



[ENVEJECIMIENTO]

Asghar Zaidi: "Todavía existe y es creciente la pobreza vinculada a la tercera edad"

Experto de la Universidad de Southampton y de London School of Economics, destaca las políticas de "envejecimiento activo" que empiezan a proponerse

[SISTEMAS DE INFORMACIÓN]



Jorge Guimarães: "Un hospital informatizado puede mejorar su productividad hasta el 30%"

Especialista brasileño en medicina personalizada e innovación remarca, las oportunidades y desafíos del *software* de gestión en instituciones públicas

ISSN 1850-0668

Volumen 8
Número 40
Diciembre 2013

[i]salud

Publicación de la
Universidad ISALUD 

**Comunicación y
Salud Institucional:
REVISTA
RSALUD**

**Comunicación y
Salud Individual:
VERÓNICA
GONZÁLEZ
BONET**

**Ambiente y
Salud Individual:
ENRIQUE
LUQUE**

**Servicios de
Salud Individual:
GRACIELA
OVEJERO**

Premios ISALUD

**Economía y
Salud Individual:
TOMÁS
BULAT**

**Sociedad y
Salud Institucional:
ALIANZA LIBRE DE
HUMO DE TABACO
ARGENTINA**

**Servicios de
Salud Institucional:
OSECAC
ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD**

**Economía y
Salud Institucional:
IOMA BUSCADOR
DE MEDICAMENTOS
GENÉRICOS**

**Sociedad y
Salud Individual:
MARTINIANO
MOLINA**

**Educación y
Salud Institucional:
JORGE
MARTÍNEZ**

**Investigación y
Salud Institucional:
COMISIÓN
NACIONAL SALUD
INVESTIGA**

**Trayectoria:
SUSANA
ALICIA
RODRÍGUEZ**

2013

PRESENTAMOS

 **COMUNIDAD
ISALUD** de
BODEGA TIERRA MAYOR



**DISFRUTE DE BENEFICIOS EXCLUSIVOS, EVENTOS,
DESCUENTOS ESPECIALES Y PREMIOS.**

Para asociarse o saber mas sobre COMUNIDAD ISALUD envíenos un mail con sus datos a:
comunidad-isalud@bodegatierramayor.com.ar

M www.bodegatierramayor.com.ar
BEBER CON MODERACIÓN. PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS.

EDITORIAL



Estimados amigos y amigas,

Fue un año intenso, de crecimiento, de cambios y de perseverar en la agenda social del país. Un año en el que la revista volvió sobre grandes temas y sobre esos mismos temas planteó novedades. Donde dedicamos una tapa y muchas notas a la enfermería, un recurso humano crítico en el país y la región, y otra tapa a la primera unidad especial de atención a personas que trafican droga en su cuerpo por el aeropuerto de Ezeiza, un costado poco explorado del drama del narcotráfico: la salud de las llamadas "mulas", personas que transportan capsulas con estupefacientes con un altísimo riesgo para su vida. También este año enfocamos en la necesidad de una orientación integral sobre la salud adolescente, tema que también pusimos en primer plano desde nuestra portada.

Esta última edición del año la dedicamos a celebrar los premios ISALUD, que reconocen la trayectoria de personalidades e instituciones que se destacan por su aporte a la salud y a la inclusión social.

Pero además, este número está especialmente dominado por expertos internacionales que, entrevistados por la Revista, se refieren a temas de actualidad: el brasileño Jorge Guimarães, sobre la oportunidad que la informatización presenta a los hospitales públicos; el paquistaní Asghar Zaidi, sobre el envejecimiento y la creciente la pobreza vinculada con la tercera edad; y la argentina Silvina Malvárez, sobre el fenómeno de las enfermeras migrantes.

En la misma línea, esta edición también se destaca por sus artículos, firmados por referentes en cada una de las materias abordadas: Mónica Petracci y Silvio Waisbord profundizan en la comunicación en el ámbito de la salud; Ricardo Bellagio se refiere al problema de una adecuada registración de los deudores morosos en las obras sociales; y Claudio Mate Rothgerber, con una múltiples comparaciones a casos internacionales, alerta sobre el adormecimiento de los mecanismos de alarma social sobre el consumo de drogas.

A nuestra tradicional sección de Graduados en Gestión le sumamos una variante: Docentes en Gestión. Y para inaugurarla entrevistamos a Manuel Álvarez, director del Sanatorio Finochietto, que se refiere a las innovaciones en gestión sanitaria, especialmente en el área de enfermería, puestas en práctica en ese centro asistencial. También dos estudiantes extranjeros cuentan su experiencia en la diplomatura en Gestión en Procuración y Trasplante de Órganos. Ojalá les guste.

En este sentido, también le damos la bienvenida a la Comunidad ISALUD, el nuevo espacio que nuclea a todos los alumnos y ex alumnos de carreras de posgrado, con el propósito de mantenerlos actualizados y conectados.

Deseándoles unas muy felices fiestas y unas vacaciones renovadoras, nos despedimos hasta 2014. ¡Salud!

Ginés González García
PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD



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

Revista [i]salud

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

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

EN ESTA EDICIÓN

RECONOCIMIENTO

XXII PREMIOS ISALUD

la Fundación ISALUD entrega su tradicional reconocimiento a personalidades del ámbito público y privado, y a programas oficiales que se destacan por su aporte a la salud, el medio ambiente, la economía y la sociedad en su conjunto. [\[Pág. 6 \]](#)

ENVEJECIMIENTO

ASGHAR ZAIDI:

**“TODAVÍA EXISTE Y ES CRECIENTE
LA POBREZA VINCULADA A
LA TERCERA EDAD”**

Experto de la Universidad de Southampton y de London School of Economics, destaca las políticas de “envejecimiento activo” que empiezan a proponerse. [\[Pág. 8 \]](#)

OPINIÓN

COMUNICACIÓN Y SALUD: UN CAMPO EN EXPANSIÓN

Por Mónica Petracci y Silvio Waisbord

Es creciente el uso de la comunicación en programas de salud oficiales, intervenciones de fundaciones, ONG, agencias internacionales y empresas privadas. [\[Pág. 12 \]](#)

ENTREVISTA

**SILVINA MALVÁREZ:
“LA MAYORÍA DE LAS
ENFERMERAS ARGENTINAS
QUE MIGRAN POR TRABAJO
VUELVEN AL PAÍS”**

La especialista destaca el impacto del fenómeno de la migración de profesionales en la región de las Américas, pero señala que no se relaciona sólo con las condiciones laborales. [\[Pág. 16 \]](#)

DIPLOMATURA INTERNACIONAL

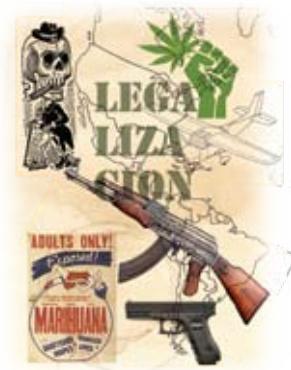
LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Dos alumnos del curso internacional de posgrado de ISALUD en Gestión en Procuración y Trasplante de Órganos contaron a la Revista sus impresiones sobre esta experiencia académica. [\[Pág. 20 \]](#)

[Pág. 16]



[Pág. 26]



[Pág. 12]

[Pág. 32]

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

JORGE GUIMARÃES: "UN HOSPITAL INFORMATIZADO PUEDE MEJORAR SU PRODUCTIVIDAD HASTA EL 30%"

Especialista brasileño en medicina personalizada e innovación remarcó, las oportunidades y desafíos del software de gestión en instituciones públicas.

[Pág. 22]

DOCENTES EN GESTIÓN

MANUEL ÁLVAREZ: "UN SANATORIO ES ESENCIALMENTE SU GENTE"

El director del moderno Sanatorio Finochietto y docente de ISALUD cuenta las innovaciones en gestión sanitaria, especialmente en el área de enfermería, puestas en práctica en ese centro asistencial. [Pág. 26]

PANORAMA

TRANSFORMACIÓN TECNOLÓGICA Y DE GESTIÓN EN LOS LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Dos referentes, del sector público y del sector privado, Noemí Savoia y Silvia Mantel, respectivamente, reflexionan sobre la evolución técnica y de procesos de estas áreas técnicas en ámbitos públicos y privados. [Pág. 29]

DROGODEPENDENCIA

LOS MERCADERES DEL TEMPLO

Por Claudio Mate Rothgerber

Se han desactivado los mecanismos de alarma social sobre el consumo de drogas y la resignación va en aumento, como resultado forzoso de las políticas adaptativas. [Pág. 32]

TRABAJOS ACADÉMICOS

SECRETARÍA DE CIENCIA Y TÉCNICA – CEPYRPS

ESCUELA Y ALIMENTACIÓN: TENSIONES Y ESTRATEGIAS EN LA LOCALIDAD DE ENSENADA

Por Francisca Dávalos

[Pág. 43]

INVESTIGADOR INVITADO

LA FEMINIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN EL SECTOR HOSPITALARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Por Patrizio Petrone

[Pág. 53]

GESTIÓN

EL PROBLEMA DE UNA ADECUADA REGISTRACIÓN DE LOS DEUDORES MOROSOS EN LAS OBRAS SOCIALES

Por Ricardo Bellagio

El inconveniente de la registración de los deudores morosos o contribuyentes demorados en las contabilidades de las obras sociales data desde el mismo inicio del sistema, es decir que tiene una antigüedad de más de 40 años. [Pág. 40]

ACADÉMICAS

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

XXII PREMIOS ISALUD



Este diciembre, la Fundación ISALUD entrega su tradicional reconocimiento a personalidades del ámbito público y privado, y a programas oficiales que se destacan por su aporte a la salud, el medio ambiente, la economía y la sociedad en su conjunto.

La elección de los galardonados se realiza mediante un consensuado y exhaustivo análisis de la trayectoria de los candidatos e instituciones a premiar, pasando éstos por distintas etapas selectivas.

En esta “siempre injusta” tarea de selección contribuyen con sus votos los premiados en ocasiones anteriores, profesionales, alumnos y ex alumnos de la Universidad ISALUD de distintos lugares del país.

Finalmente, en varias reuniones plenarias, en las que participa toda la comunidad educativa, se evalúan los méritos de cada uno de los nominados y se establece la adjudicación de los premios. En esta edición de los premios, que tiene lugar el 12 de diciembre, a las 19, se presenta también el Ensamble Musical de la Universidad ISALUD y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), de cuyas primeras audiciones informamos en la edición de agosto pasado.

Comunicación y Salud Institucional:

REVISTA RSALUD

Comunicación y Salud Individual:

VERÓNICA GONZÁLEZ BONET

Ambiente y Salud Individual:

DR. ENRIQUE LUQUE

Servicios de Salud Individual:

GRACIELA OVEJERO

Servicios de Salud Institucional:

OSECAC - ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Economía y Salud Institucional:

IOMA - BUSCADOR DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Economía y Salud Individual:

TOMÁS BULAT

Sociedad y Salud Institucional:

ALIANZA LIBRE DE HUMO DE TABACO ARGENTINA

Sociedad y Salud Individual:

MARTINIANO MOLINA

Educación y Salud Individual:

JORGE MARTÍNEZ

Investigación y Salud Institucional:

COMISIÓN NACIONAL SALUD INVESTIGA

Trayectoria:

SUSANA ALICIA RODRÍGUEZ



VOS CRECÉS.
NOSOTROS TAMBIÉN.

CRECER JUNTOS
ES NUESTRO MEJOR LOGRO.



0810 - 444 - SALUD (72583)

www.sancorsalud.com.ar

Seguinos en:

ASGHAR ZAIDI: “TODAVÍA EXISTE Y ES CRECIENTE LA POBREZA VINCULADA A LA TERCERA EDAD”

Experto de la Universidad de Southampton y de London School of Economics, destaca las políticas de “envejecimiento activo” que empiezan a proponerse



Es profesor en Políticas Sociales e Internacionales de la Universidad de Southampton y afiliado al Centro de Investigación en Edad y el Centro de Cambio Poblacional del Consejo de Investigación Económica y Social. También se desempeña como investigador asociado del Centro de Análisis sobre Exclusión Social en la London School of Economics (LSE) y en el Instituto Alemán de Investigación Económica. Participó de la Conferencia Internacional sobre “Empoderamiento del Índice Global de Envejecimiento (GIA) y experiencias mundiales en políticas”, que tuvo lugar en la sede académica de la Universidad ISALUD.

-¿Cuál es el estado de bienestar de las personas mayores en el mundo?

–El contexto general es que nos encontramos frente a un gran desafío y para lo cual debemos generar políticas que necesitan de información, pruebas y evidencias. Por eso participé de la construcción de lo que llamamos Global Age Watch Index (un Índice de Reloj de Envejecimiento Global), junto a 91 países del mundo. En el continente europeo el adulto mayor conforma gran parte de la sociedad más que nunca antes, pero las políticas y las instituciones del continente no se ajustan a sus necesidades, hay como una edad fija en que las personas están obligadas a retirarse y es cada vez más alta la expectativa de vida. Las políticas llamadas de envejecimiento activo tratan es de darle a la persona mayor la posibilidad de participar en la sociedad y fomentar sus posibilidades de empleo. Estas políticas podrán funcionar siempre y cuando las personas mayores quieran participar y mantenerse activas en la sociedad, hagan valer sus derechos y que no sea solo responsabilidad de los políticos y de los estados la posibilidad de cambio.

-¿Cuál es el panorama en América latina?

–Hay una gran fuerza en relación a los derechos humanos de las personas mayores y son políticas que deberían adoptarse

Pilar Contreras
Asesora regional en Protección Social
de HelpAge International

HACIA UN CAMBIO DE PARADIGMA

“Uno de los grandes desafíos de la región es cambiar el paradigma que tenemos sobre el envejecimiento. Partimos de la idea de que la persona mayor se tiene que retirar y descansar, y en mi caso personal mi padre falleció a los 83 y ha trabajado hasta el último mes de su vida como docente universitario. Y yo no sé si él hubiera vivido tantos años si por cuestiones normativas se predispusiera al solo descanso. Nuestra mentalidad todavía responde a esa idea de que los “viejos” tienen que descansar o son personas “enfermas”, entonces con esa estructura estatal y social lo que generamos son programas más asistencialistas, con prácticas de tai chi o bailes de tangos, que no están mal pero no son las únicas cosas que quieren hacer las personas mayores. La experiencia en la zona andina es diferente y en Lima, por ejemplo, el 47% de las personas mayores se mantiene trabajando porque no tienen pensión y trabajan hasta que fallecen y entonces hay un aporte en efectivo y activos fijos. En Latinoamérica el movimiento de los adultos mayores es muy fuerte pero no siempre son los indicados”.

también. Los países latinoamericanos tienen políticas muy fuertes en todo lo que sea seguros de salud y seguros de ingresos. Para estos países el verdadero problema es la diferencia social, de género y de edad, en las diferentes regiones. En la Argentina si bien ha mejorado mucho el sistema de ingresos en relación a las jubilaciones, todavía existe y es creciente la pobreza vinculada a la tercera edad, no hubo una mejora al nivel de Chile, por ejemplo. Todavía hay muchas personas que reciben la jubilación mínima y la intención de las políticas que se presentan es aumentar el mínimo para que las personas que viven en situación de pobreza puedan mejorar su situación. Para compensar, en América latina las familias todavía acogen a la persona mayor. En realidad, en Japón, Corea y América latina las familias tienen cada vez menos hijos, las personas mayores viven cada vez más y el cuidado que reciben es cada vez menos de algún integrante de la familia y por ende necesitan de más atención profesional, y es por eso que las políticas para la tercera

Así como las mujeres lucharon en los años 50 y 60 para que se reconozca el trabajo no remunerado que realizaban en el hogar, ahora toca hacer visible la presencia del adulto mayor que está en casa cuidando a los niños

edad necesitan fortalecerse. Las ciudades no están preparadas para las personas de la tercera edad pero La Plata es una de las primeras ciudades del país y de la región que se unió a la Red de Amigos de la Tercera Edad.

–¿Las políticas de envejecimiento activo también apuestan a un objetivo mayor, cuál es?

–Sí, la idea es que las personas mayores se muestren activas en la sociedad y no sólo para su propio cuidado sino también para sus nietos, así los padres jóvenes, y sobre todo las madres jóvenes puedan dejar a sus hijos al cuidado de las personas mayores e insertarse en el mundo laboral. O sea que al recibir las personas mayores estas políticas, son los niños y los jóvenes también beneficiarios de la experiencia. El gran cambio es poder dejar de ver al adulto mayor sólo como receptor de políticas, sino también como alguien que está aportando a la sociedad y eso cuesta mucho porque así como las mujeres lucharon en los años 50 y 60 para que se reconozca el trabajo no asalariado, no remunerado, ahora nos toca a nosotros desde HelpAge International visibilizar la presencia del adulto mayor con ese trabajo no remunerado.

–¿Qué importancia le asigna al nuevo Índice Global de Envejecimiento?

–Este índice lo que aporta por primera vez es toda la información que se necesita para que en los países se puedan desarrollar políticas que resguarden el cuidado de los ancianos. Lo que al principio nos sorprendió es que las políticas que se aplicaron en ese sentido tienen que ver con los países del sur latinoamericano como Argentina, Chile, Uruguay, que durante los últimos 30 y 40 años fueron los primeros que aplicaron políticas en ese sentido y Eva Perón fue una de las líderes que alzó las banderas por el bienestar de las personas mayores.

El concepto de mantener activa a la persona mayor es una estrategia que no sólo

El concepto de mantener activa a la persona mayor es una estrategia que no sólo beneficia a la tercera edad sino también a la sociedad, sobre todo en calidad de vida.



beneficia a la tercera edad sino también a la sociedad, sobre todo en calidad de vida. Si las personas están mejor físicamente y se sienten saludables, sus relaciones sociales también mejoran, son más felices en un momento de la vida que por lo general se los aparta. Este es un trabajo largo de investigación, de recolección de información y análisis, y poder identificar buenas prácticas de políticas en el mundo es un proceso largo y que recién comienza.

–¿Cuál son los desafíos más próximos?

–En realidad el reto que se enfrenta en todo el mundo y desde hace varias décadas es la de poder transformar la percepción de la sociedad sobre la tercera edad, de reconsiderar esa mirada donde solo hay que tenerlos en cuenta como una carga y no como parte activa de la sociedad. Y una de las estrategias que se ha venido reforzando en los últimos 20 años es la política de *envejecimiento activo*. La idea de ayudar a todas las personas para que vivan en forma activa, sana, segura y con confianza. No se trata de ayudarlos a partir del momento en que se desarrolla la dependencia si no que se los tome como un potencial de nuestra sociedad, para su propio bienestar y el de las sociedades en general. Esa es la estrategia que debemos remarcar y emplear para ello todas las herramientas que estén a nuestro alcance. *u*



GlaxoSmithKline

www.glaxosmithkline.com.ar



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

COMUNICACIÓN Y SALUD: UN CAMPO EN EXPANSIÓN

Por Mónica Petracci
y Silvio Waisbord

Si consideramos la cantidad de cursos y programas, académicos y profesionales, no hay duda que el campo comunicacional de la salud creció en las últimas décadas. Esto se debe a la conjunción de varios factores. La confluencia de académicos formados en las ciencias sociales, humanidades y ciencias médicas alrededor de temas comunes produjo una variedad de enfoques interdisciplinarios y preguntas con clara raigambre en diferentes teorías. La creciente consideración de lo comunicacional en programas de salud oficiales, sumada a las intervenciones de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales, y empresas privadas, resultó en la acumulación de un número apreciable de experiencias que muestran usos de la comunicación en una gama de prioridades de salud pública. Asimismo es notable el mayor interés del periodismo en temas de salud, expresado en la creación de

secciones especiales y publicaciones especializadas.

Esa combinación de factores produjo trabajos y experiencias que certifican no solamente crecimiento y maduración, sino también riqueza analítica, teórica, y programática. En el libro *Comunicación y salud en la Argentina*, del que este artículo retoma la Introducción, buscamos ofrecer un mapa de debates conceptuales, identificar direcciones teóricas, metodológicas y empíricas tomadas por la investigación, y presentar una selección de artículos que desde diferentes abordajes, niveles de análisis, temas y programas, exhiban la complejidad del campo.

Cualquier intento por capturar la diversidad de enfoques, modelos, y prácticas en comunicación y salud es necesariamente incompleto. Esto se debe a varios motivos. Los múltiples problemas sociales que atraviesan el campo, desde cuestiones de poder pasando por el espacio público y mediático, hasta la relación entre profesionales y usuarios de los servicios de salud. Los sesgos derivados

de la formación de procedencia y las inquietudes personales volcadas sobre cualquier análisis. A nuestro entender esa variedad explica la riqueza analítica y, a su vez, desafía cualquier intento de ofrecer una visión completa.

Si bien se puede argumentar que el nexo entre comunicación y salud es permanente, y que recorre ambos desarrollos, el cruce entre ellos es relativamente reciente. Se constituye como lugar de reflexión académica en Estados Unidos y algunos países europeos durante las décadas de 1960 y 1970. Esto ha sido el resultado tanto de la creciente especialización y fragmentación del estudio de la comunicación como de la centralidad de la salud en las sociedades contemporáneas. Puesto que la salud atraviesa diferentes áreas sociales, también sugiere temas a reflexionar e interrogantes a responder desde la comunicación: la enfermedad como nudo de identidad personal en pacientes afectados por distintas condiciones crónicas, la salud como materia de agenda, debate y políticas públicas, el riesgo de epidemias como tema omnipresente en el mundo globalizado, las demandas sobre salud (derechos, atención e investigación) como eje

* Mónica Petracci es doctora en Ciencias Sociales, UBA. Investigadora Instituto Gino Germani y profesora de la carrera en Ciencias de la Comunicación, Facultad Ciencias Sociales, UBA. Investigadora Externa CEDES. Docente de la diplomatura de Salud Saxual y Reproductiva, Universidad ISALUD.

Silvio Waisbord es profesor en la Escuela de Medios y Asuntos Públicos, George Washington University y editor del International Journal of Press/Politics.

de movilización social, la salud como prioridad de campañas masivas, y la salud/ enfermedad como noticia constante en la prensa, tema central en la ficción y contenido de foros de consulta en Internet. Asimismo, tanto la prioridad dada a la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuanto las enormes inversiones de agencias y donantes internacionales en temas particulares (desde el VIH/sida hasta la tuberculosis) sugieren su preponderancia en agendas globales.

Comunicación y salud es un lugar de encuentro de intereses intelectuales animados por objetivos y aparatos conceptuales distintos. Especialistas en salud pública están interesados en temas e interrogantes propios de la disciplina y, como se espera, ven a la comunicación en términos de sus contribuciones a la salud, como una serie de saberes y herramientas que pueden contribuir al logro de objetivos en salud. De ahí que históricamente la comunicación aparezca como indistinguible de la educación y la promoción de la salud. El hecho que usualmente la comunicación haya sido institucionalizada en los Ministerios de Salud en oficinas de “comunicación/información/educación/promoción” refleja una persistente confusión sobre su identidad disciplinaria, y una visión instrumental imperante en ópticas de la salud y en ámbitos destinados a la formulación e implementación de las políticas públicas de salud.

En cambio, desde miradas enraizadas en la tradición de la investigación en comunicación se contribuyó a problematizar el campo. Esto explica porqué habitualmente el interés en salud está unido a preguntas más abarcadoras sobre impacto de medios, procesamiento de informa-

La creciente consideración de lo comunicacional en programas de salud oficiales, sumada a las intervenciones de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales, y empresas privadas, resultó en la acumulación de un número apreciable de experiencias que muestran usos de la comunicación en una gama de prioridades de salud pública.



ción, políticas públicas, y prácticas saludables. Asimismo, el hecho de que diferentes corrientes disciplinarias y teóricas confluyan en la comunicación explica porqué la salud, como espacio de reflexión, fue objeto de diferentes preguntas y perspectivas comunicacionales. Mientras que enfoques alimentados en teorías psicológicas se han focalizado en cómo los individuos adquieren información y actúan según una variedad de influencias sociales, estudios basados en premisas de la antropología se interesaron en la salud como un fenómeno de construcción de sentido y experiencia cultural. El interés de los estudios semiológicos sobre los significados de la salud en el discurso público es diferente del de la sociología interesada en relaciones comunicacionales en sistemas de salud o la movilización social y la participación ciudadana en torno a la salud.

Aquí partimos de la idea que esta diversidad de enfoques y encuentro de especialistas con diferentes formaciones e intereses intelectuales resulta en una riqueza analítica inobjetable, más allá de la persistente confusión conceptual –“¿Qué es comunicación?” ¿Es información?– que produce situaciones propias de Babel. De ahí que el diálogo entre especialistas conjugue conceptos e intereses disímiles y cruce diversos lenguajes e impulsos disciplinarios. Además de motivaciones analíticas, existe una fuerte intención de proveer conocimiento para contribuir al cambio social y al mejoramiento de condiciones de salud en la población. El impulso reformista del movimiento sanitario en la Argentina, vinculado a iniciativas similares en América Latina, sumado a posiciones normativas y políticas de la reflexión en comunicación desembocó en esfuer-

zos analíticos de intervención en lo público.

Dentro de esta tradición, aquí planteamos la validez de abordar el estudio de la comunicación y salud ya sea tanto desde problemáticas propias de la salud pública como desde la comunicación. No hay una serie de preguntas que sean más importantes que otras en términos puramente disciplinarios. Asimismo el pluralismo conceptual y temático es una fortaleza del campo que incentiva a cotejar explicaciones sobre los mismos fenómenos y a priorizar rumbos investigativos.

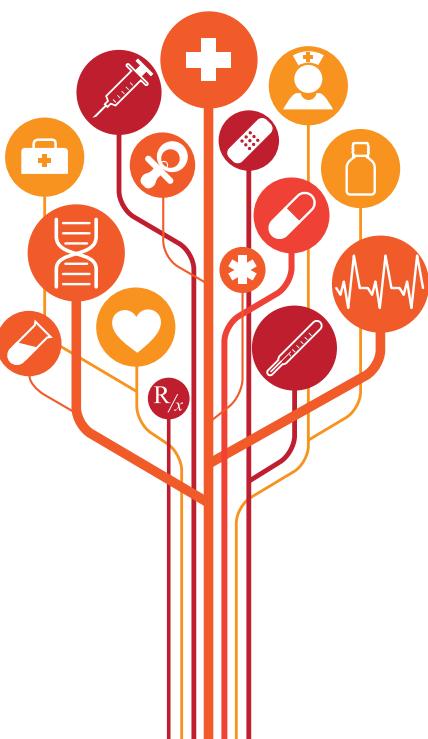
Como académicos/as de la comunicación y los estudios de medios, nuestro sesgo disciplinario es comenzar con preguntas específicas de nuestra disciplina localizadas en la salud pública en la Argentina. Aquí rescatamos una visión de la comunicación vinculada con el proceso de participación en la producción e intercambio de ideas y opiniones. No optamos por una visión ortodoxa "informacional/cibernetica" de la comunicación que equipa para a esta última con la transmisión de información. Tal enfoque, ciertamente muy influyente en la tradición de estudios de efectos de medios desde planteos psicológicos y computacionales comunes en Estados Unidos, ofrece una perspectiva mecanicista y limitada que ignora complejos procesos sociales y políticos de intercambio y formación de sentido social como así también de participación política. Información no es comunicación; puede ser un componente no excluyente de procesos comunicacionales. Por estas razones, creemos que la comunicación, como disciplina, contribuye con el análisis de la salud como fenómeno social. Una variedad de preguntas cabe formular sobre la interacción verbal y no verbal entre profesionales de la salud y usuarios de servicios, la dinámica de la construcción social de problemas en salud,

la cobertura de la salud en los medios de información, la articulación de discursos privados y públicos sobre la salud/enfermedad, el funcionamiento de servicios públicos y privados de salud, y la participación ciudadana en políticas y la provisión de servicios de salud. Tales focos analíticos remiten a problemáticas que dominan el interés de las ciencias sociales como el poder, la cultura, el orden, el conflicto, el estigma y la discriminación, la formación de identidades entre otros. Tal enfoque es necesario para superar el foco "campañista" de estudiar comunicación/salud principalmente en torno a intervenciones comunicacionales durante períodos determinados. Las campañas son una forma de intervención dentro de un contexto complejo y permanente de comunicación. No existen aisladas sino dentro de un conjunto de prácticas comunicacionales y conocimientos sobre salud a cuyo efecto sinérgico contribuyen.

La diversidad que destacamos ofrece oportunidades para entender cómo se vinculan la comunicación y la salud. Desde la comunicación interpersonal en la interacción de ciudadanos y ciudadanas con el sistema y el per-

sonal de salud hasta la participación para incidir en las políticas públicas, la comunicación en salud remite a diferentes estrategias, modos y preguntas centrales en el estudio de la comunicación. ¿Cuál es la función de la comunicación en la construcción y el mantenimiento de procesos identitarios? ¿Qué rol cumple la comunicación como participación y ciudadanía en procesos de cambios sociales? ¿Cómo interactúan distintos públicos en la definición y resolución de problemas públicos? ¿Cómo se construyen temas privados en asuntos de interés público? Este abanico de temas converge en el estudio de la comunicación y la salud tanto a nivel teórico como en experiencias prácticas.

Creemos que es imposible definir y pensar la salud sin incluir cuestiones propias de la comunicación. Las agendas públicas de salud son discutidas, determinadas, desafiadas, y propuestas a través de prácticas y procesos comunicacionales. Cualquier propuesta es una respuesta enmarcada en formas de definir problemas de salud. Porque cualquier problema en salud puede ser definido de múltiples maneras que, frecuentemente, conducen a formas determinadas de pensamiento y acción. Los grandes desafíos de la salud pública entran en la mira pública y política a través de esfuerzos comunicacionales de producción de conocimiento e influencia de decisiones. De aquí que estemos convencidos que la comunicación es vital en la interpretación y transformación de la salud/enfermedad, la definición de la salud ya sea como un tema individual o social, y la atención en problemas y soluciones que afectan la salud de la mayoría de los ciudadanos y ciudadanas.



LA
CONFIANZA
SE TRANSMITE
de persona a persona



LA IMAGEN DE LA FIGURA HUMANA HA SIDO RETOCADA Y/O MODIFICADA DIGITALMENTE.

EN OSDE PRESTAMOS OBLIGATORIAS DE COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL, INFÓRMASE DE LOS TÉRMINOS Y ALANCES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE INTERNET WWW.BUENOSAIRES.GOV.AR. LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ESTÁ HABILITADO UN SERVICIO TELETACON GRATUITO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IRREGULARIDADES DE LA OPERADORA DE TRASPASOS. EL MISMO SE ENCUENTRA HABILITADO DE LUNES A VIERNES, DE 09 A 11 HS, LLAMANDO AL 1-800-222-SALUD (2283) - WWW.SALUD.GOV.AR - RN 05-4 0080-0. RN E.M.P. (PRO) 1408.

SILVINA MALVÁREZ: “LA MAYORÍA DE LAS ENFERMERAS ARGENTINAS QUE MIGRAN POR TRABAJO, VUELVEN AL PAÍS”

La especialista, que fue asesora regional de OPS/OMS en desarrollo de recursos humanos en salud, destaca el impacto del fenómeno de la migración de profesionales en la región de las Américas, pero señala que no se relaciona sólo con las condiciones laborales.



“La enfermería fue y sigue siendo un trabajo precioso que implica vocación de servicio e intensión de servir, condición preexistente a la formación y que se desarrolla durante la carrera y la vida profesional”, señaló la Dra. Silvina Malvárez, que entre 2002 y febrero de este año se

desempeñó como asesora regional de Desarrollo de Personal de Enfermería y Técnicos en Salud de la OPS/OMS, y que cumpliera además una destacada labor al frente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). En los últimos años la salud ha ocu-

pado un lugar destacado en la agenda global al entenderse como una cuestión central y determinante del desarrollo. Todo ello en un contexto donde la pobreza y las inequidades en el mundo globalizado, el aumento de riesgos debido a cambios ecológicos, demográficos y socio-

económicos, los efectos negativos de las reformas y su impacto en la salud pública, le han dado impulso a la generación de alianzas globales para el desarrollo social, el control de enfermedades y una renovada acción a favor de la atención primaria de salud.

–¿Cuál es la visión que ha tenido la OPS sobre la situación de los recursos humanos en enfermería durante su gestión?

–En estos años los servicios de enfermería han tenido un lugar principal en la OPS, particularmente en cuanto al desarrollo de recursos humanos de enfermería y no solo en cuanto a la formación sino también en cuanto a las políticas de servicio y de recursos humanos, el análisis de la composición y de la dinámica, la educación y el desarrollo profesional. Otro aspecto transcendente ha sido la migración del personal de enfermería, fenómeno que en el área de salud ha venido creciendo enormemente en el mundo.

–¿Cuánto afectaron a los recursos humanos en salud las reformas sectoriales de los 90?

–Tuvieron consecuencias negativas en la atención y en la precarización del empleo, influyeron en la motivación, eficiencia y estabilidad de los trabajadores y en la calidad de los servicios, fragmentando aún más las capacidades de los profesionales y técnicos. La educación profesional y permanente representa componentes centrales para la adecuación de las prácticas de atención, que hoy enfrentan desafíos y oportunidades invaluables que les ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación. Los procesos de integración subregional influyen también en las políticas de recursos humanos y plantean discusiones sobre la movilidad y la necesidad

de establecer mecanismos de regulación comunes entre los países.

–¿Qué características presenta el boom migratorio?

–Se han hecho estudios de migración de enfermeras y médicos en toda la región de las Américas, en particular sobre el personal de enfermería desde los países de América latina y el Caribe hacia Estados Unidos, España, Italia, Australia e Inglaterra, principalmente. Esa migración ha dejado al descubierto muchos servicios de enfermería, como por ejemplo en el Caribe de habla inglesa, en donde más del 30% de los puestos que había en algunos países han que-

La migración de enfermeras no se da sólo por precarias condiciones de empleo y trabajo en los países de origen sino que también guarda relación con procesos como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo y las políticas de recursos humanos, entre otras cosas.

dado vacantes por la migración. En países como Perú llegaron a emigrar 17.000 enfermeras, que se fueron mayoritariamente a Italia, en Argentina la migración tiene la característica diferente que las enfermeras se van pero vuelven, en otros países eso no ocurre.

–¿Los motivos?

–Tiene que ver con los procesos de inclusión social de los países, la dinámica de la inclusión. Por otra parte, la migración no se da sólo por precarias condiciones de empleo y trabajo en los países de origen sino que también guarda relación con procesos como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo y las políticas de recursos humanos, entre otras cosas. Se presenta también un componente de sueños y aventura de las enfermeras que desean conocer otros países y culturas; además de querer mejorar sus condiciones y nivel de educación. Pero en Argentina las enfermeras vuelven.

–¿Qué innovaciones se vienen dando en el sector?

–Hay diferentes dimensiones de la transformación; una de ellas es la explosión de las escuelas de enfermería en la mayoría de los países de la región como consecuencia de una demanda mayor de personal calificado. Otra dimensión es la transformación de la educación en enfermería que tuvo un gran auge de perspectiva social en los 80, en los modelos curriculares dirigidos a la atención primaria de la salud, pero que se redujo y tuvo limitaciones en la década de los 90. Ahora los nuevos mandatos sobre los determinantes sociales, la atención primaria de la salud y la cobertura universal, han vuelto a revolucionar los currículum, los planes de estudio y a cambiar la educación.

–¿Cuáles son las otras dos grandes transformaciones?

–Sí, son el aumento de la investigación y el conocimiento científico de la enfermería que han producido también un cambio en la educación, y la inclusión de las tecnologías de la información y de la comunicac-

ción atravesando los servicios, las organizaciones profesionales y la educación. Esta utilización intensiva de las nuevas tecnologías está siendo importante en muchos lugares ya que permiten el acceso a la educación de las enfermeras en lugares remotos, o donde no tienen protección de salud, entonces con esto se está beneficiando mucho a la

dades y a que haya más enfermeras en zonas alejadas, en especial en Canadá. En el Caribe de habla inglesa las enfermeras y el sector de enfermería tienen una gran capacidad de gestión de los servicios de salud, y de enfermería, con una dotación alta, menos auxiliares de enfermería y más profesionales. En cambio en América latina la distribución tiene

(OMS, 2006) y que, como mínimo, haya una razón de 1:1 en la relación médico-enfermera. Aunque, en países como Estados Unidos, Canadá y los del Caribe de habla inglesa hay más enfermeras que médicos, que es el modelo ideal.

–¿Cuáles son los desafíos a futuro?

–En el sentido general, primero hay que seguir promoviendo el acceso al derecho a la salud, y esa es una meta que siempre hay que perseguir porque cumplimentar los objetivos de Desarrollo del Milenio es difícil; lo segundo es la cobertura universal, en promoción, prevención y atención de la salud sin relación con la capacidad de pago de las personas. Si no tiene recursos recibirá igual calidad y cantidad de atención de la salud en el momento oportuno. En la Agenda de Desarrollo post 2015 que se está diseñando y que incluye a la salud como un determinante del desarrollo, se incorporan otras dimensiones como la salud del adulto mayor las enfermedades crónicas no transmisibles y el medio ambiente.

–Es una agenda que está definiendo la ONU y no sólo la OMS

–Lo importante es que la salud adquiere una condición política mundial en el nivel más alto de organización que es en las Naciones Unidas. Hay que pensar la cobertura universal como estrategia, y eso supone un desafío de calidad, porque suficiente cobertura sin calidad no será cobertura. La calidad de la atención implica el aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación y el desarrollo del conocimiento en salud así como el constante y pertinente desarrollo de los recursos humanos para la salud. *u*



En América latina la distribución de las enfermeras tiene mucho para mejorar: la dotación de personal es muy baja, y en general son más auxiliares que profesionales, y casi hay ausencia de ellos en lugares remotos o de condiciones deficitarias.

educación, a la vez que a la salud de la población.

–Un punto crítico es el de la distribución de los profesionales ¿Cuál es su análisis?

–Cuando se habla de la distribución debe hablarse antes de la dotación, la composición y las competencias de las fuerzas laborales de trabajo: a todo lo que tiene que ver con la dotación de personal en los países y cómo se utilizan y distribuyen. En el continente americano hay diferencias muy notables en ese sentido, por ejemplo, en el norte de América las enfermeras canadienses y estadounidenses, el área de enfermería tiende a tener una gran dotación de personal profesionalizado y menor cantidad de auxiliares de enfermería; también a estar mejor distribui-

mucho por mejorar, la dotación de personal es muy baja, y en general son más auxiliares que profesionales de enfermería, casi hay ausencia de ellos en lugares remotos o de condiciones deficitarias.

En Argentina hace hay una densidad altísima de médicos en algunas ciudades como Buenos Aires, en cambio enfermeras son mucho menos. Pero en Tierra del Fuego o en Formosa la densidad de médicos por habitantes es deficitaria. Hay un déficit de dotación y hay un déficit de distribución. ¿Cómo se corrige? Una cuestión bien clara es que ya tenemos un indicador para atender los Objetivos del Desarrollo del Milenio (especialmente la mortalidad infantil, la salud materna, el VIH), y es que haya como mínimo 25 médicos y enfermeras cada 10.000 habitantes



A su lado, siempre.

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

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

MANLAB®

Diagnóstico Bioquímico y Genómico

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

**DOS ALUMNOS DEL CURSO INTERNACIONAL DE
POSGRADO DE ISALUD EN GESTIÓN EN PROCURACIÓN
Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS CONTARON A LA REVISTA
SUS IMPRESIONES SOBRE ESTA EXPERIENCIA ACADÉMICA**

Viviana Romero y Javier Bermúdez, alumnos de la diplomatura internacional en *Gestión en Procuración y Trasplante de Órganos*, que se dicta en la Universidad ISALUD, contaron a la Revista sus impresiones sobre esa experiencia académica que apunta a fortalecer la capacitación profesional de quienes trabajan en áreas críticas de establecimientos, servicios y programas de salud.

En este posgrado coinciden profesionales Buenos Aires, Misiones, Corrientes, Santa Cruz, Santa Fe, Salta, Tucumán, La Pampa y la Capital Federal, además de estudiantes de Ecuador y Perú. El curso tiene una duración de nueve meses divididos en tres etapas: una primera parte presencial que se cursa en la sede de ISALUD; una segunda etapa es a distancia y consiste en ocho

módulos que comprenden tutorías telemáticas a través de la plataforma educativa virtual de la Universidad (se desarrolla desde septiembre de 2013 a mayo 2014); y, finalmente, una tercera etapa presencial en Buenos Aires, que consistirá en una semana de cursada intensiva, del 9 al 13 de junio de 2014.

“Trabajo en un hospital de Santa Cruz donde no hay centro de trasplantes, así que casi

“Trabajo en un hospital donde no hay centro de trasplantes, así que casi todas las procuraciones de órganos vienen a Buenos Aires para ser los trasplantes. Me interesó hacer este diplomado porque creo que me va a dar las herramientas necesarias para la gestión”, dijo Viviana Romero coordinadora hospitalaria zonal en Caleta Olivia, provincia de Santa Cruz.





“En Ecuador estamos viviendo una etapa de transición pero con las directrices claras hacia dónde queremos llegar, y en ese sentido el diplomado tiene una fuerte carga administrativa, política, de proyectos y gestión que son sumamente importantes”, afirmó José Javier Romero, médico, magíster en Emergencias Médicas y encargado de la Gestión de Pacientes en el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano.

plantas, así que casi todas las procuraciones de órganos vienen a Buenos Aires para ser los trasplantes. Me interesó hacer este diplomado porque creo que me va a dar las herramientas necesarias para la gestión. Nos brinda un pantallazo de todo, desde los sistemas de salud a los modelos de procuración y trasplantes, el panorama internacional, el proceso de donación, la planificación en salud y la gestión de equipos. Todo suma a mi experiencia en el Incucai desde el 2009”, señaló Viviana Romero, coordinadora hospitalaria zonal en Caleta Olivia, provincia de Santa Cruz. José Javier Romero es ecuatoriano y médico de carrera con una maestría en Emergencias Médicas. Se desempeñó como director de Provisión y Logística en el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante de Ecuador, y actualmente es encargado de la Gestión de Pacientes en el Ministerio de Salud Pública de ese país. “Me enteré de este diplomado porque estoy en contacto permanente con el Incucai, que es una referencia en América latina, y conozco su dinámica y su personal. En Ecuador estamos viviendo una etapa de transición pero con las directrices claras hacia dónde queremos llegar, y en ese sentido el diplomado me genera mucha más expectativa

porque tiene una fuerte carga administrativa, política, de proyectos y gestión que son sumamente importantes”, afirmó.

Romero consideró fundamental la figura del coordinador hospitalario, utilizada con mucho éxito en Argentina, como estrategia implementada por el Incucai para aumentar la cantidad de donantes. “Hoy todas las provincias tienen coordinadores hospitalarios y un responsable jurisdiccional. Su aparición cambió y fue clave para la historia de la donación de trasplante en la Argentina, que ahora tiene implementada la estrategia del hospital donante con la cual no sólo se apunta a respaldar la labor del coordinador hospitalario sino también a que todo el hospital esté compenetrado del donante cuando se detecte un caso específico”.

En relación a la situación en Ecuador, Romero señaló que allí se cuenta con pocos coordinadores hospitalarios: “Ahora con las nuevas reformas en lo que hace a estructuras hospitalarias se está pensando en crearla ya como una figura dentro de los hospitales. Siempre es difícil empezar, tenemos hospitales que cuentan con coordinadores, otros con algún médico que no es coordinador pero apoya. Desde mi

experiencia en el área logística puedo decir que es complicado estar en un país pequeño como el Ecuador, donde tenemos tres regiones bien diferenciadas, con dificultades entre ellas por la estructura territorial donde conviven montañas, zonas con mucho viento y con hospitales que tienen la particularidad de estar centralizados en Quito, Guayaquil y Cuenca, ciudades donde se desarrolla la mayor actividad”.

Romero destacó también que desde el Gobierno se busca fortalecer la capacidad logística de las ciudades, tratando de dar un cambio de concepción muy fuerte con la presencia de un Estado que avanza aún más creando su primer Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical a través del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejido y Células, que beneficiará a las personas que necesiten de un trasplante de médula ósea: “También se busca darle la mayor cobertura a todo ciudadano del país, como parte de la agenda; tenemos una ley orgánica de salud, una ley de trasplante, y lo que se está buscando es la forma de dar atención al mandato constitucional existente, en base a la aplicación de ciertos programas y la atención de servicios en los hospitales”. 

JORGE GUIMARÃES: “UN HOSPITAL PÚBLICO INFORMATIZADO PUEDE AUMENTAR SU PRODUCTIVIDAD HASTA EL 30%”

Especialista brasileño en medicina personalizada e innovación en sistemas de información, disertó en ISALUD sobre la experiencia de informatización del Instituto Nacional del Cáncer, en Brasil; oportunidades y desafíos de los software de fácil utilización, flexibles y escalables

Jorge Guimarães es especialista en Medicina Personalizada e Innovaciones en Sistemas de Información. Días atrás brindó una conferencia en la Universidad ISALUD sobre la experiencia desarrollada en clínica informatizada en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), en Brasil, y estuvo acompañado también por Francisco Jorge Fernández López, representante de la empresa Alert en América latina; el Dr. Paulo Buss, del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS); y el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, quien tuvo a su cargo las palabras de apertura.

–¿Cuéntenos qué es Alert y su experiencia desarrollada en el Instituto Nacional de Cáncer de Brasil y en la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz)?

–Es una herramienta operacional para todos los ambientes de prestación de cuidados de salud y para todos los profesionales del área de la salud, cuyo objetivo es producir ambientes totalmente libres de papel. Utilizando nuestro

data center es posible analizar datos clínicos y financieros, así como comparar los resultados obtenidos con otras instituciones. El sistema facilita el acceso continuo a la información por parte de usuarios, así como la actualización progresiva y en tiempo real de la información relativa a cada tarea o prueba. La clave es producir y aplicar un *software* de fácil utilización, flexible y escalable, para que las instituciones puedan contar con soluciones tecnológicas de calidad sin necesidad de realizar grandes inversiones en *hardware* e infraestructuras.

–¿De qué manera se realizó el proceso de adaptación a esta tecnología?

–En relación a cómo involucrar a los usuarios en este tipo de sistemas el gran logro de Alert en todo este tiempo es que ha podido desarrollar un producto que es muy cercano al profesional, diseñado por y para médicos desde su inicio, y que hace un abordaje de la información que se utiliza, muy cercano a cómo el médico piensa y trabaja, y eso es fundamental.



Es un sistema que desde el punto de vista del usuario es muy agradable, ágil, intuitivo y fácil de recordar. Hay que reconocer que siempre fue muy complejo el abordaje de la informática hacia la medicina. El mismo médico lo reconocía, señalaba que le quitaba tiempo de ver a los pacientes y ese es uno de los aspectos que intentamos mejorar. Ahora procuramos que la relación entre usuario y sistema sea tan fluida que no enturbie la relación médico-paciente. La idea es que el sistema esté ahí para proporcionar más tiempo de calidad.

-¿Cómo han sido las experiencias en Brasil?

—En Fiocruz lo que hacemos es utilizar los *software* a través de los agentes sanitarios de salud que son quienes viven en las comunidades de las favelas, conocen las familias, recogen los datos allí, y después hacen la sincronización de la informatización con el sistema central. Es importante decir que se

La importancia de la informatización en la medicina y cómo se aprende, la capacidad de enriquecer la información de los pacientes y cómo se acepta esa información, cómo se hacen los pedidos y se obtienen resultados de exámenes de diagnósticos

trata de un producto único que se configura de una manera distinta para cada uno de los ambientes clínicos, como la urgencia, la internación ambulatoria o la farmacia de un hospital. El sistema se ha desarrollado para responder a cada uno de esos ambientes clínicos diferentes, con sus particularidades. En el INCA hay cuatro hospitales oncológicos todos servidos de un data center, tenemos estados como el de Minas Gerais, donde cubrimos una población de 20 millones de personas a partir de un solo data center o en Portugal que también hacemos toda la referencia a partir de un solo data center, cubriendo a 5 millones de habitantes y no es necesario instalar el *software* en cada institución central, ya que vía internet se puede acceder a este tipo de *software*. Estamos en 13 países de Latinoamérica, y en México específicamente desarrollando un proyecto para 15 hospitales y más de mil centros de atención primaria.

-¿Cuánto ha contribuido la innovación a la gestión?

—La importancia de la informatización en la medicina y cómo se aprende, la capacidad de enriquecer la información de los pacientes y cómo se acepta esa información, cómo se hacen los pedidos y se obtienen resultados de exámenes de diagnósticos, y también de cómo se documenta la información de los pacientes, son consecuencia de las tecnologías nuevas que se emplean en el mundo de hoy, en particular en lo relacionado a la medicina molecular y la personalización de la medicina, sobre todo en cuanto a la capacidad de secuenciar el ADN de cada individuo y la necesidad de informatizar ese tipo de información y adecuar los tratamientos a cada persona. La medicina está cambiando y durante ese proceso de transformación los sistemas de información son claves.

-Lo cierto es que hoy hay una cantidad mayor de hechos disponibles para sustentar cada decisión.

—La capacidad cognitiva humana tiene límites, tenemos que sostenernos más en soportes informáticos, para que nos ayuden a tomar las mejores decisiones, eso se llama sistemas

de soporte a decisión y la informatización ahí es clave. Los seres humanos y los médicos en particular cada vez más necesitamos de extensiones de conocimientos, que estén en un computador y nos permitan desarrollar los sistemas sin cambiar mucho la interacción entre el médico y el paciente. Es un desafío también no interrumpir esa relación humana. Además, hay que aprovechar que hoy están dadas las condiciones para que haya intercambio de información entre países vecinos como Argentina, Chile y Brasil.

-¿Y cómo se articula todo este proceso?

—La industria de la tecnología en salud en este momento ya está abocada a normas internacionales de interoperabilidad que es la palabra que estamos manejando en estos momentos en el sector y esa capacidad de intercambiar o enviar información de salud, fundamentalmente tiene dos ámbitos diferentes, uno es técnico y el otro semántico. Desde las tecnologías de la información todos dominamos bases tecnológicas que permitan conectar diferentes sistemas y la segunda parte de la interoperabilidad es la semántica, es decir qué información, contenido, significado tiene un concepto en cada uno de los dos lados que estamos intentando comunicar. Y esto más ocurre si estamos hablando de diferentes países, mercados e idiomas, siempre hemos aplicado desde el punto de vista tecnológico todas las normas internacionales y desde el punto de vista semántico también hemos estado muy atento a



La capacidad cognitiva humana tiene límites, tenemos que sostenernos más en soportes informáticos, para que nos ayuden a tomar las mejores decisiones, eso se llama sistemas de soporte a decisión y la informatización ahí es clave.

todos los sistemas de codificación de información clínica y estamos utilizando uno de los estándares internacionales más amplios de codificación. Estamos interactuando en ambos lugares con los mismos conceptos.

-¿Cómo se financia un proceso de innovación de estas características?

—Nuestros proyectos se reparten la financiación, se podría decir, entre un 50% con entidades privadas y públicas, ya que la necesidad es común y todos saben en el sector de la medicina que se tiene que desarrollar algo así. Más allá de la inversión inicial lo destacable es que aquí hay un *retorno* de la inversión. El impacto de utilizar estas herramientas a veces tiene que ver con cuestiones intangibles, y lo más importante es la calidad de la información. Es muy difícil medir cuál es el impacto de manejar información de calidad, pero todos sentimos en el área clínica que esto va a tener repercusión en mejoras de la salud, en vidas que se van a salvar.

-¿Cuáles son las ventajas más tangibles que se pueden medir?

—El gran cuestionamiento que se hacía a este tipo de sistemas es cuando uno llegaba a niveles asistenciales de segundo y tercer nivel o subespecialidades, donde se mostraba insuficiente para darle al médico la necesidad o la calidad de la información que se necesitaba para atender al paciente. Uno de los grandes logros que ha tenido ALERT es orientar este tipo de sistemas, herramientas especiales, electrónicas, de cara a un problema, a una especialidad o a un contexto clínico, como puede ser un área de consulta. Esa fortaleza de poder ofrecer en cada ambiente diferente un grado de información o un conjunto de contenidos específicos de lo que se está haciendo en cada momento, es fundamental para satisfacer necesidades muy altas de información que tienen los especialistas o las subespecialidades. Lo fundamental ha sido demostrar, en un hospital público, que con los mismos recursos humanos y públicos, después de la implementación de nuestros sistemas, se consiguió un aumento de productividad del 30%. Y evidentemente hay ahorros operativos. *ii*

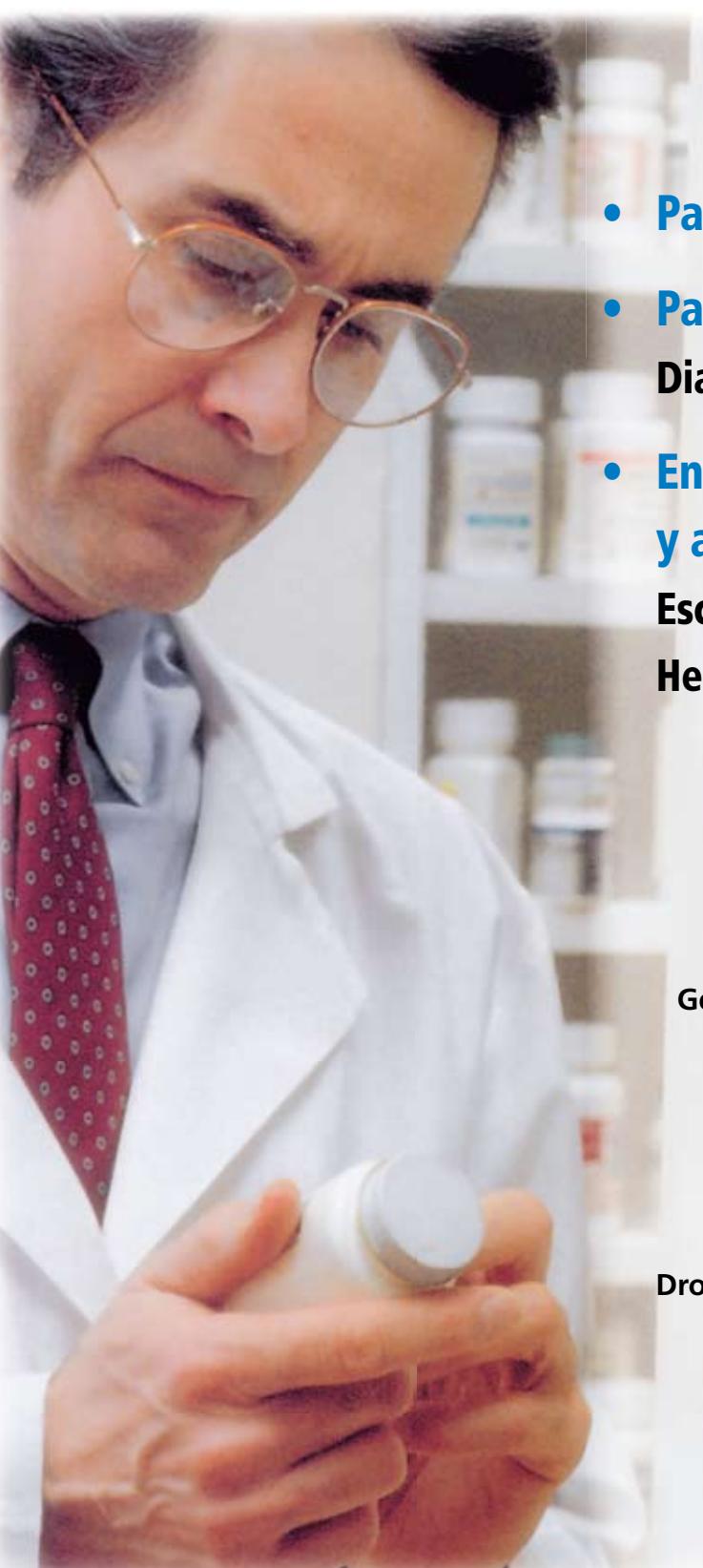


Francisco Jorge Fernández López, representante de la empresa Alert en América latina, y Jorge Guimaraes



EMPRESA LIDER

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



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



Gerenciamiento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



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

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

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: (011) 4941-1001

E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar

Sitio web: www.abcsalud.com.ar

MANUEL ÁLVAREZ: “UN SANATORIO ES ESENCIALMENTE SU GENTE”

El director del moderno Sanatorio Finochietto y docente de ISALUD cuenta en esta entrevista las innovaciones en gestión sanitaria, especialmente en el área de enfermería, puestas en práctica en las nuevas instalaciones de ese centro asistencial.

Manuel Álvarez es director general del Sanatorio Finochietto y docente de la especialización en Auditoría de Atención de la Salud en la Universidad ISALUD.

Bajo un nuevo paradigma de salud centrado en la atención integral del paciente y su familia, alta complejidad y una infraestructura ecosustentable, el Sanatorio Finochietto presentó recientemente sus nuevas instalaciones. El eje de gestión se apoya en un equipo de profesionales de trayectoria asistencial y académica, y un cuerpo de enfermeros que es un rasgo distintivo del proyecto.

El nuevo sanatorio, ubicado en la Av. Córdoba 2678, cuenta ahora con 17.000 metros cuadrados repartidos en 11 plantas, e incluye 130 habitaciones individuales para internación general y 24 destinadas a cuidados intensivos de adultos, 22 unidades neonatales, dos salas de parto, seis quirófanos generales inteligentes (uno con tecnología flujo laminar), dos ambulatorios y dos obstétricos.

–**¿Cuál es la principal característica de este nuevo servicio hospitalario?**

–El eje de nuestra gestión está puesto en la atención y seguridad del paciente, del equipo de salud y de la comunidad, y no hacer daño significa ser responsables por el medio ambiente. Así que seguridad, respeto y bienestar son tres pilares que desde el primer día estamos inculcando al personal incorporado. Se pueden tener buenos equipos, un edificio fun-

cial, instalaciones cómodas pero un sanatorio es esencialmente su gente, y esto tiene que ver directamente con los recursos humanos.

–*Una apuesta en la innovación y el bienestar del paciente.*

–La personalidad que nosotros le quisimos dar es con estos valores que sustentan nuestra actividad. Y seleccionamos gente que estuviera alineada con nuestros objetivos, y para ello se definieron las competencias de cada uno de los puestos. Pero no solo las competencias técnicas, genéricas, sino también las específicas en seguridad, de cada uno de los valores. Sobre esa base se seleccionó a la gente y luego se definieron los procesos, teniendo en cuenta en cada proceso el mapa de riesgo y qué acciones se deberán tomar para minimizar esos riesgos. Los procesos fueron desarrollados antes de reclutar a la gente, y cuando se la incorporó se la capacitó en forma intensiva.

–*En qué áreas hicieron mayor hincapié al conformar el plantel?*

–En materia de recursos humanos, cuando empezamos uno de los miedos era la falta de personal de enfermería, que si bien es una característica de todos los sistemas de salud en el mundo, en la Argentina es mucho más pronunciado, por cuanto decidimos trabajar haciendo mucho énfasis en el área de cuidados de enfermería, en qué debíamos hacer para ofrecer un sanatorio donde los cuidados de



enfermería ocuparan un lugar principal y que se distinguiera de los demás por la calidad de sus cuidados y atención.

–¿Y cómo desarrollaron la estrategia?

–Estuvimos buscando el medio referente que nos pudiera ayudar para desarrollar un proyecto de cuidados de enfermería para el sanatorio, así que confiamos esa tarea a la Lic. María Rosa López, que es docente de ISALUD y fue quien lo desarrolló y presentó. A partir de ahí, en 2012, se realizaron cursos de gestión de servicios de enfermería a los que asistieron más de 300 licenciadas en enfermería. De ese número de participantes buscamos los perfiles más adecuados, y en función de las competencias elegimos a las 25 personas que son ahora los jefes de todas las unidades, en todos los turnos.

–El impacto de la convocatoria fue importante.

–Nosotros necesitábamos cubrir 300 vacantes en enfermería y cuando abrimos la página web para ver cuántos enfermeros se habían anotado, encontramos más de 1.200 inscriptos, con lo cual nos dimos cuenta de la potencialidad de trabajar con un referente del área de enfermería. El proyecto del Finochietto no es repetir el modelo de enfermería de las clínicas, sino apostar a un modelo innovador y por eso hemos implementado una dirección de enfermería, no un departamento. Con técnicas de



juegos y de observación se evaluaron las características de los enfermeros en situaciones de stress, de riesgos de vida, de conflictos, y en función de sus respuestas se eligieron a los que tenían las cualidades más aptas. Nuestra área de enfermería es un distintivo de nuestro proyecto.

–¿Cómo fue la selección del personal médico?

–Con orgullo puedo decir que hemos convocado a un cuerpo profesional de primerísima línea, pero con la condición de que *no queríamos bronce*, sino médicos con presencia en el sanatorio y que no estuvieran en dos o tres hospitalares a la vez. Queríamos jefes de servicio recorriendo nuestro sanatorio y buscamos un perfil con presencia real, calidad reconocida y que comulgara con estos valores que estamos predicando. Tuvimos en cuenta una investigación de 2012 con la consultora Ana María Guerra, cuando hicimos 4 *focus group*,



El proyecto del Finochietto no es repetir el modelo de enfermería de las clínicas, sino apostar a un modelo innovador y por eso hemos implementado una dirección de enfermería, no un departamento.

dos con obstetras y dos con cirujanos de distintas especialidades e investigamos cuáles eran las condiciones que debía reunir una institución para que un cirujano quiera atender a sus pacientes en este sanatorio, y cuáles para un obstetra. Y esos resultados nos sirvieron de guía, son cuestiones novedosas que nos dieron resultado.

–¿Cómo llegan a la idea de un sanatorio inteligente?

–Cuando lo planteamos lo hicimos pensando en un sanatorio del futuro ¿Y qué significaba eso? Primero, que el sanatorio del siglo veinte era uno en el que se entendía que era mejor si era más grande y tenía más camas, más complejidad, se decía que era mejor cuando todo se hacía adentro y el recurso fundamental eran las camas. Y en el siglo veintiuno la visión no es la misma, primero porque los sistemas de salud y las distintas especialidades dieron respuestas excelentes y hoy nos permiten estar se-



Hoy el hospital tiene que ser un conector de distintas respuestas y donde ya no es la cúspide de un sistema integrado de complejidades crecientes.

guros que se puede trabajar fuera del hospital con altísima calidad y resolver los problemas. Hoy el hospital tiene que ser un conector de distintas respuestas y donde ya no es la cúspide de un sistema integrado de complejidades crecientes.

–Un sanatorio integrado tecnológicamente.

–Este es un sanatorio inteligente porque a partir de una historia clínica electrónica, por ejemplo, *todo el equipamiento médico se conecta de manera directa y brinda información sin intervención humana*. Los monitores, los respiradores, los ecógrafos, los electrocardiógrafos, todos basan su información en la historia clínica. El sanatorio cuenta con un innovador sistema de seguridad por radiofrecuencia que permite identificar y relacionar, a través de la colocación de una etiqueta Hugs en el tobillo, al recién nacido con su madre y el equipo de salud a cargo de la atención. Cuando un paciente es internado se le coloca una pulsera con un código QR que puede ser leído por cualquiera de los dispositivos móviles dentro del sanatorio. Este sistema permite identificar a la persona para coordinar los traslados, tomar muestras, realizar estudios y suministrar la medicación correspondiente.

–¿Cuál fue el monto de inversión?

–La inversión total por 265 millones pesos la realizó la Obra Social de Directivos de Empresas ASE (Acción Social de Empresarios), que recibió un préstamo del Bicentenario por 50 millones de pesos y lo destacable es que esta tecnología de punta la está poniendo una obra social, como también sucede con el Sagrado Corazón, y El Cruce que es un hospital público. Cuando esté en pleno funcionamiento el sanatorio va a tener unas 800 personas, a las que hay que sumar 250 personas más de personal de servicio. El sistema de seguridad social está llevando adelante un liderazgo en la innovación en gestión y en la innovación tecnológica, que es muy importante. Este modelo de avanzada tecnológica y de atención integrada va a marcar tendencia porque lo que se viene es la seguridad del paciente y el sanatorio se ha desarrollado fuertemente en ese sentido. *ii*



Instalaciones del Sanatorio Finicchieto: salas de neonatología, de cuidados intensivos y quirófano



TRANSFORMACIÓN TECNOLÓGICA Y DE GESTIÓN EN LOS LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Dos referentes, del sector público y del sector privado, reflexionan sobre la evolución técnica y de procesos de estas áreas técnicas en ámbitos públicos y privados



Silvia Mantel: “La habilidad para hacer mucho con poco”

Dicen que la verdadera legitimación de las Instituciones las realiza el tiempo. Se convierten en clásicos e imprescindibles cuando es tan intensa la carga de sentido de su existencia que debe reactualizarse en cada momento a lo largo de su evolución y trayectoria.

ManLab fue pionero en el mercado de la seguridad social como Laboratorio de Análisis Clínicos de Alta Complejidad con gran distribución geográfica y economía de escala para asegurar todo tipo de cobertura diagnóstico-bioquímico con excelente relación costo-beneficio. Y es notable como todas estas manifestaciones hoy son parte de la vanguardia del diagnóstico que bajo la denominación de megalaboratorio o laboratorio de laboratorio se conciben en el sector salud como parte activa e irremplazable ya que sin diag-

nóstico no hay tratamiento posible. Silvia Mantel, presidenta y fundadora de Manlab; y Biochemist Adviser con Postgrados en Harvard Business School y en IESE Business School, respondió al siguiente cuestionario:

–¿Cuál es la situación actual en materia de incorporación tecnológica?

–Indescriptible en pocas palabras. En nuestra web (www.manlab.com.ar) subimos un video para estar las 24 horas junto al usuario, se sorprenderán, la globalización ha hecho esto posible. En el país quien no aprovecha todo lo que el siglo XXI nos da puede brindarle a sus pacientes-afiliados todo lo que la tecnología médica mundial tiene para ofrecer. Se puede acceder a todo lo que uno desee y esté dispuesto a invertir.

–¿Qué era hace 20 años un laboratorio y qué es hoy?

–Incomparables, pasar del trabajo manual al tecnológico, hablar de código de barras, de tubos pre-rotulados, de gerencias de calidad, de procesos y procedimientos, de bioseguridad, cintas transportadoras de muestras, economía de escala, bio-informática y pensar en gestión, logística y procedimientos basados en software específicos era impensable dos décadas atrás.

–¿Cuál ha sido el aporte de Internet y de las nuevas tecnologías de la informática?

–El día a día que uno puede observar en ManLab, puede servir de ejemplo. Tenemos 1300 laboratorios distribuidos en todo el país; atendemos 17.000 pacientes por día; entregamos los resultados vía Internet y nuestros laboratorios-clientes están conectados con nosotros las 24 horas del día, pudiendo dar altas y mirar resultados de muestras enviadas directamente. Tenemos casos de clínicas de obras sociales en donde los médicos cargan el pedido de sus pacientes directamente en su PC. Internet nos ha cambiado la

vida a todos. La bioquímica me atreví a decir fue la disciplina del sector más beneficiado.

-¿Cuánto cambió la gestión de un laboratorio a partir de los avances tecnológicos de la información?

—De la misma manera que ha cambiado nuestras vidas y en todas las disciplinas. En nuestro caso pudimos cubrir disciplinas y diagnósticos que eran impensables. Pasamos de las llamadas peticiones médicas de mediana y alta complejidad a diagnósticos que incluyen la Biología Molecular tanto en Infectología como en genómica y a partir de esas metas cumplidas a la certeza que el diagnóstico parece no tener techo. Filiaciones, farmacogenética, enfermedades hereditarias, cánceres hereditarios, prevención de cientos de enfermedades y consecuentemente concientización para dar vida con calidad sin llegar a la enfermedad.

-¿Cuál fue el objetivo más reciente alcanzado?

—Nuestro último logro fue el lanzamiento de nuestra área de histocompatibilidad y la habilitación del Incucai como laboratorio para dar respuesta a la inmensa demanda de diagnóstico de histocompatibilidad para la realización de trasplantes que sumado a nuestra fortaleza en logística en todo el país nos ha permitido evitarle a numerosas obras sociales el engorroso traslado de familias, muchas veces de padres y numerosos niños-hermanitos desde el interior de país a Buenos Aires para estudiar la posible compatibilidad de órganos. En ManLab se ha puesto mucho énfasis en las relaciones interpersonales. Tenemos mucha empatía con las gerencias de prestaciones médicas de la Seguridad Social porque nacimos como laboratorio de una Obra Social, esto fue un activo que empezó a generar en nosotros vocación de servicio, habilidad para hacer mucho con poco. *u*



Noemí Savoia: "El hospital debe ser centro de referencia"

Es bioquímica egresada de la UBA; Magíster en Economía y Gestión de la Salud; actual Jefa de Laboratorio HIGA Presidente Perón; Secretaria General de la AES Argentina; y Presidente de Red Lab SA. Para conocer el panorama de los laboratorios de análisis clínicos en el sector público de la Provincia de Buenos Aires, nos respondió también a las siguientes preguntas.

-¿Cuál es la situación actual en materia de incorporación de tecnología?

—La incorporación de nuevas tecnologías en el laboratorio de análisis clínicos a nivel hospitalario, se realiza a través de licitaciones, supervisadas y autorizadas por la Comisión de Laboratorio del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dependiente de la Dirección de Medicina Asistencial y la Dirección de Hospitales en función de la complejidad y demanda de cada hospital. Con respecto a nuevas prácticas diagnósticas como ser Biología Molecular u otras determinaciones de menor frecuencia pero alto costo, la limitación es el presupuesto, por esa razón muchas veces no se pueden incorporar. No hay evaluaciones de costo efectividad o costo beneficio, solamente se evalúa el gasto que implica y el aumento presupuestario. Con respecto al equipamiento, la mayoría de los laboratorios se encuentran automatizados en su etapa analítica con equipos semiautomatizados o automatizados dependiendo de

la cantidad de estudios que realizan. La provisión tanto de reactivos como de equipos, se realiza por licitación anual con provisión de equipamiento en préstamo, por el consumo de los insumos solicitados, y se incluyen descartables, consumibles, y servicio técnico con repuestos.

-¿Qué era hace 20 años un laboratorio?

—A principios de la década de los 90, los laboratorios hospitalarios funcionaban con un equipamiento mínimo manual. Había muy pocas empresas que proveían kits diagnósticos y la mayoría de los reactivos se preparaban a partir de drogas básicas. Se utilizaba material de vidrio que había que reciclarlo para ser usado nuevamente, tubos, pipetas, erlenmeyer, etc. Los equipos más utilizados eran espectrofotómetros, fotómetro de llama, microscopio, centrifugas, baños termostáticos, estufas de cultivo, autoclave. En algunos casos la máxima automatización llegaba a la lectura y emisión de resultado individual, por determinación impreso en papel. La alta complejidad disponible en ese momento se proyectaba hacia las determinaciones de hormonas y virología. La metodología disponible era el radioinmunoanálisis, que utilizaba radioisótopos como elemento de detección. Aparecen aquí los primeros kits diagnósticos comerciales y el tema de las patentes. Los reactivos y equipamiento son de origen estadounidense o europeos, y aparecen empresas nacio-

nales que comienzan a producir kits diagnostico.

-¿Y qué es hoy?

-Hoy en día, en los hospitales públicos, entre otras cosas se utiliza material descartable para extracción y toma de muestra como también para el procesamiento. No están automatizadas las etapas pre y post analíticas; en la etapa analítica, los equipos son semiautomatizados o automatizados; se utilizan kits diagnósticos que están disponibles para casi todas las determinaciones; el procesamiento manual es muy escaso, salvo para determinaciones específicas o laboratorios muy pequeños; las determinaciones de radioinmunoanálisis fueron remplazadas por metodología menos contaminantes como los ELISA o la Quimioluminiscencia. Algunos hospitales están instalando sistemas de gestión (LIS); no están instalados

los Laboratorios modulares, a pesar de los estudios de costo beneficio demuestran disminución de costo en mano de obra, disminución del tiempo de respuesta y aseguramiento de la calidad analítica, ni equipos totalmente automatizados en las distintas etapas. Muy pocos laboratorios tienen Biología molecular, citometría de Flujo o HPLC.

-¿Cuánto cambió?

-Es difícil hablar de cambios cuantitativos ya que deberíamos tener indicadores que pudieran ser comparables. Sí, en cambio, podríamos hablar de cambios cualitativos. A principios de los noventas los laboratorios y funcionamiento del laboratorio de análisis clínicos y su manejo eran de tipo artesanal. Con la aparición del HIV como nueva enfermedad, se desarrollan kit diagnósticos para la alta complejidad en base a formas de detección que son los enzimoinmunoa-

nálisis y la quimioluminiscencia, con nuevos equipamiento, en algunos casos automatizados.

-¿Cuánto cambió la gestión de un laboratorio a partir de los avances tecnológicos de las últimas décadas?

-Nuevamente, más que cuanto diría cómo. La gestión se complejizó muchísimo, aumentó la cantidad y variedad de prácticas. El jefe a cargo del sector debe saber de compras, de precios, de calidad, de elección de la mejor tecnología de acuerdo a la complejidad del establecimiento y la demanda. Además, debe tener conocimientos de informática y de ingeniería respecto a los recursos físico; se debe adaptar la estructura física a los nuevos equipos que necesitan determinadas condiciones edilicias para trabajar y conocimiento mínimo sobre funcionamiento y mantenimiento de los aparatos. *u*



con Innovación

En Laboratorios Bagó trabajamos diariamente en la búsqueda de nuevas respuestas terapéuticas para ofrecer al cuerpo médico y pacientes, productos innovadores de última generación. 85 patentes obtenidas por investigación propia son fieles testimonios de nuestra misión.

Bagó

Ética al servicio de la salud

LOS MERCADERES DEL TEMPLO



Por Claudio
Mate Rothgerber*

La historia como culebrón

Es casi imposible encontrar algún período de la historia en que no hallemos uno o varios personajes consumiendo drogas. Sobre este hecho irrefutable se viene construyendo la idea de que “existe droga desde que hay registro escrito de la actividad humana”, y se repiten los relatos que describen a lapones cocinando hongos alucinógeno, hace siete mil años; a los marineros que acompañaban a Ulises en *La odisea* de Homero embriagados con una mezcla de vino con opio, o con adormidera, o a los viajes místicos de nuestros ancestrales chamanes con el mezcal, etc. Para apuntalar esta lógica, o cualquier otra, siempre habrá, una antigua tablita de arcilla, encontrada preferentemente en una excavación arqueológica de Babilonia que diga algo a favor de lo que usted quiera, aunque la tablita haya sido tallada por un idiota cuyo único mérito constatable radica en haberse muerto antes que Cristo.

Sería bueno preguntarse por qué, en los últimos años vienen proliferando

los eruditos capaces de homologar (sin ninguna dilación intelectual) los rituales atávicos de chamanes y sacerdotes prehistóricos narcotizados por el mezcal con la epidemia arrasadora con la que las drogas ingresaron al siglo XXI cabalgando sobre un negocio multimillonario y el consumismo como valor colectivizado. Ya advertía Jaureche en la década del 60 que para quienes consideran la historia universal como una sumatoria lineal de las conductas individuales, es inevitable atribuir los procesos históricos a la estatura de Napoleón, al resentimiento social de Evita, a la belleza de Cleopatra, a la paranoia de Hitler, al sombrero de Sandino o al huevo de Colón. Son irrelevantes, para ellos, el expansionismo mercantilista de la emergente burguesía europea del siglo XV, el tratado de Versalles, el sistema financiero internacional, la United Fruit Company o la irrupción en la historia de las mayorías desplazadas. Desde una perspectiva social, la historia “natural” de las drogas no puede desligarse del cimbronazo económico, social y cultural que impuso la revolución industrial. En el seno de ese período, Occidente generó una hidra moderna cuyas cabezas más temibles, el mercantilismo y el consumismo, se anudaron sobre las drogas, que –por supuesto– “siempre existieron”. Solo que en ese período las drogas alcanzaron la categoría de

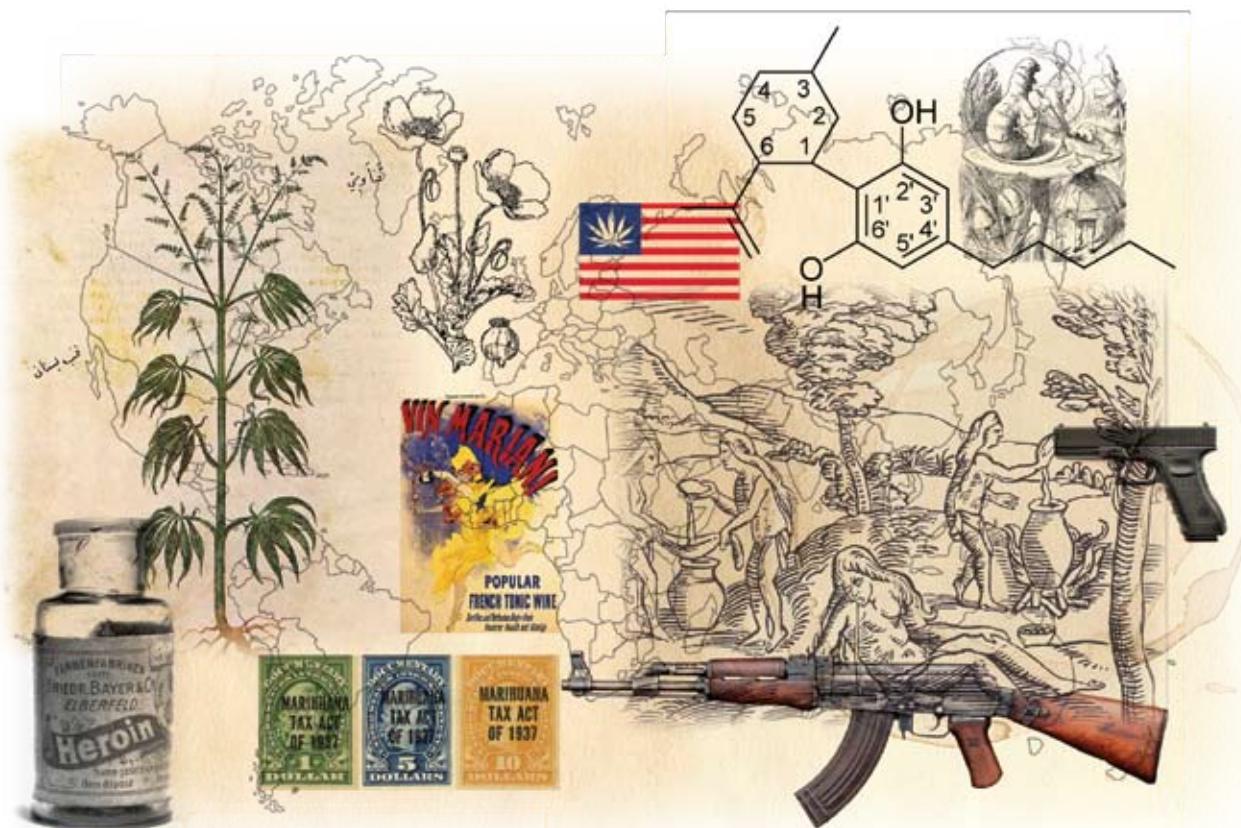
mercancías y, como tales, se constituyen en la mercancía ideal. Un producto cuyo consumo resulta irrefrenable para quien lo ha iniciado, como resultado de las alteraciones químicas que actúan en la corteza cerebral del “mercado”, que llega a estar dispuesto a pagar cualquier precio para obtenerlo y no abandonarlo jamás. También hay una industria bien dispuesta a producir y comercializar estas mercancías sin límites, rogando que nada se interponga en este romance perfecto entre oferta y demanda, libremente establecido entre individuos.

Prohibido prohibir

Esa manera de mirar la historia, pasa por alto que hubo un tiempo, no muy remoto, en el que no había Estado que se interpusiera entre la “libre voluntad individual de los consumidores” y la oferta comercial de drogas. Las consecuencias de la alianza del libre mercado con las drogas fueron devastadoras, aunque se tratara aún de un mundo en el que no existía la maquinaria de ventas que hoy proveen las pantallas de televisión, computadoras, redes sociales, videojuegos, y toda la parafernalia puesta a convencernos de que solo somos alguien si consumimos algo.

Los ingleses, bajo la supervisión de la Compañía Británica de las Indias Orientales, equilibraron durante muchos años su balanza comercial con China mediante el intercambio de té, sedas y otras

* El autor fue ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires. Actualmente dirige el Centro de Estudios en Drogadependencia de la Universidad ISALUD.



materias primas por opio. Cuando en 1729 el gobierno encabezado por el emperador Yong-Zheng dictaba la primera intervención estatal sobre la comercialización y consumo de una droga, los chinos ya se cargaban con 16,2 millones de opiómanos¹. Luego de la prohibición, los ingleses siguieron introduciendo el opio desde la India a través del contrabando, hasta que en 1839 el comisionado Lin Tse-Hsu decomisó todo el opio del puerto de Cantón valuado en seis millones de dólares de la época y lo destruyó a pesar de las ofertas de soborno formuladas por la corona británica. Diez meses después, la armada inglesa comenzó el asedio a China y dos años más tarde desembarcó por la fuerza en Pekín, obteniendo la capitulación de los invadidos en el mal llamado “Tratado” de Nanking. A partir de ese momento China se vio forzada a ceder la isla de Hong Kong, a abrir sus cinco principales puertos al comercio inglés y a compensar a la Compañía Británica de las Indias Orientales por el opio decomisado. La maquinaria del capitalismo emergente ya se había sentado so-

bre el negocio y muchos representantes de la aristocracia inglesa, miembros de la realeza incluidos, amasaron fortunas fabulosas ligadas al comercio de drogas. A pesar de que todo el mundo, incluidos los ingleses, reconocía la inmoralidad de este comercio, no fue sino hasta 1913 que se dejó de considerar a las drogas como una mercancía más. Las restricciones, que se establecieron a nivel planetario, no alcanzaron al alcohol y al tabaco, excepto en los Estados Unidos, que sí incluyó durísimas regulaciones para el alcohol hasta entrada la década del 30. Hasta 1914 la morfina y el opio eran legales en el país del norte y sus derivados eran prescritos por los médicos para aliviar el dolor, para tratar el alcoholismo y para detener la diarrea o la angustia. Hasta ese año, cualquier ama de casa podía ordenar morfina o codeína por correo, recibirla en su casa y consumirla por vía oral. Se estima que en el momento de ser regulada por el gobierno federal, había más de un millón de adictos a la morfina en los Estados Unidos². Para algunos historiadores, esta expansión de

los opiaceos que se verificó en los Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo pasado, fue consecuencia del uso indiscriminado de morfina que los médicos militares hicieron con los heridos de la Guerra de Secesión americana³. A las secuelas adictivas de esta conducta médica, se les agregó luego la incorporación masiva de trabajadores chinos, que fueron absorbidos por la naciente industria norteamericana y que difundieron por el Nuevo Mundo la costumbre de fumar opio. En diciembre de 1914, preocupado por el creciente consumo de drogas, el congreso norteamericano aprobó la Ley Harrison de Narcóticos, que fijó una carga impositiva sobre el opio, la morfina, la heroína y la cocaína, y su consumo quedó restringido a las prescripciones médicas. Si bien la norma estaba centrada en el clorhidrato de cocaína, los argumentos sanitarios de la época, aportados principalmente por el médico Hamilton Wright, señalaban que en los Estados Unidos se consumía más opio per cápita

1 Corrêa de Carvalho, JT. Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. Noticias Jurídicas. 2008.

2 Brailowsky, Simón. La sustancia de los sueños. Fondo de Cultura Económica de México. Primera edición, 1995.

3 Esta asociación entre paliativos de guerra y drogas volvería a repetirse un siglo más tarde con los soldados americanos que regresaban de Vietnam.

que en China⁴. Aunque esta afirmación del médico egresado de la universidad canadiense de McGill (cuna de la medicina familiar) ha sido duramente cuestionada por los defensores del libre mercado⁵, la incidencia de muertes por sobredosis y por depresión respiratoria verificada por esos años en los Estados Unidos no tiene precedentes, al igual que las enfermedades relacionadas con el uso repetido y frecuente de jeringas hipodérmicas.

Un caso más emblemático de los tiempos en que las drogas navegaban orondas por las aguas del mercado libre, es el de la cocaína. Mientras en 1855 el químico alemán Friedrich Gaedcke aislabía el alcaloide *erythroxyline* de las hojas de coca, un colega suyo, el corso Angelo Mariani, imaginaba a unos pocos kilómetros de allí las potencialidades comerciales del nuevo producto: "Si la coca logra todo cuanto se dice en Perú, también lo logrará en París. Y hasta es posible que pueda sembrar esos arbustos en mi jardín"⁶. Aunque la segunda parte del plan de Mariani no prosperó y las plantas de coca se marchitaron en los jardines parisinos, el vino que llevaría su apellido se convirtió rápidamente en un éxito comercial y se comenzaron a importar toneladas de hoja de coca para producirlo. La campaña promocional del nuevo producto llegó a miles de consumidores:

*"Nueva vida, nuevo vigor. Vino tónico y estimulante que fortalece, refresca y restaura las fuerzas vitales. Por exceso de trabajo o por fatiga física o mental, nada igual al Vino Mariani por sus efectos benéficos, inmediatos y duraderos. Esta aseveración se basa en apoyos escritos de más de 7.000 eminentes médicos y por su uso continuo por más de 30 años en hospitales, instituciones públicas y religiosas de todas partes"*⁷.

4 Johnnes, Jill. *Hep-cats, Narcos, and Pipe-Dreams: A History of America's Romance with Illegal Drugs* (1996).

5 Del Olmo, Rosa. *Drogas: distorsiones y realidades*. Nueva Sociedad nro. 102 julio-agosto 1989, pp. 81-93.

6 Astorga, Luis: *El siglo de las drogas*, Espasa-Calpe, México, 1996.

7 Escohotado, Antonio: *Guía de drogas*, Ómnibus Mondadori, España, 1990.

Alentados por el éxito alcanzado por la coca, otros laboratorios comenzaron a perfeccionar el producto. En 1859, un químico alemán de la Universidad de Gottingen, llamado Albert Niemann, purifica el descubrimiento de Gaedcke, empleando alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter, y cristaliza directamente de las hojas de coca el alcaloide al que se conoce desde entonces con el nombre de *cocaína*. A mediados del siglo XIX la coca y sus derivados alcanzan también un gran prestigio como estimulantes de uso terapéutico. Desde 1879 comenzó a emplearse la cocaína para tratar la dependencia de la morfina, y en 1884 las clínicas de Alemania



empiezan a aplicarla como anestésico. En 1882, el doctor Stricker se da a la tarea de encontrar una sustancia capaz de anestesiar los ojos durante intervenciones quirúrgicas delicadas, conservando la lucidez del paciente.

Cuando Niemann logra aislar el principio activo de la materia prima contenida en el *Vino Mariani*, la cocaína deja de ser una mercancía de producción artesanal y se convierte en un codiciado objetivo de la industria. Parke & Davis y otros laboratorios comienzan a soñar con su fabricación intensiva y su distribución a nivel mundial. Sin más vueltas, lanzan el siguiente eslogan publicitario: "No pierda tiempo, sea feliz; si se siente pesimista, abati-

do, solicite cocaína"⁸. Cuando Merck y Parke Davis, junto con sus pares de la industria farmacéutica en Holanda y Alemania, iniciaron la comercialización masiva del clorhidrato de cocaína, su precio descendió de 280 dólares por onza (28,7 gramos) en 1885 a 3 dólares en 1914, "lo que favoreció una epidemia de adicción desde Estados Unidos hasta la India"⁹.

Antes de su prohibición, paralelamente a sus aplicaciones médicas, la cocaína se utiliza también como componente de varios tónicos y bebidas refrescantes en Estados Unidos. Un ejemplo elocuente de lo que puede lograr la industria cuando se coloca la droga en los circuitos de la economía formal, se puede encontrar en la primera receta de la bebida refrescante Coca-Cola. La bebida de Papá Noel llegó a contener hasta 9 miligramos de extractos de hojas de coca por vaso¹⁰ hasta que comenzaron a cuestionarse sus efectos adictivos. En 1903 la empresa norteamericana se vio obligada a cambiar la cocaína por un sustituto desalcaloidado de las hojas y a añadir cafeína en su composición original para compensar el efecto estimulante de la otra droga. Para 1905 había registradas 69 bebidas con proporciones mayores o menores de cocaína y bastantes más con extractos de coca en los Estados Unidos.

Las importaciones de hojas de coca procedentes del Perú se duplicaron en la última década del siglo XIX y alcanzaron las 1.300 toneladas métricas en 1906. Además de la producción interna, Estados Unidos también importaba cocaína elaborada en otros países extranjeros, convirtiéndose en el mayor mercado de consumo del mundo. En el otro extremo, Perú y Java se convirtieron en los principales países productores y exportadores de hojas de coca. Más de la mitad de la ⁸ ídem.

9 Corrêa de Carvalho, JT. *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Noticias Jurídicas. 2008.

10 Gold, M. S. *Cocaine (and Crack): Clinical Aspects*. In: Lowinson J. H.; Ruiz P.; Millman R. B. und Langrod J. G. (Hrsg.) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* 2, 2. Aufl., Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, S. 205.

producción peruana era enviada a los Estados Unidos y la demanda de los consumidores expandió las 8 toneladas métricas que eran exportadas por el país de los antiguos incas en 1877 a las 610 toneladas que fueron embarcadas en 1901. El resto de la producción cocalera del Perú tenía como destino a los consumidores europeos, especialmente a los alemanes. La verdadera dimensión de morbi-mortalidad asociada a la epidemia de cocaína comenzó a ponerse en evidencia a finales del siglo XIX, cuando la metástasis del consumo se diseminó por las zonas urbanas y entre la empobrecida población afroamericana. Se pusieron de manifiesto los efectos nocivos del consumo de cocaína y se conoció la forma en que su psicoactividad se relacionaba con el crecimiento de los hechos de violencia y la multiplicación de los delitos contra el orden público¹¹. Entre 1880 y 1890 se declara en los Estados Unidos la primera gran epidemia de cocaína y en 1906 la *Pure Food and Drugs Act* obliga a la Administración de Alimentos y Medicamentos a etiquetar los productos farmacéuticos y los aditivos nocivos para el consumo humano. El primer estado de la unión en adoptar medidas contra el comercio libre de la cocaína junto con las demás drogas fue Oregon, en 1887. En las décadas siguientes, otros estados comenzaron a introducir regulaciones. Aunque en 1914 todavía se consideraba inconstitucional en los Estados Unidos el control de los narcóticos por parte del gobierno federal, la totalidad de los 48 estados norteamericanos había adoptado algún tipo de legislación para fiscalizar el mercado de las drogas.

Cuando el congreso norteamericano sanciona en 1914 la Ley Harrison de Narcóticos, la *ménage à trois* del mercantilismo, el consumismo y las drogas ya había abierto la caja de Pandora. Solo el alcohol se volvió a liberar tras declararse la in-

constitucionalidad de la Ley Volstead en 1933. El argumento legal para que unas drogas permanecieran bajo fiscalización gubernamental y otras no, nunca se hizo explícito. Desde una perspectiva sanitaria, tal vez pueda argumentarse que el alcohol puede incluirse en un patrón de consumo de bajo o ningún perjuicio a la salud, como el patrón alimentario. Aunque se han construido más tarde algunas teorías gastronómicas que intentan convencer a los legisladores de que la marihuana puede ser utilizada en reposería, el alcohol sigue siendo la única droga que cumple sólidamente con ese requisito y que puede ser consumido sin tener la intención de narcotizarse.

La verdadera dimensión de morbi-mortalidad asociada a la epidemia de cocaína comenzó a ponerse en evidencia a finales del siglo XIX

Como vemos, la imagen estereotipada del sacerdote prehistórico volando al encuentro de los dioses mediante la deglución ritual de hongos alucinógenos no puede ponerse en la misma línea histórica de lo que sucede luego de que Occidente produce la mayor transformación social, económica, tecnológica y cultural de la Historia, anudando el mercantilismo con el consumismo. Desconocer que el chamán americano, el lapón de las tolderías, el chino agrario, la diosa Démeter o cualquier consumidor de drogas que la arqueología nos ponga por delante no vivieron en sociedades de mercado, es un acto de imperdonable ingenuidad o perversión.

El ave Fénix

Hace unos días atrás, el periodista Rafael Mathus Ruiz le dedicó una página del suplemento "Enfoques" del diario La Nación a los "intentos de una naciente industria por ganar la batalla de la opinión pública y en el mercado" para acabar con la prohibición. En la nota se destacan las peripecias de personajes como Brendan Kennedy, egresado de la Escuela de Negocios de Yale, para atraer accionistas de Wall Street hacia un fondo de inversión destinado exclusivamente a la marihuana. Kennedy ha logrado reunir ya más de 7 millones de dólares con aportes de "granjeros de Arkansas, rancheros de Texas y profesionales de las finanzas de Nueva York". En esa misma línea se mueve Neal Franklin, uno de los ejecutivos de "LEAP" (una de las *trade mark* ya creadas para la explotación cannábica), quien está convencido de que nos movemos hacia un "punto de inflexión" y declara que "tenemos que terminar con la prohibición de todas las drogas. Va a empezar con la marihuana pero eventualmente, alcanzará a todas las drogas"¹². Arc View Group, una red de inversores dirigidos por Steve De Angelo y Troy Martin viene uniendo empresarios con inversionistas en todo el territorio de los Estados Unidos con el mismo propósito. En California, Justin Hartfield y Doug Francis han creado un fondo de empresas similares bajo la más que obvia denominación de Esmerald Ocean Capital.

Aunque Seattle, Oakland y Denver comienzan a erigirse como los tres grandes centros de la industria en los Estados Unidos, el más encumbrado y visionario de todos los hombres de negocios, George Soros, ha puesto su mira en Latinoamérica, y como accionista de Monsanto impulsa proyectos de despenalización del cannabis a través de su fundación Open Society y de la Drug Policy Alliance, de las que son produc-

11 Un siglo de fiscalización internacional de drogas. Volumen LIX, UNODC. Viena, 2007.

12 Rafael Mathus Ruiz para el Suplemento Enfoques del Diario La Nación. Domingo 15 de Septiembre de 2013

to varios de nuestros prestigiosos eruditos locales y más de una lujosa publicación local a favor de la marihuana libre. Soros ha interpretado mejor que nadie que la debilidad de los Gobiernos en países periféricos como los de nuestra región, junto al raquitismo ideológico de buena parte de nuestros sectores medios, enrolados en un letargo que se auto percibe vanguardista, conforman una oportunidad inmejorable para su plan de empresa. De la misma manera que ocurrió con las restricciones que los países centrales impusieron al tabaco, el núcleo duro del negocio se traslada a los mercados "emergentes", junto con los muertos.

Prestigiosos ex presidentes latinoamericanos como Ernesto Zedillo, Fernando Enrique Cardozo, César Gaviria y Ricardo Lagos militan desde hace algunos años en la causa de la legalización de las drogas y su retorno a la economía formal. A ellos se han sumado varios presidentes en ejercicio como Otto Pérez, Juan Manuel Santos y José Mujica. Algunos de ellos, han mantenido la coherencia con las formulas ultraliberales que aplicaron en sus países en la década del 90 o con las que están aplicando actualmente. De hecho, la base ideológica de la legalización ya ha sido expuesta por Milton Friedman y Thomas Szasz, que viene postulando desde los 80 la necesidad de que los Estados abandonen la persecución penal de los estupefacientes. Como ya hemos dicho en otro artículo *"La tesis central de esta corriente sostiene que existiendo una demanda manifiesta de consumidores dispuestos a pagar un precio determinado por una mercancía que otro sector de la sociedad se encuentra en condiciones de producir y comercializar, resulta inaceptable la intromisión del Estado controlando y mucho menos persiguiendo cualquier segmento de este proceso. No resulta admisible que sus propios Estados liberales, en inocultable contradicción ideológica, decidan intervenir nada menos que sobre el deseo de consumo de los particulares. Sobre este razonamiento, no existe diferencia algu-*

na entre el deseo de consumir drogas y el que mueve a las personas a consumir otro tipo de bienes. Es el principio del libre mercado y el Estado minimalista llevados a su extremo más aberrante".

Cuando el general Juan Carlos Onganía firmó en 1966 el decreto ley 17.567, se convirtió en el primer presidente argentino en liberalizar la tenencia de drogas. En ese momento de nuestra historia, las cosas eran más claras: como en las películas, los buenos hacían de buenos y los malos hacían de malos. El jurista Sebastián Soler le había hecho notar a Onganía que la prohibición no se condecía con el ideario del Golpe, ni mucho menos con la orientación que Krieger Vasena

Manual del buen legalizador

En 2009, un estudio transversal de opiniones realizado por nuestro CEDROS reveló que el 65,5% de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense estaba en desacuerdo con la despenalización del consumo de drogas. Un porcentaje similar se opuso este año en Uruguay a la media sanción que estatizó el microtráfico. El 57% de los californianos rechazó en un referéndum realizado en 2010 la denominada "Propuesta 19", impulsada por la naciente industria de la marihuana. La iniciativa, abiertamente promovida por Soros, pretendía legalizar la producción y consumo de pequeñas cantidades de la droga en un estado emblemático de la unión. El rechazo ciudadano, solo sirvió para que los empresarios concluyeran que "la batalla de fondo es la que debe ganarse en la opinión pública". La atención de la industria giró entonces hacia el marketing, sin perder de vista que del otro lado hay un negocio estimado por Kennedy y Heartfield en 50.000 millones de dólares, solo para la marihuana consumida en los Estados Unidos.

El "mercado libre" de la droga del siglo XIX se apoyó en la inestimable difusión del opio y de la cocaína que hicieron algunos de los intelectuales más relevantes de la época, como De Quincey, Edgar Allan Poe, Sigmund Freud o Baudelaire, entre muchos otros improvisados publicistas. Perdido el amateurismo de aquellas épocas, hoy la industria procura torcer la opinión de los norteamericanos a través poderosas consultoras de imagen comercial como 4 Front Advisors o Heckler Associates. Esta última viene de manejar las cuentas de Starbucks y New Balance. Kris Krane, fundador de la primera, ha convencido a Brendan Kennedy de que el target de las campañas de disuasión social deben ser las mujeres mayores de 35 años. "Si uno hace bien la parte de la imagen de marca, puede cambiar la manera de pensar sobre el producto. Si uno puede cambiar la manera de pensar de

El "mercado libre" de la droga del siglo XIX se apoyó en la inestimable difusión del opio y de la cocaína que hicieron algunos de los intelectuales más relevantes de la época

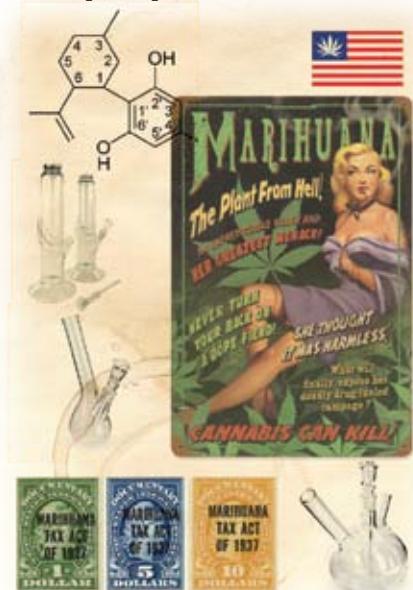
comenzaba a imprimirlle a la economía, desmantelando el proteccionismo residual de nuestra matriz productiva que todavía subsistía. Lo que no resulta tan fácil de entender es la metamorfosis de los revolucionarios frustrados del siglo pasado, que cambiaron las banderas de la equidad y la justicia social por el banderín descafeinado y lumpen de la liberalización de las drogas. Militantes conversos del "opio de los pueblos" de Carlos Marx al opio "para todos" del siglo XXI. Tal vez alguno de ellos haya sido disuadido cuando Francis Fukuyama, proclamó "el fin de la historia, la muerte de la cronología ideológica y la universalización del liberalismo como forma final de gobierno humano".

mujeres de mediana edad, así es como se cambia a Estados Unidos" razona Kennedy. Es preciso que para este segmento de la opinión norteamericana se "sepulten a los clásicos clichés que envuelven a la marihuana: el movimiento rastafari, el porro, las flores, el arco iris, y doten a la industria de una imagen que favorezca su legalización". De hecho, no se habla de marihuana sino de cannabis, un término que goza de mayor aceptación en el público sajón, tal vez por la connotación hispana del vocablo "marijuana". Mientras los hijos juegan a los hombres de negocios en su propia casa, el padre ya ha descerrajado su artillería ideológica y financiera hacia el sur del Río Grande y hasta la Tierra del Fuego, de acuerdo con su infalible olfato empresarial. Soros le ha dado forma a un conjunto de organizaciones "benéficas" que impulsan la liberalización de las drogas en toda la región. La casa matriz se encuentra en Washington DC y en ella se forman cuadros políticos, sociales y empresariales de todos los países latinoamericanos. La WOLA (Washington Office on Latin America) junto con sus otras organizaciones subsidiarias como las ya citadas Open Society y Drug Policy Alliance, son además usinas de documentos y manuales del buen despenalizador, que se repiten como dogma en nuestra región. Para garantizar la difusión de su doctrina libertaria, estas organizaciones son además una inagotable fuente de recursos que estimulan el encuadramiento intelectual de nuestras vanguardias.

Si usted se ha preocupado por entender cómo un puñado de ONG que hasta hace poco no alcanzaban a pagar el alquiler de los minúsculos locales en los que funcionaban, hoy tienen asistencia perfecta en cuanto foro o congreso se convoque en cualquier parte del mundo para discutir las políticas de drogas, o qué hay detrás de decenas de páginas web tan vistosamente diseñadas o de revistas sospechosamente "under" publicadas en lujosas presentaciones, no busque más. Si no se ha preocupado, empiece a preocuparse.

Desde 2008, algunas de estas ONG vienen siendo contratadas por el Gobierno para asesorar a nuestros funcionarios sobre la política nacional de drogas. Han llegado a redactar para el Ministerio de Educación un manual para la "PREVENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS" que se distribuye hoy en nuestras escuelas. Es tan indisimulable el alineamiento del manual con el discurso de la industria, que hasta reconoce en sus primeros párrafos que el principal obstáculo a vencer por esta política, es el "sentido común"¹³ (sic).

Vale la pena entonces, sobre el final de este artículo, repasar juntos las ideas fuerza que no pueden faltar en el manual



de quien pretenda militar en la causa por la liberalización de las drogas o quiera ser empleado por ella. Considere usted que la "la batalla de fondo es la que debe ganarse en la opinión pública", según la industria o quebrar "las representaciones y prejuicios del sentido común" que es lo mismo.

A la primera de las ideas fuerza nos hemos referido en el inicio. Es la que sostiene que "**Siempre hubo drogas y siempre las habrá**". De esta afirmación, que une un hecho irrefutable con una expresión de deseos, se desprenden dos conceptos ideológicos fundamentales, el fatalismo y el individualismo. Lo que realmente

¹³ Prevención del consumo problemático de drogas. Pág. 7. Ministerio de Educación de la Nación.

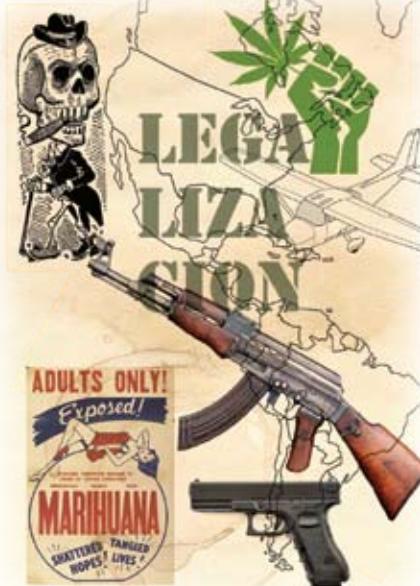
preocupa en el mundo y que ha determinado su prohibición, es la conversión de las drogas en mercancías, no la relación atávica de **un** hombre con **una** droga. Es en esa construcción social e histórica de las mercancías en las que deben hallarse las razones de la epidemia a la que asistimos y cuya carga de morbi-mortalidad directa o asociada, no tiene precedentes, **nunca existió**. La impronta que busca instalar esta idea de los relatos liberalizantes es que nada se puede hacer frente a este hecho y que debemos asumir la coexistencia de nuestros hijos con un futuro de drogas, porque ese es el destino fatal de una humanidad que siempre ha convivido con ellas. A los sistemas de salud del mundo les cabrá entonces el desafío de recoger los saldos mórbidos de ese acostumbramiento al que proponen resignarnos. Pero ¿qué tipo de salud pública imaginan?. Por supuesto que una salud que se encuadre con el segundo concepto, el individualista. Una salud asistencialista, incapaz de cuestionar los hechos estructurales que motorizan las epidemias y transcurren mucho más allá de la relación individual de un hombre (o un niño) con una sustancia. Una salud pública que jamás vuelva a tener el "sentido común" de exigir la regulación de un mercado.

El pensamiento que sostiene el derecho individual a las drogas ha aportado y sigue aportando una sostenida contribución al desmantelamiento de los reflejos sociales al reducir la drogadependencia a un acto privadísimo de las personas, enajenando las responsabilidades y los efectos colectivos. La inoculación ideológica de este enfoque sobre el pensamiento sanitario reduce el problema de dependencia a drogas a un trastorno individual de la persona, a un trastorno mental y del comportamiento. Este enfoque minimalista y de cero calorías terminó por consagrarse en la legislación argentina con la sanción del catálogo de derechos del paciente psiquiátrico, llamado ampulosamente ley de "salud" mental, reduciendo la drogadependencia a un

trastorno individual, en el artículo 4to. En este enfoque no importa nada de lo que hemos venido hablando. Importa el sujeto y su historia individual con el conjunto de las compulsiones patológicas. Ni siquiera hay mercancías consideradas. Es lo mismo la adicción a las drogas que al sexo o al trabajo. La forma más cómoda de no comprometerse con nada ni con nadie. Con no alterar el orden "natural" de la historia. El relativismo moral llevado al paroxismo. Lo peor del caso es que varias provincias han subordinado sus políticas de drogas a ese catálogo, resignando cualquier acción pública que confronte con el negocio. Se ha configurado una elaborada teoría adaptativa con el pretexto de reducir las secuelas inevitables que la liberalización de las drogas tendrán sobre un sujeto aislado y su salud mental.

Se observa una permutación de términos en la jerga de las campañas adaptativas, que apenas pueden disimular su empeño en ocultar el lucro brutal y despiadado que condiciona la conducta y el destino de las sociedades como un todo. Para imponer una nueva representación colectiva, contraria al "sentido común" y a la opinión pública, quedan abolidos todos los conceptos que vinculan el negocio con la epidemia. De la misma manera que 4 Front Advisors Heckler Associates desaconsejan el uso del término marihuana por su connotación negativa para el mercado norteamericano, en Latinoamérica hay que llamar a las drogas, "sustancias" (como si hubiera algo más "insustancial" que las drogas) y a los consumidores, "usuarios". Que nadie se ponga a pensar que la drogadependencia es una derivación aberrada de la sociedad de consumo, por que tal vez, lo sea. Frente al mercado cautivo de la droga, "usuario" crea la ficción de autonomía. Reproduciendo el éxito alcanzado hace 50 años por la industria de las bebidas alcohólicas con la serie "Los Intocables", la industria de las drogas pretende generalizar la idea de que las únicas calamidades que puede padecer una sociedad con las

drogas son producidas por su prohibición. He ahí otra idea fuerza del manual: Hay que bombardear al gran público todos los días con los muertos del narcotráfico pero no hay que hablar de los daños que produce la droga, porque "estigmatiza". Que el "sentido común" comience a perder de vista que se trata de una **epidemia** planetaria que se carcome lo mejor de su barrio y de la comunidad en la que habita. Esta palabra, "epidemia", no puede entrar en ninguna categoría de evaluación de quien siga mirando el hecho individual y privado de la droga. La epidemia es por definición un hecho social, no es "ese adicto que tiene un derecho", es "esa sociedad que tiene un



problema". Frente al carácter irrefutable de la devastación producida por las drogas, el "Comité de Expertos" creado por el gobierno nacional en 2008 e integrado en su mayoría por personas que han desfilado por los programas de WOLA, instruye a los profesores de escuelas secundarias para que le digan a sus alumnos: "Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos, sólo en un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas." Es como si las tabacaleras dijeran en las aulas de nuestros colegios que de los 8 millones de fumadores que hay en el país, solo 40.000 se van a morir

este año por ser tales. Para completar el ejemplo deberíamos decir que las tabacaleras ni siquiera tendrían que producir las piezas de difusión de esas ideas. La afirmación que garantiza el derrumbe del riesgo percibido, consta en los materiales de "prevención" publicados por el propio Ministerio de Educación.

Si el tiempo y el espacio que los medios le dedican al narcotráfico es 10 veces mayor al que ocupa la drogadependencia, también debe tenerse en cuenta que los casos tratados por las secuelas del consumo no suelen ser otra cosa que el descafeinado testimonio de algún personaje público y su relación con la droga. Referenciados sistemáticamente en ricos y famosos de todos los tiempos, los enfoques individualistas tienen más de estímulo que de alarma, y no hacen otra cosa que aumentar el umbral de tolerancia social al problema. Nunca una referencia a los valores hegemónicos que la impulsan o a sus secuelas epidemiológicas. Nunca una mención a los padecimientos que agregaron (y agregan cada vez más) las drogas sobre las clase sociales más relegadas a lo largo de la historia, las que jamás escribieron sus biografías, las que hoy colman mayormente las guardias de nuestros hospitales y nuestras morgues luego de haberlas consumido. No es que entre los pobres el consumo de drogas sea mayor que el verificado entre los ricos, es que el derrame tóxico sobre la pobreza, la cristaliza. Esta debe ser la obsesión de cualquier gobierno que aspire a la Justicia Social. En las antípodas se ubica el ideario de algunos sectores de la clase media, con sus revolucionarios de cartulina pensando la política de drogas bajo el estereotipo de un grupo de amigos con los pelos "rasta" fumándose el porro en un balcón de Caballito. Es un insulto, un agravio imperdonable de clase.

Del otro lado de la ciudad, para otros jóvenes, que han pagado con déficits madurativos congénitos el consumo de "paco" de sus padres adolescentes, mal alimentados durante los primeros años de su vida, privados de los nutrientes

básicos indispensables para su desarrollo, que a los 8 años comienzan a agredir esa estructura neurológica ya debilitada con solventes y pegamentos, a los 11 con alcohol y a los 14 con marihuana, es muy probable que ya no haya educación que los saque de la pobreza, por el simple hecho de que no existe base orgánica que la absorba.¹⁴ De ellos, la clase media espera la “voluntariedad” que los salve, y si no que sigan como están, lo importante es que sigan siendo “libres”, fumando paco dentro de un contenedor de basura.

De estos sectores, eternamente marginados y eternamente enrolados en el “sentido común” que tan ligeramente desprecian las vanguardias intelectuales, han surgido los gérmenes de la resistencia, a través de sus precarias expresiones organizativas. Las “madres del paco” frenaron hasta ahora varias reformas del manual WOLA que se presentaron en el Congreso. En el mismo sentido, se expresaron los “curas villeros”, animados recientemente por el pronunciamiento de Francisco (tan cercano a ellos y a tantos) nada menos que en su primera visita papal a Latinoamérica, contra la “liberalización de las drogas”. Los profesionales, los intelectuales, los que hemos tenido el privilegio de formarnos en universidades, no podemos volver a equivocarnos de lado.

¿Hacia un mundo narcótico?

El hecho brutal e irreverente de la prohibición establecida a partir de 1914 es la transferencia del negocio desde los países centrales a ignotas “republiquetas” periféricas como Camboya, Paraguay o Colombia, y de los grandes grupos de la economía formal concentrada a los carteles mafiosos. Este es el debate que ha renacido en los albores del siglo XXI y en el marco en el que debe pensarse porqué se vuelve a sostener, aún lo insostenible. Para algunos de los mercaderes, será Estados Unidos el primer país en volver a

¹⁴ Mate Rothgerber, Claudio Las drogas y la educabilidad Anales de la educación común, Año 1, n° 1-2, 2005 p. 166-176

liberalizar todas las drogas, y hacia allí enfocan su artillería. La tradición liberal del único país que puede considerar con absoluta coherencia que la salud es “un derecho individual y privado” puesto que no está dispuesto a movilizar bienes jurídicos de terceros para atender la salud de un ciudadano enfermo, no puede seguir sosteniendo la intervención del Gobierno frente a la “libre voluntad” de los consumidores de drogas. En última instancia, son ellos los que deberán hacerse cargo de las consecuencias sobre su salud. Para otros, la mira se dirige a Latinoamérica. La fragilidad de sus democracias y la vulnerabilidad de sus instituciones (públicas y privadas) con-

formales, apenas logran que las muertes asociadas al alcohol y al tabaco no superen las 50.000 al año, solamente en nuestro país. Pareciera que no necesitamos más ensayos, considerando que las drogas que se mantienen en la Caja de Pandora, tienen mayor potencial de alterar las conductas y son mucho más tóxicas. Desde que la Argentina aplica el manual WOLA (aproximadamente 2008), el consumo de drogas ha venido creciendo a un ritmo que no tiene antecedentes en la epidemiología local. La percepción de los riesgos (especialmente en los más jóvenes) se ha derrumbado. Se han desactivado los mecanismos de alarma social y la resignación va en aumento, como resultado forzoso de las políticas adaptativas. Vamos a contrapelo de lo que se discute en Europa, que busca cómo introducir más regulaciones a las drogas que no las tienen, en el marco de sus economías abiertas (las confrontaciones con los países escandinavos, son encomiables en este sentido). No operan por el momento los fondos de inversión en las bolsas europeas para arrebatarles el negocio a los narcotraficantes. La violencia del narcotráfico es un hecho marginal en el territorio del Viejo Mundo y aunque indeseado, saben todos los gobiernos, que el tráfico ilegal de drogas sigue muy lejos de producir más muertos que la droga legalizada.

No es cierto que no haya nada entre los “cowboys” con su caricaturesca “Guerra contra las Drogas” y los nuevos mercaderes con sus profetas de la reducción de ideas, de la “jibarización” de la política. Existen todavía las grandes Causas sociales, las que todavía enarbolan las banderas de un mundo mejor para nuestros hijos y las generaciones que los sigan. Hoy, se despliega frente a nosotros la posibilidad de hacer nuestro propio balance, antes de que la historia nos pase de largo, más o menos advertida. En algo tienen razón los mercaderes: la batalla de fondo es la que se gana en la opinión pública. Usted es la opinión pública. 



**Mientras tanto
en Argentina, de
las cinco drogas
más consumidas
y que mayores
daños producen,
tres ya son legales
(tabaco, alcohol y
psicofármacos)**

vierten a toda la región en una inmensa oportunidad de negocios. En ambos escenarios, ya se verifican “ensayos” sociales que han comenzado con la marihuana. La propia Monsanto será la encargada de medir los resultados con un estudio epidemiológico en Uruguay.

Mientras tanto en Argentina, de las cinco drogas más consumidas y que mayores daños producen, tres ya son legales (tabaco, alcohol y psicofármacos). Todos sabemos los intereses que enfrentamos cuando queremos avanzar en regulaciones sobre ellas. Los múltiples esfuerzos sociales que se han venido realizando para evitar la expansión de las drogas que ya se encuentran bajo el dominio de las economías

EL PROBLEMA DE UNA ADECUADA REGISTRACIÓN DE LOS DEUDORES MOROSOS EN LAS OBRAS SOCIALES



Por **Ricardo Bellagio***

El inconveniente de la registración de los deudores morosos o contribuyentes demorados en las contabilidades de las Obras Sociales data desde el mismo inicio del Sistema de Obras Sociales, es decir que tiene una antiguación de más de 40 años.

Con el advenimiento de la Ley 18.610 por el año 1970, las obras sociales tenían un recurso, casi excluyente, que fue denominado como "ingresos por aportes y contribuciones", estos ingresos provenían del salario del trabajador, un 3% de los aportes realizados por el trabajador y un 6% de las contribuciones efectuadas por el empleador. En ese momento las obras sociales tenían bajo su dominio la recaudación, el control de los recursos y la fiscalización de las empresas aportantes.

Con la creación de la CUSS y luego del SUSS, sistema único de la seguridad social, por el año 1992, ya con la ley 23.660, se unificaron, a favor de la AFIP hoy, la recaudación de todos los aportes y contribuciones de la seguridad social en un solo formulario "F931".

Es decir que para ese momento las obras sociales cedieron a favor del estado la recaudación de su principal recurso, como también parte del control de éste.

Este hecho en lugar de ser nefasto, como en principio argumentaban las conducciones sindicales y empresarias, contribuyó en incrementar los recursos percibidos de las obras sociales, su administración y su planeamiento.

La centralización de la recaudación por parte de la AFIP, aportó una mejora sustantiva en la administración de la información, contribuyendo además en la unificación de los reportes informáticos que manejan por igual todos los agentes del seguro de salud.

Sin embargo muy poco modificaron las obras sociales en relación a su contabilización, la mayoría de ellas continúan registrando los ingresos por lo percibido y los egresos por lo devengado. Más aún, devengan los ingresos utilizando la cuenta "deudores por aportes y contribuciones" registrando un adelantamiento de la transferencia de fondos realizada por la AFIP, que percibirán el mes próximo, pero no registran aquellos recursos que no ingresan efectivamente a las arcas de las

entidades sociales, es decir aquellos demorados.

La registración de los recursos principales y gastos en las contabilidades de los agentes del seguro de salud es una especie de deven-perci, es decir una mezcla de principios contables que naturalmente fue aceptada a través del tiempo.

Sobre esto la Superintendencia de Servicios de Salud, órgano de regulación y control de las Obras Sociales Nacionales, ha instrumentado durante estos últimos años una cantidad de medidas que ayudaron a regularizar este tipo problema sin obtener resultados satisfactorios hasta ahora.

Para abordar mejor el tema es necesario considerar varios aspectos concurrentes que pueden reflejar la situación actual, a saber:

- El Formulario N°931 identifica dos regímenes Nacionales, el de Seguridad social y el de Obras Sociales. El primero contiene todos los conceptos previsionales y el componente ANSSAL, y el segundo contiene sólo los aportes y contribuciones destinados a las obras sociales deducido el componente ANSSAL, es decir neteado el 10, 15, o 20% del aporte que según corresponda debe girarse al Fondo Solidario de Redistribución (FSR).

- En las actuales circunstancias nadie duda que la salud brindada a través

* El autor es contador. Dirige la licenciatura en Administración de la Universidad ISALUD. Fue Superintendente de Servicios de Salud de la Nación.

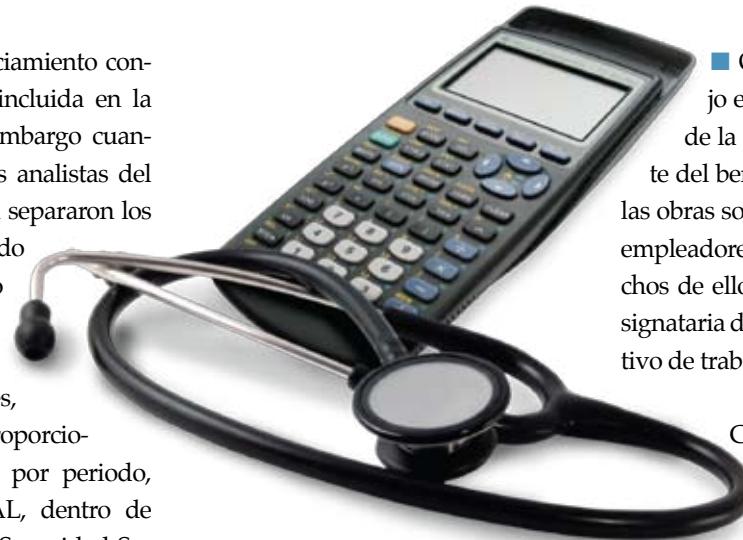
de una fuente de financiamiento contributiva se encuentra incluida en la Seguridad Social. Sin embargo cuando apareció el SUSS los analistas del Ministerio de Economía separaron los regímenes considerando que las obras sociales no estaban comprendidas en la primera. Esto trajo varios inconvenientes, uno de ellos es que proporcionalmente recauda más por periodo, el componente ANSSAL, dentro de regimen nacional de la Seguridad Social que los aportes y contribuciones incluidos en el Régimen Nacional de Obras Sociales y esto es porque para el primero se puede aplicar directamente la ley penal tributaria, mientras que para el segundo no.

■ Como ya mencioné las obras sociales quedaron con la potestad de fiscalizar a los empleadores, recién en ese estado y luego de cumplir con todo el proce-

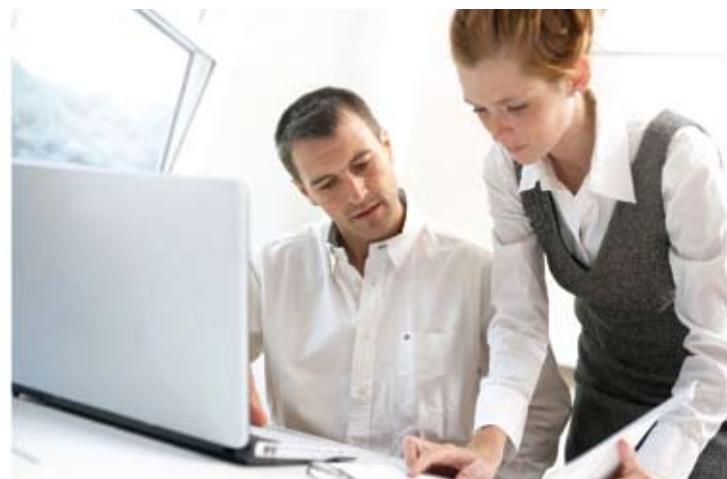
dimiento, las obras sociales pueden emitir el "certificado de deuda", único documento habilitante para exigir el reclamo judicial. En este sentido es muy común ver en la contabilidad de las obras sociales saldos en las cuentas deudores en litigio sin haber pasado nunca por deudores morosos y siendo su origen en la declaración por parte del fiscalizado a través del F931.

■ Otro inconveniente lo trajo el libre derecho del ejercicio de la opción de cambio por parte del beneficiario, es decir que hoy las obras sociales han multiplicado los empleadores a fiscalizar, siendo muchos de ellos de otra actividad que la signataria de su propio convenio colectivo de trabajo.

Como corolario de lo analizado hasta ahora, es menester destacar que el problema generalizado radica en la no vinculación del sistema de control de recaudación de las obras sociales con el sistema de información contable. Muchas veces esto sucede porque se encuentran tercerizados dichos control de recaudación ligándolos exclusivamente a la fiscalización de las empresas empleadoras o porque la cultura del deben-perci sigue vigente. *ii*



**ASE
NACIONAL**



ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS

34 años trabajando en el sector de la salud

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

Al servicio del país y su gente



OCA. Logística que mueve al país.



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



Escuela y alimentación: tensiones y estrategias en la localidad de Ensenada



Por Francisca Dávalos

Antropóloga (U de Chile)
Diplomada en Desarrollo Local
y Economía Social (FLACSO Argentina)
Magister en Antropología Social
y Política (FLACSO Argentina)
Investigadora (Universidad ISALUD)

El presente artículo busca relevar discursos y prácticas de alimentación escolar en una muestra acotada de escuelas de la localidad de Ensenada (Provincia de Buenos Aires). Se enmarca en el proyecto de investigación en curso Análisis de la alimentación en el ámbito escolar, realizado por el Centro de Estudios de Prevención y Promoción de la Salud (CEPRyPS) de la Universidad ISALUD. El objetivo principal de dicho proyecto es caracterizar y comparar los entornos alimentarios escolares, la calidad nutricional de la oferta en diferentes momentos de consumo y la ingesta de nutrientes críticos en 10 escuelas de cinco jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Gualeguaychú, La Plata y Salta) en Argentina.

1. Acercamiento a la problemática

Según una encuesta de TNS Argentina (2013), las prácticas alimenticias que han adquirido una mayor habitualidad entre las personas son leer el vencimiento de los productos, informarse sobre las calorías de los alimentos, controlar la cantidad de grasas ingeridas y conocer el contenido nutricional de los productos que se compran y consumen. Sin embargo, este ejercicio resuena de mayormente al interior de determinados grupos poblacionales; mujeres, sectores medios y altos, habitantes de Capital y GBA, y adultos mayores de 50 años .

De esta forma, pareciera ser que en dichos segmentos el acceso e información a alimentos específicos, entre otros ingredientes, consolidaría la Seguridad Alimentaria y Nutri-

cial (SAN). Por el contrario, aparentemente en segmentos socio-económicos medios-bajos y bajos no podrían afianzarla, encuadrando condiciones de deficiencia nutricional a la vez que un incremento en el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (Sánchez-Griñán, 1998). Así, la problemática de la SAN expresa un componente particular de la salud que, con el aumento y expansión de la malnutrición por exceso, la transforma en una cuestión de salud pública. Cruzada entonces por condicionantes estructurales (disponibilidad y acceso a los alimentos) como también por elementos simbólicos relativos al gusto, la estratificación social y al disciplinamiento del cuerpo (Carrasco, 2004; Turner, 1982), se hace imposible reducir al acto alimentario al mero hecho biológico. En este sentido, la malnutrición además de ser el resultado de la falta de disponibilidad de alimentos, se profundiza por una distribución desigual de éstos “[...] because some people are too poor or too powerless to make an adequate claim on the food that is available.” (Kent, 2005; 21). Y si bien anteriormente en el ámbito de la problemática alimentaria podía establecerse una asociación más evidente entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional -donde la malnutrición **por falta** o desnutrición, era una enfermedad de los segmentos pobres-, se ha observado una transición epidemiológica con un aumento de la **obesidad en la pobreza** (Peña y Bacallao, 2000) u **obesidad por escasez** (Aguirre, 2004).

Lo anterior se refleja en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2009), donde la prevalencia nacional de obesidad fue de 18%, cifra mayor a la hallada en la ENFR 2005 (14,6%), incremento observado en todas las regiones y en casi todas las provincias de Argentina. Así, en aglomerado urbano de Gran La Plata, el porcentaje de obesidad para población con primario incompleto es de un 40,5%, reduciéndose casi a la mitad 819,3%) en grupos con secundario incompleto, y a 15,7% en población con secundario completo y más (ENFR, 2009).

En este contexto, el papel de los distintos niveles estatales se torna relevante, puesto que su rol implica garantizar derechos sociales en general, y de la salud y la alimentación en específico. De ahí que sus intervenciones en términos de políticas alimentarias, se orienten a los nodos estructurales que afectan en la problemática alimenticia: producción, distribución, comercialización y consumo de alimentos para la reproducción biológica y social de la población (Cabral, Huergo e Ibáñez, 2012). Pero el diseño e implementación de estas intervenciones configuradas bajo la óptica “nutrificante”, cubre de una mirada a un **otro** a

quién debe alimentar, incidiendo en la configuración de una realidad alimentaria determinada (Carrasco, 2004) y, en estos casos, de segmentos pobres de la población expuestos a condiciones que propician la malnutrición por exceso. Este aspecto político tiene especial relevancia cuando se toman en cuenta los programas de alimentación en espacios educativos donde se maximizan sus presupuestos ajustados para alimentar a la cantidad de niños, niñas y adolescentes que asisten diariamente a sus comedores. En Argentina, los comedores escolares se constituyeron como el producto de un proceso jurídico, técnico y normativo que, desde comienzos de 1906 con la instalación del primer servicio de copa de leche en una escuela del distrito N° 1 en Capital Federal, luego la sanción de la ley 11597 en 1932 que otorgaba fondos para el mantenimiento de comedores escolares y su posterior generalización en la década de 1960 (Britos *et al.*, 2003), fueron consolidándose como espacios de gran relevancia en la política socio-educativa. Hacia 1992, y con la descentralización del Estado, la temática alimentaria en el ámbito escolar pasa a depender de las provincias; en la Provincia de Buenos Aires, se establece el Programa Servicio Alimentario Escolar, dependiente de la Dirección General de Cultura y Educación, de la Subsecretaría de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social. Este programa tiene por objetivo mejorar el aprendizaje y las condiciones de salud de la población escolar, garantizando la cobertura nutricional para todos los niños que asisten a las escuelas públicas. Desde el espacio institucional, se configuran lógicas y mecanismos establecidos para llevar a cabo la alimentación escolar (por medio de menús, presupuestos, etc.), sin embargo en el ámbito educativo concreto, tales mecanismos se transforman y adecuan a la realidad de cada escuela.

Dentro del marco de la investigación en curso del CEPRyPS, se efectuó un recorte en 7 escuelas de la municipalidad de Ensenada en la provincia de Buenos Aires, de lo cual el presente escrito es un primer producto. Para este proyecto, se entrevistó a actores institucionales de los espacios educativos, como también a niños/as de 5º y 6º grado. Así, se indagó simultáneamente en dos líneas; por un lado, los discursos y prácticas institucionales que se despliegan en el proceso alimentario al interior de la escuela y por otro, las prácticas de consumo de los niños/as, en el ámbito escolar, de la casa y en la calle. Se adoptó un enfoque cualitativo con una práctica de trabajo de campo para con esto, relevar la importancia de los propios actores y sus relatos, adentrándose en la perspectiva de éstos para comprender

su accionar. Por medio de entrevistas semi-estructuradas, se accedió a los discursos tanto de los actores institucionales como de los/as estudiantes, discursos que se interpretan en función de un contexto específico, escuelas del municipio de Ensenada que tratan con población vulnerable, y que ponen en tensión categorías y concepciones mediatisadas respecto de las realidades entorno a la escuela y a la alimentación.

2. Ensenada, las escuelas y la alimentación

Los más de 5.000 kilómetros de costa que posee Argentina en el océano Atlántico, posicionan al país como un referente marítimo. Sin embargo, es el eje fluvial-industrial entre Rosario y La Plata, el cual tiene una importancia preponderante en el contexto de la economía nacional. En este eje, se encuentra el puerto de la ciudad de Ensenada, a 7 Km. al noreste de la ciudad de La Plata y a 65 Km. al sureste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Y si bien la definición precisa sobre una ensenada implica “una parte del mar que entra en la tierra”, la ciudad se encuentra emplazada en el litoral Sur del Río de La Plata. Según el Censo 2010, la población total del municipio comprende a 56.729 personas, de las cuales el 8,36% corresponden a niños/ y adolescentes entre 10 y 14 años. Por otro lado, el Censo 2001 estableció que un 15,4% de las personas habitantes de Ensenada se encontraban con sus necesidades básicas insatisfechas.

Podríamos pensar que la población estudiada no cubriría las necesidades básicas insatisfechas, sin contar con datos estadísticos actuales. Esto fue reafirmado por los actores institucionales de los establecimientos educativos visitados, quienes concordaron en que si bien en las escuelas se encontraba una realidad heterogénea,

“[...] tenés pobres muuy pobres, y gente con muy buen pasar económico, entonces en la escuela eso también se ve [...] o sea que conviven en la escuela, realidades muy diferentes, tenés dentro del salón absolutamente de todo, así como padres que se pueden ocupar absolutamente o pueden pagar para que tengan una maestra particular o tomen clases de inglés, toman clases de deporte o van a otros lugares donde se inscriuyen aparte de la escuela, y los nenes que

no hacen absolutamente nada, que están en la calle, o que directamente no les prestan atención [...]” (Directora A).

Es, en su mayoría, la gente pobre la que viviendo con programas de transferencia condicionada, manda a sus hijos a escuelas públicas, encargando a la escuela y dependiendo del comedor escolar, parte de la alimentación de sus hijos. Esto, ya que el monto de asignaciones y pensiones no contributivas que perciben no terminan por cubrir todas las exigencias y carencias que pueden emerger en los hogares. De esta forma, tal como lo explicita una trabajadora de una de las escuelas visitadas “[...] si no tuviéramos el comedor, los chicos no podrían ni pensar porque necesitan tomar un té en la mañana temprano, aunque sea mejor una leche pero bueno, hay mate cocido con pan y la comida al medio día, es necesario...”

En este contexto, todas las escuelas visitadas durante el trabajo de campo, son públicas y de nivel primario, sopesitadas a la Dirección General de Educación y Cultura de la Provincia de Buenos Aires y del Consejo Escolar con sede en Ensenada, quienes brindaron una buena predisposición para el desarrollo del estudio. A través este último organismo administrativo de carácter local, se canaliza la organización de los comedores escolares; distribuyen y/o contratan el personal de la cocina, arman los menús, dirigen el presupuesto, entre otras acciones, según mecanismos institucionales establecidos. Sin embargo, a nivel comunitario, en las escuelas los métodos de actuación respecto de la alimentación dependen más de la contingencia que de los procedimientos detallados. Es por esto, que a nivel del sistema educativo y en lo referido a la alimentación escolar, se evidencia una tensión permanente entre los ámbitos que denominaremos de lo instituido y de lo instituyente.

Por el primer término nos referimos a los elementos que, en el ámbito alimenticio, están establecidos por normativas que sobrepasan al espacio físico de la escuela localizada territorialmente, pues están ligadas a regulaciones y procedimientos propios de los órganos estatales. Estos procesos normativos adquieren un cariz abstracto que, estableciendo un deber-ser (de menús, proveedores, presupuestos, roles, etc.) no admiten posibilidad a la diversidad de estrategias que los sujetos construyen y que llenan los intersticios que la normatividad deja sin cubrir. De dicha fisura emerge el término instituyente, el cual busca enfatizar el componente “creativo” que adquiere la expe-

riencia humana, en términos de las estrategias y prácticas que despliegan en los espacios educativos respecto de la alimentación, los sujetos respectivos. Aquellas maniobras vienen a dar cuenta de obstáculos y limitaciones que los procedimientos institucionales no toman en cuenta pero que tienen un impacto considerable en el efectivo desenvolvimiento de los procesos alimenticios en los espacios educativos.

En términos generales, podemos establecer que la alimentación en las escuelas se divide según los turnos (mañana o tarde) y los grados, llevándose a cabo en un espacio definido como el *comedor* situado, muchas veces, al lado de la cocina. Así, el turno *mañana* tomará desayuno y almorzará (primero los 1º, 2º y 3º grados y 20 minutos después 4º, 5º y 6º) y el turno *tarde* almorzará y tendrá merienda. La comida es preparada por personal dedicado exclusivamente a ello y es comprada a proveedores del Estado, “[...] nosotros [directivos escuela] no manejamos el dinero, nosotros ni Consejo Escolar, lo hace Desarrollo Social que tiene un convenio con Dirección General de Escuelas... ellos marcan un menú que muchas veces no se puede llevar a cabo [...]” (Directora B).

La comida entregada por tanto debe ajustarse al presupuesto y a la cantidad de estudiantes inscritos en el comedor; de esta forma, en escuelas más numerosas (con 231 y 223 bocas que alimentar) el presupuesto se reduce, mientras que en otra, con aproximadamente 110 estudiantes para alimentar, los montos parecen más holgados. Aún así, siempre está presente la idea de que “[...] de repente te manejás como podés no más, hay que hacer un poco de maravillas...” (Cocinera A). Este manejarse y adaptarse a las circunstancias implica variar el menú de las comidas, donde emergen las prácticas instituyentes que las trabajadoras de la cocina desarrollan, y así “[...] quizás pedía un poquito más cantidad y entonces ese poquito que quedaba, hacíamos una comida, un guiso, y la vas piloteando así, y un día que no tenés carne, hacés fideos con huevo... te vas arreglando pero siempre el chico tiene un plato de comida...” (Cocinera C).

El menú es estacional (invierno y verano) y es trabajado por el personal de cocina de forma semanal pues “[...] hay uno que es para semana 1 y 3, y otro para semana 2 y 4 que se van alternando... siempre el Consejo Escolar lo va cambiando y lo va mandando a las escuelas, nos regímos más o menos por eso, por supuesto que siempre estamos sujetos a las necesidades del momento.” (Cocinera B). De esta forma, el menú viene pre-establecido y busca satisfacer

las necesidades de los niños, incorporando alimentos ricos en proteínas animales y vegetales, carbohidratos y vitaminas, con pautas específicas de frutas, verduras, lácteos, cereales y carne o pollo entre otras cosas, según el día. No obstante, estas comidas no cumplen con los requisitos que se propician en los manuales de alimentación saludables del Ministerio de Salud de la Nación, cuestión que se suma a la falta de iniciativa en la implementación real de kioscos saludables.

Estos, se encuentran además condicionados a las preferencias de los y las estudiantes. En este sentido, el personal de cocina en conjunto con la Directora de la escuela, deben buscar estrategias para incorporar alimentos que puedan no ser “populares” entre los niños/as, pues como comentó una cocinera, “los chicos son selectivos”, y dependiendo de la comida que se ofrezca, la cantidad de estudiantes que almuercen. Así, “[...] tenemos que buscar menús que el paladar de los chicos estén acostumbrados [...] lo que hacen las chicas es rallarle toda la verdura como si cocinaran para un bebé... le ponen zapallo, le ponen zanahoria, y se lo ponen todo dentro de las comidas de olla, si no si vos le das una ensalada de zanahoria rallada con huevo duro ponéle, no están acostumbrados a comer, la comen un poquito o algunos, y el resto no...” (Directora A).

Y en estas estrategias que se despliegan hay un factor racionalizador que es a la vez práctico: si se cocina más comida de la que se come, ésta debe botarse. De esta forma, las cocineras, observando cómo y qué comen los chicos, van transformando el menú instituido, previa consulta con la Directora. Pues, por ejemplo, si bien “[...] en el menú estaba tortilla de acelga y espinaca, le pusimos y empiezan ‘qué es eso?’ ‘y esto verde?’ y bueno, terminamos haciendo tortillas de papas hervida [solamente]...” (Cocinera C). Resulta interesante el desconocimiento y el acostumbramiento (*del paladar*) al que hacen mención las trabajadoras de las respectivas escuelas, ya que se esboza un nodo estructural que termina por condicionar la alimentación, no sólo de la escuela, sino también del hogar. La limitada y desigual distribución social de los alimentos impacta en el conocimiento que se tenga de ellos y así mismo en su consumo en el hogar.

3. La escuela y la casa: relaciones y prácticas

La relevancia de vincular, en la constante tensión entre lo instituido y lo instituyente, a la escuela como espacio socio-

educativo con las familias y los grupos domésticos, radica en dos cuestiones. Primero, en que la comida servida en el comedor escolar se percibe como una **necesidad** en determinadas ocasiones y para ciertos niños/as; y segundo, en que la delegación de dicha responsabilidad alimenticia en la escuela, denota una desigualdad estructural en el ámbito alimentario. Pero vamos por partes.

En los relatos de los actores educativos siempre está presente la percepción de una *necesidad* a la que los y las estudiantes están expuestos y que se expresa de diversas formas, pero que en términos de la alimentación, implica la cotidianidad de la escasez de alimentos (o en definitiva, su ausencia) en los hogares porque “[...] *por ahí tienen alguna mejora con los planes [sociales] pero hasta cuánto te cubre de la canasta familiar, cuánto te puede cubrir... si al que trabaja no le alcanza, yo me imagino que a esa gente más [...]*” (Bibliotecaria A). En este contexto, la comida que se otorga en la escuela pasa a ser fundamental y tal como refieren muchas interlocutoras, puede ser incluso la única con que los y las estudiantes, se alimenten en el día. Y se torna de suma relevancia, ya que la temática de la alimentación repercute en el aprendizaje, en la calidad educativa y en patologías de diversa índole que debilitan la salud de los y las niñas en edad escolar.

De esta forma, los padres confieren y transfieren determinados roles a la escuela que, perteneciendo históricamente al ámbito de la esfera doméstica -como es la temática de la alimentación-, termina por constituir una auto-imagen que es percibida por los actores escolares como *acostumbramiento y dejadez*, cuestión que se evidencia en la siguiente frase;

“[...] *hay muchas comodidades de los padres, a veces no es tanto que necesite el chico sino que la comodidad de los padres [...] las madres son pibas jovencitas, sí, uno lo ve que vienen, largan al chico y ya, no te preguntan si comió, no comió, si les gustó o no les gustó... es una cosita y eso lo veo, lo ves acá adentro, acá en cualquier escuela que vayas, está la comodidad de los padres, que más quieren que una escuela les de comida, guardapolvo, zapatillas, todo*” (Cocinera C)

Esta idea de la *habituación* de determinados grupos domésticos respecto de algunos elementos como pertene-

cientes a la política social trasciende al calendario regular de la escuela, debido a que existen los **comedores de verano** los cuales abren sólo a la hora de almuerzo y tratan de satisfacer la demanda de alimentación de los y las niñas que así lo requieren. De esta forma, en la relación escuela-familia emerge otra tensión que sitúa a las familias entre la **necesidad** y la **comodidad**, lectura que desde la óptica institucional se torna crítica –tal como lo expone la cita anterior-, y que coloca a las familias en un **continuum** moral y evaluativo entre quienes utilizan el comedor por la necesidad alimentaria y quienes pareciera, pudieran aprovecharse. Esto solidifica una situación de desigualdad estructural, pues convierte cuestiones de índole político (de diferenciales asimétricos de poder que impiden el acceso y distribución igualitaria de los alimentos) en moralidades económicas. No obstante, el vaivén que experimentan las familias entre la necesidad y la comodidad lleva a la creación de prácticas constituyente por parte de ellos que, en definitiva, expresan una capacidad activa de a las familias en un contexto de creciente desigualdad económica y de poder.

4. Consideraciones finales

En el presente escrito se buscó plasmar algunos de los aspectos más relevantes que forman parte de la investigación del CEPRyPS sobre alimentación escolar. En el recorte realizado para la localidad de Ensenada, se indagó en discursos y prácticas en los espacios educativos, tanto de actores institucionales como de los y las niñas. En este documento se expresó la visión institucional, dando cuenta discursos y prácticas para una alimentación saludable y a la relación de la escuela con los hogares, siempre desde la lectura de la problemática alimenticia. En este sentido, en un futuro escrito se pretende ahondar en lo anterior, además de analizar las prácticas alimentarias de niños y niñas en edad escolar, en escuelas públicas.

Para finalizar, nos parece oportuno recalcar la importancia que los comedores escolares tienen en el contexto de la vida cotidiana de niños/as, pero también de los hogares que ellos habitan. Ya sea por **necesidad** o por **comodidad**, la alimentación que ofrece el comedor escolar es de suma importancia. Por supuesto que su calidad nutricional podría elevarse, cuestión que no radica tanto en las decisiones de los directivos y/o cocineras sino en aspectos estructurales que trascienden la dinámica alimenticia escolar. En este contexto, toma relevancia la idea de **corresponsabilidad**

que plantea la Ley 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños en la Provincia de Buenos Aires. Ésta noción busca activar, a nivel barrial, la construcción de circuitos o redes entre las familias, la escuela, el centro de salud, el municipio, las organizaciones barriales, entre otras instancias, para la inclusión de los niños en los servicios públicos (UNICEF, 2010). En el ámbito de la alimentación, se vuelve relevante ya que articula distintos niveles de sociabilidad e institucionalidad y por ende, intenta dar a la problemática, una solución integral y estructural. De esta forma, los programas de alimentación directa ayudarían a la condición o estado nutricional de los sujetos específicos –en este caso, estudiantes y sus hogares- solucionando problemas a corto y mediano plazo, sin embargo no subsanarían las causas estructurales en la problemática alimentaria. Atendiendo a la seguridad nutricional, se hace fundamental una transformación económica, social, cultural e institucional del contexto cuyo impacto sea a mediano y largo plazo.

En este sentido, se hace oportuno diferenciar entre los mínimos alimentarios para la mantención y sobrevivencia de las

personas, y los básicos alimentarios. Conceptualmente la diferencia entre lo **básico** y lo **mínimo** es de suma relevancia ya que tiene repercusiones en el plano político y de toma de decisiones; puesto que mientras lo básico expresa algo fundamental que sirve de base de sustentación indispensable sobre lo que algo más se suma, lo mínimo emerge como un concepto límite que niega la optimización de las necesidades humanas (Pereira, 2002) y con esto, la continua mejora de la calidad de vida de la población. En este sentido, la noción de **básico** –y su optimización-, tiene un sustrato de “[...] indisponible (esto es innegociable) e incondicional a todos, y quien no lo tiene por fallas del sistema socioeconómico tendrá que ser resarcido de este déficit por el propio sistema” (Ibíd., 42) por lo que se configura como fundamento de los derechos, y más específicamente, de los sociales. Por el contrario, lo **mínimo** desvincula a los sujetos de la idea de derechos, limitando de esta forma la capacidad de interpelación al Estado, y en consecuencia desligando a las personas y comunidades de la capacidad de influir con qué y cómo se alimentan, cuestión que se agudiza en los niveles socioeconómicos más bajos.

Bibliografía

- Aguirre, Patricia. 2004. Seguridad Alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria.
- Britos, Sergio; O'Donnell, Alejandro; Ugalde, Vanina y Clacheo, Roderigo. 2003. Programas Alimentarios en Argentina. Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI). Argentina.
- Cabral, Ximena; Huergo, Juliana; Ibáñez, Ileana. 2012. Políticas alimentarias y comensalidad en el avance de la frontera sojera. En *Papeles del CEIC*, no. 78, 2012/1. CEIC (Centro de Estudios de la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.
- Carrasco, Noelia. 2004. Antropología de los problemas alimentarios contemporáneos. Etnografía de la intervención alimentaria en la región de la Araucanía, Chile. Tesis Doctoral Universitat Autònoma de Barcelona.
- Cecchini, Simone y Madariaga, Aldo. 2011. Programas de Transferencias Condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. *Cuadernos de la CEPAL* N° 95, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile.
- ENFR. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. 2009. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf
- Kent, George. 2005. Freedom from Want. The Human Right to Adequate Food. Georgetown university Press.
- Montecino, Sonia. 1996. Dimensiones Simbólicas del accionar político y colectivo de las mujeres en Chile. Una propuesta de lectura desde la construcción simbólica del género. En *DESDE LAS ORILLAS DE LA POLÍTICA. Género y poder en América Latina*. Lola G.Luna, Mercedes Vilanova (Comp.) Pp. 101-116.
- Peña, Manuel y ballacao, Jorge. 2000. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de la Salud.
- Pereira, Potyara. 2002. Necesidades Humana. Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia. Cortez Editora, Brasil.
- Sánchez-Grinán, María Inés. 1998. Seguridad Alimentaria y Estrategias Sociales. Su Contribución a la Seguridad Nutricional en Áreas Urbanas de América Latina. Documento de Discusión N° 23 sobre Alimentación, Agricultura y Medioambiente. Instituto Internacional de Investigaciones Sobre Políticas Alimentarias, Washington DC, EEUU.
- Turner, Bryan. 1982. The Government of the Body: Medical Regimens and the Rationalization of Diet. En *The British Journal of Sociology*, Vol. 33, No. 2 (Jun., 1982), pp. 254-269.
- UNICEF Argentina. 2010. Temas claves en materia de Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires. UNICEF e Instituto de Estudios Judiciales de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Argentina.

La feminización del sistema sanitario en el sector hospitalario de la provincia de Buenos Aires



Por Patrizio Petrone

Médico (UNLP)

Posgrado en Mastología (Instituto de Tumores de Milán, Italia)

Especialista en Cirugía General, HIGA Prof. Dr. Luis Güemes

Especialista en Cirugía de Trauma y Cuidados

Críticos (University of Southern California, EEUU)

Magister en Políticas y Gestión en Salud (Universidad de Bologna, Italia)

1. Introducción y perspectiva histórica

Históricamente, las mujeres han desempeñado una función de suma importancia en la prestación de asistencia sanitaria. Así ocurrió en la mayoría de los países con anterioridad a la aparición de los sistemas modernos de atención de la salud, siendo las mujeres las principales dispensadoras de atención de salud en el seno de las familias y de las comunidades. En muchos países en desarrollo las mujeres actúan como parteras tradicionales que atienden a las demás mujeres de la familia o de la comunidad. Fuera del ámbito familiar, las mujeres ocupan el primer lugar en las filas del personal voluntario que trabaja en los hospitales y otras organizaciones comunitarias. También lo son en las escuelas elementales de muchos países, entre cuyas tareas se encuentra la enseñanza de actitudes y comportamientos favorables para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.

Son muchas las razones que explicarían el por qué de esta función relativamente mayor de las mujeres. Una explicación se debe a las formas de diferenciación de funciones por razón del género desde su nacimiento mediante aprendizaje y condicionamiento social. Dicha diferenciación se observa en una división sexual del trabajo en el seno de la familia y en el mercado laboral, actitud arraigada en las tradiciones y costumbres sociales donde la idea de que la división del trabajo entre los miembros masculinos y femeninos de la familia es más complementaria que competitiva, y donde los padres sirven como modelos y roles de función. Otro aspecto de la diferenciación es la distinción entre funciones del mercado laboral, destinadas principalmente a hombres, y funciones fuera del mismo, asignadas a las mujeres (Abramzón, 2005).

A lo largo de la historia, las diferentes profesiones y actividades sanitarias han ido construyendo identidades profesionales sexuadas, las que han ido variando según los momentos históricos. Desde la creación de las universidades en el siglo XIII hasta finales del siglo XIX, cuando las primeras mujeres empiezan a estudiar y a practicar la medicina, los miembros de la profesión fueron exclusivamente hombres. Pero la incorporación de actividades codificadas como masculinas ha sido un proceso activo

y cambiante en virtud de la cual las habilidades consideradas femeninas se convierten en masculinas, como sucedió con la atención del parto en los siglos XVIII y XIX (Ortiz-Gómez, 2004). En la segunda mitad del siglo XIX comienza a considerarse que la educación puede preparar a la mujer para cumplir mejor la tarea de formar nuevos ciudadanos y constituir un apoyo adecuado para maridos modernos. Francia era considerada como el centro del progreso en la educación de la mujer, sobre todo a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. La educación femenina francesa de esa época parece contradictoria: en 1882, de las 45 mujeres estudiando medicina en París, sólo nueve eran francesas (Gordon, 2011).

Parte de la respuesta a este fenómeno reside en la cultura local de aquella época promulgada por la Iglesia y las escuelas. La prensa femenina apoyaba el consenso local de la cultura del momento acerca que el entorno natural de las mujeres se hallaba limitada al hogar y a la familia. Fue hasta la edición de 1905 de *La Vie Heureuse*, que comenzó a publicar artículos sobre mujeres practicando actividades deportivas, presentándolas como nuevas posibilidades para las mujeres por fuera de la vida doméstica (Gordon, 2013).

Las vidas de las doctoras Madeleine Pelletier y Constance Pascal ilustran las dificultades de las mujeres en la profesión médica de la época, al negociar el modelo de construcción de género. Prueba de ello es la decisión de Pascal de ocultar todo rastro acerca de su vida privada, hasta incluso haber mantenido en secreto su embarazo. Y el caso de Pelletier, que rechazaba el culto a la maternidad, y que fue arrestada en 1939 por haber ayudado al aborto de una mujer víctima de una violación, interpretándose dicho encarcelamiento como una venganza de la sociedad por haberse opuesto al rol predestinado de la mujer (Gordon, 2013). En España se discutía sobre la capacidad de las mujeres para adquirir conocimientos que puedan capacitarla para ejercer una profesión. En 1882 M^a Dolores Aleu Riera es la primera mujer que realiza el examen de grado para obtener la Licenciatura en Medicina. Luego de ello, el director general de Instrucción Pública ordenó que no se admitiera para cursar estudios secundarios a las mujeres, y cuando en 1883 se autorizó nuevamente, se añadió la salvedad de que "sin derecho a cursar después los estudios de Facultad". Es en 1888 cuando las mujeres retornaron a la Universidad. La presencia femenina en la Universidad española durante el siglo XIX es prácticamente anecdótica y parte de las alumnas no se graduaron (López Sánchez, 2003).

Cecilia Grierson se graduó el 2 de julio de 1889 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires a los 30 años de edad, convirtiéndose así en la primera mujer médico de Argentina y Latinoamérica. En 1891 fue uno de los miembros fundadores de la Asociación Médica Argentina. Colaboró en la primera cesárea realizada en el país en el año 1892, y ese mismo año fundó la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios. En 1894 se presentó a examen para el cargo de profesor de la cátedra de Obstetricia para parteras pero la postulación le fue denegada y el concurso fue declarado desierto, ya que las mujeres no estaban autorizadas a dictar clases en la universidad. Sus últimos días

estuvieron sumidos en la pobreza, solo percibiendo una magra jubilación, lo que no le impidió que donara su casa en la localidad de Los Cocos, Córdoba, al Consejo Nacional de Educación donde se constituyó la Escuela N° 189 que lleva su nombre. Otras instituciones que la recuerdan son la Escuela Nacional de Enfermería en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el Hospital Zonal General de Agudos en Guernica, Provincia de Buenos Aires. Fallece en Buenos Aires el día 10 de abril de 1934.

María Montessori se graduó en la Universidad de Roma La Sapienza en el año 1896, convirtiéndose así en la primera mujer médico de Italia. Se especializó en psiquiatría y fue, además, educadora, y desarrolló el Método Montessori. Su método fue reconocido en todo el mundo, incluso Mussolini fue el presidente honorario de sus escuelas en Italia, hasta que diferencias ideológicas dieron por concluida su actividad en su país y el gobierno italiano dictaminó su exilio en 1936. Recibió seis nominaciones para el Premio Nobel de la Paz pero nunca recibió ese galardón. Luego de un período en India hasta la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se trasladó a Holanda, donde falleció el 6 de mayo de 1952.

2. Marco teórico

A pesar que aún en la actualidad hay más varones que mujeres en el mundo del trabajo remunerado, pero debido a que la tasa de empleo de las mujeres ha aumentado y la de los varones ha disminuido, se suele denominar este proceso como *feminización del empleo*.⁵ El aumento de la participación femenina responde a un proceso de larga duración vinculado fundamentalmente al acceso de las mujeres a mayores niveles educativos y a transformaciones culturales que influyeron en el cambio de las pautas de fecundidad.

El papel de la mujer ha sido relegado por años a tareas domésticas o de producción artesanal, otorgándole poca capacidad de investigación, producción y creación en campos como el de las ciencias. A pesar de la revolución sexual en los años sesenta y la participación de la mujer en la vida productiva, quedan aún algunos peldaños de difícil acceso que obstruyen su carrera hacia el reconocimiento (Duré, 2009). Incluso muchas mujeres dudan de las capacidades de sus congéneres al preferir acudir a consultas médicas con hombres pues desconfían de las mujeres especialistas. De hecho, en este terreno la inclusión de la mujer no es bien recibida, haciendo que las mujeres que trabajan con hombres tengan que trabajar más para poder demostrar sus capacidades.

El sistema de salud funciona como un sistema de relaciones sociales que produce prácticas y discursos, y que suponen procesos de hegemonía y subalternidad, así como de inclusión y exclusión. El sistema de pautas hegemónico que operó como frontera de prácticas y discursos ha sido el *modelo médico hegemónico*, definiendo al mismo como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica. Este modelo se caracterizó por una concepción de la salud de tipo biológico, clínica e individual con un en-

foque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica tecnologizada y una cultura medicocentrista que relega al paciente del acto de diagnóstico, de la orientación y la toma de decisiones (Duré, 2009).

A pesar de los cambios en la composición de la fuerza de trabajo sectorial, la persistencia de situaciones de segregaciones horizontal (por tareas) y vertical (por categorías), produce las relaciones típicas de los sectores "femeninos" (Pautassi, 2001). En el caso de segregación vertical, o sea la diferencia entre los potenciales aspirantes a puestos de conducción y quienes efectivamente ocupan dichos cargos, las mujeres no acceden en general a cargos de conducción, como jefatura de servicio o dirección de hospital. En el mismo sentido, la segregación horizontal se da en casos en que la demanda de trabajadores mujeres se presenta en cargos y funciones asociadas con tareas reproductivas y que requieren cuidados maternales, quedando segregadas actividades como cirugía, traumatología o cardiología.

Los médicos constituyen el grupo más representativo dentro del sector universitario. Con casi 200.000 profesionales, Medicina es la disciplina matriculada con mayor cantidad de egresados en el país, seguida por Derecho (148.306), Ciencias Económicas (105.987), Psicología (63.804), y Odontología (53.011), según el INDEC. Existen resguardos en términos de las estimaciones realizadas, impidiendo deducir comportamientos racionales o situaciones de concentración en algunas provincias como consecuencia de políticas de estímulo, sino que es producto de una situación fragmentaria de los propios mercados locales de salud, observándose más precisamente una concentración de médicos en zonas urbanas o en centros universitarios.

Si se toman en cuenta indicadores como la relación médico/paciente, Argentina se encuentra sobre poblada de profesionales médicos, superando la media de América Latina ya que las relaciones aceptables son de un médico/a cada 750-1000 habitantes. Esta situación se invierte si se considera la relación enfermeras/os por médico, siendo los estándares 3 enfermeras/os por médico, mientras que en Argentina hay aproximadamente 4-5 médicos por enfermera/o (Abramzón, 2005).

Más allá de la mayor apertura que se ha producido en la profesión médica en términos de esta hegemonía de poder, al tiempo que la profesión ha sufrido una fuerte embestida principalmente por la caída y la devaluación de los salarios, no se han revertido las tendencias discriminatorias. Si bien en los últimos años han ingresado mujeres en especialidades "masculinas", ellas no acceden a la titularidad de cátedra o a la dirección de un hospital (segregación vertical). Pero existen casos en que sí llegan a conseguir la titularidad de cátedras en especialidades consideradas "femeninas".

Es relevante considerar que muchas decisiones sobre organizaciones de salud y políticas sanitarias se configuran sin tomar en cuenta la naturaleza de los procesos de trabajo. Los esfuerzos por asociar calidad con recursos humanos, promueven una articulación más estrecha entre formación, práctica profesional y capacidad resolutiva de los servicios. Los recursos humanos en salud deben resolver tensiones y conflictos manifiestos, como los

intra e interprofesionales, las relaciones capital-trabajo y trabajador-empleador, sobre todo cuando este es el propio Estado, y otros más solapados como las inequidades sociales, de etnia y de género que atraviesan el mundo del trabajo.

Al considerar el peso relativo del rubro *personal* en el total del presupuesto de un área, se puede observar que salud es un sector "mano de obra" intensivo, solo superado en este sentido por educación, aunque se diferencie de él por ser el de salud un sector de empleo profesional más altamente diversificado y estratégico. Salud resulta ser hoy el campo de práctica para más de 20 profesiones universitarias, con cerca de 100 especialidades, alrededor de 40 carreras técnicas y auxiliares, constituyéndose como un espacio de empleo para otros oficios hasta ocupar en conjunto casi el 5% de la población económicamente activa en varios países de la región (Rovere, 2005, 2006).

Desde la década del '60, las universidades latinoamericanas no han parado de generar una mayor dotación de profesionales de la salud. Varios países se encuentran en una situación autoperceptiva que se podría denominar "sobredotación" o exceso de profesionales, lo que no necesariamente se traduce en desempleo. Sin embargo, otros países tienen hoy un déficit de profesionales médicos, ya sea por su nivel de desarrollo relativo o por falta de planificación.

El estudio de los recursos humanos en salud puede ser enfocado desde diferentes perspectivas, comenzando por la propia demografía profesional que a partir de la lógica de mercado de trabajo estudia su oferta y su demanda. De allí se desprenden desde cifras globales y estimaciones (7,5 millones de trabajadores de salud en la región de América, cerca de 100 millones en el mundo) (Rovere, 2006), hasta diferencias muy refinadas por profesión, asentamiento geográfico, edad y sexo, incluyendo estadísticas más escasas a nivel mundial, con la excepción de los países de la OCDE.

Dado que una parte de la sociedad se especializa en brindar servicios de salud al resto, se puede decir que los recursos humanos en salud son una población dentro de otra, que adquiere características peculiares en términos demográficos, tendencias migratorias, estratificación y extracción social. El primer aporte para comprender integralmente este campo surge de una perspectiva originada en la economía, como son los estudios de mercado de trabajo. Este enfoque sirvió para reforzar la noción de recursos humanos como un objeto de estudio, ofreciendo tratamientos económico-demográficos cada vez más refinados, referidos a la fuerza laboral de todo un país o una región (Rovere, 2006). Desde otras perspectivas, como la de la sociología de las profesiones, han relevado el carácter proactivo de los trabajadores de salud. Este modo es un análisis más político de los recursos humanos, en la medida en que se los percibe como sujetos que constituidos en verdaderos actores sociales, enriquecen y al mismo tiempo incrementan la complejidad del campo de estudio.

Cuando se busca integrar perspectivas de los recursos humanos en salud se hace referencia a una problemática que incluye la existencia y disponibilidad de personas formadas y acreditadas específicamente para trabajar en el sector, calidad, pertinencia y

actualización del conocimiento teórico-práctico que adquirieron, y las capacidades, actitudes y aptitudes en los contextos laborales concretos de aplicación de esos saberes. El campo de recursos humanos en salud excede al de los servicios sanitarios. Sin embargo, surge sistemáticamente una importante constatación: la escasa preocupación, investigación y debate que el tema ha despertado en la cultura del sector e incluso en la configuración del ámbito académico de la salud pública, exceptuando una minoría de países donde la asignación de recursos humanos es definida por mecanismos de planificación, que van desde las oportunidades de formación hasta las políticas de retiro.

A tener en cuenta es la baja visibilidad de la problemática de los recursos humanos, también conocida como visibilidad negativa, definida como la ausencia absoluta de médicos o enfermeros en una localidad, en un hospital, o frente a una catástrofe. Una situación particular de visibilidad emergente se constituye durante un conflicto laboral que hace manifiesta la existencia y la voluntad de expresarse de un conjunto de trabajadores que, al resentir la prestación de servicios, logran que la problemática interna resulte súbitamente expuesta. Dicha visibilidad o invisibilidad se extiende también a la composición por sexo de los trabajadores de la salud, que solo emerge durante alguna controversia.

Desde sus orígenes, el pensamiento económico primero y el gerencial después, tendieron a invisibilizar la problemática de los recursos humanos. Centrados originariamente en el análisis de los incipientes trabajadores industriales, se enfatizaba la noción de mano de obra considerada como un factor productivo, combinable e intercambiable por otros factores. Pero como la lógica de sustitución de factores no funciona bien en este sector, las investigaciones se enfocaron en la discusión sobre las propias categorías profesionales de los recursos humanos.

El debate contrapone la noción de fuerza laboral y de proceso de trabajo insistiendo en su centralidad y la del trabajador en el proceso productivo, en la generación de valor y en que las innovaciones tecnológicas se constituyen en factores amplificadores de las capacidades y habilidades de los trabajadores. Esta perspectiva adquirió una súbita vigencia luego de la caída del muro de Berlín por la recuperación hecha por Drucker, quien sugirió que la especificidad del sector salud, un sector donde la incorporación de nuevas tecnologías no sustituye, sino que más bien requiere una mano de obra mayor y más especializada. La noción de recursos humanos es vista desde el pensamiento gerencial (Weiss, 1992) como un avance con respecto a la noción de mano de obra, es decir una disociación cerebro-mano, típica del taylorismo: unos piensan y otros ponen el trabajo físico.

En 1961 se presentó una iniciativa regional, la Alianza para el Progreso (Róvere, 2006), cuya agenda promovía un componente social del desarrollo, con educación y salud como prioridades. En el campo educativo, los países de América Latina expandieron su matrícula universitaria en el período 1960-1980, llegando a multiplicar por 20 su población estudiantil, debiéndose gran parte de ese aumento al ingreso de estudiantes mujeres por un doble mecanismo: por un lado, la “feminización” progresiva de las carreras tradicionales en salud (medicina, odontología, bioquímica y

farmacia), y por el otro, la incorporación en el ámbito universitario de carreras clásicamente femeninas que hasta ese momento se dictaban en instituciones terciarias, (enfermería, trabajo social, nutrición y obstetricia).

Durante 1972, en el marco del lanzamiento del Plan Decenal de las Américas (Róvere, 2006), el tema de recursos humanos plantearía una meta: lograr una relación de un médico cada 1.000 habitantes. Esta meta, lanzada seis años antes de Alma Ata, para muchos países constitúa una verdadera utopía. Al combinarse dicha meta con el énfasis en ampliar la oferta universitaria, sobre todo de las universidades públicas en América Latina, se impulsó la formación profesional en salud, lo que fue aprovechado particularmente por las jóvenes estudiantes, generando un impacto en la composición de la fuerza laboral del sector.

2.1 Las organizaciones de salud y el trabajo institucionalizado

Las relaciones de trabajo se encuentran siempre en algún punto entre la explotación y el autoempleo, vivido como un extremo de autonomía, misma que cuando se organiza y consolida como poder corporativo, les genera dificultades a los profesionales de ser sospechosos de operar en contra de los intereses de lo público. Sociológicamente, el mundo de las profesiones identifica al sector salud como un caso paradigmático de sector profesionalista, que con el avance tecnológico y el crecimiento en cobertura y complejidad de los servicios, se ha convertido en un sector altamente institucionalizado, con un gran número de empleados y un ordenamiento jerárquico que refuerza la estratificación profesional. Profesionalización e institucionalización no son independientes, sino que más bien se refuerzan recíprocamente (Sarfatti Larson, 1999). De hecho, el poder médico nunca hubiera sido tal si no existiera el hospital, con su organización, su orden formal y simbólico, sus jerarquías y relaciones. Desde el punto de vista administrativo, en los hospitales se observan estructuras, reglamentos, escalafones, ritmos de trabajo, horarios y recursos, y desde las ciencias sociales, se perciben conflictos, disputas, valores simbólicos y cultura.

Debemos partir de que los servicios de salud constituyen un sector económico intensivo en recursos humanos, por lo que la regulación de su producción y utilización son áreas claves para lograr eficiencia y calidad de la atención de salud que reciben los usuarios. Por otro lado, reconocer que la regulación de los recursos humanos en salud es un campo muy complejo, debido a que el universo de análisis incluye prioritariamente al menos tres componentes sujetos de regulación: la formación de recursos humanos, el ejercicio de la práctica profesional y las relaciones laborales.

El trabajo en salud, por sus especificidades, es un trabajo reflexivo en el cual las decisiones que se toman requieren una articulación de saberes provenientes de diversas instancias: conocimientos científico y técnico, y experiencia laboral y social mediada por la dimensión ético-política (Offe, 2002). Así, el trabajo en salud se caracteriza por desarrollarse en un contexto de incertidumbre re-

sultante de una demanda indeterminada, discontinua, que exige rápidas respuestas, por lo cual la lógica laboral no puede ajustarse rígidamente con determinados criterios de productividad.

2.2 Las mujeres en la Facultad de Medicina

El ingreso de las primeras estudiantes de medicina se alineó con otras luchas políticas como el sufragio y el derecho a la planificación familiar. La consecuencia más directa del movimiento feminista en la medicina en Estados Unidos fue un súbito incremento del número de mujeres que estudiaban esa profesión. En 1970 solo el 9% de los estudiantes de medicina eran mujeres, y al final de esa década habían superado el 25%. Las primeras generaciones de mujeres médicas se sentían obligadas a probar que podían hacer las cosas sobre los términos fijados por la dominante posición de los médicos varones. Las nuevas generaciones de médicas exigieron que los médicos cambiaran sus actitudes y conductas, además de la modificación de las prácticas institucionales para adecuarlas a sus necesidades como mujeres.

Por otro lado Konner (Rovere, 2006), preocupado por la caída de la calidad de la atención y la extensión de la denominada “medicina defensiva”, afirma que “algunos predecían que el gran influjo de las mujeres en la medicina humanizaría la profesión. Pero, lejos de esto, estas mujeres han tenido básicamente que adaptarse a la cultura médica masculina antes que cambiarla”.

La participación de la mujer en la fuerza laboral médica creció significativamente en los países centrales (Simoens, 2006) (Cuadro 1).

Según datos de Abramzón el proceso de feminización profesional en la Argentina detectó que los varones eran el 61% del total de médicos en el país. Entre las personas de 65 años y más, este porcentaje aumenta al 80%, mientras que entre los 20 y los 29 años el 59% del total son mujeres. Esta evolución permite suponer que el punto de inflexión de la tendencia se ubicaría en la década de 1980, momento identificado como el de consolidación del ingreso masivo de las mujeres a la universidad. En Brasil (Machado, 1997) se observa que mientras en los años cuarenta la proporción de médicas era del 1%, se eleva en los '80 a 42,9% coincidiendo con lo que señala Abramzón, y en los noventa llega a 48,8% (Cuadros 2 y 3).

Se observa el mismo fenómeno en los Estados Unidos durante las últimas décadas. De hecho, el 50% de los estudiantes matriculados en medicina y el 25% de los médicos en práctica clínica son mujeres (Levinson, 2004).

Es en este contexto que resulta relevante realizar un análisis de empleo sectorial desde una perspectiva de género de algunos datos vinculados a los recursos humanos del sistema de salud pública argentino.

3. Metodología

El objetivo general de la presente tesis es identificar la tendencia de la feminización del sistema sanitario argentino, comparado con otros países de América Latina y Europa, y su profundización en el sector hospitalario. A su vez, los objetivos específicos per-

Cuadro 1

Participación de mujeres sobre el total de médicos ocupados Países seleccionados, 1970-2000 (en %)

País	Participación en 1970	Participación en 2000
Austria	17,8	33,1
Estados Unidos	6,6	23,1
Finlandia	26,5	50,7
Canadá	10,1	31,1
Hungría	33,3	49,3
Japón	9,1	32,6
Polonia	40,6	54,2
Portugal	15,5	44,9

Fuente: Simoens S, Hurst J, 2006.

Cuadro 2

Proporción de médicas graduadas en Brasil, por décadas y en %

Década	Porcentaje
1940	1,0
1950	12,3
1960	15,4
1970	28,6
1980	42,9
1990	48,8

Fuente: Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.

Cuadro 3

Comparación laboral entre mujeres y varones, en Brasil y en %

Variable	Mujer	Varón
Sector público	75	67
Guardias	46	50
Pluriempleo	49	57
Salario de US\$ 2.000 (1995)	16	24,3
Salario mayor US\$ 2.000 (1970)	41	75

Fuente: Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.

siguen conocer la distribución de las mujeres por especialidades médicas y en funciones de jefatura, advertir si el estatus global de la medicina repercutirá a partir de su feminización, e intentar reconocer los efectos que tendrá en la práctica profesional, en el vínculo con el paciente y con el equipo de salud.

Se plantean diferentes hipótesis que podrían explicar el presente fenómeno de feminización de la medicina, a saber:

- La graduación sin planificación de estudiantes de las facultades de medicina de Argentina ha contribuido a un número mayor de médicos que el necesario para cubrir las necesidades de atención de la salud de la población.
- Ausencia de políticas sanitarias que incentiven la descentralización de los médicos hacia zonas más lejanas y desprotegidas.
- La excesiva cantidad de médicos en relación a la población en las grandes urbes ha dado lugar a una oferta profesional desmedida con la consiguiente caída del salario real.
- Disminución de las inscripciones de varones a la carrera de

medicina en busca de profesiones más redituables, explicando en cierta medida el aumento de la matrícula femenina.

Se trata de un estudio observacional y descriptivo, con entrevistas personales a dirigentes del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la provincia de Buenos Aires.

4. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos en el ámbito de la salud pública de la provincia de Buenos Aires. Si bien la información recogida fue extensa y abarcó varios sectores, se encontraron dificultades para obtener datos históricos, por lo que no fue posible proyectar esta sección con la antigüedad deseada, explicada tal vez en parte al no contar con una base de datos

electrónicos que recoja información acerca del personal sanitario y su evolución demográfica y por especialidades a través del tiempo. La primera etapa corresponde al análisis del ingreso al sistema de residencias médicas hospitalarias de la provincia de Buenos Aires. En el año 2011, hubo un total de 2.825 aspirantes, de los cuales 1.655 (58%) correspondieron al sexo femenino, y 1.170 (42%) fueron del sexo masculino. Los aspirantes se distribuyeron por indicadores de sexo y especialidad, según se muestra en el Cuadro 4.

En cuanto al rendimiento en el examen de admisión en el año 2011, 59 de los 100 mejores exámenes pertenecen a aspirantes del sexo femenino. Respecto de la adjudicación de cargos ingresaron 809 aspirantes sobre el total de 2.825 (28%), de los cuales 506 (62%) fueron mujeres, y 303 (38%) eran varones. Se examinó la relación entre el examen y los aspirantes provenientes de dos de las universidades nacionales más importantes. El número de mujeres superó ampliamente al de varones, 745 y 387, respectivamente, mostrando un rendimiento en el examen superior para el sexo femenino (66,09) comparado al sexo masculino (64,97).

Según datos del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la provincia, correspondientes al tercer trimestre de 2012, da cuenta que existen 14.309 agentes pertenecientes a la Carrera Profesional Hospitalaria (CPH, Ley 10471), y 25.298 agentes pertenecientes a la Administración Pública en Salud (APS, Ley 10430), la cual engloba al personal administrativo, al técnico y al no universitario. De la CPH, 8.060 (56%) pertenecen al sexo femenino, mientras que 6.249 (44%) son del sexo masculino (Figura 1).

La distribución por franja etaria y por especialidades se ilustran en los cuadros 5 y 6, respectivamente.

Por otra parte, del total de APS, 17.443 (69%) correspondían al sexo femenino, y 7.855 (31%) eran masculinos (Figura 2), duplicando a sus compañeros varones en casi todas las franjas etarias (Cuadro 7).

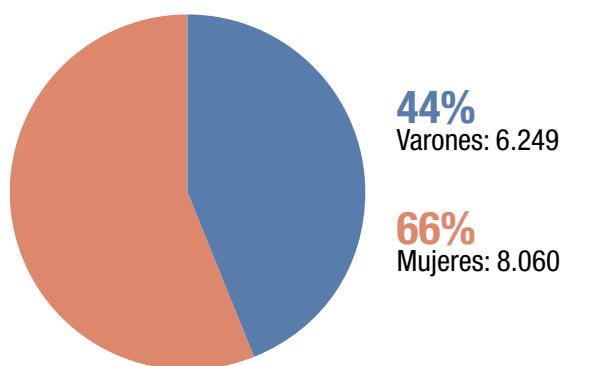
En cuanto a la situación de los directivos de los hospitales públicos dependientes del Ministerio de Salud, la proporción por sexo se halla invertida. Así, de los 77 directores ejecutivos, 56 (73%)

Cuadro 4
Especialidades elegidas por los aspirantes
Distribución total y por sexo

Especialidad	Total aspirantes	Aspirantes sexo femenino
Clínica Médica	438	295
Clínica Pediátrica	427	375
Clínica Quirúrgica	297	113
Anestesiología	288	111
Tocoginecología	212	83
Ortopedia y Traumatología	187	18
Medicina General	138	105
Psiquiatría	89	59
Diagnóstico por Imágenes	89	48
Cardiología	83	38
Oftalmología	80	40
Dermatología	58	54
Neonatología	56	44
Terapia Intensiva	52	23
Neurocirugía	49	9
Gastroenterología	32	17
Otorrinolaringología (ORL)	30	18
Neurología	27	12
Anatomía Patológica	26	21
Urología	18	2
Oncología	15	7
Neumonología	15	8
Emergentología	14	2
Cirugía Cardiovascular Pediátrica	13	5
Nefrología	12	9
Pediatría Comunitaria	11	10
Medicina Física y Rehabilitación	11	8
Infectología	11	8
Psiquiatría Pediátrica	9	7
Cirugía Cardiovascular	6	1
Hematología	4	3
Cirugía Torácica	4	1
Hemoterapia	2	1
Totales	2.825	1.655

Fuente: Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud. Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2011.

Figura 1
Distribución por sexo de agentes pertenecientes a la Carrera Profesional Hospitalaria de la provincia de Buenos Aires



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

son varones, mientras que 21 (27%) son mujeres (Figura 3), al igual que en las direcciones asociadas, donde de un total de 148 directores asociados, 103 (70%) pertenecen al sexo masculino, y 45 (30%) son del sexo femenino (Figura 4).

Datos de Italia muestran una evolución similar en el momento del acceso a las *Scuole di Specializzazione*. El último relevé a nivel nacional muestra que las mujeres inscriptas para el año académico 2007-08 eran el 63%, mientras que en el mismo año se graduaba el 58,4%. Si bien pareciera que la formación de especialidades no hiciera distinciones de acceso, el 55% de los que asumían eran médicos varones, probablemente debido a una mayor necesidad de especialidades prevalentemente masculinas.

En los Estados Unidos, durante el año académico 1995-96 el 60,9% eran varones, número que descendió a 56,2% para el pe-

Cuadro 5
Distribución de agentes pertenecientes a la Carrera Profesional Hospitalaria por sexo según tramo de edad

Tramo de edad	Femenino	Masculino	Total
25 – 29	68	18	86
30 – 34	588	304	892
35 – 39	1.108	669	1.777
40 – 44	1.338	929	2.267
45 – 49	1.423	1.018	2.441
50 – 54	1.293	964	2.257
55 – 59	1.437	1.255	2.692
60 – 64	633	803	1.436
65 – 69	167	273	440
70 y más	4	15	19
Total	8.059	6.248	14.307 *

Fonte: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

Cuadro 7
Distribución de agentes del régimen para el Personal de la Administración Pública por sexo según tramo de edad

Tramo de edad	Femenino	Masculino	Total
Hasta 24	234	209	443
25 – 29	990	576	1.566
30 – 34	1.587	808	2.395
35 – 39	2.246	1.081	3.327
40 – 44	2.412	1.149	3.561
45 – 49	2.598	1.212	3.810
50 – 54	2.778	1.153	3.931
55 – 59	2.281	842	3.123
60 – 64	1.712	555	2.267
65 – 69	518	197	715
70 y más	30	39	69
Total	17.386	7.821	25.207

Fonte: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

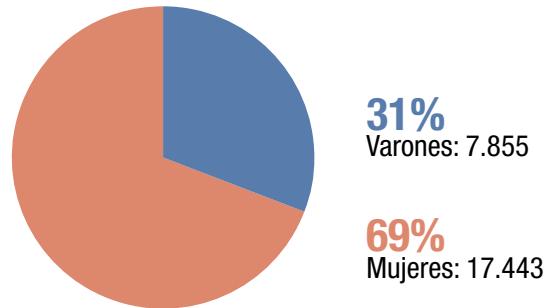
Cuadro 6
Distribución de profesionales médicos de la Carrera Profesional Hospitalaria por sexo según especialidad

Especialidad Médica	Femenino: n (%)	Masculino: n (%)	Total
Clínica Médica	822 (48,6)	869 (51,4)	1.691
Clínica Pediátrica	820 (65,8)	426 (34,2)	1.246
Obstetricia-Ginecología	604 (59,2)	417 (40,8)	1.021
Cirugía-Clínica Quirúrgica	124 (15,3)	688 (84,7)	812
Terapia Intensiva	219 (34,8)	410 (65,2)	629
Ortopedia y Traumatología	47 (7,8)	553 (92,2)	600
Neonatología	315 (63,9)	178 (36,1)	493
Cardiología	142 (29,9)	333 (70,1)	475
Psiquiatría y Psicología Médica	229 (63,8)	130 (36,2)	359
Diag. por Imágenes y Radiodiagnóstico	134 (52,5)	121 (47,5)	255
Cirugía-Neurocirugía	20 (11,6)	153 (88,4)	173
Hematología-Hemoterapia	110 (68,6)	50 (31,3)	160
Oftalmología	82 (58,6)	58 (41,4)	140
Anatomía Patológica	98 (70,5)	41 (36,9)	139
Gastroenterología	48 (36,1)	85 (63,9)	133
Neurología	66 (51,2)	63 (48,8)	129
Urología	4 (3,2)	120 (96,8)	124
Otorrinolaringología (ORL)	41 (34,7)	77 (65,3)	118
Neumonología	51 (44,3)	64 (55,7)	115
Anestesiología	40 (35,1)	74 (64,9)	114
Infectología	77 (70,0)	33 (30,0)	110
Medicina General	69 (64,5)	38 (35,5)	107
Nefrología	53 (55,2)	43 (44,8)	96
Terapia Intensiva Pediátrica	51 (54,8)	42 (45,2)	93
Dermatología	70 (76,9)	21 (23,1)	91
Cirugía-Otras Subespecialidades	13 (14,3)	78 (85,7)	91
Oncología	40 (50,6)	39 (49,4)	79
Cirugía-Cardiovascular	9 (13,0)	60 (87,0)	69
Cirugía-Plástica y Reparadora	21 (31,3)	46 (68,7)	67
Rehabilitación-Fisiatría	32 (68,1)	15 (31,9)	47
Alergología-Immunología	22 (47,8)	24 (52,2)	46
Endocrinología	25 (73,5)	9 (26,5)	34
Nutrición	27 (84,4)	5 (15,6)	32
Reumatología	12 (48,0)	13 (52,0)	25
Radioterapia	8 (66,7)	4 (33,3)	12
Toxicología	8 (80,0)	2 (20,0)	10
Emergentología	7 (84,5)	1 (12,5)	8
Medicina Nuclear	3 (42,9)	4 (57,1)	7
Geriatría	3 (60,0)	2 (40,0)	5
Genética Médica	3 (100)	0 (0,0)	3
Deportología	0 (0,0)	1 (100)	1
Medicina Laboral	0 (0,0)	1 (100)	1
Medicina Legal	0 (0,0)	1 (100)	1
Neumotisiología	0 (0,0)	1 (100)	1
TOTAL	4.569 (45,9)	5.393 (54,1)	9.962 *

Fonte : Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

Figura 2

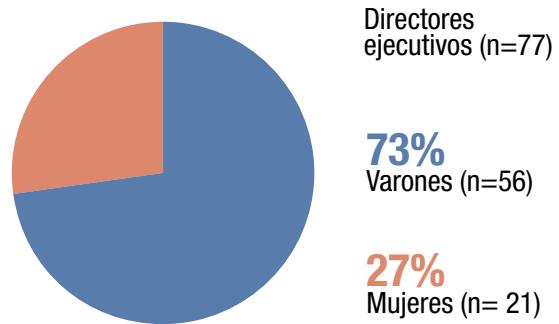
Distribución por sexo de agentes pertenecientes al régimen para el Personal no médico de la Administración Pública del sector salud de la provincia de Buenos Aires



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

Figura 3

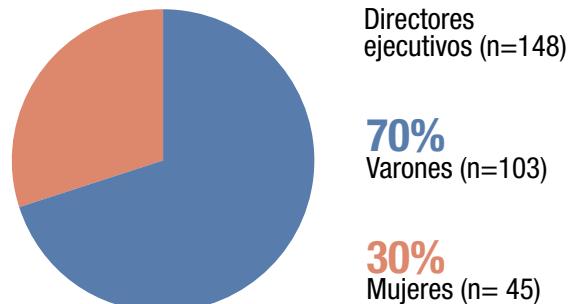
Proporción por sexo en los puestos de Dirección Ejecutiva de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires



Fuente: Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

Figura 3

Proporción por sexo en los puestos de Direcciones Asociadas de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires



Fuente: Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

ríodo 2000-01. En el año 2003, el número de mujeres superó al de varones por primera vez, y pareciera haberse equilibrado para el período 2008-09 donde los varones fueron el 50,5%, según el informe del *Texas Higher Education Coordinating Board*.

5. Discusión y conclusiones

Las universidades nacionales argentinas son autárquicas de los Ministerios de Educación por la Reforma Universitaria de 1918. Una de las medidas educativas instauradas con el retorno de la democracia en 1983 fue la eliminación de los exámenes de ingreso a las distintas facultades. Como consecuencia, el ingreso a las facultades de Medicina es irrestricto, sin tener ningún tipo de control respecto del número de ingresantes ni de graduados, con ausencia total de planificación acerca de las necesidades reales de profesionales de la salud en el territorio nacional, rompiendo de esa manera el equilibrio entre médicos retirados de la actividad y un número cada vez mayor de nuevos profesionales.

Según la OPS, el sistema universitario argentino pasó de formar 4.500 médicos por año hasta principios del 2000, a casi 6.000 egresados de todas las facultades de medicina de nuestro país para el año 2011. Luego de la graduación, le sigue la selección de la especialidad y examen de ingreso a las Residencias de Profesionales de la Salud. Desde el punto de vista cuantitativo, uno de los eventos de evaluación y oposición más importante de Latinoamérica, es el sistema de residencias médicas de la provincia de Buenos Aires. Cerca de 3.000 postulantes por año dirimen la posibilidad de un acceso a una capacitación de post-grado, al que ingresan menos del 30% (Reichenbach, 2011).

Esta situación denota una escasa historia de investigación y análisis del mecanismo de egreso de los graduados e ingreso de los aspirantes, pero sobre todo expone una nula articulación y sinergia con las facultades y con los postulantes, sumado al hecho que pocos profesionales se alejarían por decisión propia de los centros urbanos con mayores posibilidades de acceder a mejores salarios y cercanos a centros universitarios y académicos, máxime con la ausencia de políticas sanitarias que incentiven su descentralización.

En Argentina el número de médicos crece históricamente a una tasa superior a la de la población: mientras esta aumenta a un ritmo de 1,5% anual, los médicos lo hacen al 5%. Según un informe de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas de 2011 (ACAMI, 2011), Argentina es el segundo país del mundo con mayor cantidad de médicos, al contar con uno cada 200 habitantes, siendo solo superado por Italia que cuenta con uno cada 180 habitantes. Argentina aventaja a España (240), Alemania (290), Francia (330), Estados Unidos (360), Canadá (440), Japón (520), Reino Unido (600), Brasil (780), y Chile (900). La Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias de la Nación calcula que, de los 92.000 profesionales médicos que había en el año 1998, habría unos 200.000 en el año 2011. La distribución de los recursos humanos y sanitarios también es inequitativa. Mientras que en CABA ejerce un profesional cada 30 habitantes, en provincias como Santiago del Estero, Formosa, Chaco y Misiones hay un médico cada 700 habitantes (ACAMI, 2011).

Los factores y situaciones hasta aquí expuestos explican claramente la disminución de las inscripciones de los varones a la carrera de medicina en busca de profesiones más redituables. Mientras que en 2001 los varones eran el 61%, en la actualidad más del 80% son mujeres. La elección que realizan los aspirantes al sistema de residencias médicas reproduce la representación económica de las especialidades en el mercado laboral y el desmedro creciente del prestigio de las especialidades básicas (Reichenbach, 2011). El mismo fenómeno ocurre en los Estados Unidos (Texas, 2011; Toronto, 2005), reportándose que el número total de estudiantes de medicina había descendido entre 1995 y 2001, siendo más abrupta la caída de los aspirantes masculinos. Estudios encontraron que extensas jornadas laborales y las obligaciones de su profesión ejercen una presión importante en la vida de las médicas, y se mostró que más del 50% de las mujeres médicas se casaban con alguien de su profesión, hecho que agregaba más presión aún en un intento por compensar las largas horas de trabajo de su pareja. Este proceso de feminización ha traído efectos positivos en la profesión médica, ya que los nuevos estudiantes y residentes exigen horarios más cortos para disponer de más tiempo para su familia y para recreación (Ross, 2003). Algunos de esos cambios son programas de residencia más flexibles, trabajo *part-time*, y licencias por maternidad y paternidad. Por otro lado, se sugiere que la feminización puede tener consecuencias negativas, denominando *pink collar* (Ramírez de Arellano, 1990) a las implicaciones de la feminización de la medicina como mayor porcentaje de mujeres en ciertas especialidades, localización en áreas urbanas, y tendencia a ser asalariadas y trabajar menos horas, obteniendo así menores ingresos.

Este fenómeno tampoco ha sido ajeno en otros países de Latinoamérica. Desde el año 1980 en que el 34% de los estudiantes de medicina eran mujeres, la UNAM (Álvarez Llera, 2006) reportó que en 2003 la población femenina alcanzó el 64% en contraste con los varones que descendieron al 36%. Mientras que en Costa Rica el fenómeno de feminización de la medicina no se replica como en otros países (65% son varones) (Castillo Martínez, 2006), en Colombia el 71% de las actividades del sector salud están ocupadas por mujeres (Correa Olarte, 2005). Por otro lado, en Bolivia y Chile con 47%, y Perú con 45%, el proceso de feminización está ocurriendo pero más lentamente (Bonilla Rodríguez, 2005), mientras que Brasil se aproximaría al 50% en los próximos años (Machado, 2006; Oliveira, 2008; Matos, imprenta).

También existe un estereotipo de género. Se prefieren mujeres para problemas preventivos, psicosociales, de salud mental, dermatología y de medicina general (Fang, 2004; Delgado, 1999). Para problemas sexuales y del aparato excretor, los pacientes suelen escoger profesionales de su mismo sexo. Una encuesta realizada en New York a 200 niños de ambos性os de entre 8 y 13 años de edad, encontró que el 79% prefería ser atendido en la sala de urgencias por una mujer, pero el 60% de los padres preferían a varones (Waseem, 2005). La Universidad de Michigan reportó que la excesiva cantidad de mujeres ingresando en sectores de atención primaria puede producir que a pacientes varones les cueste encontrar médicos de su mismo sexo (Menees, 2005), pudiendo provocar poca predisposición en buscar atención médica temprana.

Skelton (1999) observó que los médicos hablan más que los pacientes en la consulta, pero las mujeres no más que los varones, aunque éstas comunican mejor. Existen estudios en los que se reportó que las mujeres invierten más tiempo con sus pacientes por visita, y que tienden a entregar más consejos sobre medidas de prevención (Fang, 2004; Skelton, 1999). Por otro lado, esa cantidad de tiempo invertido le permite ver menos pacientes, lo que en muchos casos significa menos dinero (Ross, 2003). Las mujeres tienden a ser más sensibles a los temas emocionales de los pacientes, ofreciéndoles más apoyo, pudiendo generar mejores resultados y menor incidencia de juicios de mala praxis (Lurie, 1993; Roter, 2002).

No está del todo claro el efecto de la feminización sobre la fuerza laboral, ya que estudios publicados en los Estados Unidos y Europa demostraron que, si bien las mujeres tienden a trabajar menos horas y a tomar tiempo más tiempo *off* durante el embarazo y el puerperio, también es cierto que luego del periodo de crianza de sus hijos, permanecen más tiempo en su carrera profesional y se retiran más tarde que muchos varones (Batchelor, 1990).

Una afirmación controvertida acerca del efecto de la feminización es la declinación en el estatus social de la profesión. En Rusia (Harden, 2001) y Estonia (Barr, 2001), donde la medicina es dominada por las mujeres desde hace tiempo, es considerada como una ocupación de bajo estatus. Si bien es verdad que el prestigio de la medicina ha declinado en la sociedad durante las dos últimas décadas en coincidencia con el aumento de las mujeres en la medicina, las razones de ello son complejas y multifactoriales, y pertenecen a tendencias de las sociedades más allá de la profesión médica en sí misma.

La incorporación masiva de las mujeres al sistema de salud es ambigua. En principio las profesiones se feminizan cuando pierden prestigio social o rédito económico, y esto es lo que ha sucedido en nuestro país con la salud. Mientras en muchos países el fenómeno de la feminización de la medicina ocurre por un real avance de las mujeres en la profesión, y puede acarrear una disminución de ingresos y de estatus en el futuro, en Argentina se está presentando de la manera inversa, es decir, la pérdida progresiva de los salarios hace que los varones migren hacia otras profesiones. Nadie duda de la capacidad intelectual de las mujeres, siendo una prueba tangible más que suficiente de ello los resultados obtenidos en los exámenes de ingreso al sistema provincial de residencias médicas hospitalarias, pero este fenómeno es un progreso engañoso, ya que esos lugares en los que teóricamente avanzan las mujeres deberían hacerlo desde un punto de vista más competitivo, “de igual a igual”, y no ocuparlos porque los varones los dejan vacantes. Actualmente la matrícula es mayoritariamente femenina, con un nivel de capacitación similar, pero el empoderamiento de las mujeres no se ha traducido en una verdadera cuota de poder, con una desproporción entre el número de mujeres que ejercen la Medicina y las que ocupan puestos de responsabilidad y, si bien en la actualidad no hay ningún tipo de discriminación en materia laboral ni salarial, existen notables diferencias entre ambos sexos. El ejercicio de la profesión médica plantea *a priori* una situación de total igualdad en el plano laboral para varones y mujeres. Sin embargo, factores

sociales, culturales e, incluso, biológicos, pueden hacer que una situación en principio igualitaria de forma teórica, nos haga desembocar en situaciones de igualdad formal que no se corresponden con una igualdad real.

Finalmente, es importante destacar la escasa relación existente entre el conocimiento y la formulación de políticas públicas en Argentina, y por ende la importancia técnica y de argumentos de calidad académica que cuente con información desagregada, para aumentar la capacidad de convocatoria a los distintos actores gubernamentales y de la sociedad civil involucrados en el sector salud, para

proponer de forma participativa, informada y consensual las estrategias, planes y programas que el sector requiere para contribuir al empleo de manera más equitativa, justa y eficiente.

Como conclusión final, la demografía de las profesiones de la salud está cambiando en Argentina y en el mundo, con una feminización creciente de la profesión médica. Está claro que la feminización ha traído aparejada una serie de ventajas tanto para los pacientes como para los trabajadores de la salud. No obstante ello, la feminización también viene acompañada de nuevos desafíos que deberán ser abordados oportunamente

Bibliografía

- Abramón M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS), Buenos Aires, Argentina, 2005.
- Álvarez Llera G, Sánchez Meza CV, Piña Garza B, Martínez-González A, Zentella Mayer M. Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. *Rev Fac Med UNAM* 2006;49(4):151-5.
- Barr DA, Boyle EH. Gender and professional purity: explaining formal and informal work rewards for physicians in Estonia. *Gender & Society* 2001;15:29-54.
- Batchelor AJ. Senior women physicians: the question of retirement. *NY State J Med* 1990;90: 292-4.
- Bonilla Rodríguez VE, López de Méndez A, Cintrón Rodríguez ME, Ramírez Pagán S, Román Oyola R. Feminización de la matrícula de educación superior en Puerto Rico. *Cuaderno de Investigación en la Educación* 2005;20:1-26.
- Castillo Martínez A. El desarrollo de Recursos Humanos en salud: un hito en construcción. *Gaceta Médica de Costa Rica* 2006;(Sup2):1-12.
- Correa Olarte ME. La feminización de la educación superior y las implicaciones en el mercado laboral y los centros de decisión política. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia, Mayo 2005.
- Delgado A. Preferencias y estereotipos del paciente sobre el género del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;31(23):268-74.
- Duré MI, Cosacov N, Dursi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría de Salud Pública* 2009;7(13):1-30.
- Fang MC, McCarthy EP, Singer DE. Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. *Am J Med* 2004;117(8):575-81.
- Gordon L. Women in French medicine and psychiatry in the belle époque: A feminist cause? *Maturitas* 2011;68:168-71.
- Harden J. "Mother Russia" at work: gender divisions in the medical profession. *The European Journal of Women's Studies* 2001;8:181-99.
- Levinson W, Lurie N. When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med* 2004;141:471-4.
- López Sánchez I, Ortiz Sáenz de SR, Morillo T, Hidalgo Valverde MJ, López Ramírez ME. La situación de la mujer en la medicina actual. *El Médico Interactivo*, Número 892, Enero 2003.
- Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Informe de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Toronto, Canadá, Octubre 4-7, 2005.
- Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women: does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993;329(7):478-82.
- Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.
- Machado MH, Wermlinger M, Tavares MFL, Moysés NMN. Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização. Observatório de Recursos Humanos. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, Brasil, 2006.
- Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC de. Profissões e ocupações de Saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. En imprenta.
- Menees SB, Inadomi JM, Korsnes S, Elta GH. Women patients' preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening. *Gastrointest Endoscop* 2005;62(2):219-23.
- Offe K. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. N. Deluiz, Formação, PROFAE-Ministerio de Saúde, nº 2, mayo 2002.
- Oliveira MC de. Os modelos de cuidados como eixos de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em Saúde. *Rev Bras de Educação Médica* 2008;32(3):347-55.
- Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit* 2004;18(Sup1):189-94.
- Pautassi LC. Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina. CEPAL, Publicación de las Naciones Unidas. Santiago, Chile, 2001.
- Ramírez de Arellano AB. "Pink collar" medicine: implications of the feminization of the profession. *PR Health Sci J* 1990;9(1):21-4.
- Reichenbach JAJ, Merlo LI, Gómez W, Gianfrini MF. Selección de Residentes: Construcción futura de la salud. Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2011.
- Ross S. The feminization of medicine. *Medicine and Society*, Volume 5, Number 9, September 2003.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288(6):756-64.
- Rovere M. Recursos humanos en salud. Bases para una agenda impostergable. Presentado en la reunión del Plan Fenix II, Proyecto Estratégico de la Facultad de Ciencias Económicas (UBA), agosto de 2005.
- Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de Salud (OPS), Washington, DC, 2006.
- Sarfatti Larson M. Presentación en el Foro sobre Estudios sobre la Universidad, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Buenos Aires, Argentina, 1999.
- Simoens S, Hurst J. The supply of physicians services in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, nº 21. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), París, Francia, 2006.
- Skelton JR, Hobbs FD. Descriptive study of cooperative language in primary care consultation by male and female doctors. *BMJ* 1999;318(7183):576-9.
- Texas Department of State Health Services. The feminization of the health care workforce: implications for Texas-2011. Texas, Estados Unidos, Junio 2011.
- XIV Congreso Argentino de Salud. Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI). Mar del Plata, Argentina, Septiembre 2011.
- Waseem M, Ryan M. "Doctor" or "Doctora": do patients care? Department of Emergency Medicine, Lincoln Medical and Mental Health Center. New York, NY, Agosto 2005.
- Weiss D. La función de los recursos humanos. Ciencias de la Dirección, Madrid, España, 1992.



CARRERAS 2014

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

ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

Duración	Objetivos	Director
Del 10 al 14 de febrero de 2014	Con eje en la cobertura universal y en las reformas sanitarias, se abordarán modelos de gestión, atención y financiamiento; el conjunto de prestaciones y el financiamiento del alto costo; la experiencia aplicada de los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) y la diplomacia en salud.	Director: Dr. Rubén Torres Expositores: Dra. María Julia Muñoz, Ministra de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2005 - 2010); Dra. Caroline Chang, Ministra de Salud Pública de la República de Ecuador (2007-2010); Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, Ministro de Salud de la República del Perú (2008 - 2011); Dr. Ginés González García, Ministro de Salud y Ambiente de la República Argentina (2002 - 2007); Dr. José A. Pagés; Dr. Elbio Paolillo; Prof. Mg. Arturo Schweiger.

CARRERAS DE GRADO Y PREGRADO

Carrera	Duración	Objetivos	Director
Licenciatura en Administración Res. N° 121/10 ME.	4 años	Conducir, coordinar, controlar, analizar y planificar todo tipo de organizaciones, de manera estratégica. Realizar diagnósticos situacionales y diseñar propuestas de mejoras institucionales. Desempeñar tareas de perito, árbitro, interventor o consultor.	Cdr. Ricardo Bellagio
Título intermedio: Técnico en Administración (3 años) La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad y en el Colegio Universitario Pantaleo (González Catán, Pcia. Bs.As.)	4 años	Conducir, asistir y coordinar todo tipo de organizaciones, con mayor especialización en las de salud y seguros sociales. Formar equipos de consultoría e investigación, relacionados con el estudio de las organizaciones sanitarias. Formular políticas relacionadas con la salud y los seguros sociales.	Cdr. Ricardo Bellagio
Licenciatura en Administración con Orientación en Salud y Seguros Sociales Res. N° 1202/02 MECyT Título intermedio: Técnico en Administración (3 años)	4 años	Favorecer el cambio en los hábitos de alimentación de las personas sanas y enfermas, de todas las edades, ámbitos y clases sociales.	Dr. Alberto Cormillot
Licenciatura en Nutrición Res. N° 488/03 MECyT	4 años	Ejercer la dirección y gestión de servicios de Enfermería hospitalarios y comunitarios. Participar en organismos de planificación sanitaria y en centros de investigación. Integrar equipos docentes y programas de salud.	Lic. Gabriela Felippa
Licenciatura en Enfermería Res. N°163/09 ME Título intermedio: Enfermería Universitaria (3 años) La carrera se dicta en las sedes porteñas de la Universidad y en el Colegio Universitario Pantaleo (González Catán, Pcia. Bs.As.), La Profesionalización de Auxiliares de enfermería (2 años) se desarrolla en distintas localidades del país a través de las filiales de FATSA.	4 años		

Ciclo de Licenciatura en Enfermería (para Enfermeros universitarios/profesionales) Res. 576/10 ME	2 años	Proveer a los estudiantes de herramientas para su consolidación como profesionales expertos, comprometidos y actualizados de manera que puedan responder a las demandas que plantean los diversos contextos en los que desarrollen la actividad, no sólo en el aspecto técnico sino en lo actitudinal y en lo ético-profesional.	Lic. Gabriela Felippa
Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física Res. 38/10 ME	2 años y medios	Coordinar grupos y personas, para ayudar a adoptar estilos de vida que permitan mantener el estado de bienestar en las áreas de salud, alimentación y movimiento. Realizar tareas preventivas de los riesgos de trastornos de la alimentación, obesidad y otras enfermedades crónicas.	Dr. Alberto Cormillot
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría	Inicia en agosto 2014	Intervenir en los procesos de restauración de las capacidades de las personas, en áreas de ortopedia y traumatología, reumatología, pediatría, cirugía general, cardiología, deportología, neurología y todas las especialidades médico-quirúrgicas, tanto en el ámbito público como en el privado. Actuar sobre el tratamiento, la rehabilitación, la prevención e integración, para lograr una inserción completa de la persona en la sociedad.	

PROFESORADO

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

MAESTRÍAS Y ESPECIALIZACIONES

Carrera	Duración	Objetivos	Director
Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social Esp. Res. N° 184/99 ME. CONEAU Res. N°483/09 Categoría B. Maestría Res. 184/99 ME. CONEAU Res. 474/09 Categoría B. Especialización reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.	2 años (Tres días de cursada por mes)	Desarrollar capacidades para la conducción y gerencia estratégica de sistemas de salud y de seguridad social, con un amplio conocimiento de las tendencias e instrumentos de reforma, permitiendo formular y gestionar políticas y planes, así como cumplir funciones de investigación y consultoría en este campo.	Dr. Mario Glanc
Maestría y Especialización en Economía y Gestión de la Salud Esp. Res. N° 184/99 ME. CONEAU Res. 484/09 Categoría B. Maestría Res. N° 814/99 ME. CONEAU Res. 473/09 Categoría B.	2 años (Tres días de cursada por mes)	Formar gerentes y directivos de empresas en el campo de la salud, con un sólido dominio del análisis económico y de los instrumentos de gestión que le permitan abordar la complejidad de coordinar decisiones y motivar los recursos humanos de las organizaciones prestadoras y/o aseguradoras.	Director de la Maestría Mg. Arturo Schweiger Director de la Especialización Dr. Carlos Díaz
Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología Res. N° 275/00 ME. CONEAU Res. 410/04.	2 años (Tres días de cursada por mes)	Tratar interdisciplinariamente los problemas del campo del envejecimiento y la gestión de servicios para los adultos mayores.	Mg. Silvia Gascón
Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental Res N° 499/02 ME. CONEAU Res. 243/10 Categoría C	2 años (Tres días de cursada por mes)	Formación de profesionales para la conducción y gerencia estratégica de servicios, establecimientos y sistemas de salud mental, la gestión de políticas y programas de salud mental, el desarrollo de la calidad de la atención en salud mental, y la adquisición de competencias para cumplir funciones de investigación y consultoría en este campo.	Dr. Hugo Barrionuevo
Maestría en Farmacopolíticas Res.1777/10 ME. Aprobada por CONEAU	2 años (Tres días de cursada por mes)	Abordar la comercialización de medicamentos. Analizar y evaluar las políticas públicas de medicamentos, su relación con la situación socio-sanitaria, el estudio, abordaje e interpretación de los acuerdos internacionales de propiedad intelectual y su impacto sobre la salud pública en general y sobre el acceso de la población en particular.	Mg. Sonia Tarragona

Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria Res. N°584/09 ME. Aprobada por CONEAU	2 años (Tres días de cursada por mes)	Articular aspectos de gestión, seguridad alimentaria, salud, economía y mercado para aportar conocimientos a profesionales del sector público y privado en áreas de calidad, científico regulatorias, producción, desarrollo y diseño de alimentos, prevención de riesgos por enfermedades transmitidas por alimentos, manejo de incidentes y resolución de crisis, entre otras.	Dr. Fernando Cardini
Especialización en Medicina Legal Res. 94/02 del ME. CONEAU Res. 208/07	2 años (Tres días de cursada por mes)	Lograr la aplicación de los conocimientos médicos a los problemas y cuestiones jurídicas. Entender la realización de pericias para determinar las causas psicofísicas de la muerte. Peritar en todo lo que requiera el juez acerca de la salud o la enfermedad.	Dr. Oscar Losetti
Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad Res. N° 1813/08 ME. CONEAU Res. 247/10 Categoría C	2 años (Tres días de cursada por mes)	Planificar, gestionar y conducir los diferentes servicios que conforman el sistema de atención a la discapacidad. Identificar oportunidades de mejora y avance, tanto en el ámbito de las políticas públicas como en el de la gestión y los nuevos modelos de prestación de servicios.	Mg. Araceli López
Especialización en Administración Hospitalaria Res. N°1529/07 ME. CONEAU Res. 246/10 Categoría B. Reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación	2 años (Tres días de cursada por mes)	Aportar herramientas teórico-prácticas para los cambios en los modelos de financiamiento, organización de la oferta y atención de la salud, implícitos en los procesos de reforma de hospitales públicos y privados.	Dr. Santiago Spadafora
Especialización en Auditoría de Atención de la Salud Res. N°02/09 ME. Aprobada por CONEAU. Reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación	2 años (Tres días de cursada por mes)	Analizar y aportar soluciones eficaces a las problemáticas del área, en relación con las necesidades de salud de los usuarios, desde una perspectiva integral que incluya aspectos técnicos específicos, administrativos, económicos, sociales, éticos y culturales.	Dr. Antonio Guidazio
Especialización en Prevención de Riesgos Laborales CONEAU E. 804-122/10 Enmarcada en la formación requerida por Decreto nº 491/1997 PEN	1 años y medio (Tres días de cursada por mes)	Fortalecer la preservación de la salud y la integridad psicofísica de los trabajadores, con diseño de políticas de gestión en organismos gubernamentales y establecimientos privados.	Coordinador: Dr. Pedro Mariezcurrena
Especialización en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto y el Anciano CONEAU E. N° 10.847/11	2 años.	Actualizar, reorganizar y formar profesionales de enfermería con conocimientos, actitudes y habilidades específicas que permitan brindar cuidados de enfermería de calidad a las personas con patologías graves que requieran internación en cuidados críticos.	Coordinador: Lic. Rufino Leandro Barrios

DIPLOMATURAS Y CURSOS PRESENCIALES

Salud, derechos sexuales y reproductivos. Gestión integral de políticas, programas y servicios
Diplomacia en Salud Global
Gestión estratégica de costos en salud
Dirección y gestión de residencias y centros para adultos mayores
Cuadro de mando integral en salud
Cómo convertir un jefe de servicio en gerente
Diseño y gestión de la infraestructura física y tecnología en salud
Estimulación temprana
Gestión de los medicamentos
Regulación y Fiscalización de Medicamentos en Argentina
Planificación en salud, estrategias y proyectos
Kinesiología uroginecológica
Kinesiología respiratoria
Dirección estratégica de recursos humanos

DIPLOMATURAS Y CURSOS A DISTANCIA

Gestión del proceso de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células
Auditoría integral y gestión en instituciones de salud
Conducción efectiva de equipos de trabajo
Herramientas administrativas de la atención en instituciones de salud
Administración hospitalaria
Adolescencia desde un abordaje integral
Bioética con orientación en clínica e investigación
Economía de la salud aplicada a la gestión sanitaria
Psicooncología pediátrica
Diseño de proyectos orientados a personas con discapacidad
Planificación en salud, estrategias y proyectos

[Seminario intensivo]

Los desafíos del sistema único de prestaciones para la persona con discapacidad

Se cumplieron quince años del Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad en Argentina. Por ello, el 17 y 18 de octubre la Universidad convocó a un conjunto de importantes expositores conocedores del tema para reflexionar sobre alcances actuales y desafíos futuros.

Los disertantes analizaron los distintos aspectos del Sistema Único, con eje en diversos aspectos que han consolidado un piso de cobertura y derechos para las personas con discapacidad. Además, hicieron hincapié en un conjunto de tareas a realizar para seguir avanzando en el sector. Participaron del evento más de 200 profesionales de diversos puntos del país. A continuación, se mencionan algunas conclusiones y recomendaciones parciales surgidas tras el Seminario:

Derechos y Convención Internacional

Se destaca en todas las mesas la plena vigencia y actualidad de las Leyes nº. 22431, 24901 y 26378 que aseguran derechos y cobertura para las personas con discapacidad en el país. Se sostiene, además, que las personas que reciben prestaciones y sus familias

tengan una participación activa en las mismas, se le consulte su parecer, respetando de este modo la decisión que tienen sobre sí y sobre su futuro. Se acordó desde distintas miradas que las prestaciones estén impregnadas por un espíritu que promueva la mayor autonomía posible de la persona con discapacidad y reconozca sus plenos derechos, acentuando así una mirada que excede el marco asistencial.

Accesibilidad y Cobertura

La voz de los usuarios del Sistema y sus familiares directos contribuye a una mayor toma de conciencia por parte de todos los actores involucrados en relación con la importancia de garantizar la accesibilidad a los servicios. Así, se sustentan los principios de la solidaridad y equilibrio en el Sistema, con la garantía de

accesibilidad a todas las personas con discapacidad. En este contexto, se postula la atención a personas que aún no tienen una discapacidad pero que transitan una situación de riesgo. De igual manera, existió un acuerdo generalizado entre los expositores en incorporar y modificar algunas de las prestaciones actuales, a fin de cubrir más integralmente las necesidades de las personas con discapacidad. Para ello se requiere del apoyo del Directorio.

Litigiosidad en el Sistema

Las diferentes situaciones de cobertura insatisfecha han generado un conjunto de demandas y recursos de amparo que se hubieran podido resolver si existía el acompañamiento y el asesoramiento informativo a todos los actores del Sistema respecto de sus derechos y obligaciones.

Directorio del Sistema Único

Se enfatizó lo destacable del Directorio del Sistema Único en su labor ininterrumpida durante estos 15 años para la gestión de políticas públicas. El Sistema, gracias a su Directorio, demuestra una vitalidad y una coherencia que sirven de ejemplo a otras instancias institucionales. Asimismo, se acuerda que en el seno del Directorio del Sistema Único se busque algún medio para que la voz de las Obras Sociales y otros actores del sector sean escuchadas de forma directa.

Obras Sociales

El sector financiador fue evolucionando, desde un primer momento de dificultad, para comprender la necesidad de efectivizar la aplicación de la ley a un aseguramiento pleno de las prestaciones a quien las demanda (aún con dificultades para garantizar un financiamiento oportuno). Hoy la temática de la discapacidad forma parte activa de la agenda del sector financiador. Los participantes consideraron que es muy importante que las Obras Sociales, Prepagas y otras entidades que financian las prestaciones, cuenten con equipos interdisciplinarios y cuadros administrativos capacitados, que orienten y acompañen el proceso

Expositores del Seminario

Lic. Mireya Antiveros, El Solar de Colón; Lic. María Cristina Arrechea, Hospital Italiano; Dra. Diana Bañares, Directora de Asuntos Jurídicos del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR); Lic. Andrés Bilous, Obra Social ASE; Dra. Viviana Bonpland, Directora General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud de la Nación; Lic. Sergio Casinotti, CGT; Dr. Carlos Conte, Universidad ISALUD; Lic. Mirta Danses, Construir Salud; Mg. María de los Ángeles Domínguez, Universidad ISALUD; Dra. Marcela Gaba, Directora del Servicio Nacional de Rehabilitación; Dr. Jorge González, CONADIS; Dr. Fabian Len, Director Promoción SNR; Lic. Daniel Lipani, AIEPESA. Directorio Sistema Único; Mg. Araceli López, Universidad ISALUD. Universidad Católica Argentina; Dra. Susana Mazzarino, Directora del Programa INCLUIR SALUD; Dr. Raúl Muda, Presidente CEMARID; Lic. Daniel Ramos, CAIDIS; Lic. Beatriz Pérez, Asesora Técnica Cottolengo Don Orione. Directorio Sistema Único; Lic. Jorge Roseto, Director Colonia Montes de Oca; Dra. Alcira Scursoni, Programa INCLUIR SALUD; Dra. Susana Sequeiros, Directora CONADIS; Sra. Delia Vinzón, usuaria del Sistema; Pbro. Pablo Molero, Arquidiócesis de Buenos Aires, Foro Pro; Dr. Rubén Torres, Rector de Universidad ISALUD; Mg. Silvia Bersanelli. Presidente CONADIS; Dr. Gabriel Yedlin, Secretario de Políticas Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación.

de desarrollo de la persona con discapacidad hacia una vida de pleno desarrollo y lo más independiente posible. Esta situación implica mucho más que dar cobertura a una prestación.

ONG, prestadores y otras entidades

Los prestadores del sector han contribuido notablemente al desarrollo del sector y sostienen la cobertura desde la necesidad de las personas con discapacidad. Durante estos 15 años del Sistema Único, estas organizaciones han profesionalizado su personal, sus instalaciones, su gestión. Son actores fundamentales del movimiento y pujanza del sector. Han promovido y acompañado todos los desarrollos que en materia de discapacidad se han hecho en el país. No obstante, existen requerimientos y necesidades regionales y provinciales diversas que habrá que atender.

Fondo Nacional de Redistribución y SUR

Los expositores sostuvieron la necesidad de minimizar la brecha entre lo financiado por las Obras Sociales y lo reconocido en los reintegros del SUR. Asimismo, reclamaron buscar la forma de recuperar los recursos económicos invertidos en la atención de las personas con discapacidad, en relación con las prestaciones que no se encuentran en el Nomenclador Nacional de Prestaciones pero que están justificadas para el bien integral de la persona y su calidad de vida.

Información pública

Se acuerda que falta información pública sobre la cantidad de beneficiarios de la seguridad social que reciben las prestaciones del Sistema Único. También hay carencias de datos sobre el tipo de modalidad, la distribución por edad y género, los diagnósticos según CUD, las zonas de residencia y otras variables. Asimismo, se destaca que no existe información pública sobre la evolución del Sistema de reintegros del SUR.

[Enfermería]

Nuevas estrategias de entrenamiento en terapia intensiva para enfermeros

El 27 de noviembre, los equipos académicos de la Especialización y la Diplomatura en Enfermería en Cuidados Críticos desarrollaron la *"Jornada nuevas estrategias de entrenamiento en terapia intensiva para enfermeros. De la simulación clínica a la práctica asistencial diaria"* para iniciar las actividades de actualización que proponen ambas capacitaciones en miras al ciclo lectivo 2014. Durante el encuentro se trabajaron actividades prácticas de simulación y reflexión, y se presentaron pósters didácticos alusivos a la enfermería en cuidados críticos y paliativos. La conferencia de cierre estuvo a cargo del Dr. Carlos Dante Russo, Subsecretario de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y se centró en la gestión de pacientes graves en la red de hospitales porteños. El video resumen de la actividad podrá verse en <http://www.youtube.com/ISALUDUniversidad>



Una mirada hacia el futuro de la enfermería

El 14 de noviembre, en el marco del convenio con el Colegio Universitario Pantaleo (CUP), los equipos de enfermería de la Universidad ISALUD desarrollaron la jornada exponencial *"Una mirada hacia el futuro: Enfermería en la adolescencia y la sexualidad"*. Durante el encuentro se abordaron cuestiones ligadas

con las leyes sobre adolescencia y sexualidad; el embarazo adolescente; el aborto séptico; la humanización en enfermería, y las implicancias legales de los registros de enfermería. La actividad se desarrolló en la sede que el CUP tiene en la Obra del Padre Mario, González Catán, Provincia de Buenos Aires.

Jornada nacional de auditoría farmacéutica

El 28 de noviembre ISALUD desarrolló, junto con la Confederación Farmacéutica Argentina, la II Jornada Nacional de Actualización en Auditoría y Gestión Farmacéutica. Durante el encuentro se abordaron cuestiones ligadas con los medicamentos y las prácticas tuteladas, así como las experiencias de gestión farmacéutica en ONGs, organismos gubernamentales, Hospitales y sector privado. También se hizo hincapié en

la tecnovigilancia, la relación entre los medicamentos biotecnológicos y biosimilares y la ley de genéricos. El encuentro se cerró con la discusión sobre las especialidades farmacéuticas y el trayecto recorrido desde la implementación del Servicio Nacional de Trazabilidad. En forma complementaria, el viernes 29 de noviembre los asistentes participaron del taller de informática aplicada a la auditoría farmacéutica.



Neurociencias para la toma de decisiones

El pasado 4 de diciembre, el Dr. Facundo Manes, Presidente de la Fundación INECO, brindó una conferencia abierta que puntuó en la toma de decisiones y su relación con las neurociencias. Tras la disertación, se formalizó el acuerdo de presentación interinstitucional entre INECO y la Universidad ISALUD.



¿Cómo sostener la nueva tecnología?

El 10 de diciembre, en colaboración con la Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección (FAOSDIR) y el Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (IISSS), se desarrolló el Seminario Nueva tecnología ¿cómo sostenerla? Durante el encuentro se abordaron aspectos ligados con la Resolución 2206/2013 y el sistema de tutelaje; los medicamentos biotecnológicos y biosimilares, la regulación de tales medicamentos, el impacto y crecimiento del gasto. Las exposiciones estuvieron a cargo del Dr. R. Torres, el Dr. H. Sigman, el Dr. M. Limeres, el Dr. I. Maglio; el Dr B. Surace (OSUTHGRA); el Dr. L. Scervino (OSOSS); los Dres. L. Fontana y Gabriel Barbagallo (OSDE); el Dr. F. Copolillo (Grupo ASE). Al finalizar la actividad, se realizó la presentación oficial del Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETSA) de la Universidad ISALUD. Recordamos que, en línea con la temática, el 21 de octubre se convocó a la mesa debate sobre "Perspectivas de la evolución e incorporación de tecnologías para la salud" a cargo del Ing. Rogelio López, Director de Tecnología Médica de ANMAT; el Dr. Arnaldo Medina, Director del Hospital de Alta Complejidad Néstor Kirchner; el Arq José Ondarcuhu, representante del Ministerio de Salud de la Nación, el Bioing. Mario Amadio, Gerente General de General Electric Healthcare para Argentina, y el Ing. Alberto Peralta, director del Diplomado en Gestión de Tecnologías Biomédicas de la Universidad ISALUD.



ISALUD presente en el VI Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas Sanitarios organizado en Perú

En el Congreso, el rector de la Universidad, Dr. Rubén Torres, señaló la importancia de la regulación como herramienta para disminuir la inequidad en la atención de salud.



Gestión de salud para innovaciones tecnológicas y salud global

Con colaboración de la Fundación Oswaldo Cruz-FIOCRUZ (Brasil) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 27 de noviembre la Universidad desarrolló el *Taller internacional El Enfoque de la Economía y la Gestión de Salud para las Innovaciones Tecnológicas y la Salud Global*. El encuentro se enmarcó en la agenda de clases abiertas que proponen los posgrados en Economía y Gestión de la Salud de ISALUD para los interesados al ciclo lectivo 2014. Tras la apertura del Dr. Rubén Torres, rector de la Universidad, se desarrolló la mesa "Medicina personalizada e innovaciones en sistemas de información: El caso de Historia Clínica Informatizada en el Instituto Nacional del Cáncer de Brasil (INCA). Aspectos de Economía y Gestión de Salud". La exposición estuvo a cargo del Dr. Jorge Guimarães, representante del ALERT Life Sciences Computing, quien precedió al Dr. Paulo Buss, miembro del Centro Internacional de Investigación en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz, en su presentación sobre la Diplomacia y gobernanza en salud; la cooperación técnica SUR-SUR, y las oportunidades y desafíos en el contexto de la UNASUR. El panel de cierre estuvo a cargo del Mg. Arturo Schweiger, director de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de ISALUD.

ISALUD en el CBIM

El 17 de octubre, el Dr. Santiago Spadafora, Secretario de Extensión de la Universidad, participó en el encuentro que el Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica (CBIM) desarrolló en la ciudad italiana de Pavia para abordar la colaboración internacional a través de las redes. El Dr. Spadafora centró su disertación en el trabajo sobre la gestión de salud que la Universidad desarrolla a través del Programa ALFA de la Comunidad Europea. Es de destacar que ISALUD fue una de las dos instituciones académicas latinoamericanas presentes en la actividad.



Metodología para la formación de RRHH en salud

El 31 de octubre, la Mg. Silvia Gascón, Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de ISALUD, brindó en la ciudad de La Plata la conferencia "Formación de posgrado en base a la importancia de la gestión sanitaria". El eje del encuentro se centró en los aportes profesionales para optimizar la salud pública.

[Secretaría de Ciencia y Técnica]

ISALUD presente en la Agenda de estudios del Plan Nacer

En octubre, el Mg. Martín Langsam, Secretario de Ciencia y Técnica de la Universidad, y la Mg. Natalia Jorgensen, investigadora de la Secretaría, participaron en la mesa sobre recursos humanos, en el marco de la Presentación de la Agenda de estudios del Plan Nacer y el Programa Sumar. Jorgensen presentó el proyecto de consultoría de ISALUD-CEDLAS sobre la línea de base APL1. Langsam expuso el proyecto de consultoría (ISALUD-ANALOGÍAS) sobre el uso de fondos APL1.

Taller sobre investigación en universidades privadas

El Secretario de Ciencia y Técnica de la Universidad, Mg. Martín Langsam, participó del encuentro sobre investigación organizado por el Consejo de Rectores de Universidades Privadas (CRUP) en la Universidad Católica de Córdoba. Durante la reunión se sentaron las bases para el desarrollo del 5º Seminario de Investigación de universidades privadas a realizarse en abril de 2014.

Ediciones ISALUD 2014

En noviembre, representantes de la Universidad participaron de la 16º reunión de la Red de Editoriales de Universidades Privadas (REUP), que tuvo cita en la Universidad Siglo XXI de la provincia de Córdoba. Tras el encuentro, se acordó que Ediciones ISALUD participe con sus ejemplares en la Librería del Centro Universitario Argentino que la REUP lanzará en 2014 en la intersección de Montevideo y Lavalle, Ciudad de Buenos Aires. También se confirmó la presencia de las publicaciones de ISALUD en la Feria Internacional del Libro de Buenos Aires 2014.

Encuentro Nacional de Investigación en Salud Pública

En noviembre, la Mg. Daniela Álvarez, docente de la Universidad, y el alumno Luis Migueles participaron en las presentaciones de investigaciones del Encuentro Nacional de Investigación en Salud Pública realizado por la Comisión Nacional Salud Investiga en la Academia Nacional de Medicina. En el encuentro se entregó una mención especial al trabajo sobre la preparación de formas sólidas y líquidas de benznidazol, coordinado por la Mg. Sonia Tarragona, directora de la Maestría en Farmacopolíticas de ISALUD. En la jornada también se compartió la publicación del trabajo premiado en 2012 sobre factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades del sector público, coordinado por la Mg. Diana Fariña, ex alumna de nuestra Universidad.

Novedades Bibliográficas

- Salomon, Jean Jacques (2008). **Los científicos: entre poder y saber.** Bernal: Universidad Nacional de Quilmes
- Cárcamo, Silvia (ed.); Álvarez, Ramón (ed.) (2013). **Enfermería familiar y comunitaria: conceptos, métodos y casos.** Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús
- Molina, Silvia (comp.) (2004). **Aspectos psicosociales del adulto mayor: salud comunitaria, creatividad y derechos humanos.** Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús
- Barrios, Leandro; Manieri, Pablo (2013). **Interpretación de las arritmias a la cabecera del paciente.** Buenos Aires: Akadia
- Urquía, Marcelo Luis (2006). **Teorías dominantes y alternativas de la epidemiología.** Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús
- Gomis, Duilio; Kordi, Silvana (2011). **CyMAT: condiciones y medio ambiente de trabajo. Puentes entre la salud, el trabajo y la seguridad.** Buenos Aires: Akadia
- Ceriani Cernadas, José (2009). **Neonatología práctica.** 4º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana
- Aguilar Cordero, María José (2003). **Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos.** Madrid: Elsevier. 2 Vol.
- Ortega, José Emilio; Sbarato, Rubén Darío. (2012). **¿Desde qué mañana vemos el hoy?: el tiempo de la coordinación.** 2º ed. Córdoba: Editorial de la Provincia de Córdoba
- Zanini, Anabella; Concilio, Celeste (2013). **Epidemiología y nutrición.** 2º ed. Buenos Aires: Akadia

Las publicaciones podrán consultarse de lunes a viernes de 9 a 20 horas en la Biblioteca de la Universidad, Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires. Más información en biblioteca@isalud.edu.ar o en el **+5411 5239.4040**



ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

CENTRO INFANTO-JUVENIL

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

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

CENTRO DE ADULTOS

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



Contra la violencia de género

Durante noviembre, la Universidad se sumó a la campaña que organiza la Obra Social de Personal de Dirección (OSIM) y la Fundación Avón para contribuir en la prevención y la concientización respecto de la violencia contra las mujeres.



Cena de *networking* de la Comunidad ISALUD

El jueves 21 de noviembre, los alumnos y ex alumnos de la Universidad, así como el cuerpo docente, participaron de la cena organizada por la Comunidad ISALUD en un restaurante de la Ciudad de Buenos Aires. El encuentro inauguró la serie de actividades que se proponen para fortalecer el espacio de interacción entre los miembros de los posgrados de la Universidad, con el objetivo de generar oportunidades académicas, laborales y de negocios. Podrán conocer más sobre la Comunidad ISALUD en http://www.isalud.edu.ar/news/comunidad_isalud/

Alimentación saludable para adultos mayores

El 4 de diciembre, ISALUD y la Subsecretaría de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) organizaron la jornada de alimentación saludable para adultos mayores. El evento cerró un nuevo año de trabajo conjunto, mediante las pasantías que los alumnos de la Universidad realizan en los centros de jubilados porteños. Tras el espacio asignado para el desarrollo de consignas lúdicas, se llevó a cabo el acto oficial de clausura del ciclo 2013 que contó con las disertaciones del Dr. Rubén Torres, Rector de la Universidad, el Sr. Claudio Romero,



Subsecretario de Tercera Edad del GCBA, el Dr. Alberto Cormillot, director de carreras, y la Lic. Carolina Stanley, Ministra de Desarrollo Social del GCBA.

Premiación a Silvia Gascón

El 27 de noviembre la Fundación Rolando Zanetta entregó el Premio Gemelo 2013 a la Mg. Silvia Gascón, Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de ISALUD. Anualmente los premios reconocen a personalidades comprometidas con el bien común. Toda la Comunidad ISALUD felicita a la Mg. Gascón por esta merecida distinción.



[Espacio de Arte]

Mujeres, esas impertinentes



El 22 de noviembre el Espacio de Arte ISALUD inauguró la muestra "Mujeres: esas impertinentes", co-organizada por la Diplomatura en Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, Gestión Integral de Políticas, Programas y Servicios de la Universidad, y Amnistía Internacional Argentina.

La apertura se desarrolló con la charla *Derechos Humanos y Mujeres, soberanía del cuerpo*, a cargo de la Dra. Dora Barrancos (CONICET), la Lic. Silvia Ramos (CEDES-ISALUD) y la Mg. Mariela Belski (Amnistía Internacional Argentina).

La exposición integra la serie fotográfica "11 semanas, 23 horas, 59 minutos. Aborto clandestino en Argentina" de Guadalupe Gómez Verdi, Lisa Franz y Léa Meurice; y la intervención del artista Rubén Darío Acosta, con xilografías, dibujos y bocetos.

Podrá visitarse hasta el viernes 20 de diciembre de 2013, de 9 a 20 horas, en las instalaciones de Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires.

Colación de grados académicos

El 5 de diciembre la Universidad realizó la XXV colación de grados académicos. Durante el acto matutino recibieron sus títulos los egresados de las licenciaturas en nutrición y administración, y de la Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física. Por la tarde se entregaron diplomas a los flamantes Especialistas en Economía y Gestión de la Salud, en Sistemas de Salud y Seguridad Social, en Medicina Legal, en Gestión de Servicios de Discapacidad, en Auditoría de Atención de la Salud y en Administración Hospitalaria, así como a los Magíster en Gestión de Servicios de Salud Mental y Gestión de Servicios de Gerontología. Nuestras felicitaciones a todos.

Un Sanatorio a la altura de nuestra Obra Social.

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



SagradoCorazón

SANATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD

DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO



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

Bmé. Mitre 1955 - (C1039AAC)

Cdad. de Buenos Aires - Argentina

(011) 5238-7800 / 7900

www.Sagrado-Corazon.com.ar



FAECYS

FEDERACIÓN ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE COMERCIO Y SERVICIOS



osecac

CALIDAD MÉDICA SOLIDARIA
LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO



EL VALOR DE LA INNOVACIÓN

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

Trabajan para sostener la innovación constante en medicamentos y vacunas.

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

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

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