibovich.

ISALUD en la FILBA

Como miembro de la Red de Editoriales de Universidades Privadas, la Universidad ISALUD estuvo presente en la 45ª Feria del Libro de Buenos Aires, que se realizó desde el 25 de abril en el Predio de La Rural. Dentro de las actividades que se desarrollaron en el stand, se realizó un ciclo de 14 charlas, en una de las cuales estuvo el Rector de la Universidad, Rubén Torres, bajo el tema "Política Sanitaria en el país de los argentinos: reflexiones para el día después".

[Prácticas]

Los estudiantes de Nutrición, de visita

Los alumnos de 2º año de la Licenciatura en Nutrición, junto con la docente Erica Ketterer de Bromatología y Tecnología Alimentaria realizaron una visita a la planta Lucchetti de Molinos Río de la Plata, donde los recibió la licenciada en Nutrición Yamila Longo y pudieron vivenciar la actividad laboral en primera plana.

[Presencia internacional]

ISALUD en la Academia de la OMS

El Dr. Santiago Spadafora, director de la Especialización en Administración Hospitalaria de ISALUD, y coordinador del proyecto LASALUS, ha participado del «Hackathon» de la Academia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), puntapié inicial de la conformación de un equipo de trabajo destinado a desarrollar un plan estratégico orientado a dar respuesta a tres desafíos clave:

- 1) Llegar a 10 millones de personas con programas de aprendizaje híbrido y digital de vanguardia a través de la Academia.
- 2) Implementar programas de aprendizaje acreditados a través de un sistema de gestión de certificación abierto.
- 3) Aumentar el impacto de la Academia en el cambio de comportamiento y sistemas, para mejorar la salud y el bienestar en las seis zonas de la OMS

Tras su experiencia, el Dr. Spadafora expresó: "Este espacio de trabajo

conjunto, liderado por James Campbell, máximo responsable del talento humano en la OMS, es una oportunidad única para dar un impulso logarítmico al desarrollo, uso, evolución y adaptación continua de nuestro simulador LASALUS para la gestión de organizaciones que brindan servicios de cuidado de la salud. Siempre en el marco de la formación de gerentes de servicios de cuidado de la salud basada en resultados.

"Durante el desarrollo de Hacklaton, tuve la oportunidad de exponer la necesidad que existe en las organizaciones de salud de todo el mundo de formar gerentes y líderes capaces de asegurar que estas organizaciones cumplan su misión en entornos de incertidumbre, aumento en la cantidad y calidad de la demanda de servicios de salud y un aumento sostenido de los costos de



atención de la salud, por encima del promedio de todos los demás costos de las sociedades modernas. De hecho, he logrado incluir en el grupo en el que he participado, la necesidad de capacitar a los gerentes para que las personas, especialmente las más desfavorecidas socioeconómicamente, puedan acceder a servicios de salud de calidad que contribuyan a su estado de salud. Es decir, para satisfacer su necesidad de salud y, por lo tanto, para ejercer su derecho a la salud, es por eso que tenemos la intención de contribuir sostenidamente con las próximas etapas de un proyecto tan importante".

Link del evento: <https://workplace.facebook.com/groups/300739693949970/>
Academia de la OMS: <https://www.who.int/healthacademy/about/en/>

CON VOS 24 HORAS

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

TODOS LOS
SÁBADOS
17:30 HS.

PARA CUIDAR TU SALUD

EL PROGRAMA DE LOS
FARMACÉUTICOS PARA LA
COMUNIDAD

A24

CON TETÉ COUSTAROT

EL PROGRAMA DE LA

CoFA
CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA



MIRANOS POR **YouTube**

SEGUINOS!  /ConVos24Horas

Entrega del Informe de Autoevaluación Institucional

El miércoles 8 de mayo ISALUD presentó ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) el Informe de Autoevaluación Institucional.

Este documento es el resultado del trabajo de análisis realizado durante 2018, con la participación de toda la comunidad educativa de la Universidad. Contiene una síntesis de los logros alcanzados y de los aspectos a fortalecer para seguir mejorando cada día la calidad académica.

En los próximos meses se desarrollará la segunda etapa del proceso. La Universidad recibirá la visita de un Comité de Pares Evaluadores, quienes elaborarán un Informe de Evaluación Externa, que luego será publicado por la CONEAU.

La Universidad agradece a toda la Comunidad Educativa por su valiosa participación en este proceso tan importante para el crecimiento de ISALUD.

Alumnas en acción



Estudiantes de 4to año de la Licenciatura en Nutrición sede Tigre visitaron la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Militar, como parte de las prácticas de la materia Nutrición Enteral y Parenteral con la profesora Valeria Massa.

Reunión AMICUS 2019

El día 22 de Marzo la Universidad ISALUD formó parte de la Primera Reunión Anual de la Red de Bibliotecas de Universidades Privadas, AMICUS, en la cual estuvieron presentes 32 directores de Bibliotecas de todo el país. Los temas que se desarrollaron en el evento fueron: Biblioteca electrónica MinCyT, Ley de repositorios digitales, colecciones históricas y archivos. Además, se votó la



conformación del grupo coordinador y se crearon las comisiones de trabajo. Diego Carrizo, Coordinador de Biblioteca de la Universidad ISALUD, es parte del comité de promoción de la REUP y representante de las Ediciones ISALUD.

Convocatorias Ciencia y Tecnología

La Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad ISALUD, tiene el agrado de difundir entre la comunidad académica de nuestra institución la siguiente información sobre las distintas convocatorias de investigación que se encuentran abiertas:

Primer Congreso Nacional de Ciencia Reguladora (ANMAT)

El encuentro organizado por ANMAT se propone generar un espacio para el debate y la difusión de la Ciencia Reguladora y poder acercar los avances en materia regulatoria, propiciando el intercambio de experiencias en innovación vinculadas a productos para la salud. Como objetivo transversal, busca fortalecer el vínculo entre la academia, la ANMAT y la comunidad en general. Entre las actividades que se llevarán a cabo en el Congreso, habrá conferencias, mesas de debate y presentación de pósters. Está dirigido a docentes, investigadores, autoridades y miembros de la comunidad científica y académica, funcionarios públicos de áreas de la salud así como también a los miembros del sector regulado.

Se desarrollará el 10 y 11 de setiembre de 2019 en el Centro Costa Salguero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La inscripción es gratuita y los cupos son limitados.

Fecha de Cierre: 30/08/2019

"Premios Fronteras del Conocimiento" Fundación BBVA

Buscan reconocer contribuciones fundamentales en un amplio abanico de campos del conocimiento científico, la tecnología, las humanidades y la creación artística especificados en estas bases.

Las disciplinas y dominios de los Premios Fronteras del Conocimiento son los siguientes: Ciencias Básicas (Física, Química, Matemáticas); Biología y Biomedicina; Tecnologías de la Información y la Comunicación; Ecología y Biología de la Conservación; Cambio Climático; Economía, Finanzas y Gestión de Empresas; Humanidades y Ciencias Sociales; Música y Ópera. La dotación de los premios es de 400.000 euros, un diploma y un símbolo artístico, en cada una de las ocho categorías. Los candidatos podrán ser una o más personas físicas de cualquier nacionalidad, sin límite de número, que hayan realizado aportes independientes o convergentes a un determinado avance.

Podrán también ser candidatas organizaciones científicas o culturales a las que puedan atribuirse de manera agregada contribuciones excepcionales en los ámbitos del conocimiento científico, la creación cultural y las actuaciones frente al cambio climático.

Fecha de Cierre: 30/06/2019

Por más información escribir a scyt@isalud.edu.ar

Un Sanatorio a la altura de nuestra Obra Social.

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



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.