

Revista Patagónica de Bioética

Año 4, No. 8



Fotografía: Ricardo Edelstein



Equipo Editorial

Directora

Andrea Macías

Editora

Nadia Heredia

Secretaría General

Silvana Rojas

Editorxs Asociadxs

Marcela Fontana

Santiago Hasdeu

Luis Justo

Laura Lamfré

Rubén Monsalvo

Mónica Oppezzi

Marcela Olivero

Andrea Peve

Jorge Alberto Reyes López



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

MINISTERIO DE
SALUD Y DESARROLLO
SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE SALUD

Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 4, No. 8

Directora: Andrea Macías

Editora: Nadia Heredia

E-mail: bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética e Investigación

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén



Sumario

Editorial

Andrea Macías y Nadia Heredia 5

Artículos inéditos

Una mirada a la salud colectiva, por Adriana Feltri..... 7

Los Proyectos Locales Participativos en Neuquén: una opción para el abordaje intersectorial de problemas de salud, por Facundo Cornejo.....24

Sección Conversando comunitariamente

Adultas Mayores Hostiles, por Silvia S. López.....35

Desde acceso abierto

La Bioética durante la era Obama: los casos de Guatemala y Pakistán, por López Baroni, Manuel Jesús.....45

Artículos Becas SISNe

Sobrevida de Cáncer de mama en mujeres residentes en la Provincia del Neuquén. Años 2003-2012. Estudio observacional retrospectivo, por Natalia Arias Ondicol, Verónica Lac Prugent, Adrián Lammel.....59



Noticias/Novedades

Reseña sobre el Seminario “Construcción de Derechos desde las prácticas en Salud Pública. Intersectorialidad y trabajo en Redes”, por Marcela Olivero.....79

Instrucciones para autorxs 82



Editorial

A todos nuestros lectores, presentamos este nuevo número de la Revista Patagónica de Bioética. En un año complejo, de empoderamiento de muchas voces, de la continuidad del silenciamiento de otras, nos disponemos a ofrecerles diferentes artículos para pensarnos, reflexionarnos y sentirnos en este contexto tan complejo.

El presente número contiene un fuerte abordaje territorial, que nos invita a problematizar las relaciones que tensionan, pero a la vez potencian, los abordajes bioéticos de la salud, desde una complejidad siempre necesaria.

Es en este marco que en nuestra sección de **Artículos Inéditos** contamos con el artículo *Una mirada a la salud colectiva*, de Adriana Feltri y *Los Proyectos Locales Participativos en Neuquén: una opción para el abordaje intersectorial de problemas de salud*, de Facundo Cornejo. Ambos artículos se posicionan desde una reflexión geopolíticamente situada. Feltri revisa las particularidades de la Medicina Social Latinoamericana en un contexto histórico que pone de relieve la salud pública desde una problematización tanto epistemológica como histórica. La salud colectiva, es el tema central que Feltri nos propone para resignificar.

Por su parte Facundo Cornejo analiza el Plan Provincial de Promoción de la Salud puesto en marcha en la Provincia de Neuquén a partir de 2013, que priorizó como criterio de selección para el financiamiento su articulación intersectorial con otras organizaciones o instituciones del territorio (escuelas, comisiones de fomento, clubes, iglesias, ONGs, municipio, instituciones barriales, otras dependencias públicas, actores de la comunidad, etc.), (Cornejo, 2017). El impacto de las políticas públicas en salud desde un abordaje intersectorial y comunitario, es lo que este artículo nos propone dimensionar para trazar rumbos concretos al pensar los vínculos entre salud y políticas públicas.



En nuestra Sección **Conversando en comunidad** Silvia López nos propone a través de su artículo *Adultas Mayores Hostiles* adentrarnos en algunos planteos ético-filosóficos sobre lxs adultos mayores. Nuestrxs viejxs, y una aproximación a temas como el número, el cuerpo, el costo que lxs ubican por fuera de todo sistema, entendido como Totalidades excluyentes, será el tema que nos interpelará en esta sección.

Desde el acceso abierto, Manuel López Baroni analiza los matices no éticos de las respuesta de la Administración Obama cuando sale a la luz que en los años cuarenta EEUU había estado realizando experimentos con enfermedades de transmisión sexual en Guatemala, de forma similar a como ya lo hiciera con población afroamericana en Tuskegee, Alabama. Las relaciones del poder internacional y la industria farmacéutica llegan al punto tal de estar involucradas en conflictos políticos como fue la captura de Osama Bin Laden. La CIA, una falsa campaña de vacunación en Pakistán con niños, son sólo algunos de los hechos que aborda el artículo y que rozan lo que solemos asumir como ficticio en algunos relatos cinematográficos sobre el tema.

En la sección donde se presentan los trabajos resultantes de las investigaciones realizadas a través de las **Becas SISNe** contamos con el trabajo realizado por Natalia Arias Ondicol, Verónica Lac Prugent y Adrián Lammel *Sobrevida de Cáncer de mama en mujeres residentes en la Provincia del Neuquén. Años 2003-2012. Estudio observacional retrospectivo.*

En la sección **Novedades**, donde informamos sobre las actividades realizadas por el Departamento de Bioética, Marcela Olivero nos comparte una reseña sobre la realización del *Seminario “Construcción de Derechos desde las prácticas en Salud Pública. Intersectorialidad y trabajo en Redes”*. El mismo, se dictó en el marco del Curso de Actualización en Bioética y Salud Colectiva, organizado desde la Dirección de Bioética e investigación, en la localidad de Mariano Moreno.

Sigamos encontrándonos en estas lecturas en torno a la Bioética, a través de esta Revista ofrecemos como nuestro humilde aporte a seguirmos pensando comunitariamente, desde la paz y la justicia.

Nadia Heredia y Andrea Macías
¡Pasen y lean este nuevo número!



Una mirada a la salud colectiva

Adriana Feltri¹

Para comenzar... ¿Qué entendemos por Salud Colectiva?

Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho definen a la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación formadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud.

La Salud Colectiva como campo de conocimiento en constante desarrollo constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones.

Salud Colectiva como Paradigma²

Según Silva Paim y Almeida Filho a pesar de no constituir un paradigma³ per se, la salud colectiva, en cuanto movimiento ideológico comprometido con la transformación social, presenta posibilidades de articulación con nuevos paradigmas

¹ Médica general. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.

² Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. Nunes, Everardo Duarte. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 10(1):57-65, enero - abril, 2014.

³ Respecto al paradigma según Kuhn entendido como “una constelación integral de creencias, valores y técnicas, etc., compartidas por los miembros de una dada comunidad”.



científicos capaces de abordar el objeto “salud-enfermedad-cuidado”, respetando su historicidad e integridad.

Con relación a la salud colectiva, se intentó mostrar su carácter multiparadigmático, resultado del encuentro de múltiples epistemologías, o sea, de la interacción de campos interdisciplinarios tan diversos como la biología, la filosofía, la geografía, la demografía, la economía, la historia, la ingeniería, la ética, la estética, el derecho, la educación, la comunicación y la informática. Lo que no deja de ser un enriquecedor ejercicio hermenéutico⁴.

Epistemología⁵ de la Salud Colectiva⁶

La epistemología es el análisis crítico de los procedimientos que utiliza una ciencia, para generar su conocimiento, con el objetivo de establecer los fundamentos de dicha disciplina.

La Salud Colectiva heredó categorías y conceptos de diversos campos de saberes; especialmente de la biología, la sociología, la antropología, las ciencias políticas, la ciencia de la administración, la historia, el psicoanálisis, la epidemiología, por nombrar solo algunas de las disciplinas que contribuyeron a la construcción conceptual de ese campo.

Las epistemologías actualmente vivas y significativas están centradas sobre las interacciones del Sujeto y del Objeto: la epistemología fenomenológica, ilustrada por Husserl; la epistemología constructivista y estructuralista, ilustrada por Piaget; la epistemología histórica, ilustrada por Bachelard; la epistemología "arqueológica", ilustrada por Foucault.

Se puede decir que todas las epistemologías anteriormente enumeradas no son extrañas al campo de la Salud Colectiva, puesto que han guiado su construcción científica, dentro del trabajo epistemológico en la salud, que por cierto es extremadamente complejo.

⁴ Hermenéutica es el arte de interpretar textos, dicho de otra manera es la ciencia de la interpretación.

⁵ Epistemología (RAE): Parte de la filosofía que estudia los principios, fundamentos, extensión y métodos del conocimiento humano.

⁶ Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. Everardo Duarte Nunes. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(1):11-19, Enero - Abril, 2010.



Durkheim valorará lo colectivo (o lo social), como algo distinto de lo individual, diciendo...

...”la sociedad no es una simple suma de individuos, pues el sistema formado por la asociación de estos representa una realidad específica que tiene sus propias características. Sin duda que nada colectivo se puede producir sin que se manifiesten las conciencias particulares; pero esta condición necesaria no es suficiente. Es necesario aunque estas conciencias se asocien, de una cierta manera; es de esta combinación que resulta la vida social y, por consiguiente, es esta combinación la que la explica.” Durkheim E. As regras do método sociológico. (Durkheim, 1978, p. 139).

La noción de colectivo nos conduce a otras categorías analíticas⁷ que son fundamentales para la constitución de un polo epistemológico en la Salud Colectiva: sociedad y estructura. No existe una definición única de sociedad, siendo una de ellas la que afirma se trata de un conjunto relativamente complejo de individuos de ambos sexos y de todas las edades, permanentemente asociados y equipados de patrones culturales comunes propios, para garantizar la continuidad del todo y la realización de sus ideales. En este sentido, por lo general, la sociedad alcanza diferentes grupos parciales (familia, sindicato, iglesia, etc.) que se forman dentro de ella"; de esa forma, la sociedad incorpora las instituciones y la cultura de un grupo.

Los más recientes estudios evidencian que el esfuerzo teórico ha sido el de superar las oposiciones (objetivo/subjetivo, colectivo/individual, por ejemplo) y "pensar conjuntamente aspectos de la realidad clásicamente aprendidos como antagonistas". En esta dirección, ha sido importante la perspectiva constructivista, según la cual, "las realidades sociales son aprehendidas como construcciones históricas y cotidianas de los actores individuales y colectivos".

Complejidad y Transdisciplina⁸ en el Campo de la Salud Colectiva

⁷ Las categorías analíticas son conceptos forjados por los sociólogos con el objetivo de, por medio de la abstracción del entrelazamiento de los fenómenos concretos, poder observar aspectos discretos y específicos de la realidad social.

⁸ Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. N. Almeida Filho. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo - Agosto, 2006.



De hecho, crece en el campo científico la conciencia de que la ciencia se configura cada vez más como una práctica epistemológica de construcción de modelos, de formulación y solución de problemas en un mundo en constante mutación. De cierto modo, el antropocentrismo típico del cientista de tradición cartesiana parece no tener más lugar en una ciencia que valoriza cada vez más la descentralización y la relatividad. La crisis resultante de ese cambio de valores de la ciencia ocurre porque la práctica científica está continuamente produciendo y reconociendo objetos nuevos. No solo nuevas formas para referenciar los mismos objetos viejos, sino, de hecho, objetos radicalmente nuevos, realmente emergentes.

La idea de complejidad puede ser así tomada como el eje principal que unificaría parcialmente diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo. Se trata de una aplicación generalizada de la premisa que, al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad, la investigación científica dentro de un nuevo paradigma pretende respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia.

El objeto complejo es multifacetado, blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravasando los recortes disciplinares de la ciencia. De allí que para construirlo como referente es preciso operaciones transdisciplinarias de síntesis, produciendo modelos sintéticos, y para designarlo apropiadamente, es necesario recurrir a la polisemia resultante del cruzamiento de distintos discursos disciplinares.

La idea de fractalidad que suponen la anunciación de nuevos paradigmas en el área de la Salud Colectiva, puede verse ejemplificada en la propuesta de los "modelos ecosociales" de Krieger la cual se fundamenta esencialmente en la aplicación de una perspectiva fractal al proceso de construcción del objeto de la Salud Colectiva, donde el elemento de fractalidad sería justamente la interpenetración entre lo biológico y lo social, repetida en todos los niveles, del subcelular al societario.

Reflexiones sobre la praxis en Salud Colectiva⁹

⁹ ESTRUTURA E SUJEITO, DETERMINISMO E PROTAGONISMO HISTÓRICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁXIS DA SAÚDE COLETIVA. Maria Cecília de Souza Minayo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):7-19, 2001.



El funcional-estructuralismo entiende a la antropología como el estudio de la sociedad humana, a través de la metáfora de un organismo vivo, poseedor de la vida, donde cada parte es y funciona en todo interdependiente de las otras. El sistema social, es un universo holístico como la suma de las partes y por lo tanto tiene naturaleza, funciones y propósitos propios que influyen y determinan a los individuos miembros. Para esta corriente, el individuo aislado es una abstracción pura, el sujeto es un producto de la sociedad.

En contraposición a las corrientes estructuralistas, aparecen las teorías integrales que enfatizan el lugar del sujeto (subjetividades) y a partir de allí analizan la estructura. Estas son fenomenológica, interaccionista y el marxismo. Los elementos comunes son el ser humano como creador de estructuras aunque éstas lo condicionen; la historia como un producto humano y la transformación como la acción humana en la historia. Los llamados enfoques integrales son los que ponen la acción y la interacción en el centro de la sociología, la comprensión de que toda la realidad es una construcción de la acción social de individuos y por lo tanto tiene significado e intencionalidad.

En resumen, dentro de la sociología clásica el punto se encuentra, en la comprensión de la realidad, el equilibrio entre la estructura y sujeto y, en consecuencia, entre determinismo y protagonismo histórico.

Los seres humanos dotados de lenguaje, conciencia y cultura, somos al mismo tiempo objeto y sujetos con conciencia, capaz de decisión, de crear estrategias y de inventar, y por eso mismo, absolutamente depende de todos los determinismos que nos permiten trascender a nosotros mismos.

La hegemonía del conocimiento médico siempre tendió a transformar a los sujetos enfermos en leyes biológicas y químicas. Mucho ha contribuido a este ideario el gran científico Claude Bernard, que en el siglo XIX hizo hincapié en el conocimiento de la fisiología como un camino a la previsibilidad de los procesos patológicos.

En resumen, el énfasis teórico del cual naciera la salud pública fueron profundamente marcados por el positivismo naturalista y por el funcionalismo estructural, deseoso de anteponer las determinaciones de la sociedad sobre los individuos y delimitar los roles y funciones de cada uno del sistema social.



Minayo entiende que el sujeto colectivo de la salud es la propia sociedad, a través de las condiciones objetivas y subjetivas que genera define tanto su concepto de salud, como los niveles y patrones de calidad de vida que desea alcanzar. Esta reflexión no olvida en ningún momento que el sujeto colectivo de salud, en la sociedad, está atravesado por conflictos de intereses (de clases, corporativos, grupales, de género, étnica) sociales y políticos, así como también encuentra núcleos de consenso y de identificación.

Según la autora la discusión sobre el concepto de la salud colectiva y por lo tanto toda su praxis, permanece atada a los parámetros fuertemente estructurados de hegemonía médica. Su centro es la enfermedad, su reflexión es sobre la enfermedad o problemas de salud y su actuación se ejerce en el nivel de la formulación de políticas para los servicios que deben hacer frente a la enfermedad. Su visión preventiva se produce en el área de las enfermedades tradicionales y reproducen el concepto de Leavell y Clark (1976), ya que se reduce a los espacios de los servicios. Esta red de prisión que envuelve el marco teórico de la acción y la práctica de la salud colectiva necesitan ser revisados.

Para Granda¹⁰, la salud pública dominante en América Latina se basó en una metáfora dominada por el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte, el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Estas categorías posibilitaron a los salubristas comportarse como interventores técnico-normativos. Los cambios ocurridos en estas últimas décadas de globalización obligan a la salud pública a encontrar un nuevo derrotero, mediante el cual se pueda comprender y actuar sobre la salud y la vida. La superación de la salud pública convencional, radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad. La salud colectiva al ser un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas siempre abierta a la incorporación de propuestas innovadoras, constituye una cantera de inmenso valor para la reflexión y avance de la salud pública alternativa.

¹⁰ Granda E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. Revista Cubana Salud Pública v.30 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun.



Branda considera que un aporte importante de la Medicina Social Latinoamericana y de la salud colectiva ha sido esta preocupación por comprender cómo se fueron constituyendo las categorías y las prácticas en este campo, lo cual ha permitido superar la visión tecnicista de la salud pública tradicional, y fundamentar una propuesta de una salud colectiva contextualizada. Según el autor, un primer elemento necesario para la construcción de un pensamiento y una práctica acorde con las necesidades de salud de la población, llámese esta salud colectiva, o salud pública alternativa, o medicina social, radica en la necesidad de comprenderla como historia buscando en el ayer y en el hoy sus potencialidades y sus limitaciones.

Ante el “éxito” de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, se consideró a principios del siglo xx, que era posible construir una “Enfermología Social” llamada Salud Pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares. La salud pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo que correspondía a la medicina clínica, sino que se responsabilizaría de las causas que se encuentran por fuera de la máquina corporal. En esa medida, la salud pública podría salirse del cuerpo humano y encontrar las causas en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos que podrían causar las enfermedades. La Salud Pública ocupa, entonces, un espacio distinto de aquel que es ocupado y dominado por la clínica tomando a su cargo el riesgo y la prevención de la enfermedad. Según el autor, hemos vivido dos siglos con la idea que la razón (instrumental) y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, mediante el cual, organizaríamos un Estado Soberano, el mismo que fundamentado en el conocimiento científico podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos, brindar la felicidad a todos, y en el campo de la salud, explicar los riesgos, prevenir las enfermedades colectivas y organizar los servicios para la curación de las enfermedades.

Algo de historia de los movimientos en el campo social de la salud



Dicen Almeida Filho y Silva Paim¹¹, en este final de milenio, la humanidad ha experimentado rápidas y profundas transformaciones en todas las esferas de la vida económica, cultural, social y política. Tales cambios han provocado, por un lado, una cierta perplejidad ante su velocidad y amplitud y, por el otro, un gran esfuerzo de reflexión y acción en el sentido de comprender y explicar lo que pasa, a fin de intervenir sobre la realidad. Se verifica la necesidad de construcción de un marco teórico conceptual capaz de reconfigurar el campo social de la salud, actualizándolo frente a las evidencias de agotamiento del paradigma científico que sustenta sus prácticas.

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud.

- Las bases doctrinarias de los discursos sociales sobre la salud emergen en la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa Occidental, en un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos y constitución de intervenciones sobre los sujetos (Foucault, 1966, 1979).
 - Por un lado, la higiene, como conjunto de normatizaciones y preceptos a ser seguidos y aplicados en el ámbito individual, discurso de buena salud circunscripto fundamentalmente a la esfera moral.
 - Por otro lado, las propuestas de una Política (o Policía) Médica establecen la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud en lo colectivo y como agente fiscalizador de su aplicación social (Rosen, 1980).
- En el siglo siguiente, los países europeos se adentran en un proceso macro social de importancia histórica: la Revolución Industrial, que produce un tremendo impacto sobre las condiciones de vida y de salud de sus poblaciones. Con la

¹¹ La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica Naomar Almeida Filho, Jairnilson Silva Paim.



organización de las clases trabajadoras y el aumento de su participación política, principalmente en Inglaterra, Francia y Alemania, rápidamente se incorporan temas relativos a salud en la agenda de reivindicaciones de los movimientos sociales del período. Entre 1830 y 1880 surgen, en esos países, propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social que, en su conjunto, recibieron la denominación de Medicina Social (Silva 1973; Rosen 1980).

- En paralelo, principalmente en Inglaterra y los EE.UU., se estructura una respuesta a esta problemática integrada a la acción del Estado en el ámbito de la salud, constituyendo un movimiento conocido como Sanitarismo (Silva 1973). En las recién implantadas agencias estatales de salud y bienestar, los sanitaristas producen un discurso y una práctica sobre las cuestiones de salud basados fundamentalmente en la aplicación de tecnología y en los principios de organización racional para la expansión de actividades profilácticas (saneamiento, inmunización y control de vectores) destinadas principalmente a los pobres y sectores excluidos de la población. El advenimiento del paradigma microbiano en las ciencias básicas de la salud representa un gran refuerzo para el movimiento sanitarista que, en un proceso de hegemonización, y ya bautizado como salud pública, prácticamente redefine las directrices de la teoría y la práctica en el campo de la salud social en el mundo occidental.
- A comienzos del siglo pasado, con el célebre Informe Flexner, se desencadena en los EE.UU. una profunda revitalización de las bases científicas de la medicina, que resulta en la redefinición de la enseñanza y la práctica médica a partir de principios técnicos rigurosos. Con su énfasis en el conocimiento experimental de base subindividual, proveniente de la investigación básica realizada generalmente sobre enfermedades infecciosas, el modelo conceptual flexneriano refuerza la separación entre lo individual y lo colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo (Rodrigues Neto 1979).
 - En ese contexto surgen las primeras escuelas de salud pública contando con pesadas inversiones de organismos como la Fundación Rockefeller, inicialmente en los EE.UU. y enseguida en diferentes países, inclusive en América Latina. A nivel de la estructura organizativa, se propone la apertura de departamentos de medicina preventiva, sustituyendo las tradicionales cátedras de higiene, capaces de actuar como elementos de difusión de los contenidos de epidemiología, administración de salud y ciencias de la



conducta, hasta entonces incorporados en las escuelas de salud pública (Silva 1973; Leavell & Clark 1976).

- En América Latina, pese a las expectativas e inversiones de organismos y fundaciones internacionales, el único efecto de este movimiento parece ser la implantación de departamentos académicos de medicina preventiva en países que, ya en la década de los sesenta, pasaban por procesos de reforma universitaria (Silva 1973; Arouca 1975).
- En Europa Occidental, en países que ya disponían de estructuras académicas de larga tradición y que en la postguerra consolidaban sistemas nacionales de salud de acceso universal y jerarquizado, la propuesta de la Medicina Preventiva no causa mayor impacto ni sobre la enseñanza ni sobre la organización de la atención de salud (Grundy & Mackintosh 1958).
- La propuesta de Salud Comunitaria recupera en forma innegable parte importante del arsenal discursivo de la Medicina Preventiva, particularmente el énfasis en las entonces denominadas “ciencias de la conducta” (sociología, antropología y psicología) aplicadas a los problemas de salud. En ese caso, sin embargo, el conocimiento de los procesos socioculturales y psicosociales se destina no a facilitar la relación médico-paciente o la gestión institucional, como en el movimiento precedente, sino a posibilitar la integración de los equipos de salud en las comunidades “problemáticas”, a través de la identificación y cooptación de los agentes y fuerzas sociales locales para los programas de educación en salud. En un cierto sentido, el movimiento de Salud Comunitaria consigue poner en práctica algunos de los principios preventivistas, focalizando evidentemente en sectores sociales minoritarios y dejando una vez más sin tocar el mandato social de la atención médica convencional (Paim 1975; Donnangelo 1976).
- En un plano más general, hace más de veinte años (1977), la Asamblea Mundial de Salud lanza la consigna Salud para Todos en el Año 2000, asumiendo una propuesta política de extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud en base a sistemas simplificados de atención de salud (Paim 1986). En el año siguiente, 1978, en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, promovida por la OMS,



reafirma la salud como derecho del hombre, bajo la responsabilidad política de los gobiernos, y reconoce su determinación intersectorial (WHO 1995a).

- En 1974, en Canadá, el documento conocido como Informe Lalonde define las bases de un movimiento por la Promoción de la Salud, introduciendo como consigna básica no sólo agregar años de vida sino también vida a los años. Establece el modelo de “campo de la salud” compuesto por cuatro polos: la biología humana, que incluye la madurez y el envejecimiento, sistemas internos complejos y herencia genética, el sistema organizado de servicios, que contempla los componentes de recuperación, curativo y preventivo; el ambiente, que envuelve lo social, lo psicológico y lo físico; y, finalmente el estilo de vida, en el cual pueden ser considerados la participación en el empleo y los riesgos ocupacionales, los estándares de consumo y los riesgos de las actividades vinculadas al ocio.
 - La Carta de Ottawa (Canadá 1986), documento oficial que institucionaliza el modelo canadiense, define los principales elementos discursivos del movimiento de Promoción de la Salud:
 - integración de la salud como parte de políticas públicas “saludables”;
 - actuación de la comunidad en la gestión del sistema de salud;
 - reorientación de los sistemas de salud;
 - énfasis en el cambio de los estilos de vida.
 - Cronológicamente este movimiento corresponde al desmantelamiento del National Health Service de Inglaterra, en la coyuntura del Thatcherismo, y la reforma de los sistemas de salud y seguridad social de los países escandinavos, frente al retroceso de la socialdemocracia en el continente europeo, lo que limita su potencial de expansión, incluso entre los países desarrollados. A esa altura la receta neoliberal es adoptada por los organismos financieros internacionales e impuesta a los países que pretenden insertarse en el “nuevo orden” del capitalismo mundial, sobre todo después de los cambios políticos en del este europeo y los tropiezos del “socialismo real”.
 - Justamente en ese contexto la OPS promueve, a partir de 1990, un debate sobre la crisis de la salud pública, privilegiando una reflexión sobre los



conceptos, teorías, metodologías, elementos explicativos, determinantes estructurales, repercusiones operacionales y en las prácticas de salud, y perspectivas futuras para la Salud Pública en sus relaciones con el Estado y la sociedad (PAHO 1992; OPS 1994, 1995). Paralelamente, la OMS patrocina una reflexión articulada sobre las bases de una “Nueva Salud Pública”.

Se espera que, al debatir la reforma del sector salud en el contexto de la Renovación de Salud para Todos, se implemente una praxis orientada hacia los “determinantes de salud” a partir de la cual se podría construir un nuevo paradigma de salud. En el caso específico de América Latina, la emergencia en los últimos veinte años de un campo que se designó como Salud Colectiva (Paim 1992), permite la identificación de los puntos de encuentro con los movimientos de renovación de la salud pública e institucionalizada, sea como campo científico, sea como ámbito de prácticas, e incluso como actividad profesional. En esa perspectiva, las propuestas de consolidación del campo de la salud como forma de superación de la llamada “crisis de la salud pública” pueden significar una oportunidad para incorporar efectivamente el complejo “promoción-salud-enfermedad-cuidado” en una nueva perspectiva paradigmática, aumentando así la viabilidad de las metas de Salud Para Todos mediante políticas saludables, a través de mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de vida, salud, sufrimiento y muerte.

Necesariamente nos vamos a detener unos instantes en los años ‘60 para evaluar el contexto de surgimiento de la medicina social¹² en América Latina. La medicina social latinoamericana se desarrolla por la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina. La salud pública también denominada desarrollista, que había sostenido que los efectos del crecimiento económico deberían llevar a un mejoramiento general de la salud, mostró sus limitaciones. En la mayoría de los países latinoamericanos, la mejoría de estos

¹² Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy.



indicadores fue consecuencia de las transformaciones de las condiciones de vida y trabajo puestas en marcha por las modalidades latinoamericanas del estado del bienestar que precedieron a las propuestas económicas desarrollistas. El estado del bienestar amplió los derechos de los trabajadores y de los sectores sociales de menores ingresos, lo cual implicó una distribución más equitativa del ingreso a través de los salarios, y el acceso a la educación y a la salud financiado por el Estado a través de los impuestos o la seguridad social. Con el desarrollismo se revierte esta tendencia redistributiva de la riqueza. Mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países latinoamericanos, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud. Hacia fines de los años sesenta, las transformaciones en la producción y en las condiciones de vida y trabajo implicaron un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de los accidentes de trabajo. Fue el comienzo de la coexistencia de enfermedades de la pobreza y de la riqueza. Las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte se hicieron cada vez más visibles. Las relaciones entre clase social y problemas de salud se hicieron evidentes, así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud. La capacidad de diagnosticar y tratar enfermedades creció notablemente, pero el acceso de la población a estos avances fue muy diferente. Los gastos en salud crecieron, pero sus efectos en las condiciones de salud fueron muy limitados. Esta situación mostró que la existencia de más y mejores servicios no está relacionada con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en especial cuando hay grandes diferencias en el acceso a estos avances.

Desde los enfoques teórico-metodológicos la medicina social latinoamericana se ha desarrollado dentro de un amplio y rico espectro de posiciones teóricas y metodológicas. Desde el origen de esta corriente se han llevado a cabo intensos debates sobre teorías, métodos y estrategias de cambio que todavía continúan, lo que demuestra la vitalidad de este campo de pensamiento y práctica. Los debates metodológicos toman en consideración el contraste entre los modelos empírico-funcionalistas e histórico-analíticos, y entre los enfoques macropolíticos y micropolíticos, así como el equilibrio entre las metodologías de investigación cualitativas y cuantitativas, y entre lo individual, lo grupal y lo colectivo como unidades de análisis. El enfoque teórico-metodológico de los colectivos que estudia la medicina social le confiere a su praxis una característica muy diferencial con respecto a la salud pública. Esta considera como unidad de análisis a la población, a la que define como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos según ciertas



características (sexo, edad, educación, ingreso, raza o etnia). A manera de ejemplo, podemos señalar que en la epidemiología clásica los porcentajes de una población específica se calculan aritméticamente a partir de las características individuales de quienes componen ese grupo poblacional, seleccionadas a priori por el investigador para definir el grupo analizado. En cambio, los trabajos de la medicina social consideran a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. A manera de ejemplo, podemos señalar que en la epidemiología clásica los porcentajes de una población específica se calculan aritméticamente a partir de las características individuales de quienes componen ese grupo poblacional, seleccionadas a priori por el investigador para definir el grupo analizado. En cambio, los trabajos de la medicina social consideran a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. Es a partir de estas categorías que las especificidades individuales, tales como el sexo, edad, educación, ingreso o raza, encuentran su determinación explicativa. Por ejemplo, si no se explicitan las características económicas, sociales, políticas e ideológicas específicas que, en una determinada sociedad y momento histórico, definen el ser mujer u hombre en relación con el problema estudiado, se están desconociendo los determinantes que subyacen a la clasificación por sexo. Lo destacable es que la definición del colectivo no se realiza a priori, sino que está ligada al problema que se pretende analizar. El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad.

Nos agrega Laurell¹³, los grupos de investigadores, que se venían conformando en la corriente de Medicina Social, observaban la realidad sanitaria y la única manera de descifrarla era a través de la postulación del carácter social del proceso salud-enfermedad. Este reconocimiento, sin embargo, obligaba a una reformulación teórica y metodológica, ya que el paradigma médico dominante no permitía dar cuenta

¹³ Laurell A. C. (1986). Medicina Social o Saúde Colectiva. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico sociales. N° 37.



de la salud y enfermedad en estos términos. Es decir, hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aun siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas... analizar la salud-enfermedad como proceso social y por tanto su articulación en los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad es el papel central que las ciencias sociales tienen que desempeñar en este análisis.

La literatura médica existente muestra que cuando se quiere estudiar lo social en el proceso salud-enfermedad pareciera que los investigadores consideraran que para esto basta con el sentido común. Se encuentra con frecuencia, pues, que los aspectos bio-médicos de una determinada problemática se tratan con rigor científico mientras que sus aspectos sociales apenas se exploran en base a lo “evidente”. Sin embargo, el problema no consiste en yuxtaponer las ciencias biomédicas y las ciencias sociales sino en repensar el conjunto del problema.

La necesidad de construir un nuevo objeto científico se deriva del hecho de que la medicina define el problema de la salud en términos de la enfermedad biológica del individuo lo que conlleva dos tipos de limitaciones. Puesto que un objeto así definido orienta la generación del conocimiento hacia explicaciones parciales en el campo biológico e individual e imposibilita descubrir sus características y determinantes sociales.

Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra. Otro hecho que muestra la historicidad del proceso biológico humano es la esperanza de vida, ya que varía en las distintas épocas históricas y entre las clases sociales. Así, no es posible establecer la duración “normal” de la vida al margen del momento histórico.

La insuficiencia del modelo monocausal para dar cuenta del porqué de la presentación de la enfermedad, aún definida de manera tradicional, es de sobra conocida. Sin embargo, el modelo multicausal tampoco logra dar una respuesta a los problemas aquí planteados. Resulta insostenible explicar a la enfermedad como el simple efecto de la actuación de un agente. La limitación más inmediata del modelo multicausal, sin embargo, reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la



enfermedad está dado por su “distancia” de ella. Así conceptualizada la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintas, ya que ambos son reducidos a “factores de riesgo” que actúan de una manera igual.

Asumiendo la no especificidad etiológica de lo social en sí mismo respecto al proceso salud-enfermedad se puede dar dos distintas explicaciones a cómo se articula con éste. Una primera sería postular que los procesos sociales originan una determinada constelación de factores de riesgo, que a su vez explica la conformación de un determinado perfil de morbi-mortalidad tanto de los grupos como de las sociedades. Esta concepción ubica lo social como un determinante de alta jerarquía respecto a lo biológico pero lo deja como algo externo que solamente establece un determinado juego de probabilidades. Tiene indudables ventajas frente a una multicausalidad que reduce lo social a unos factores más en la red causal, pero no logra dar cuenta del carácter social del propio proceso biológico. Es decir, ubica a los procesos sociales como una articulación externa del proceso salud enfermedad mientras que su articulación interna sigue pensada en términos biológicos naturales. Esto obviamente da pie a no problematizar el concepto de “factores de riesgo” y usarlo de manera tradicional.

Una segunda vía de teorizar las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad enfatizando que no sólo está socialmente determinado sino que tiene carácter social en sí mismo. Es decir, no se restringen a enunciar que los procesos sociales determinan una constelación de factores de riesgo sino que intentan comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando, sin embargo, la subsunción de éste en aquél. Lo que plantean, pues, es que esta interrelación no puede ser reducida a constelaciones particulares de “factores de riesgo” sino que tiene que ser pensada en función del contenido de los procesos sociales que transforma los procesos biológicos de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo.

A modo de cierre, o mejor dicho de avance en el proceso de construcción...

El campo profesional y de investigación de la Salud Colectiva se encuentra en expansión, no sólo dentro de las instituciones académicas sino también en las instituciones de servicios de salud. De esta manera, se deben crear espacios de



investigación, enseñanza, consultoría y asesoría, capaz de responder a las necesidades y demandas de distintos organismos de salud internacional, nacional o estatal, así como de instituciones públicas o privadas de salud, instituciones de seguridad social, institutos de investigación, y otras organizaciones académicas existentes; cuya misión sea generar y difundir saberes, conocimientos y metodologías sobre el proceso salud-enfermedad-atención en beneficio de los colectivos sociales, partiendo de sus problemas.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo - Agosto.
- Almeida Filho, N. Silva Paim, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos médico sociales 75: 5-30. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Durkheim, E. (1978). *Las reglas del método sociológico*. San Pablo: Coleção Os Pensadores.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. Revista Cubana Salud Pública. v.30(2)
- Iriart, C., Waitzkin, H. Breilh, J. Estrada, A. y Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health v12(2)
- Laurell, A. C. (1986). Medicina Social o Saúde Colectiva. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. CUADERNOS MÉDICO SOCIALES (37)
- Minayo, de Souza, M. C. (2001). ESTRUTURA E SUJEITO, DETERMINISMO E PROTAGONISMO HISTÓRICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁXIS DA SAÚDE COLETIVA. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1), 7-19.
- Nunes, E. D. (2014). Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 10(1), 57-65.
- Nunes, E. D. (2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(1), 11-19.



Los Proyectos Locales Participativos en Neuquén: una opción para el abordaje intersectorial de problemas de salud.

Facundo Cornejo¹⁴

Resumen

A partir de la priorización del área de Promoción de la Salud, y el consiguiente otorgamiento de un presupuesto específico para un Plan Provincial de Promoción de la Salud a partir de 2013, se planificó el financiamiento de proyectos locales participativos (PLP). Los mismos son planificados y ejecutados desde los niveles operativos del sistema provincial de salud pública (centros de salud y/u hospitales), con la característica distintiva de que para su selección (y financiación) deben demostrar articulación intersectorial con otras organizaciones o instituciones del territorio (escuelas, comisiones de fomento, clubes, iglesias, ONGs, municipio, instituciones barriales, otras dependencias públicas, actores de la comunidad, etc.).

Los mismos se concursan cada año para su selección, y los que resultan mejor puntuados son beneficiados con un subsidio para su ejecución. El proceso de planificación de los PLP es acompañado con capacitación desde el nivel central del ministerio de salud, así como también es monitoreada la ejecución y evaluación de los mismos, y la rendición de fondos correspondiente. En los PLP se abordan problemas varios de salud definidos por cada territorio de acuerdo a la priorización de cada equipo intersectorial de trabajo.

¹⁴ Médico general, especialista en Epidemiología, Ministerio de Salud, Provincia del Neuquén.



Palabras clave: proyectos locales participativos, promoción de la salud, participación comunitaria, articulación intersectorial.

Introducción

El Sistema de salud de la Provincia de Neuquén ha sido reconocido como uno de los mejores del país, y sin duda ha dado respuestas a los problemas de salud de la población. Nacido en los años 70, estuvo basado en una organización asistencial de complejidades crecientes, zonificación y con la asignación de recurso humano calificado y presupuestos adecuados.

La mejora en indicadores varios (mortalidad infantil y general, recurso humano por habitante, etc., etc.) dan cuenta de los beneficios recibidos por la población durante las últimas décadas. Aún con vaivenes y ciclos, el sistema de salud neuquino ha tenido un papel relevante en la mejora de los niveles de bienestar de nuestras comunidades.

En un principio, -cuando los resultados positivos fueron más notables y contundentes-, los problemas a los cuales este sistema se enfrentó pudieron ser mejorados con saneamiento básico, avances en la nutrición, mejor seguimiento de embarazadas y niños, ampliación de programas de vacunación, así como una mejora en el acceso a la atención sanitaria en todas sus complejidades.

El sistema de salud fue una buena respuesta para esos problemas. Necesitó poco de otros sectores para lograr grandes resultados. El saneamiento, los planes de vacunación, la dación de leche, la atención de personas y grupos vulnerables, la planificación familiar y la accesibilidad a la asistencia fueron muy efectivos para disminuir drásticamente tasas de mortalidad infantil y general de las más altas del país en los años 60.

Algunas cosas han cambiado. Algunos problemas de salud han cambiado. Han declinado la fecundidad y la natalidad, la desnutrición es casi una rareza, las infecciones se previenen y se controlan cada vez mejor. La población se ha urbanizado. Todo ello tiene su correlato en los guarismos de mortalidad: disminuyeron las debidas a enfermedades infecciosas y por déficits nutricionales, y aumentaron las que son consecuencia de enfermedad cardiovascular, tumores, diabetes y lesiones, a la vez que se observa un desplazamiento de la mortalidad a los grupos de mayor edad.



Los principales problemas de salud que enfrentamos en la actualidad (medidos en indicadores de mortalidad, morbilidad, discapacidad y utilización de recursos de salud), tienen orígenes complejos y variadas causas, pero están en gran parte asociados a situaciones vitales comunes: sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo problemático de sustancias psicoactivas, tabaquismo, mala conducta vial, stress y distintas formas de violencia.

¿Son estos problemas “de salud”? Podríamos contestar que sí lo son, porque sus consecuencias implican un incremento en la carga de morbi-mortalidad global con una mayor demanda de servicios de atención sanitaria, que en algunos casos deben mantener y aumentar considerablemente su complejidad para dar respuestas acordes. También podríamos contestar que no, que no son “problemas de salud” porque su abordaje implica necesariamente la elaboración de acciones integradas desde diferentes sectores “ajenos al de salud”.

¿O acaso es posible pensar en mejorar los hábitos de alimentación, recreación, consumos y conductas sociales de nuestras comunidades actuando solitariamente desde nuestro sector?

Estas condiciones sólo podrán ser modificadas a nivel poblacional con la concurrencia de los distintos actores involucrados: la comunidad, los responsables políticos, los servicios de salud y otros sectores de la sociedad y el estado. El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los actuales factores determinantes de la salud están fuera de su competencia.

Se hace necesario entonces un sistema de salud abierto a la comunidad y las instituciones, con capacidad de articulación de procesos sociales, que pueda integrarse en estos complejos procesos de construcción intersectorial. El trabajo intersectorial es mandatorio para abordar los problemas de salud actuales. Trabajar intersectorialmente se hace indispensable frente a los desafíos de la época.

La intervención

Partiendo de la premisa de que la complejidad de muchos de los actuales problemas de salud hacen necesario un abordaje intersectorial y comunitario, es que en el año 2013, y partir de la priorización del área de Promoción de la Salud por la gestión sanitaria provincial de entonces, se otorga viabilidad y un presupuesto específico para un desarrollar un *Plan Provincial de Promoción de la Salud*.



El plan mencionado incluyó entre sus componentes la financiación directa de los denominados *Proyectos Locales Participativos (PLP)*, dispositivos específicos en los que se estimulan los abordajes intersectoriales de problemas de salud definidos en cada territorio.

Los PLP son planificados y ejecutados desde los niveles operativos del sistema provincial de salud pública (centros de salud y/u hospitales), con la característica distintiva de que para su selección (de la que depende el financiamiento) deben demostrar articulación intersectorial con otras organizaciones o instituciones del territorio (escuelas, comisiones de fomento, clubes, iglesias, ONGs, municipio, instituciones barriales, otras dependencias públicas, actores de la comunidad, etc.).

Los PLP se concursan cada año para su selección, y los que resultan mejor puntuados son beneficiados con un subsidio para su ejecución. El proceso de planificación de los PLP es acompañado con capacitación desde el nivel central del ministerio de salud, así como también es monitoreada la ejecución y evaluación de los mismos, y la rendición de fondos correspondiente.

Se accede a la inscripción mediante el llenado de un *Formulario* disponible on line en la página web oficial del Ministerio de Salud. Asimismo, se encuentra disponible una *Guía de Apoyo para la elaboración de los proyectos*¹⁵.

Se exige a los concursantes que presenten un cronograma de actividades para un año calendario, aún cuando se propone que las actividades continúen en lo posible una vez finalizado este plazo. En los proyectos se abordan problemas varios de salud definidos por cada territorio de acuerdo a la priorización de cada equipo intersectorial de trabajo.

Para la puntuación se evalúa la calidad metodológica, la adecuación objetivos-actividades, la adecuada definición de la población beneficiaria, la factibilidad presupuestaria, el grado de articulación intersectorial propuesta, la articulación con otras estrategias territoriales, el intento de subsanar inequidades y la originalidad del abordaje planteado. A su vez, cada año se proponen temáticas priorizadas institucionalmente (según prioridades con una perspectiva epidemiológica) que reciben un puntaje extra en el caso de ser abordadas.

Luego del concurso anual, los 12-15 proyectos mejor ranqueados acceden al financiamiento, que ha ido variando desde \$ 20.00 hasta \$ 40.000 para cada proyecto según pasan las convocatorias. Los PLP que no puntúan para el financiamiento (han

¹⁵ Gobierno de la Provincia de Neuquén, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud (2017). Neuquén, Argentina: *Proyectos locales participativos*. Recuperado de <http://www.saludneuquen.gob.ar/proyectos-locales-participativos-2017/>



variado entre un 30 y un 40% según el año) se continúan acompañando metodológicamente y con ayuda económica para algunas actividades puntuales.

Las temáticas elegidas por los equipos de salud en sus territorios

Si bien –como se ha dicho- desde la Dirección de Salud Colectiva se proponen temáticas priorizadas cada año, la elección del tema es libre. Siendo la única condición que el abordaje se realice con una perspectiva de promoción de la salud y trabajo intersectorial, desalentando y rechazando dispositivos que refuercen espacios ya existentes de asistencia sanitaria de patientxs.

Para un mejor conocimiento de lxs lectorxs, a continuación se enumeran las temáticas abordadas por los equipos de trabajo: el abordaje de la adolescencia fue temática para diez proyectos; la promoción de hábitos saludables se abordó en siete oportunidades, mientras que la promoción de la actividad física y los consumos problemáticos en cinco PLP cada una; residuos urbanos, obesidad infantil, kioscos saludables, huerta terapéutica, violencia infantil/familiar y derechos de la niñez fueron tema priorizado para tres equipos; en dos ocasiones se repitieron los temas salud intercultural y salud mental; y la elaboración de una revista comunitaria, hidatidosis, salud bucal, tabaquismo, discapacidad, plantas medicinales, género y enfermedades de transmisión sexual fueron temáticas específicas de al menos un proyecto.

La evaluación: resultados

Al cabo del cuarto año de instalada la estrategia de intervención, se realizó una evaluación de algunos aspectos cuali y cuantitativos de la misma. Para ello se analizaron los informes de medio término y finales presentados por cada responsable, y también se contactó personalmente a lxs mismxs y se mantuvo una entrevista semi-estructurada.

Se evaluaron tres convocatorias (concursos 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017), que son las que se encuentran completas momento de realizar este trabajo (los proyectos del concurso 2017-2018 se encuentran en etapa de pre-ejecución). Se analizó la documentación presentada por lxs 44 responsables titulares de proyecto, y se pudo entrevistar a 37 de ellxs.



La casi totalidad de los proyectos ejecutados, financiados y evaluados cumplió con las premisas y consignas estipuladas en cuanto a los tiempos de ejecución, destino y utilización de los fondos asignados.

Todxs lxs encuestadxs respondieron positivamente al preguntarse acerca de la validez de la estrategia PLP. En relación a la valoración general de la ejecución de los proyectos, el 64% de lxs responsables opinó que la ejecución del PLP en general fue “muy buena” y un 36 % que fue “buena”.

Un 9 % de lxs responsables consignó que “se cumplieron todos los objetivos”, y el 82 % que se cumplieron “casi todos los objetivos” planificados.

Siendo que los PLP se proponen para desatar algunos procesos que necesitan de un empuje extra de planificación y fondos para ser iniciados, pero con la idea final instalar nuevas miradas y abordajes comunitarios de algunos problemas de salud, resulta particularmente relevante conocer si las actividades iniciadas durante el proyecto han podido mantenerse luego. Al respecto, el 55 % de lxs entrevistadxs aseveró que “la totalidad de las actividades y/o estrategias propuestas en el PLP pudieron sostenerse en el tiempo” (luego de finalizado el año de realización del proyecto) y un 41 % contestó que esto sucedió “parcialmente”.

Otro de los “*resultados no explicitados*” que se persiguen con la estrategia está relacionado con favorecer la integración del equipo de salud con la comunidad. En el 94% de los casos se evaluó el dispositivo como favorecedor de esta integración. Similar valoración se obtuvo al indagar sobre la “integración del equipo con otras instituciones del territorio”.

La mitad de lxs responsables contestó que la ejecución del PLP -más allá de los resultados del mismo-, “sirvió para mejorar capacidades de gestión del CAPS/hospital” involucrado, destacándose que también más de la mitad reveló haber “mejorado en lo relativo a las capacidades de planificación local”.

Un último eje que se ha perseguido con la estrategia es lo referido al fomento de espacios de participación comunitaria. Al preguntarle a lxs responsables administrativxs y ejecutivxs de los PLP, la respuesta en referencia a este tema ha sido que “la comunidad pudo tomar decisiones respecto a la implementación del PLP” en el 41 % de los casos; mientras que un 50 % respondió que “la comunidad pudo opinar en alguna instancia”; el 9% contestó que solamente “la comunidad se mantuvo informada”. En ningún caso la participación fue inexistente.

Mención acerca de iniciativas relacionadas con la interculturalidad



Neuquén tiene un 8 % de población autodefinida como originaria según último censo. Y se asume que muchos integrantes de esas comunidades se encuentran en situación de vulnerabilidad en cuanto a su acceso pleno al derecho a la salud.

La misma Dirección de Salud Colectiva –desaparecida del organigrama actual del Ministerio de Salud- que llevó adelante esta estrategia tenía entre sus funciones lo referido a las iniciativas de trabajo intercultural con comunidades originarias del territorio provincial, continuando recorridos variados previos en el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios con respecto al ejercicio del derecho a la salud.

Por tanto, los abordajes interculturales estaban priorizados con puntaje extra en los concursos desarrollados.

En las tres convocatorias analizadas, un porcentaje cercano al 25 % de los proyectos presentados en cada edición ha sido realizado en territorios de comunidades originarias y/o ha considerado la perspectiva de estos pueblos en su planificación. Algunos de ellos -como lo ocurrido en Las Coloradas y en Ruca Choroi- se llevaron a cabo con gran suceso.

Algunas frases...

De las entrevistas realizadas con lxs responsables de los PLP se han tomado algunas frases que pueden ayudar a ilustrar lo que ha significado desarrollar la estrategia para algunos equipos.

“Los integrantes de la escuela están ahora con una visión positiva a cualquier iniciativa que le presentamos desde el centro de salud”.

“...la gente se interesa por estos proyectos porque los contamos por radio. En el hospital otros grupos de trabajo se animaron a presentar otros proyectos”.

“El impacto (del PLP) fue totalmente positivo. La comunidad y las instituciones nos conocen y nos requieren para proyectos y otras actividades”.

“...surgió cierta reacción positiva por parte de actores del hospital que no participaban en actividades comunitarias y no valoraban su importancia.”



“...fue un desafío y un acierto en términos de fortalecimiento interno de algunas disciplinas y profesiones diseñar, ejecutar y evaluar un proyecto en el cual no se incluyó a los compañeros médicos....”

“La campaña buscaba instalar la sensibilización de la problemática del consumo en la comunidad. Pero lo que no teníamos previsto, y sucedió en paralelo, es que también se vió muy fortalecida la imagen del equipo de adicciones como servicio de atención hospitalario, con reconocimientos internos (del sector salud), y también externos (de la comunidad, de otros sectores de la localidad y de otras localidades de la provincia)”

“...otros sectores hospitalarios se vieron asombrados de que el propio ministerio de salud financie actividades como estas, y se podría decir que nos prestaron más atención siendo que en esta oportunidad los fondos se originaban en el nivel central del ministerio de salud...”

“Sirve para ordenarnos en la tarea diaria, establecer objetivos y evaluarnos”.

“... actualmente ninguno de los dos responsables del proyecto está trabajando en el hospital, y el proyecto sigue con algunos de los referentes iniciales y con nuevos que se van sumando. La participación comunitaria es cada vez mayor”.

“...las personas encuentran el canal donde poder decir sus inquietudes, hablar de sus necesidades reales”

“Si bien el PLP constituye una herramienta valiosa, hay mucho para trabajar intra-hospital, cada vez se trabaja mas de espalda a la comunidad. Puedo rescatar y haciendo una autocrítica, que el trabajar con otras disciplinas y otras instituciones, se abre el abanico de posibilidades del trabajo en promoción de la salud.”

“Hemos comprendido que lo fundamental es trabajar en equipo, manteniendo el diálogo y organización de actividades con los docentes, directivos de la escuela y la participación de otras instituciones y la comunidad en general.”

“...se empezaron a tener en cuenta a esta franja de la población invisibilizada. Aparecieron otras problemáticas y otras acciones. Muy interesante.”

La ejecución del PLP ayudó a la “reconstrucción de la confianza, la vinculación comunitaria, el impacto de “ver algo real”, construirse como equipo de salud,



equipo mirando hacia la comunidad, involucración de distintos actores del hospital...”

“...revalorizar el proyecto común y la satisfacción del logro conjunto siempre fortalece un grupo y mas aún les permite proyectarse en otros espacios de intervención.”

“El conocimiento de la puesta en marcha de un PLP por parte de la institución, permite al resto de la comunidad del lugar realizar proyectos nuevos en base a las necesidades del área programa, multiplicando así la conciencia de trabajo para, desde y con la comunidad.”

“La conexión (generada por el PLP) ha permitido que las instituciones se acerquen al hospital y se puedan mejorar los vínculos y canalizar solicitudes en ambos sentidos para poder trabajar en conjunto.”

Se generó *“una identificación positiva del equipo y del centro de salud en la comunidad”*.

“A partir de la evaluación de problemas que afectan a la salud en conjunto con el equipo de salud, lxs vecinxs hoy logran identificarlos y generan pautas de alarma (ej. acumulación de basura a cielo abierto, aumento de perros callejeros en el barrio, etc.), se acercan al centro de salud y lo comentan, o cuando ven pasar a las agentes sanitarias las llaman y les cuentan.”

“Al ser este el tercer PLP del cual participa el equipo del centro, existe una incorporación de lo comunitario como parte del abordaje necesario y oportuno por parte del equipo. Somos parte de una Red Interinstitucional que funciona desde hace más de diez años por lo que es parte de la identidad institucional trabajar con otros y compartir lo intersectorial”.

Conclusiones

La evaluación y las opiniones de los actores confirman que estos dispositivos de elaboración, ejecución, evaluación y financiamiento de proyectos son de ayuda para el abordaje de problemas territoriales complejos, y que a su vez generan procesos virtuosos en los equipos de salud.

Los resultados de la evaluación llevan a valorar la iniciativa como muy positiva, tanto en lo referente al impacto de las actividades desarrolladas en el abordaje de



problemáticas complejas de salud, como en la resultante del proceso de trabajo de los equipos de salud y de los mismos con los otros actores que se involucran en la obligada intersectorialidad.

Se refuerza la idea de que fomentar el encuentro de los distintos actores del territorio para abordar problemas de salud complejos tiene como efecto (además del impacto concreto de la intervención) la instalación de capacidades de metodología, de trabajo en equipo, de conocimiento de los diversos recursos del territorio, de encuentro para otros proyectos e intervenciones, de conocimiento y re-conocimiento de distintos actores del territorio.

De mantenerse la estrategia, hay algunas cuestiones para mejorar. Se debe continuar trabajando en sostener y optimizar los espacios de apoyo metodológico (se considera un gran avance la implementación de los *Talleres de Metodología para la Formulación de los Proyectos* implementados durante el concurso de 2107). Asimismo, se deben desarrollar mejores herramientas e indicadores para evaluar el impacto sanitario de las intervenciones desarrolladas.

Agradecimientos

A Lorena Parenti, con quien durante años compartimos esta y otras estrategias de abordaje territorial de los problemas de salud.

A Esteban Mango y Cecilia Tamburini, Silvina Mastrángelo y María Luz Gamboa, que me dieron la oportunidad de gestionar esta y otras iniciativas.

A Alejandra Espinosa, Viviana Herrera, Solange Destailats, María Pía Borguero, Liliana Gómez, Gustavo Sangüesa, Laura Monteverde, Susana Guinder, Sofía Rodríguez y Graciela Becker quienes desinteresadamente han colaborado como jurados de los concursos de los PLPs cada año.

A todxs lxs compañerxs del sistema de salud que construyen salud cada día en y con sus comunidades.

Bibliografía

Róvere, M. Foro Ciudadano 2003 “Salud, ¿una responsabilidad ciudadana?” Hacia una construcción participativa de soluciones. Córdoba.

M. Bronfman; M. Gleizer, (2010). Participación comunitaria: necesidad, excusa o



estrategia? O, de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria, Postgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 7: Salud y Participación comunitaria. REMEDIAR+REDES, Proyectos locales participativos: Guía para el diseño, ejecución y evaluación. Ministerio de Salud de la Nación.
Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables y OPS, Herramientas metodológicas, (2010).



Sección Conversando comunitariamente

Adultas Mayores Hostiles

Silvia S. López

vidaespecialsil@gmail.com

Introducción

En la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, una de cada cinco personas es mayor de 60 años (la jurisdicción más envejecida del país). Si bien, siempre hubo viejxs, el proceso de envejecimiento como fenómeno biológico, psico-social e histórico, como campo de investigación social, es relativamente reciente. En el imaginario colectivo, lxs viejxs son sinónimo de pobreza, inutilidad, enfermedad, abandono, soledad, marginación, aburrimiento, melancolía, carga social, etc.

No es raro, entonces, advertir que hay tres discursos sobre ellxs: el demográfico, el médico-biológico y el económico. Al temerle a la vejez (como algo indeseable), solo se la piensa en: *el número, el cuerpo y el costo*.

Número.

El Adulto Mayor (AM) (en general, jubilado o no) es un excluido más del sistema. Las políticas neoliberales globales del sistema-mundo responsabilizan personalmente a los “ciudadanos prudentes” por su bien-estar económico (des-ligado del bien-estar social), dependiente de un adecuado *management* en manos de compañías privadas multinacionales y creando dispositivos que permiten/sofocan... regulan (en definitiva) el “gobierno de las subjetividades”. En este contexto ¿Dónde ubicamos a lxs AM que ya no trabajan (¿Y los que nunca, más de dos generaciones ya, han logrado trabajar?), prácticamente están imposibilitados de consumir, no se lxs toma en cuenta como ciudadanos activxs y aunque supieran cómo *gerenciarlo*, el suyo, es un riesgo no atractivo para el mercado.



AM **hostiles** (Dussel,) que con su vida, ponen en riesgo a los sujetos de la totalidad de la que son excluídxs. Frente a un mundo VIVO, hecho por y para Adultxs/Jóvenes-adultxs, el AM incomoda, irrumpe en la homogeneidad de “lo Mismo”, acarreando consigo fantasmas existenciales. Así, la satisfacción de una buena vejez, está expuesta competitivamente en el mercado privado, al que muy pocxs AM tienen acceso.

Cuerpos (hedientos, mentes colonizadas)

Nuestros cuerpos son disciplinados desde el nacimiento, sutil y eficientemente, transformándolo en un producto social e histórico. Como señala López Louro G., son enseñados, medidos, evaluados, aprobados, reprobados, categorizados, injuriados, amansados... ¡**rechazados!** dejando marcas profundas, que condicionan su forma de estar, de ser, de relacionarse, de considerarse y plantarse frente a la vida misma. Nuestra sociedad, caracterizada por el culto a la juventud, asociada a la belleza, la fuerza y el futuro, en sus prácticas directas o subliminales... obliga a pensar en evitar la vejez, como estado indeseable, a cualquier costo. Lxs AM experimentan la vergüenza y la culpa de portar cuerpos antiestéticos, no productivos y ¡sexuados!

Los discursos mediáticos confunden “cuerpo” (delgado, esbelto, sano, apetecible) con organismo. El cuerpo es mucho más que un conjunto de músculos, huesos y articulaciones. Es el lugar de integración de estructuras bio-psico-socio-afectivas que, a lo largo de un recorrido histórico constituyen al sujeto. Al organismo se lo domestica, médica, acostumbra... el cuerpo se ensaya, se equivoca, corrige, aprende...

Si realizamos una “arqueología del discurso” (Foucault) sobre los cuerpos de lxs AM, descubriremos la relación entre lo que hacen, lo que están obligados a hacer o no hacer, lo que les está expresamente prohibido (como el deseo, el placer y la pasión); lo que les está permitido hacer (cuidar a sus nietos) y lo permitido, prohibido u obligatorio decir, respecto de su comportamiento. En el lenguaje oficial, el cuerpo debe ser saludable, limpio, exitoso y consumidor (títere del mercado y cliente fiel). En él se resume todo lo que se debe TENER para SER. Cuando ese comportamiento no concuerda con el imaginario social (ej: lo que se llama viejo verde) experimentan la censura y el control **sobre** sus cuerpos. Y aprenden a tolerar ser sujeto de bromas y



burlas (jerarquía del joven-adultx sobre el AM). La totalidad de la vida, encerrada en un cuerpo domesticado. Cuerpo *colonizado*.

Las Vejeces han sido objeto de las más perversas y frustrantes estereotipaciones. Estos cuerpos acarrear sobre sus espaldas, no sólo la colonialidad de la que todo latinoamericano es objeto; sino también la colonialidad a la que los Jóvenes y Adultxs de su tierra, los someten. Es decir, en términos dusselianos, padecen una doble colonialidad del poder.

Uno de los duelos más terribles a enfrentar para el AM, consiste en la percepción de no ser objeto de deseo por parte de los demás. Esto no es vivido de la misma manera por varones y mujeres. El atractivo erótico masculino se sustentó ancestralmente en los atributos de poder, por lo tanto, la noción de fortaleza física puede ser reemplazada por la experiencia, la sabiduría o la potencia económica (emblemas que adornan en ocasiones al varón maduro). En cambio, el atractivo femenino basado en un cuerpo erótico y provocador, combina mal con los años y la experiencia de vida: una mujer poderosa puede ser respetada, pero no resulta deseable.

Quienes hoy conforman la llamada: “tercera edad”, fueron concebidos bajo el postulado de la Modernidad: Razón y Progreso continuo, individual y social. Convirtiéndose así, en depositarios de pesadas y confusas herencias. El fracaso de este objetivo político como forma de expresión del “desarrollo” y las características propias de nuestras realidades latinoamericanas (como articulación compleja de diversas tradiciones y desiguales procesos históricos, sociales y culturales), condenaron a estos sujetos a conformar su identidad como habitantes destinados a la periferia económica y social, a la falta de identidad colectiva (como resultado de la imagen metafórica de “espejo trizado”) por haber sido descentrados y fragmentados... fruto de relaciones de poder que construyen sujetos pasivos, más preocupados por subsistir que por reivindicar. Re-configurándose en ellxs, un nuevo territorio de gubernamentalidad, construido en espacios no solamente geográficos, sino también en los discursos, en las imágenes, en los productos “culturales” que consumen y en sus propios cuerpos ... sujeto y objeto del juego del poder hegemónico. Aunque Foucault no habló del aislamiento del AM por ser improductivo, aquellas técnicas de reclusión y adiestramiento sobre las que escribió, parecen haberse ido adecuando a las nuevas contingencias históricas de lxs AM. (Geriatríco como panóptico). Este autor nos relata cómo durante mucho tiempo, era característica del poder soberano de los



monarcas, *el derecho de hacer morir o dejar vivir* a sus súbditos. Poder como sinónimo de posesión, cooptación; sobre los objetos, el tiempo, los espacios, las personas... la vida misma. Esto se fue transformando en Occidente, hasta conformarse en poder que administra la vida y rechaza la muerte (o la esquiva). ¿Serán lxs AM una versión aggiornada? De ser así, la sentencia sería: *Hacer sobrevivir y dejar morir lo más tarde y económicamente rentable (pero no ético) posible.*

Costo.

El objetivo social de acumulación de capital comenzó a dividir a los sujetos “productivos” de los “improductivos” dando lugar a la aparición del **jubiladx** que, por una simple cuestión de “cumpleaños” ya no es aptx para producir y confinándolo a la jubilación (algo así como el destierro en épocas de Sócrates).

¿Cuál es la frontera a partir de la cual unx se transforma en AM? ¿Es una categoría normativa, simplemente discursiva????

La cosificación y mercantilización de las relaciones sociales en las que el dinero es el “gran vehículo” que nos lleva al “placer, la fama y el poder”; se encuentran enraizadas en las biografías individuales de lxs AM, quienes perpetúan consciente o inconscientemente, representaciones sociales culturalmente promovidas y adquiridas. En ellas, la imagen, no es justamente su fuerte. Pierden la capacidad de responder positiva y constructivamente a los estímulos sociales que les llegan. Con marcada indiferencia hacia los acontecimientos de la vida social, se retiran al interior de su propia vida privada, en un exagerado individualismo casi autista. Se conforman con ser, en el mejor de los casos, espectadores (pasivos), obligados a mantenerse fuera del sistema productivo pero no del consumo.

¿Qué sucede cuándo las categorías fundantes de nuestro ser social pierden sustento y dejan al sujeto a la deriva?... En nuestro caso (mi praxis), significó un recorrido “de vuelta a casa” cuándo... trabajando el cuerpo puesto en acto, pudimos trascenderlo. Ir más allá de lo que para la sociedad, para el grupo y para cada una de nosotras, significara ese cuerpo.

El cara a cara primigenio - *Experiencia de mi praxis.*



El DYAN (Del Yo al Nosotrxs) nació en el 2012 como formación específica en Animación socio-comunitaria a cargo del colectivo NMT-NuevaMente (que llevaba años trabajando con AM) y como fruto de inquietudes, deseos, dudas y necesidades a cubrir, de las propias AM, partícipes de aquellos encuentros (sólo mujeres se han sentido convocadas) Y desde entonces, hemos venido reflexionando, al interior de nuestra “comunalidad” (Palermo) en la que la reciprocidad es esa tensión de la que nos habla Bolívar Echeverría, que se dá cuando siendo y haciendo, me hago y hago a los demás; en la medida en que los otrxs se hacen, haciéndome.

Mucho antes de conocer la proximidad Dusseliana, las “chicas” del DYAN ya se planteaban la esencia de esa categoría. Cada vez que intercambiábamos experiencias con otras Instituciones, surgía ese ¿Cómo iniciaron? Y ellas respondían desde sus saberes decantados, explicando que hubo un primer momento (como un “acercamiento”) de no saber qué ni cómo ni hacia dónde; pero que encararon “juntadas”, por la marea que arrastraba el colectivo NMT-NuevaMente.... y se encontraron haciéndose, en una estructura horizontal que permitía las marcadas diferencias pero que también las unía, las sostenía y las empujaba a un más allá desconocido, a la aventura colectiva del existir. No conocían a Dussel pero lo estaban viviendo. Primero como en una cofradía fraterna: se sabían perteneciente a un “lo mismo”, muy diferente de “lo otro” .

Basando esa comunalidad que fue surgiendo, en compromisos que nos unen en nuestra singularidad, siempre dinámica y única. Es decir, el DYAN responde a la necesidad de un grupo mancomunado geo-cor-políticamente en un espacio de tiempo limitado, para dar lugar a una producción socializada que desborda el eje que la originó, para permear poco a poco, todas las otras formas de producción social (Palermo, Z.). Ese despertar nos permitió reconocernos en nuestras limitaciones pero también en las infinitas opciones de hacer de nuestras herencias, un acto de conciencia de “estar siendo” lo que NO/SI queremos ser.

Esto que resumo en tan breves líneas, fue un largo proceso colectivo en que cada una re-construía sus muchas YO, cual muñecas rusas (unas dentro de otras) hasta quedar la imagen de una sola (la más grande) que abarcaba a todas. Trabajo de una enorme apertura, de todas hacia todas, que permitió ir desnudando infancias (lindas/horribles), juventudes (rebeldes/sumisas), adulteces (etapa en la que más cambios asumieron)... mientras lloraban, reían y se liberaban de fantasmas. Habían comprendido cómo sanar sus heridas una a la otra, en comunión casi sagrada. Quién



hubiera podido ver esas escenas, diría que practicaban algún ritual. Y si, así era: un ritual de sanación de los fantasmas coloniales que las rondaron toda su vida; a la vez que nacían juntas y a la par (Dussel) a ese nuevo ser grupal, a esa “*comunalidad DYAN*”, que no conocían y a la que se lanzaban, como celebración de la vida en estado puro. Algo del orden de lo sagrado estaba allí presente, no sólo porque se ofrendaban unas a otras (la escucha, la atención, el abrazo, el llanto) sino porque, además, lo hacían espontáneamente, como surgiendo del círculo infinito que formaban sus cuerpos que ya no pesaban ... quizás, ellas ya lo habían trascendido en una fiesta comunal que cambió para siempre sus vidas. Ya no serían las mismas después de ese proceso. Aquellas que fueron, jamás volverían...

Siguiendo a Dussel, el ser humano nace a otrx y es recibido en su cultura (totalidad simbólica que nos amamanta con los signos de su historia-tiempo) y dentro de la cual desplegaremos nuestro mundo de sentido. Antes que el DYAN salga al mundo, estuvo la proximidad originaria, la que nos parió y alimentó en el “cara a cara” primigenio, en que no existían aún las distancias, dónde el tiempo de una fue el tiempo de todas. Esta categoría explica muy bien nuestro nacimiento como grupo y nos permite sostener, como raíz de nuestra práctica, que reunarnos cada viernes, encontrándonos, es una FIESTA.

Así, construimos un proyecto que tiene la posibilidad de un nuevo orden, un orden que no es de este mundo. Tan así es, que por ese lapso (durante el tiempo que dura la Fiesta), el DYAN se olvida que está compuesto por AM que durante el resto del tiempo en que transcurren sus vidas cotidianas, se sienten, a veces piensan y muchas veces se mueven... como el estereotipo de vieja que la Sociedad les propone: débil, necesitada, llena de carencias, enferma, invisible, doblemente marginalizada (por jubilada y por mujer), etc. Esos “cuerpos vividos” también alojan sus sensibilidades, gracias a las cuáles, podemos hallar intersticios. Cuando esto sucede, ese cuerpo vivido, gastado, modelado... se convierte automáticamente en mensaje: su esperanza de vida es el mensaje. Re-encontrando (Bloch,) el *principio esencial de la esperanza*; no como un mero deseo, sino como el fundamento mismo de lo real. Y es en esa “fiesta” que esos cuerpos piensan, sienten, desean...cuerpos OTRXS, como campos relacionales de fuerzas. Cuerpos que desafían los dispositivos de control y disciplinamiento hegemónicos, dinamitando las posibilidades de estandarización. Convirtiéndose en cuerpos solidarios, superadores de la fraternidad moderna. DYAN como cuerpo grupal, como práctica concreta que posibilita la crítica y auto-crítica ante



la emergencia de des/decolonizar nuestro pensamiento y sus lógicas coloniales, dejando al descubierto, visibilizando, las tramas ocultas del poder hegemónico. Comprender para actuar.

Obviamente, este es un largo proceso del que este trabajo apenas enuncia algunos de los logros alcanzados (desparejos y deformes porque corresponden a cada uno de los sujetos que lo integran y a todos en general). Proceso que no es para nada lineal ni del que fácilmente se pueda racionalizar resultado alguno. Para crecer es necesario madurar, nos enseña Dussel: en eso estamos.

En ellas conviven dos *formas* de ser viejas:

1) El del “viejo paradigma” heredado de la modernidad, del pensamiento hombre-máquina que circunscribe la vida del AM a su funcionalidad biológica y limita su participación ciudadana/social a una cuestión de edad. Imagen socialmente heredada.

2) La del “nuevo paradigma” que propone considerar al AM sujeto de derecho y no objeto de políticas asistencialistas. Promueve su “empoderamiento” y la aplicación del enfoque de derecho a las políticas públicas. Esto significa disfrutar de garantías, pero también hacerse cargo de responsabilidades, respecto de sí mismos, su familia y la sociedad.

Dando lugar a un fenómeno que he llamado “**de las dos orillas**”: Son AM que pertenecen (y lo saben) al nuevo paradigma de vejez pero habitan, se conducen, evalúan su accionar y padecen el anterior paradigma (paradigma de la modernidad). Aún aquellas que asumen las posturas más autónomas y “de avanzada”... se ven a sí mismas como transgresoras. Cargan una especie de “culpa social” que no les permite disfrutar totalmente de su libertad en el tiempo.

Del AM Hostil al AM Mestizo cultural

Siguiendo a Cusicanqui ...hay en el colonialismo una función muy peculiar para las palabras: ellas no designan sino que encubren. Por eso la des-colonización no puede ser sólo un pensamiento o una retórica, porque las palabras suelen desentenderse de las prácticas (...) dejando en evidencia ‘lo NO dicho’ colonial. Esos discursos públicos del NO decir acarrear formas equívocas de comunicarnos, dobles mensajes, sentidos ocultos, sentí-pensares tácitos e inconscientes convenciones del habla que esconden sobre-entendidos, nunca aclarados y orientan nuestras prácticas,



divorciando las palabras de las acciones. La “verdad histórica” está puesta en las palabras. No habiendo sido nunca totalmente des-colonizados, estamos siendo permanentemente re-colonizados por las elites gobernantes.

Confirmando que las palabras velan y ocultan; expresando, significando, y determinando un orden simbólico de sentido, es que lxs AM utilizan el ‘silencio’ como forma efectiva de evitación del rechazo social por parte de ‘lxs otrxs’. Prefieren la no-significación que la categorización negativa que otorga la sociedad, al viejx.

La perspectiva *ch’exe* del ensamblaje del mundo colonial a la realidad de su país (Bolivia) de S. R. Cusicanqui, me pareció DEVELADOR Y PEDAGÓGICO. Ella destaca que tanto el indio como el español, en su falta de reconocimiento a lo distinto; hacen del OTRX, un NO humano (distancia ontológica). Rescata imágenes que le permiten descubrir sentidos NO censurados por la lengua oficial, colonizada: las *wayuñas* y el *Allqamari*. Tanto en la trama de las bolsas como en el plumaje del pájaro, hay una relación impactante de contradicción entre el blanco y el negro. Una parte es la negación de la otra; en presencia simultánea de ambas. Hay una relación de categorías del orden de lo simbólico, no de lo cromático. Puede observarse que cada una de las partes está dividida y diferenciada de la otra, pero formando un todo articulado y en conjunción. La potencia de lo indiferenciado es que conjuga los opuestos. No hay hibridez. Antagonizan y se complementan a la vez, confluencia armónica de ambos polos.

Actualmente, el DYAN trabaja estos conceptos, al interior del mundo de la Adulta Mayor porteña. Es una apuesta fuerte que nos permite asumir *las dos orillas*, sin culpas, sin resentimientos. Asumiendo los momentos positivos de su trayectoria colonial, evaluada con criterios OTROS; en diálogo transversal- local..Viviendo la bi-culturalidad de las “fronteras”, creando un pensamiento crítico que convierte al proceso de envejecimiento en la construcción de un camino propio, la apertura a un infinito de posibilidades. Sabiendo que para resistir es necesario madurar (Dussel)... vamos des-tejiendo aprendizajes dolorosos (Freire – Fanon,) y yuxtaponiendo los positivos (Cusicanqui,) a nuevos tejidos que vamos haciendo... mientras hacemos, nos hacemos y nos re-hacemos. Volviendo a nacer (Dussel); sentí-pensando (Fals Borda,) la lucha por estar-siendo (Kusch,) humanos, reproductores de la vida (Hinkelammert). Sin negar los aspectos racionales de nuestra vida, pero reconociéndolos también desde OTRAS lógicas (Dussel, Mignolo); comunalmente, políticamente, epistemológicamente, epistemofílicamente, socioculturalmente, espiritualmente y



existencialmente *creativas* (Palermo). Entretejiendo lo pedagógico y lo decolonial (Walsh), trabajando desde las fisuras, mientras soñamos aportar nuestro granito de arena a un mundo OTRO.

Bibliografía

- Agamben, G. (1998). Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida. Madrid: Pre-textos.
- Ander Egg, E. (1992). La animación y los animadores. Salamanca : CCS.
- Berisso, D. Y Bonilla, A. (2001). Los límites del concepto de ciudadanía en el marco de una ética latinoamericana. De una ética de la liberación a una praxis intercultural. Buenos Aires: UBA- FfyL.
- Bloch, E. (1998). El principio esperanza. Tomo I. Editorial Trotta.
- Boaventura de Sousa, S. (2009). Una epistemología del Sur. CLACSO, Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2002). La juventud no es más que una palabra. México, Editorial Grijalbo.
- Butler, J. (2002). Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Paidós.
- Castoriadis, C. (1989). La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusqueta.
- Cerreceda, V. (1990). "A partir de los colores de un pájaro". Boletín del Museo Chileno de Arte Precolombino. N° 4. 57 - 104.
- Derrida, J. (1997). Carta a un amigo japonés. El tiempo de una tesis: Deconstrucción e implicaciones conceptuales. Barcelona: Proyecto A Ediciones.
- Dussel, E. (1998). Transmodernidad e Interculturalidad (Interpretación desde la Filosofía de la Liberación). México,: UAM-Iz.
- Dussel, E. (1996). Filosofía de la Liberación. Bogotá: Editorial Nueva América.
- Dussel, E. (2006). De la fraternidad a la solidaridad (Hacia una Política de la Liberación). México: Departamento Ecuménico de Investigaciones.
- Echeverría, B. (2010). Definición de la cultura. México: Editorial Itaca.
- Elías, G. (2012). "El concepto de solidaridad en Enrique Dussel como resistencia a las prácticas hegemónicas". CUADERNOS FHyCS-UNJu. Nro. 42:131-139.
- Fals Borda, O. (1985). Conocimiento y poder popular. Bs As.: Ed. El colectivo
- Fannon, F. (1963). Los condenados de la Tierra. México: Fondo de Cultura económica.
- Fernández, A. (2007). La invención de la niña. Buenos Aires: Unicef.
- Foucault, M. (1998). La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). La microfísica del poder. Madrid: Ediciones de la Piqueta.



- Foucault, M. (1996). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México DF, Siglo XXI.
- Freire, P. (2003). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (2009). *Pedagogía de la esperanza*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kusch, R. (2007). *Obras completas*. Rosario, Argentina: Fundación Ross.
- Le Bretón, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lizárraga, F. (2014). "Los límites del igualitarismo liberal de John Rawls". *Revista de la Facultad* Vol. 19-20: 201-230.
- Mignolo, W. (2003). *Historias locales/diseños globales*. Madrid: Akal ediciones.
- Morgade, G. (2001). "Existe el cuerpo... sin el género?". *Revista Ensayos y experiencias* N°38.
- O' Gorman, E. (1995). *La invención de América*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palermo, Z. (2018). *Heridas coloniales y apuestas Transmodernas*. Jujuy: Universidad Nacional de Jujuy / AFyL Argentina).
- Rigal, L. (2004). *El sentido de educar. Crítica a los procesos de transformación educativa en Argentina, dentro del marco latinoamericano*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Rivera Cusicanqui, S. (2015). *Sociología de la imagen- Miradas ch'ixi desde la historia andina*. Buenos Aires: Tinta limón.
- Rose, N. (2007). "La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno". Bs. As.: *Revista Argentina de Sociología*.
- Tasat, J. y Pérez, J.P. [compiladores]. (2013). *El Hedor de América. Reflexiones interdisciplinarias a 50 años de la América profunda de Rodolfo Kusch*. Bs As: Ed. Untref y CCC F. Gorini.
- Tzvetan, T. (2016). *Insumisos*. Gutenberg: Editorial Galaxia.
- Walsh, C. (2017). *Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. TOMO II. Quito, Ecuador: Ed. Abya Yala.



Desde el acceso abierto

La Bioética durante la era de Obama: los casos de Guatemala y Pakistán

Manuel Jesús López Baroni^{16 17}



Resumen: Durante el mandato de Obama han coincidido dos sucesos distantes en el tiempo pero interrelacionados en su naturaleza. Por un lado, se descubrió que en los años cuarenta EEUU había estado realizando experimentos con enfermedades de transmisión sexual en Guatemala, de forma similar a como ya lo hiciera con población afroamericana en Tuskegee, Alabama. Por otro, la CIA organizó una falsa campaña de vacunación en Pakistán con niños para poder obtener el ADN de los hijos de Osama Bin Laden, lo que hipotéticamente permitiría capturarlo. Analizaremos la respuesta de la Administración Obama cuando estos dos hechos salieron a la luz pública.

Abstract: During Obama's mandate have coincided at the time two distant events but interrelated with his nature. On the one hand, there was discovered that in the forties the USA had realized experiments with sexually transmitted diseases in Guatemala, from similar form to since already it was doing it with Afro-American population in Tuskegee, Alabama. For other one, the CIA organized a false campaign of vaccination in Pakistan with children to be able to obtain the DNA of the children of Osama Bin Laden, which hypothetically would allow to capture him. We will analyze the response of the Administration Obama when these two facts went out to the public light.

¹⁶ Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. Correo electrónico mjlopbar1@upo.es

¹⁷ Revista Internacional de Pensamiento Político - I Época - Vol. 9 - 2014 - [67-77] - ISSN 1885-589X



Palabras clave: Bioética; Guatemala; Tuskegee; Pakistán; Investigación científica; Bin Laden; Shakil Afridi.

Key words: Bioethics; Guatemala; Tuskegee; Pakistan; Scientific investigation; Bin Laden; Shakil Afridi.

Introducción

La bioética es un campo del conocimiento surgido en Estados Unidos durante los años setenta. Aunque resulta prolijo concretar cuáles son las materias que hallan cobijo bajo esta denominación, y sobre todo, dónde y cuándo apareció esta disciplina, podemos asegurar que una de las principales temáticas es la denuncia de violaciones de derechos humanos en las cuestiones relacionadas con las ciencias de la vida, como la biomedicina.

En concreto, un hecho que causó gran conmoción en Estados Unidos y que explica esta faceta de *memoria histórica* en la bioética fue lo sucedido en Tuskegee, Alabama, entre los años treinta y setenta del siglo XX¹⁸. En esencia, a un grupo de afroamericanos contagiados de sífilis se les negó el tratamiento con objeto de experimentar con ellos. A pesar que desde 1947 se sabía que esta enfermedad podía curarse con penicilina, ello no evitó que las investigaciones continuaran. A finales de los años sesenta y principios de los setenta, en el contexto de la lucha por los derechos civiles de los afroamericanos (Rosa Park, Martin Luther King, Ali, etc.) se cuestionó la legitimidad de estos actos médicos. Antes no. A pesar del nazismo y de las atrocidades de la II Guerra Mundial, al parecer casi nadie cayó en la cuenta de la analogía con lo que se estaba realizando en los Estados Unidos de América.

Pues bien, la confluencia entre el nacimiento de la bioética a principios de los años setenta y la denuncia de lo sucedido en Tuskegee, Alabama, ha fructificado en uno de los géneros de la literatura más prolíficos en esta disciplina: la denuncia de violaciones de derechos humanos en la biomedicina. Estos actos han consistido normalmente en agresiones cometidas por la mayoría sobre alguna minoría étnica (esterilizaciones, investigaciones forzadas, infecciones con objeto de experimentar,

¹⁸ La mejor síntesis de lo sucedido es la de Reverby, S. M., *Tuskegee's truths: rethinking the Tuskegee syphilis study*, 2000, Chapel Hill: University of North Carolina Press.



etc.). El número de países donde se han ido regurgitando estas historias (Suecia, con los gitanos; EEUU con los afroamericanos; Australia, con los aborígenes, etc.) muestran un cuadro de desapego a las reglas esenciales de la ética médica.

Estudiaremos en este artículo dos historias interrelacionadas. En primer lugar, el descubrimiento en la primera década de 2000 que Estados Unidos había estado investigando en Guatemala, también con enfermedades de transmisión sexual, a la misma vez que lo hacía en Tuskegee, Alabama. Analizaremos la reacción de la Administración Obama ante esta revelación y su contraste con la reacción guatemalteca.

En segundo lugar estudiaremos lo sucedido en Pakistán durante la cacería practicada para asesinar a Osama Bin Laden. La CIA organizó una falsa campaña de vacunación entre los niños con objeto de obtener el ADN de los hijos del afamado terrorista. Al margen de la inmoralidad de esta práctica, es preciso resaltar el daño colateral causado, ya que la impostura de la campaña ha perjudicado la vacunación de la polio en una de las zonas del planeta donde sigue siendo endémica.

En resumen, es como si no hubiésemos avanzado nada con respecto al siglo pasado. A la misma vez que Obama imploraba perdón por lo sucedido en Guatemala se empleaban niños para capturar a Bin Laden en Pakistán. La bioinformática, esto es, la posibilidad de obtener información relevante de la secuenciación del ADN, es actualmente un arma más de guerra.

El caso de Guatemala

La profesora Susan Reverby, del Wellesley College, estuvo estudiando en la Universidad de Pittsburg los experimentos realizados por los norteamericanos con población afroamericana en Tuskegee,

Alabama. Durante el curso de esta investigación logró acceder a una documentación que acreditaba que Estados Unidos había realizado esos mismos experimentos en Guatemala entre los años 1946 y 1948, algo que no se sabía.

La denuncia pública de estos hechos en octubre de 2010 generó una fuerte conmoción en la comunidad científica y política, empezando por la propia investigadora¹⁹. La primera consecuencia fue que de forma casi inmediata Barack

¹⁹ “I read on and my jaw kept dropping”, she wrote of the experience.” BRISTOL, Nellie, “US reviews human trial participant protections.” *The Lancet*, Vol 376 December 11, 2010, pp.



Obama llamó por teléfono al presidente guatemalteco, Álvaro Colom, con objeto de pedir disculpas a su pueblo por los execrables actos cometidos. La segunda fue que tanto Estados Unidos como Guatemala crearon sendas comisiones para profundizar en lo sucedido, con objeto de publicar finalmente los resultados.

Pues bien, en noviembre de 2010 Obama encargó a la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética la elaboración de un informe acerca de la realización de investigaciones sobre enfermedades de transmisión sexual en Guatemala entre 1946 y 1948. Nueve meses después dicha comisión emitió un informe titulado “*Éticamente imposible*”: *Investigación sobre las STD en Guatemala desde 1946 hasta 1948*. En esencia fue un documento que condensó la actuación del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en Guatemala. En diciembre se presentó un segundo informe con objeto de revisar las normas y reglas contemporáneas nacionales e internacionales para la protección de los seres humanos

20

El título de “éticamente imposible” procede de un axioma creado por Waldemar Kaempffert, del New York Times. En efecto, en 1947 dicho editor publicó una breve reseña en la que comentaba que los investigadores Magnuson y Felischman habían logrado curar con penicilina a conejos infectados de sífilis. A continuación reflexionó sobre cómo, para poder extrapolar estos resultados a los seres humanos, habría que aplicar la misma técnica empleada con los conejos, pero que “Debido a que esto es éticamente imposible, pueden pasar años antes de reunir la información necesaria”. Esta reseña fue publicada en el mismo intervalo temporal en que el doctor Cutler, quien al parecer también leyó la nota, había comenzado las investigaciones con seres humanos. Este es el motivo por el que la investigación encargada por la Administración Obama llevaba por título “Éticamente imposible”²¹.

Sin embargo, las reacciones de ambas administraciones han sido muy diferentes. Mientras que la norteamericana se ha conformado con investigar los

1975-1076.

²⁰ Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, “Moral Science Protecting Participants in Human Subjects Research”. En: <http://bioethics.gov/sites/default/files/Moral%20Science%20June%202012.pdf>. Última visita, noviembre de 2014.

²¹ TEIXEIRA, Mônica, “Os experimentos da Guatemala: infecção intencional de presos, soldados e insanos pela Laboratório de Pesquisa em Doença Venérea dos EUA”, *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, 2011, p. 690-698.



hechos y pedir perdón, la guatemalteca fue mucho más allá. El presidente Álvaro Colom calificó dichos actos de “crímenes de lesa humanidad”²², lo que implica entre otras cosas que no prescriben, por lo que todavía perseguirse si quedaran culpables vivos. A la vez, exigió tanto una reparación material como una investigación más profunda con objeto de averiguar el grado de conocimiento que tenían las más altas instancias norteamericanas sobre lo sucedido. Además, el tono de los informes emitidos es diametralmente opuesto. El norteamericano se centra única y exclusivamente en las investigaciones realizadas por el principal responsable, el doctor Cutler, lo que delimita las responsabilidades al crear un cerco que impide ascender en el escalafón. El informe guatemalteco por el contrario contextualiza políticamente lo sucedido, con claras críticas hacia la Administración norteamericana y su concepción de Iberoamérica como “patio trasero” durante la Guerra Fría.

Los experimentos consistieron en infectar intencionadamente y sin obtener el conocimiento a diferentes personas con enfermedades de transmisión sexual, tales como sífilis, gonorrea y chancro blando. Entre los infectados había prostitutas, presos, soldados guatemaltecos y pacientes de un hospital psiquiátrico, en total 1610 personas, aunque los datos exactos oscilan según las fuentes²³. Las prostitutas fueron inoculadas con objeto de que transmitieran la enfermedad al resto, aunque también se emplearon métodos de contagio más directos, como inyecciones y aplicaciones directas en mucosas.

También se hicieron pruebas de diagnóstico a 5.123 personas, incluidos soldados norteamericanos y niños de un orfanato y de un colegio. No se obtuvo el consentimiento de los críos, ni de sus padres, ni de los soldados. Aunque los experimentos se realizaron entre 1946 y 1948, se continuó con el seguimiento hasta 1953.

Los relatos que aparecen en los informes son de una especial crudeza, y muestran cómo se combinaron la falta de escrúpulos, la ausencia de controles, la miseria, la ignorancia y la desprotección con paradigmas de pensamiento de grupo análogas a las nazis.

²² ESPADA, Rafael, *Consentir el daño, Informe de la Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos Practicados con Humanos en Guatemala. Experimentos Médicos de Estados en Guatemala, 1946-1948*. En <http://www.cityprojectca.org/blog/wp-content/uploads/2012/07/Guatemala-Report-Consentir-Spanish-201110.pdf>. Última visita: octubre de 2014.

²³ El informe guatemalteco refiere que Cutler documenta hasta 3780 pacientes, y que los inoculados oscilan entre 1160 y los 1610 que reconoce EEUU.



Para contextualizar adecuadamente los experimentos hay que tener en cuenta que desde 1932, y por tanto coincidente en el tiempo con lo sucedido en Guatemala, se estaban produciendo los famosos experimentos de Tuskegee, Alabama, con población afroamericana, que duraron hasta principios de los años setenta²⁴.⁷ Las enfermedades de transmisión sexual causaban numerosísimas bajas entre las tropas norteamericanas²⁵,⁸ aunque desde 1947 ya se sabía que la penicilina curaba la sífilis. También se efectuaron experimentos en la prisión Terre Haute, Indiana, entre los años 1943 y 1944, donde participaron 241 presos. Y a la misma vez que se practicaban estos execrables actos en Guatemala se juzgaba a los nazis en Alemania. De hecho, la aprobación del Código de Nüremberg en 1947 no provocó el efecto de paralizar las investigaciones sino que por el contrario acentuó el secretismo y las precauciones.

¿Por qué en Guatemala? Los motivos no son concluyentes, pero es obvio que la pregunta es en sí misma molesta. Además, la exploración de las causas se realiza con desigual inquina según estemos ante el informe norteamericano o el guatemalteco. En esencia parece que coadyuvó el hecho de que en Guatemala la prostitución era legal, por lo que las prostitutas recibían exámenes periódicos de salud. A la vez, había acuerdos de colaboración mutua y de hecho participaron en los experimentos varios médicos guatemaltecos. Está por estudiar cuántos miembros de la administración centroamericana sabían lo que estaba sucediendo. Básicamente se fijaron en Guatemala porque eran pobres y los colectivos afectados estaban especialmente desprotegidos. Además, hay un componente racista en la actuación, consecuencia de las creencias paracientíficas de los científicos sobre las diferencias étnicas en lo referente a esta clase de enfermedades.

Por otro lado, el informe guatemalteco profundiza en el paradigma científico de la época. Parte de la comunidad estimaba que este tipo de actuaciones eran simplemente legítimas, de ahí que pudiesen darse tanto en un país bajo el régimen nazi como en la democracia norteamericana. Algunas de las frases textuales de los científicos muestran esta conciencia inconsciente: “no encuentro nada censurable en

²⁴ “Ironically, the revelation as a result of my research last year that one of the PHS researchers did deceptive inoculation syphilis studies in Guatemala between 1946 and 1948 with prostitutes, prisoners, soldiers, and mentally ill patients (although also providing curative penicillin to 86% of those infected) before he worked in Tuskegee, has revived the Tuskegee stories.” REVERBY, Susan M., “The art of medicine. Listening to narratives from the Tuskegee syphilis study”. *The Lancet.*, Vol. 377, may 14, 2011.

²⁵ LYNCH, Holly Fernandez, “Ethical evasion or happenstance and hubris? The U.S. Public Health Service STD Inoculation Study”, *The Hastings Center Report*, Mar/Apr 2012, 42, 2.



que el enfermo sirva para aprender” (Balz²⁶); “pura ciencia” (Cutler²⁷); se llegó a calificar al referido doctor como “filántropo” y “desinteresado” por “aliviar el sufrimiento”²⁸. Baste recordar que en 1942 se infectó voluntariamente a un bebé con herpes y se publicó el resultado en una importante revista de pediatría²⁹.

El informe guatemalteco encabeza el tercer capítulo con un ilustrativo título, “Material humano”, finalizando con la afirmación de que “(...) los ciudadanos siguen siendo “material experimental”:

Guatemala es un país de pobres, de gente de piel morena y baja estatura que acumula sobre sí todos los estigmas. Fácil es, entonces, ser víctimas de quienes, a fuerza de indoctrinamiento, ha internalizado sentimientos de superioridad y tienen los medios para ejercer un poder.

Por si fuera poco, los experimentos no fueron útiles desde el punto de vista científico y sólo generaron tres publicaciones³⁰.

Una de las limitaciones de la actuación de la Administración Obama es que ni siquiera ha aprobado indemnizaciones para los afectados³¹. Esta carencia se ha

²⁶ BALZ, Guillermo, en ESPADA, Rafael, Op. cit.

²⁷ De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001231, en Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, *Ethically impossible, STD Research in Guatemala from 1946 to 1948*, September 2011. En [http:// bioethics.gov/sites/default/files/Ethically-Impossible_PCSBI.pdf](http://bioethics.gov/sites/default/files/Ethically-Impossible_PCSBI.pdf). Última visita en noviembre de 2014.

²⁸ “Distinguished Dr. Cutler, It's A privilege for us to manifest to you, by means of these lines, our everlasting gratitude which will remain forever in our hearts because of your noble and gentlemanly way with which you alleviated the suffering of the guards and prisoners in this penitentiary. You have really been a philanthropist, your disinterestedness, your constancy are evident samples of your nobleness.” —*Roberto Robles Chinchilla, chief of the medical service of Guatemala's Central Prison, December 8, 1948*“. LÖWY, Llana, “The Best Possible Intentions: Testing Prophylactic Approaches on Humans in Developing Countries”, *American Journal of Public Health*, February 2013, Vol. 103, N°. 2.

²⁹ “A 12-month old baby in California was deliberately infected with herpes as part of an experiment. One editor objects to publishing the work, but it appears in 1942 in the *Journal of Pediatrics*.” WALTER, Matthew, *Nature*, Vol. 482, 2012, p. 148.

³⁰ Los artículos que se citan en el informe guatemalteco son de JM Funes, en 1952, S Levitan, en ese mismo año, y JM Funes al año siguiente. Los estudios presentaban problemas metodológicos, por lo que no eran útiles.

³¹ “Although US President Barack Obama apologized in 2010, and although the US Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues found the Guatemalan experiments morally wrong, little if anything has been done to compensate the victims and their families.” RODRÍGUEZ and GARCIA, “First, Do No Harm: The US Sexually Transmitted Disease Experiments in Guatemala”, *American Journal of Public Health*, December 2013, Vol. 103, N°



comparado con las indemnizaciones que se acordaron para los casos de Tuskegee y por la emisión de radiaciones ionizantes durante experimentos nucleares³². La paradoja es que no solo la prestigiosa revista *Nature* ha reclamado indemnizaciones para los afectados³³, sino que el propio informe final emitido por la comisión designada por Obama también ha abogado por resarcir económicamente a los perjudicados³⁴. La administración Obama ha guardado silencio sobre este tema, lo que despierta sospechas sobre el alcance de este tipo de experimentos.

Otro de los puntos oscuros de toda historia ha sido la tardanza en publicar estos hechos. Susan Reverby descubrió lo sucedido en Guatemala en 2003, esto es, durante el mandato de Bush, pero no se dio a conocer a la opinión pública hasta siete años más tarde³⁵ ¿Por qué se ha mantenido este tema en secreto durante tanto tiempo?³⁶ “Como país, lo mejor que podemos hacer cuando nos enfrentamos a un

12.

³² COHEN and ADASHI, “In the Wake of Guatemala: The Case for Voluntary Compensation and Remediation”, *American Journal of Public Health*, February. 2012, Vol. 102, n°2.

³³ “In 1996, the US government paid \$4.8 million in compensation for injecting 12 people, most of them hospital patients being treated for unrelated illnesses, with plutonium and uranium in the mid-1940s. Those compensated included one survivor and 11 family members of deceased victims. And earlier this year, a task force in North Carolina recommended that victims of that state’s forced-sterilization programme, which ended in 1974, each receive \$50,000.” EDITORIALS, “Justice for all. The US government must not wriggle out of paying compensation to the victims of horrific experiments in Guatemala in the 1940s”, *Nature*, Vol. 484, 287, 19 April 2012.

³⁴ “The Commission recommends that the federal government undertake a careful assessment to address how best to satisfy the ethical obligation to compensate individuals who suffer research-related injuries as a result of volunteering in a federally funded study. The nature and extent of injury, the type of research in which the injury is occurring, and the costs of injury to subjects, investigators, and society have not been systematically studied. When the scope and nature of compensation for research-related injuries is determined, it will be possible to address adequately the practical questions associated with treatment and compensation.” Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, Moral Science. *Protecting Participants in Human Subjects Research*. En <http://bioethics.gov/sites/default/files/Moral%20Science%20June%202012.pdf>. Última visita, noviembre de 2014.

³⁵ “This year the world commemorates the beginning of the tragic USPHS syphilis experiments that occurred in Tuskegee, Alabama from 1932 to 1972. In light of this sobering anniversary, this article will briefly examine four studies: the already mentioned USPHS syphilis studies in Tuskegee, the Nazi Holocaust Experiments and the resulting Doctors’ Trial at Nuremberg, the USPHS study on sexually transmitted diseases in Guatemala, and the Pfizer Trovan study in Nigeria. By.” CAMERAN NELSON, J., “In Remembrance There Is Prevention: A Brief Review of Four Historical Failures to Protect Human Subjects”, *Journal of Research Administration*, v. 43 n°1, 2012, pp. 98-111.

³⁶ “And one final question remains. As Lynch explains, this was a secret study, and the researchers and administrators took pains to insure that it remained secret. Something Lynch does not address but that seems to deserve some discussion is the fact that once unearthed



capítulo oscuro es sacarlo a la luz”. Cuando la Administración Obama pronunció estas palabras a través de Kathleen Sebelius³⁷, olvidaron explicar por qué tardó tanto tiempo en llegar la claridad...

En conclusión, aunque obviamente la Administración Obama ha reaccionado ante este descubrimiento, las críticas se centran en lo recatado de su actuación. No se han buscado responsabilidades penales, ni se ha indemnizado a los afectados supervivientes, ni se ha indagado sobre quiénes, aparte de los directamente implicados, pudieron haber participado en las investigaciones conduciéndolas.

Además, lo sucedido en Guatemala arroja también oscuridad sobre los hechos de Tuskegee. La versión oficial, a pesar de la mitología imperante³⁸, es que los afroamericanos ya tenían sífilis y no fueron contagiados *ex profeso* para los experimentos. Sin embargo, si los experimentos de Guatemala se realizaron de forma simultánea a los de Tuskegee, ¿por qué infectar voluntariamente a los guatemaltecos *pero no a los afroamericanos*? El mayor problema de un paranoico no es su inestabilidad mental, sino que tenga razón.

Por último, resulta curioso desde nuestra atalaya cultural que en la página web de la Casa Blanca aparezca la fotografía del presidente norteamericano en el momento en que telefonea a su homólogo guatemalteco, qué nos podrá importar esa

from fifty-five years of secrecy, the study then remained secret for another seven years; discovered in 2003, it only reached officials at the Centers for Disease Control and Prevention in 2010. Presumably some Guatemala would have preferred to have this information much earlier”. SUSAN E., Lederer, “Shining Light on a Shady Study”, *The Hastings Center Report*, Mar/Apr 2012; 42, 2.

³⁷ Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Estados Unidos.

³⁸ “When the story of this study circulates, however, it often becomes mythical. In truth, the United States Public Health Service (PHS) who ran the study observed the course of the already acquired and untreated late latent disease in hundreds of African American men in Macon County, Alabama. They provided a little treatment in the first few months in 1932 and then neither extensive heavy-metals treatment nor penicillin after it proved a cure for many with the late latent stage of the disease. Yet much folklore asserts that the doctors went beyond this neglect, and that they secretly infected the men by injecting them with the bacteria that cause syphilis. This virally spread belief about the PHS’s intentional infecting appears almost daily in books, articles, talks, letters, Web sites, tweets, news broadcasts, political rhetoric, and above all in whispers and conversations. It is reinforced when photographs of the study’s blood draws circulate, especially when they are cropped to show predominantly a black arm and a white hand on a syringe that could, to an unknowing eye, be seen as an injection.” REVERBY, Susan, ‘Normal Exposure’ and Inoculation Syphilis: A PHS “Tuskegee” Doctor in Guatemala, 1946-1948”, *Journal of Policy History*, Volume 23, Number 1, 2011, pp. 6-28.



imagen que además no acredita que pertenezca *justo* a ese momento³⁹. Pero es que además, y nos sirve de preámbulo con el siguiente epígrafe, mientras Obama hacía acto de contrición y prometía solemnemente que *nunca más*, etc., la CIA organizaba una falsa campaña de vacunación a niños con objeto de conseguir el ADN de los hijos de Osama Bin Laden para capturarlo. Sin embargo, en este caso la Casa Blanca no ha publicado la foto con Obama impartiendo la orden. Lo examinaremos a continuación.

El caso Shakil Afridi

La polio es una enfermedad vírica que afecta fundamentalmente a los niños. Aunque en la mayoría de los casos es asintomática, en al menos un 1% de los casos provoca parálisis⁴⁰. Las campañas de vacunación⁴¹, algunas promovidas por la fundación de Bill Gates, están logrando erradicarla del planeta⁴². La Iniciativa para la Erradicación Global de la Polio logró que disminuyeran los casos de 350.000 en 1982 a 500 a comienzos de milenio. En 2010, fecha en la que se sitúan los hechos que analizamos, volvió a incrementarse a 1500 casos⁴³. De hecho, en algunos países no sólo no mejora la situación sino que incluso se ha producido un retroceso, como es el caso de Pakistán⁴⁴, donde en 2010 aumentaron los casos con respecto al año anterior en un 62%⁴⁵.

³⁹ "Read-out of the President's Call with Guatemalan President Colom" This afternoon, President Obama spoke with President Alvaro Colom of Guatemala to express his deep regret regarding the study conducted by the U.S. Public Health Service in the 1940s on sexually transmitted disease inoculation and to extend an apology to all those affected. (...) A photograph of the President during this call is available [HERE](#).", en <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2010/10/01/read-out-presidents-call-with-guatemala-n-president-colom>. Última visita en noviembre de 2014.

⁴⁰ AIDYANATHAN, Gayathri, "A last push to eradicate polio. Funding gap persists as agencies and organizations attempt to wipe out the tenacious virus", *Nature*, 1 February 2011.

⁴¹ CALLAWAY, Ewen "Polio's last stand: As the global eradication effort ramps up, funding shortfalls threaten the programme's gains in Africa and Asia", 28 May 2012, *Nature*, V. 485, 28 May 2012, p. 563.

⁴² BUTLER, Declan, "630-million for push to eradicate polio. Gates Foundation leads donors promising cash for vaccination and research", *Nature*, 21 January 2009.

⁴³ LARSON, Heidi; GHINAI, Isaa, "Lessons from polio eradication", *Nature*, 473, 26 May 2011, pp. 446-447.

⁴⁴ CALLAWAY, Ewan, "Polio clings on in Pakistan", *Nature*, Vol. 473, 26 May 2011, p. 428.

⁴⁵ EDITORIALS, "Don't blame the CIA", Vol. 475, 21 July 2011, *Nature*, p. 265.



Entre las causas que explican el rebrote en lugares como Pakistán están lo abrupto del terreno, los conflictos armados y el temor injustificado a las vacunas^{46,47}.^{29,30} La ignorancia acerca de la existencia de la enfermedad, la ausencia de confianza sobre los efectos de la vacuna, factores religiosos como creer que puede contener ingredientes contrarios a sus creencias religiosas^{48,31} y enfoques paranoicos como pensar que la campaña forma parte de una conspiración occidental para dejar estériles a los varones musulmanes, dificultan la erradicación definitiva de la enfermedad⁴⁹.³² En ocasiones incluso se ha asesinado al personal sanitario que acude puerta por puerta a vacunar a los niños⁵⁰, lo que obliga a extremar las precauciones o incluso a suspender temporalmente las campañas.

En 2011 Estados Unidos localizó a Osama Bin Laden en Pakistán, en concreto, en la ciudad de Abbottabad. Tras irrumpir en el territorio sin autorización del país logró asesinarle ¿Cómo consiguieron averiguar dónde se guarecía?

Según informó el periódico *The Guardian*, la CIA organizó una falsa campaña de vacunación contra la hepatitis b entre los niños pakistaníes con objeto de conseguir muestras de ADN⁵¹. El objetivo último era localizar a los hijos del terrorista, lo que a su vez ayudaría a ubicar a Bin Laden.

Se desconoce si la farsa tuvo éxito, esto es, permitió saber dónde se hallaba escondido el talibán más perseguido de la historia, pero es obvio que de una forma u

⁴⁶ Ayesha Siddiqa Bugvi, Rahla Rahat, Rubeena Zakar, Muhammad Zakaria Zakar, Florian Fischer, Muazzam Nasrullah and Riffat Munawar, "Factors associated with non-utilization of child immunization in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2006-07", *BMC Public Health*, 2014, 14, 232.

⁴⁷ MURAKAMI, Hitoshi; KOBAYASHI, Makoto; HACHIYA, Masihiko; KHAN, Zahir; HASSAN, Syed; SAKURADA, Shinsakuf, "Refusal of oral polio vaccine in northwestern Pakistan: A qualitative and quantitative study", *Vaccine*, Mar 10, 2014, 32, 12, pp. 1382-1387.

⁴⁸ RAZA KHOWAJA, Asif; KHAN, Sher Ali; NIZAM, Naveeda; BIN OMER, Saad; ZAIDI, Anita, "Parental perceptions surrounding polio and self-reported non-participation in polio supplementary immunization activities in Karachi, Pakistan: a mixed methods study", *Bull World Health Organ*, 2012, 90, pp. 822-830.

⁴⁹ BRUMFIEL, Geoff, "Fake vaccination campaign raises real fears", *Nature*, 14 de Julio de 2011.

⁵⁰ GULLAND, Ane, "Three more polio workers are killed in Pakistan", *BMJ-British Medical Journal*, Vol. 348, Jan 20 2014.

⁵¹ SHAH, Saeed, "CIA organized fake vaccination drive to get Obama bin Laden's family DNA", *The Guardian*, Monday, 11 July 2011, en <http://www.theguardian.com/world/2011/jul/11/cia-fake-vaccinations-osama-bin-ladens-dna>. Última entrada, julio de 2014.



otra la Administración Obama terminó la cacería iniciada por George Bush.

La CIA contrató para la operación al médico Shakil Afridi. El doctor fue detenido tres semanas después de la muerte de Bin Laden, procesado y condenado en mayo de 2012 a 33 años de cárcel. La CIA ni confirma ni desmiente el caso, aunque Estados Unidos reaccionó recortando las ayudas al país en 33 millones de dólares, uno por cada año de cárcel⁵². La apelación del médico, que alegó que estaba en una especie de limbo jurídico, por lo que solicitaba la repetición del juicio⁵³, logró rebajar la pena a 22 años^{54 55}, aunque no sabemos si EEUU, dado que no le constaba la historia, abonó después la diferencia.

Los efectos *colaterales* de la falsa campaña de vacunación son inmensos⁵⁶, ya que donde se produjo la falsa vacunación coincide con la zona donde se diagnostican más casos de polio⁵⁷.⁴⁰ Si a las características topográficas de la zona había que unir el fanatismo religioso, lo que permitía a Pakistán encabezar la lista de países donde la polio es endémica, la actuación de la Administración Obama no ha hecho sino enconar más la situación. Quienes acusaban a Occidente de querer agredir a sus hijos han encontrado en este escándalo un argumento más para rechazar la ayuda sanitaria. A la miseria, la pobreza, la incultura y el integrismo religioso hay que unir ahora el factor biotecnológico: cualquier medio es válido si se está en guerra. En este contexto, los principios de la bioética son meros ejercicios de onanismo academicista. Después de todo en Occidente no saldrán nunca las fotos de niños con parálisis causada indirectamente por la falsa campaña de vacunación. A Osama Bin Laden no solo se le asesinó contraviniendo las normas elementales de un Estado de Derecho,

⁵² FINANCIAL POST, "Difa-e-Pakistan demands death sentence for Dr Shakil Afridi", Jun 6, 2012. En <http://search.proquest.com/docview/1018598751?accountid=14695>. Última visita junio de 2014.

⁵³ SHAH, Saeed, "Doctor Who Helped Find bin Laden Is Left in Legal Limbo; Tribunal Rejects Shakil Afridi's Appeal for a Complete Retrial", *Wall Street Journal*, Dec 18, 2013. <http://search.proquest.com/docview/1468886444?accountid=14695>. Última visita, noviembre de 2014.

⁵⁴ "Pakistan Reduces Sentence for Doctor; Shakil Afridi Allegedly Helped the U.S. Find Osama bin Laden", *Wall Street Journal*, 2014, Mar 15, 2014.

⁵⁵ "Shakil Afridi's 33-year sentence overturned", *The Financial Daily*, Aug. 30, 2013, en <http://0-search.proquest.com.athenea.upo.es/printviewfile?accountid=14695>. Última visita en noviembre de 2014.

⁵⁶ "Shakil Afridi partially responsible for KP's polio problem: Imran", *Financial Post*, Jan 18, 2014.

⁵⁷ CALLAWAY, Ewen, "As the global eradication effort ramps up, funding shortfalls threaten the programme's gains in Africa and Asia", *Nature*, Vol. 485, 31 May 2012.



sino que por el camino se ha dejado un reguero de niños con polio que no por invisibles serán inexistentes.

En enero de 2013, doce decanos de facultades norteamericanas hicieron pública una carta dirigida a la Administración Obama en la que instaban a que no se volviera a repetir una situación como la descrita en los programas de salud pública^{58, 41}. La misiva recordaba el daño causado en la lucha internacional para la erradicación de la polio, endémica todavía en países como Afganistán, Nigeria y Pakistán, aunque ha sido erradicada de la India^{59, 42} y que entre otros efectos colaterales había provocado la expulsión de Pakistán de la ONG *Save The Children*, entidad que encabezaba las campañas de vacunación. Apelaron también a la Convención de Ginebra de 1949 sobre protección de los no combatientes, en una clara indicación de que EEUU estaba violando la normativa internacional. La carta recuerda que Sargent Shriver, uno de los fundadores de la bioética y director en su momento de los *Peace Corps*, descubrió en su momento que la CIA se había infiltrado en sus programas. Tras la oportuna queja en su momento ante el presidente norteamericano se garantizó que no se volvería a repetir...

La carta fue firmada por *solo* doce decanos, lo que no es precisamente un número desbordante para la cuna de la bioética.

La Administración Obama contestó mediante otra carta pública afirmando que la CIA no empleará los programas de vacunación para sus operaciones, ni obtendrá o utilizará las muestras de ADN conseguidas en estos programas^{60, 43}. Por último, agradeció a los decanos el trabajo que hacían... La respuesta está redactada de forma ambigua y oscura, aunque quizá la palabra más descriptiva sea hipocresía, ya que el gobierno de Obama ni confirma ni desmiente que hubiese autorizado la utilización de este tipo de técnicas. Lo único que afirma es que *no se harán*, que no es

⁵⁸ SUN, Lena, "CIA: No more vaccination campaigns in spy operations", *The Washington Post*, May 19, 2014, en http://www.washingtonpost.com/...igns-in-spy-operations/2014/05/19/406c4f3e-df88-11e3-8dccc6b7fede081a_story.html, última visita; mayo de 2014.

⁵⁹ MAHER, Dermot, "The human qualities needed to complete the global eradication of polio" *Policy & practice*, 2013, 91, pp. 283-289.

⁶⁰ MONACO, Lisa, Assistant to the President for Homeland Security and Counterterrorism. La carta está disponible en: http://www.washingtonpost.com/...igns-in-spy-operations/2014/05/19/406c4f3e-df88-11e3-8dccc6b7fede081a_story.html. Última visita: mayo de 2014.



lo mismo que decir que no se harán *más*⁶¹.⁴⁴ Tan solo meses antes, y como hemos podido analizar en el epígrafe anterior, Obama había garantizado que lo de Guatemala no volvería a ocurrir. Dada la brevedad del lapso del tiempo podríamos afirmar que *ya estaba ocurriendo*. Tuskegee, Guatemala, Pakistán, generan afirmaciones retóricas acompañadas de golpes de pecho y genuflexiones que son recogidas con alborozo por la audiencia, pero que obviamente son superadas por la *realpolitik*.

Conclusiones

Ambos episodios, aunque de naturaleza diferente, se han imbricado de forma casual, ya que al suceder durante el periodo 2010-11 obligaron a posicionarse a la Administración Obama con el paradójico efecto de condenar en Guatemala lo que simultáneamente practicaba en Pakistán.

No sabemos si la otra hipótesis es aún peor, que el gobierno de Obama no supiese nada del caso del doctor Shakil Afridi y que la CIA actúe por su cuenta en calidad de administración paralela.

En cualquier caso, lo más sorprendente del caso de Pakistán, región ya de por sí castigada por factores geoestratégicos, es el sepulcral silencio que rodea este tipo de sucesos, condenado a la marginalidad como epifenómeno que no merece atención mediática alguna. Además, casi nadie vincula estas actuaciones con otras a las que hemos tenido acceso por la prensa.

En efecto, ha sido durante el mandato de Obama cuando nos hemos enterado de la existencia de programas de interceptación masiva de llamadas telefónicas, espionaje de correos e incluso escaneo de imágenes de caras humanas ¿Será el siguiente paso recolectar muestras de ADN a gran escala bajo el argumento de la seguridad nacional? Es obvio que en la lucha contra el terrorismo, la delincuencia o simplemente cuando los intereses estratégicos de un Estado lo requieran, la biotecnología será un arma más.

⁶¹ "I wanted to inform you that the Director of the Central Intelligence Agency (CIA) directed in August 2013 that the Agency make no operational use of vaccination programs, which includes vaccination workers. Similarly, the Agency will not seek to obtain or exploit DNA or other genetic material acquired through such programs. This CIA policy applies worldwide and to U.S. and non-U.S. persons alike." MONACO, Lisa, Assistant to the President for Homeland Security and Counterterrorism. La carta está disponible en: http://www.washingtonpost.com/...igns-in-spy-operations/2014/05/19/406c4f3e-df88-11e3-8dcc-d6b7fede081a_story.html, última visita; mayo de 2014.



En definitiva, Barack Obama va a pasar a la historia como el primer dirigente *recolector* de genes y de *memes* a gran escala. Las crónicas dirán que la *cosecha* comenzó con la que iba a ser paradójicamente la gran esperanza de las minorías étnicas.



Artículos Becas SISNe

Sobrevida de Cáncer de mama en mujeres residentes en la Provincia del Neuquén. Años 2003-2012. Estudio observacional retrospectivo⁶²

**Natalia Arias Ondicol
Verónica Lac Prugent
Adrián Lammel**

Resumen

Un registro de cáncer de base poblacional es sumamente importante para poder determinar la incidencia del cáncer en una población determinada. Para eso, la calidad de sus datos tiene un papel fundamental y dicha calidad es el resultado de una serie de procedimientos. Está estrechamente relacionado el cálculo de sobrevida (supervivencia) con la calidad del registro poblacional.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres mundialmente. La Argentina y la provincia de Neuquén no son ajenas a estas estadísticas.

⁶² Este estudio se realizó mediante una beca SISNe otorgada por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos, CAIBSH, del Área de Bioética de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, convocatoria 2015.



Es un estudio observacional retrospectivo de supervivencia. La población de estudio son las 1728 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, que se incluyeron en el RTN entre los años 2003-2012.

Palabras Claves: Análisis de Supervivencia – cáncer de mama – Registro de cáncer – Neuquén – Sobrevida

Abreviaturas

RTN: Registro de Tumores del Neuquén

RITA: Registro Institucional de Tumores del Hospital Dr. Eduardo Castro Rendón

Propósito

Conocer la Probabilidad de las mujeres de la Provincia de Neuquén con Cáncer de mama de vivir a 5 años. Esta probabilidad, junto con la mortalidad por cáncer de mama y la incidencia será insumo para el Programa Provincial de cáncer de mama y para el Hospital Provincial Neuquén.

Pregunta de la investigación

¿Cuál es la probabilidad de las mujeres de la Provincia de Neuquén con cáncer de mama, de vivir a 5 años?

Objetivo general

Determinar la probabilidad de supervivencia en mujeres con cáncer de mama residentes de la provincia de Neuquén en el periodo 2003 a 2012.

Objetivos específicos

- Analizar la mortalidad en mujeres de la Provincia del Neuquén en el periodo 2003 a 2012.
- Calcular la probabilidad de supervivencia a 5 años en mujeres con cáncer de mama de la Provincia de Neuquén.
- Calcular la función de supervivencia



- Obtener los test de Log-Rank y Wilcoxon

Tipo de estudio y diseño.

Estudio observacional retrospectivo de supervivencia.

Población:

Universo o población objetivo

El universo de estudio lo constituyen las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, que se incluyeron en el RTN entre los años 2003-2012.

Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión

Unidad de análisis: Toda mujer con residencia en la provincia de Neuquén que posea el siguiente diagnóstico: Neoplasia maligna en mama, siendo de sexo femenino de cualquier edad a partir del 1 de Enero de 2003 al 31 de diciembre del 2012.

Criterios de inclusión:

Mujeres mayores de 14 años residentes de la provincia de Neuquén con diagnóstico de cáncer de mama, registradas en la base del RTN, en el periodo de 2003 a 2012.

Criterios de exclusión:

Hombres de cualquier edad y niños menores de 15 años. Mujeres con otro tipo de cáncer que no sea mama serán excluidas. Mujeres con tumores múltiples y uno de ellos sea cáncer de mama.

Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos.

Se trabajará con todas las mujeres residentes en la provincia que están registradas en el RTN. No se tomarán muestras. Los sesgos que se asumen es no contar aún con algunas fuentes del sector privado y tener un subregistro de mujeres con cáncer de mama.

Selección de técnica e instrumento de recolección de datos. Fuentes primarias y secundarias. Prueba piloto del instrumento.

La fuente de datos es secundaria. Se cuenta con la base de datos del RTN que fue realizada con otra finalidad.



Resultados

a – Cumplimiento o desvío de la metodología planteada inicialmente

El objetivo general del proyecto de investigación plantea estudiar la supervivencia de las mujeres residentes en la provincia de Neuquén. Al comienzo del estudio, el RTN no contaba con datos del sector privado. A principio del año 2017, un importante laboratorio de anatomía patológica comenzó a ser fuente del registro. Debido al volumen de información entregada, aún no se han ingresado en su totalidad los casos del periodo proporcionado. Debido a esto, el estudio debió acotarse a los datos completos con que cuenta el registro y que son del sector público.

Actualmente, se están proyectando una serie de cambios en el RTN con la intención de mejorar los análisis posteriores. Estos cambios repercutirán luego en el cálculo futuro de probabilidades de supervivencia de cualquier cáncer.

a.1 – Aspectos técnicos

Nos interesa conocer el tiempo que transcurre desde que, una mujer es diagnosticada con cáncer hasta su defunción. En esta situación se debe aplicar un análisis de supervivencia. Se define como supervivencia a la probabilidad de que un individuo sobreviva desde la fecha de entrada en el estudio hasta un momento determinado en el tiempo t .

Tiempo de supervivencia, es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el estado final (la muerte relacionada con la enfermedad, en nuestro caso el cáncer de mama). La fecha de diagnóstico, la fecha de defunción y el estado vital (si está viva o muerta) son utilizados para calcular la variable: “tiempo de seguimiento en meses”, variable que es utilizada para el cálculo de la supervivencia.

Cuando el tiempo de seguimiento termina antes de producirse la muerte, (por ejemplo no se tiene la fecha de último contacto), o la muerte es por otra causa diferente del cáncer de mama, se habla de datos censurados u observaciones incompletas. Los datos no censurados son los fallecidos durante el periodo de estudio.

Tasa de supervivencia: es el porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que todavía están vivas durante un determinado período después del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad como el cáncer. A menudo, la tasa de



supervivencia se indica como una tasa de supervivencia a 5 años, que es el porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que están vivas cinco años después de su diagnóstico o comienzo del tratamiento. También se llama tasa de supervivencia general.

Para el cálculo de la supervivencia, es decir para estimar la probabilidad de supervivencia individual acumulada a lo largo del tiempo, se utilizó el Método Kaplan-Meier. Este método calcula la supervivencia cada vez que un paciente muere. Es un método no paramétrico, es decir que no asume ninguna distribución en particular. Lo más importante es que asume que los sujetos censurados se habrían comportado del mismo modo que los que han sido seguidos hasta el evento (muerte en nuestro estudio).

El análisis de supervivencia irá acompañado de la representación gráfica, es decir de la función de supervivencia, en la cual se puede observar cómo va disminuyendo la probabilidad de sobrevivir a medida que pasa el tiempo. En el eje "X" irá el tiempo de seguimiento en meses y en el eje "Y" la probabilidad o porcentaje de los que sobreviven en el tiempo t.

a.2 – Aspectos éticos

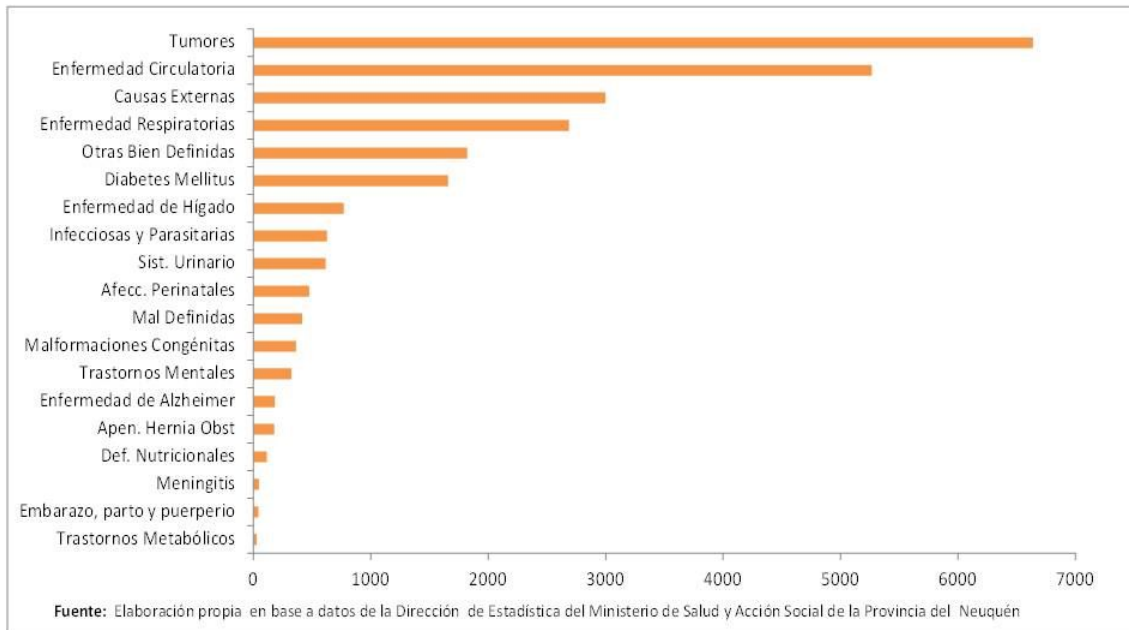
Los datos fueron analizados en conjunto, y no se difundirá en ningún momento de la investigación ni en la publicación de trabajos, los datos personales de los sujetos.

b – Datos Recogidos

b.1 - Mortalidad

Del primer objetivo específico se desprende el siguiente análisis:

Gráfico N°1: Defunciones totales (ambos sexos) por año de ocurrencia según grupos de causas seleccionadas. Provincia de Neuquén. Periodo 2003–2012. (N=25262)



Se observa en el periodo 2003 a 2012 para ambos sexos, que la primera causa de muerte en la provincia de Neuquén son los tumores, seguidos por enfermedades circulatorias, causas externas, enfermedades respiratorias, otras bien definidas y en sexto lugar se ubica la diabetes Mellitus. (Gráfico N°1)

Diferenciando la mortalidad por sexo, y enfocándonos únicamente a las mujeres, observamos que los tumores son la primera causa de muerte en mujeres en la provincia de Neuquén en el período de estudio. (Gráfico N°2)

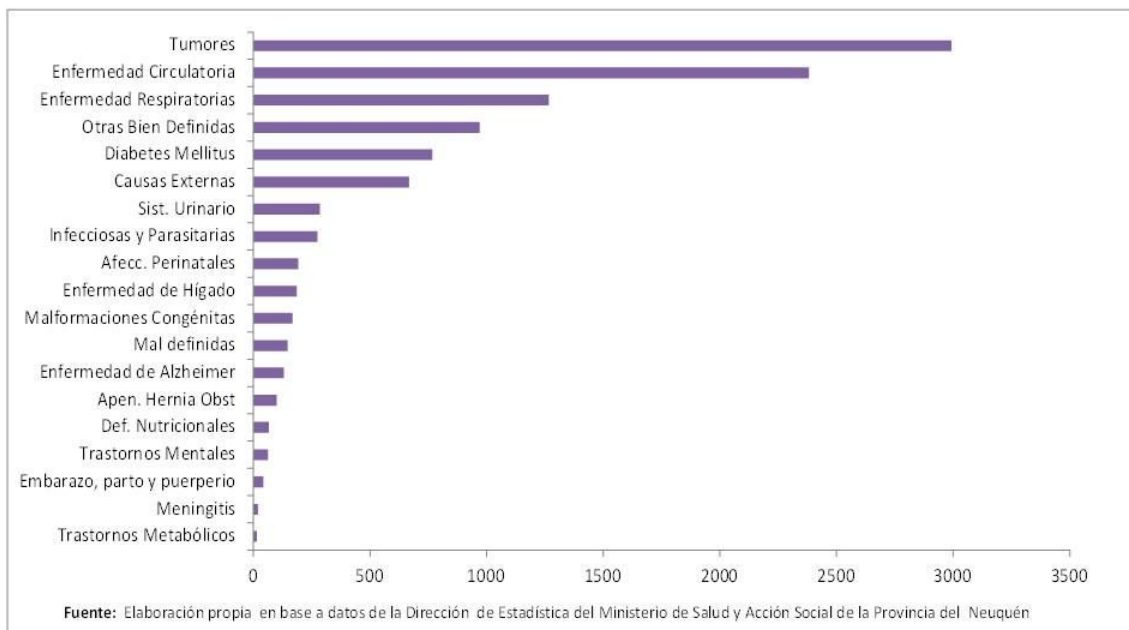




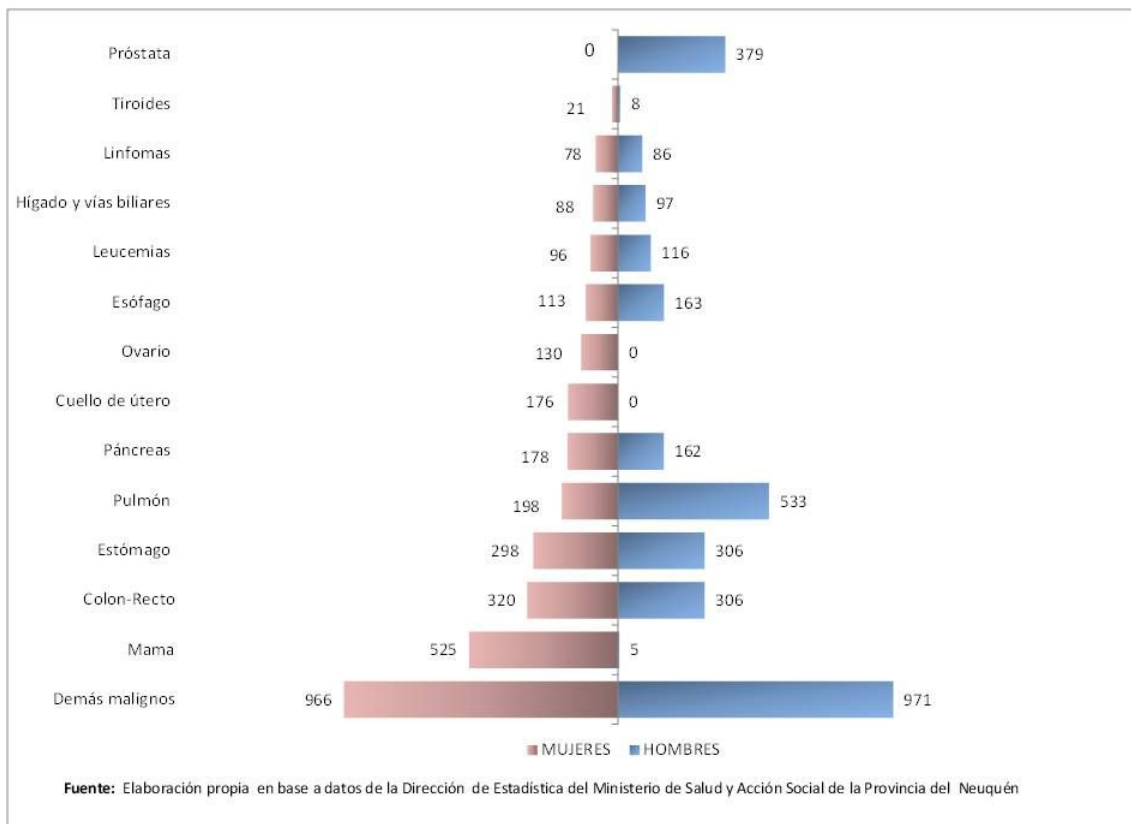
Gráfico N°2: Defunciones en mujeres, por año de ocurrencia según grupos de causas seleccionadas. Provincia de Neuquén. Periodo 2003–2012. (N=10741)

Siguiendo con el análisis de la mortalidad, analizaremos las defunciones por localización de Tumores comparada por sexo.

Dejando afuera demás malignos, la primera localización de tumores en mujeres es mama, seguido de colon-recto, estómago y en cuarto lugar se ubica pulmón. Sin embargo en varones la primera localización es pulmón, seguido por próstata, colon-recto y estómago. (Gráfico N°3)

Dado que uno de los criterios de exclusión en el estudio fue el ser varón, consideramos pertinente comparar la mortalidad del cáncer de mama tanto en mujeres como en varones. Mientras que en las mujeres es la primera causa de muerte, en los varones no se encuentra entre las 15 principales causas de defunción.

Gráfico N°3: Defunciones de tumores por sexo según localización. Provincia de Neuquén. Periodo 2003 – 2012 (N=6319)



b.2 - Incidencia



En el periodo 2003 a 2012, el RTN cuenta con 1736 mujeres con cáncer de mama, de las cuales 475 murieron.

Las mujeres tienen entre 21 y 99 años de edad, con una edad promedio de 58 años y el 25% tiene más de 67 años de edad.

Compararemos periodos de 5 años, que coincide con el cálculo de la supervivencia a los 5 años.

Tabla N°1: Estadísticos descriptivos de la edad (en años) de las mujeres con cáncer de mama. Provincia de Neuquén. Periodos 2003–2007 y 2008-2012

	periodo		Estadístico	Error típ.	
EDAD	2003-2007	Media	57,71	,419	
		Intervalo de confianza para la media al	Límite inferior	56,89	
			Límite superior	58,53	
		Mediana	56,00		
		Desv. típ.	14,283		
		Mínimo	21		
		Máximo	99		
		Rango	78		
		Amplitud intercuartil	20		
		2008-2012	Media	58,39	,605
	Intervalo de confianza para la media al		Límite inferior	57,20	
			Límite superior	59,58	
	Mediana		57,00		
	Desv. típ.		14,483		
	Mínimo		23		
	Máximo		99		
	Rango		76		
	Amplitud intercuartil		20		

Las mujeres tienen entre 21 y 99 años de edad, con una edad promedio de 58 años en el periodo 2003-2007, el 50% de las mujeres tienen más de 56 años de edad.

Las mujeres tienen entre 23 y 99 años de edad, con una edad promedio de 58 años en el periodo 2008-2012, el 50% de las mujeres tienen más de 57 años de edad.



A continuación, en los Gráfico N°4, N°5 y N°6, se observan las distribuciones de la edad de las mujeres con cáncer de mama en todo el periodo 2003-2012 y la comparación de quinquenios.

Gráfico N°4: Mujeres con cáncer de mama por edad en años. Provincia del Neuquén. Periodo 2003-2012

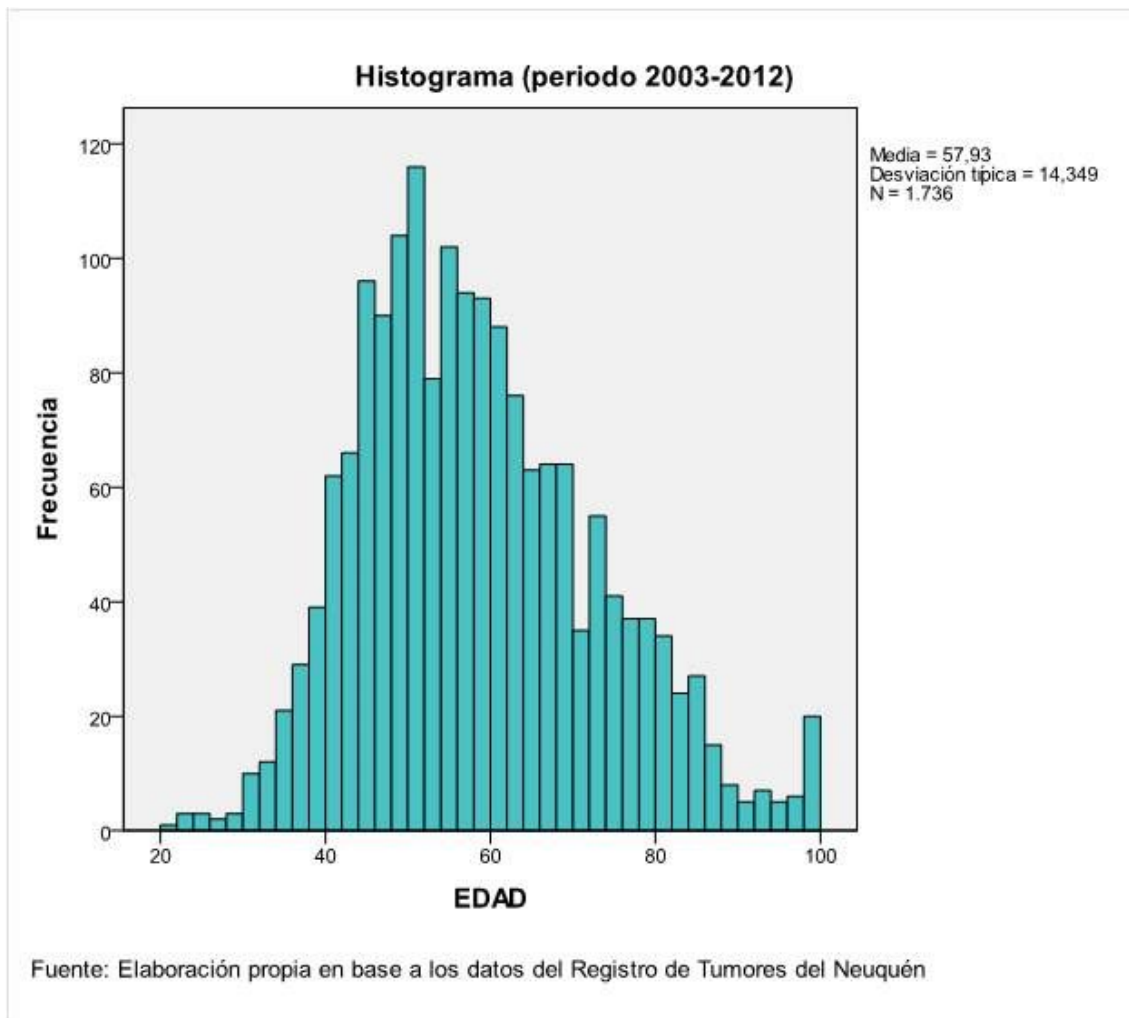


Gráfico N°5: Mujeres con cáncer de mama por edad en años. Provincia del Neuquén. Periodo 2003-2007

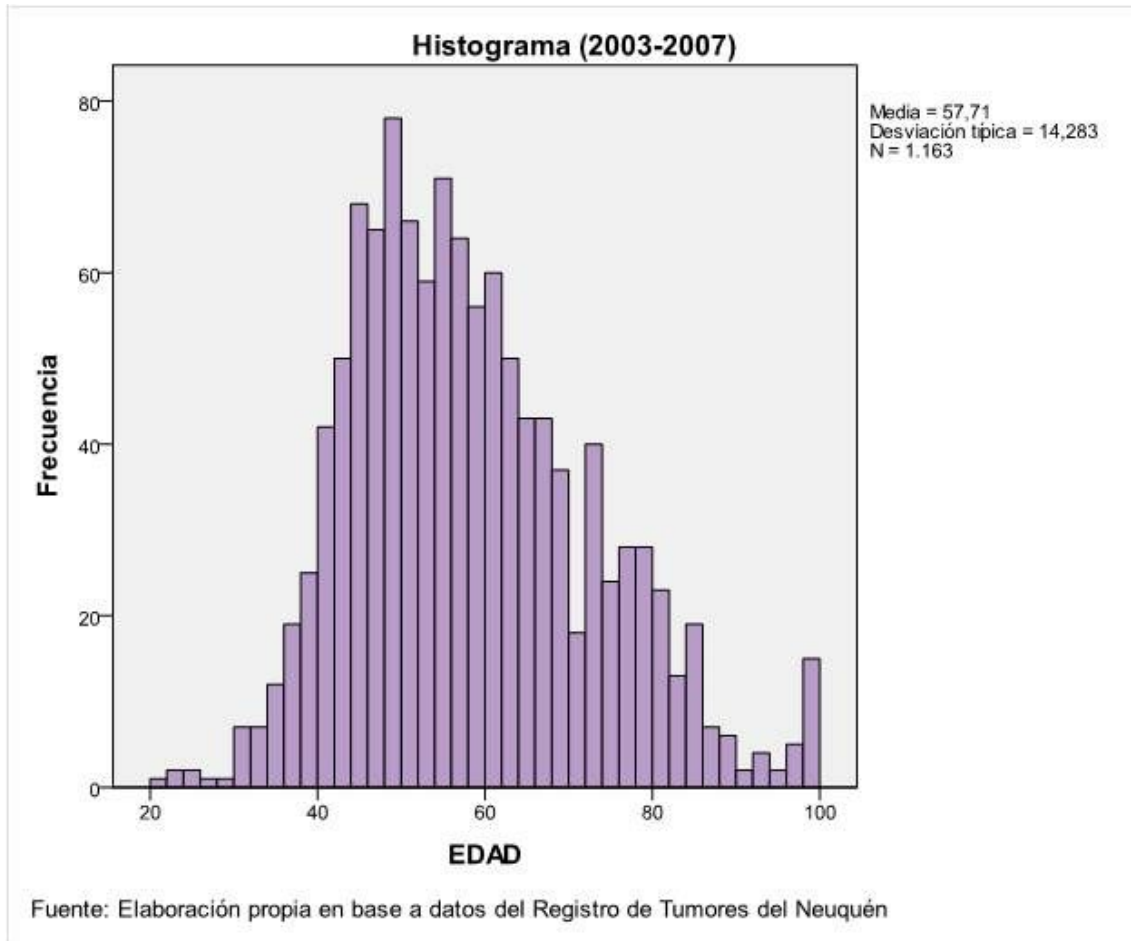


Gráfico N°6: Mujeres con cáncer de mama por edad en años. Provincia del Neuquén.
Periodo 2008-2012

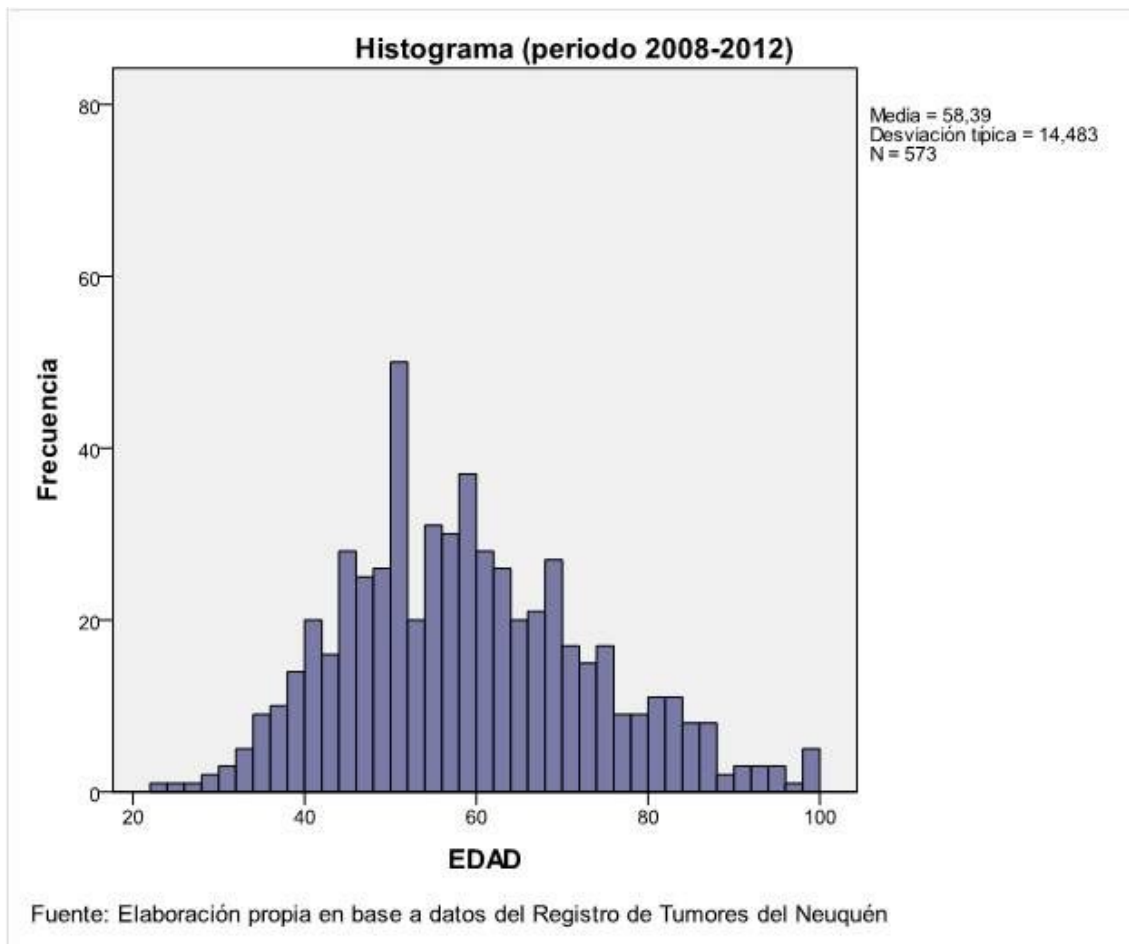
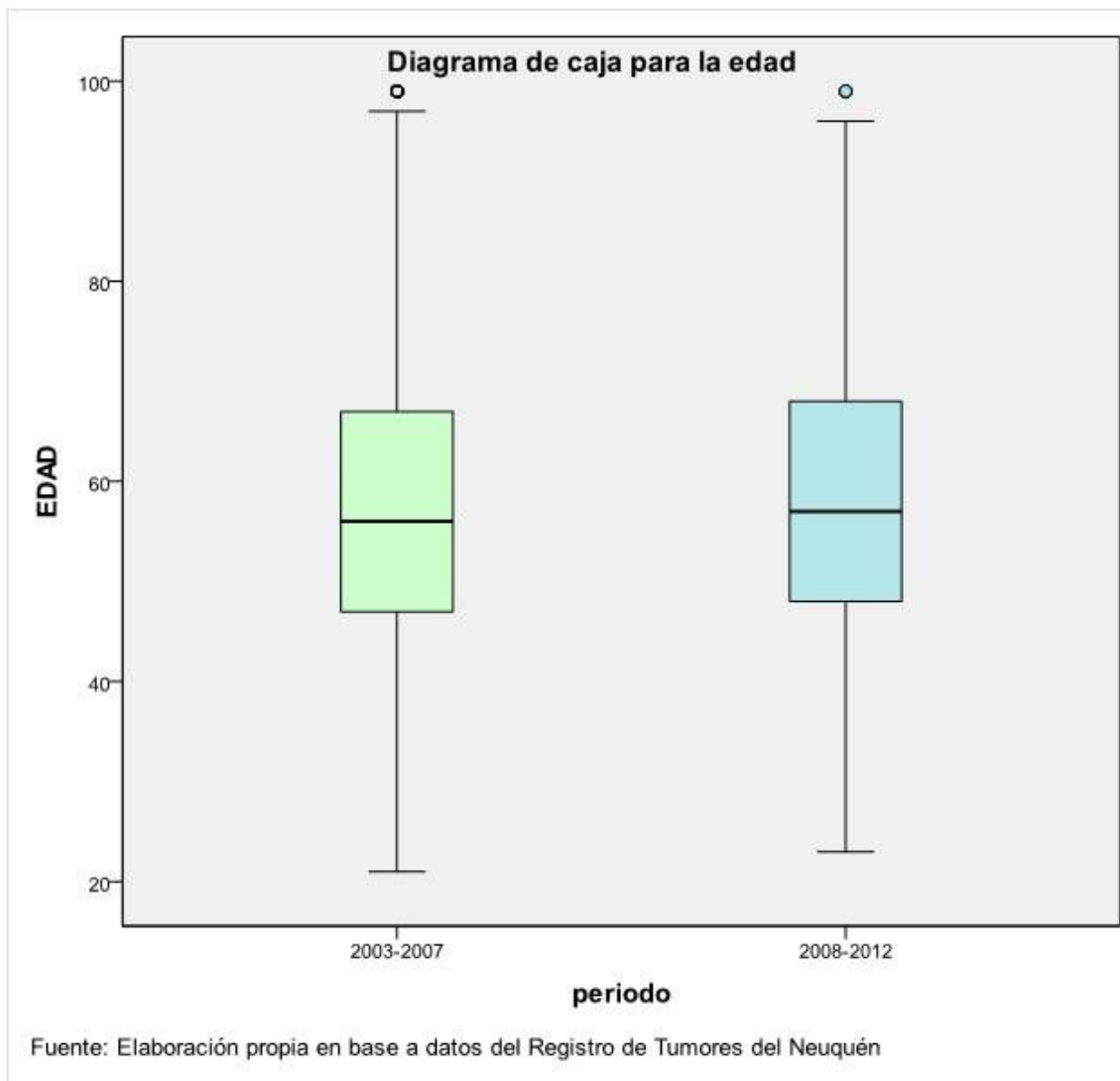


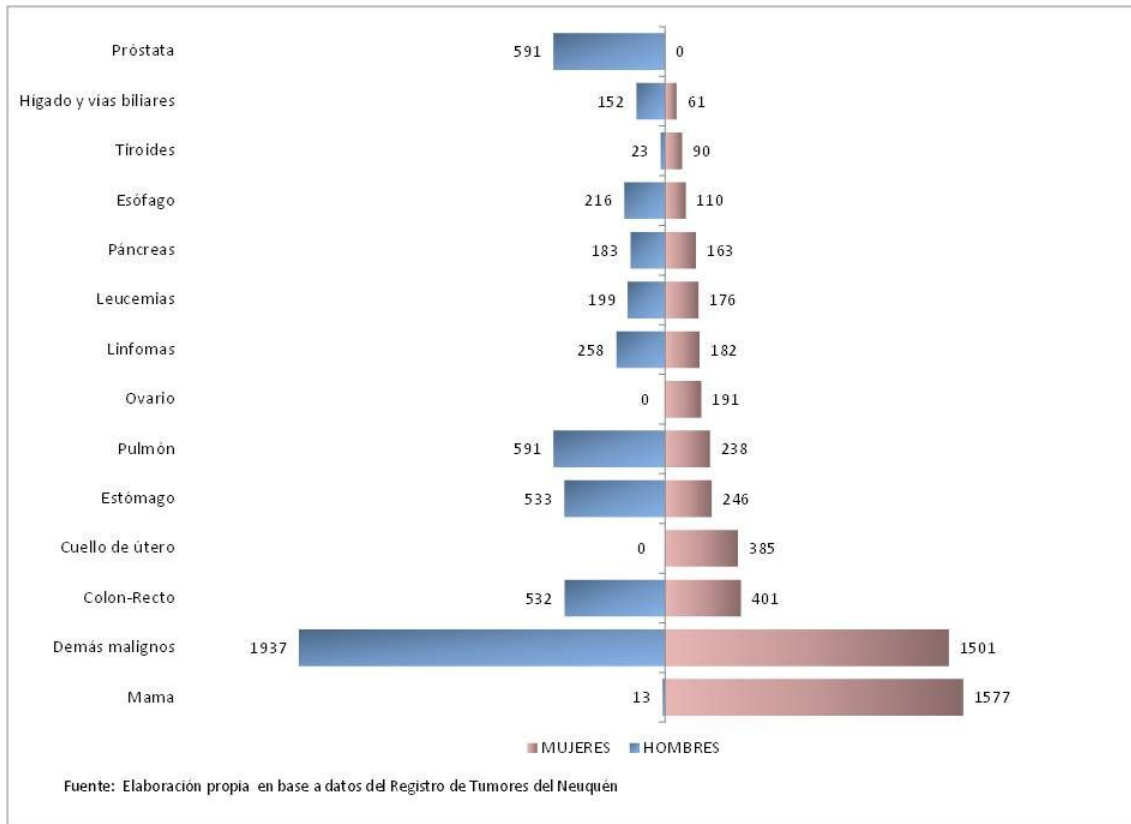
Gráfico N°7: Comparación entre períodos de diagramas de caja de la edad (en años) de mujeres con cáncer de mama. Provincia del Neuquén. Periodo 2003-2007 y 2008-2012



En el Gráfico N°7 se observan valores atípicos de 99 años, en ambos periodos. La distribución de la edad de las mujeres se asemeja en ambos periodos, observándose similares medianas y cuartiles.

Al analizar la incidencia en ambos sexos en la provincia de Neuquén en el periodo estudiado, la primera localización en mujeres es mama, seguida de colon-recto, cuello de útero y estómago (sacando los demás malignos). Los dos cánceres ginecológicos más importantes de las mujeres se encuentran en la 1ra y 3ra ubicación. En los varones, comparten la primera localización pulmón y próstata, y le siguen estómago y colon-recto. (Gráfico N°8)

Gráfico N°8: Incidencia de tumores por sexo según localización. Provincia de Neuquén. Periodo 2003 – 2012 (N=10549)



De los restantes objetivos específicos se desprende el siguiente análisis:
A partir del análisis de supervivencia de Kaplan-Meier se obtuvieron las siguientes salidas:

Tabla N°2: Resumen del Procesamiento de casos Kaplan Meiar:

Resumen del procesamiento de los casos			
N° total	N° de eventos	Censurado	
		N°	Porcentaje
1728	475	1253	72,5%

Se analizaron 1728 pacientes del sector público entre los años 2003 y 2012, de las cuales 475 murieron en dicho periodo y 1253 pacientes fueron censuradas (el 72,5%).

El RTN realizó un trabajo posterior a esta investigación, donde de ese 72.5% de censurados el 75.2% corresponden a mujeres vivas, mientras que el 19.9% pertenece a mujeres fallecidas y el 4.9% a mujeres que se perdió el seguimiento al 1 de enero



de 2017.

La Tabla N°3 contiene las medias y medianas de la supervivencia en meses y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Tabla N°3: Medias y Medianas del tiempo de supervivencia:

Media ^a				Mediana			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
37,857	1,650	34,622	41,092	31,500	2,555	26,492	36,508

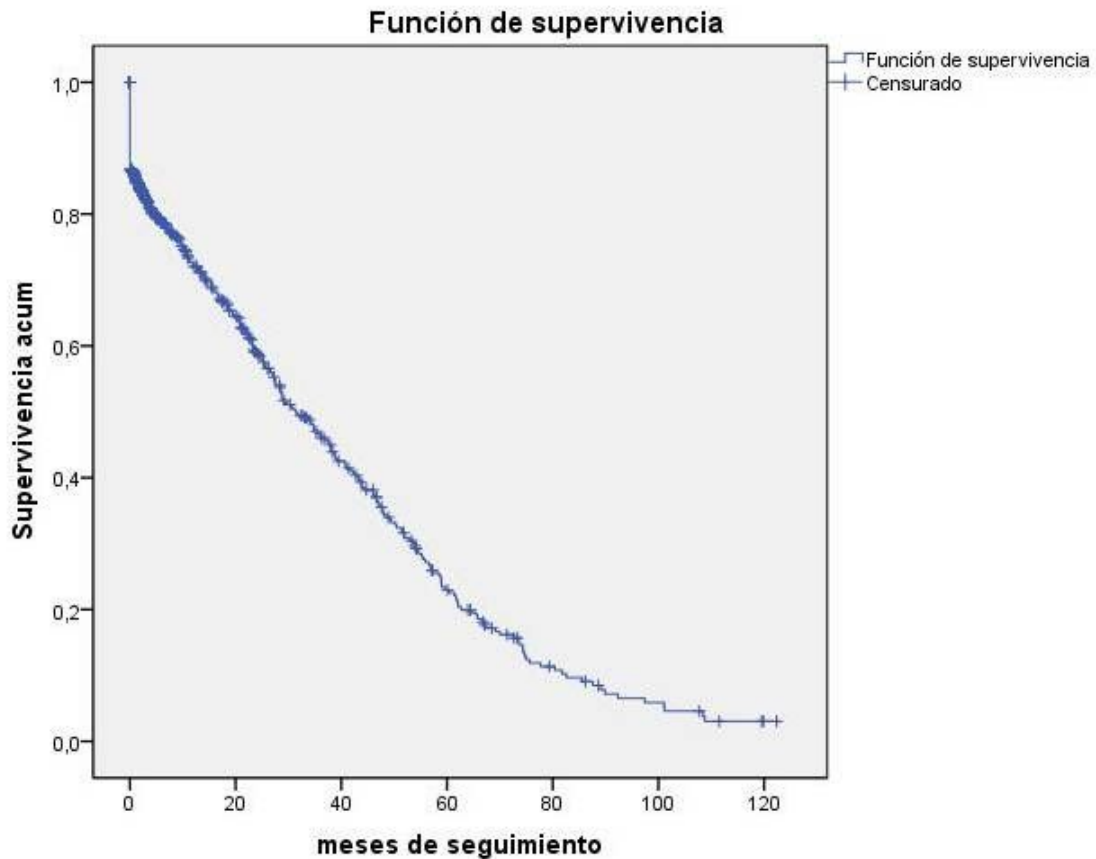
a. La estimación se limita al mayor tiempo de supervivencia si se ha censurado.

La media está sesgada por las censuras, en estos casos es adecuada la mediana. Podemos observar que el 50% de pacientes tienen un tiempo de supervivencia mayor a los 31,5 meses, es decir aproximadamente 2 años y medio, a partir de la fecha de diagnóstico. La mediana del tiempo de supervivencia se encuentra entre 26,492 a 36,508 meses, con un error de 2,555 meses.

En la función de supervivencia se pueden observar las probabilidades acumuladas para cada tiempo de seguimiento en meses desde el diagnóstico. De esta función surge la respuesta a la pregunta de Investigación: ¿Cuál es la probabilidad de las mujeres de la Provincia de Neuquén con cáncer de mama, de vivir a 5 años?

El porcentaje de mujeres con cáncer de mama del sector público de la Provincia del Neuquén que viven 5 años desde el diagnóstico de cáncer es del 23%.

Gráfico N°9: Función de supervivencia de mujeres con cáncer de mama del sector público de la provincia de Neuquén en el periodo 2003-2012.



Se compararon las curvas de supervivencia para el grupo de mujeres de 50 años o menos con el grupo de mujeres de 50 años y más.

Tabla N°4: Resumen del procesamiento de los casos:

edaddic	N° total	N° de eventos	Censurado	
			N°	Porcentaje
50 años y menos	595	109	486	81,7%
mas de 50 años	1133	366	767	67,7%
Global	1728	475	1253	72,5%

De la tabla N°4 se observan 595 mujeres de 50 años o menos de edad y 1133 mujeres de más de 50 años. La cantidad de censurados en uno y otro grupo varía considerablemente, siendo mayor en el grupo de las más jóvenes. Esto significa que hay mayor porcentaje de mujeres jóvenes que no mueren en el periodo de seguimiento, o que se pierden durante el periodo 2003 a 2012.



La tabla N°5 muestra las medias y medianas de la supervivencia en meses, para los grupos definidos anteriormente. De la tabla anterior se desprende que el 50% de las mujeres del grupo de las más jóvenes vive aproximadamente 42 meses, es decir un poco más de 3 años desde que las diagnostican, mientras que las mayores de 50 años viven 27 meses, es decir aproximadamente 2 años desde que la diagnostican.

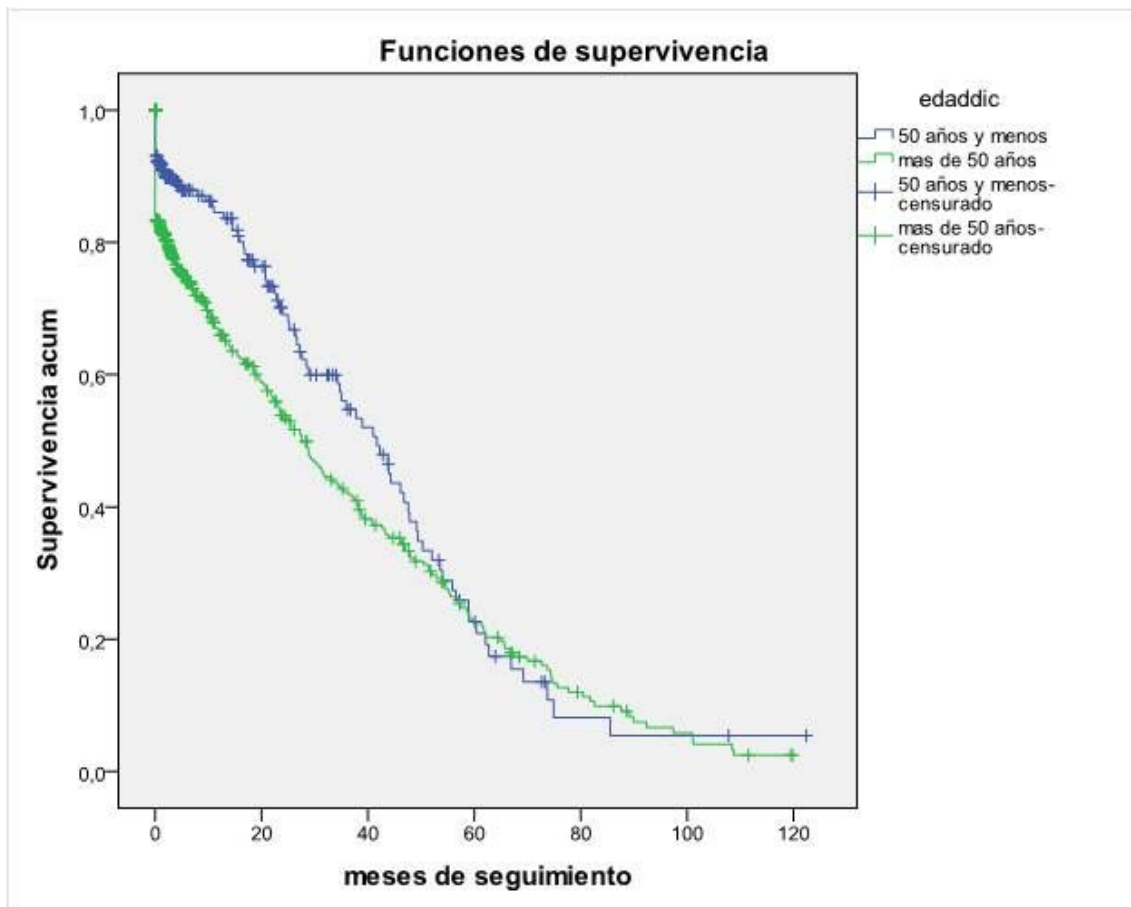
A continuación podemos observar lo anteriormente dicho en las funciones de supervivencias de ambos grupos de mujeres:

Medias y medianas del tiempo de supervivencia

edaddic	Media ^a				Mediana			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
50 años y menos	42,033	3,120	35,918	48,149	41,667	3,827	34,165	49,168
mas de 50 años	35,506	1,927	31,729	39,282	27,567	2,309	23,041	32,093
Global	37,857	1,650	34,622	41,092	31,500	2,555	26,492	36,508

a. La estimación se limita al mayor tiempo de supervivencia si se ha censurado.

Gráfico N°10: Comparación de la función de supervivencia en ambos grupos de mujeres con cáncer de mama del sector público de la provincia de Neuquén en el periodo 2003-2012.



Se visualiza claramente que el grupo más joven tiene mayor probabilidad de sobrevivir desde su diagnóstico, no obstante desde los 60 meses a los 100 meses de seguimiento estas probabilidades se asemejan en ambos grupos.

El 22% de las mujeres de ambos grupos, sobreviven a los 5 años de su diagnóstico.

Para testear la H0) de que ambas curvas de supervivencias son iguales, se realizó el test de Log Rank que arrojó el siguiente resultado que se muestra en la tabla N°6.

Tabla N°6: comparaciones globales

Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	21,244	1	,000

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de edaddic.

La significación del test es de 0, con lo cual se rechaza la H0) y se puede



concluir que la diferencia observada en el gráfico comparativo de las curvas de supervivencia de los grupos es estadísticamente significativa, con un nivel de confianza del 95%.

Discusión

Según los datos publicados por el Concord 2 en la IARC, de la supervivencia de cáncer de 1995-2009 sobre 67 países, para las mujeres diagnosticadas durante 2005-2009, la supervivencia neta a 5 años estandarizada por edad del cáncer de mama fue del 80% o más en 34 países de todo el mundo, siendo en Argentina del 76,6%.

En el caso de nuestra provincia (23%) debe aclararse que esta cifra no está estandarizada por la edad y aun así comparada con las cifras de nuestro país, es demasiado baja.

De esta investigación surgen varios interrogantes e hipótesis para futuras investigaciones de sobrevida:

Dado que el estudio debió acotarse a mujeres con cáncer de mama que se atienden en el subsector público, la primera hipótesis a plantear en una investigación futura es estudiar si el contacto con el sistema de salud público de las mujeres con cáncer de mama se da en estadios avanzados de la enfermedad, debido al porcentaje pequeño de sobrevida de mujeres con cáncer de mama a 5 años.

Otra hipótesis es volver a realizar el estudio cuando el RTN cuente con la información del subsector privado, para poder responder la sobrevida a nivel provincial de mujeres con cáncer de mama como era la intención del estudio.

Debido al trabajo del RTN realizado posteriormente a esta investigación con los datos censurados, donde el 19.9% pertenece a mujeres fallecidas y el 4.9% a mujeres que se perdió el seguimiento al 1 de enero de 2017, deberían verificarse e incluirse con sus respectivos tiempos de seguimiento junto con los datos del sector privado.

Tomando las medidas anteriores, la supervivencia analizada puede cambiar de forma sustancial.

Sería ideal contar con los datos de estadio del tumor y tipo de tratamiento para poder estratificar las pacientes según estadio y tipo de tratamiento y calcular la supervivencia en cada grupo.

Actualmente el RTN no cuenta con estos datos del sector privado, debido



principalmente a falta de data entry para ingresar los casos nuevos obtenidos y por falta de incorporación de nuevas fuentes del sector privado que harían a la exhaustividad del registro.

También se debe tener en cuenta el periodo de análisis al analizar dicho porcentaje, desde el año 2003 a la actualidad ha habido mejoras en la promoción de los programas de prevención del cáncer de mama que promueven la consulta al médico para la detección precoz y el autoexamen mamario.

Si el RTN contara con los datos de tipo de tratamiento de las mujeres que maneja el Registro Institucional de Tumores de Argentina del Hospital “Eduardo Castro Rendón” (RITA), se podrían comparar las probabilidades de sobrevivir en el tiempo para los diferentes tratamientos pero a nivel institucional.

Conclusiones

Durante los años 2003 a 2012, el RTN cuenta con 1728 mujeres con cáncer de mama.

Las mujeres tienen entre 21 y 99 años de edad, con una edad promedio de 58 años y el 25% tiene más de 67 años de edad.

Para el periodo 2003-2012 en ambos sexos, la primera causa de muerte son los tumores, en segundo lugar enfermedades circulatorias, causas externas, enfermedades respiratorias, otras bien definidas y en sexto lugar Diabetes Mellitus.

La primera causa de muerte en mujeres son los tumores, en segundo lugar enfermedades circulatorias, en tercer lugar enfermedades respiratorias, otras bien definidas y Diabetes Mellitus.

En cuanto a la mortalidad, dejando afuera demás malignos, la primera localización de tumores en mujeres es mama, en segundo lugar colon-recto, estómago y pulmón. Mientras que en varones la primera localización de tumores es pulmón, seguido por estómago, colon-recto y esófago.

La incidencia en ambos sexos en la provincia de Neuquén en el periodo estudiado, en mujeres la primera localización es mama, seguida de colon-recto, cuello de útero y estómago (sacando los demás malignos). En los varones, comparten la primera localización pulmón y próstata, y le siguen estómago y colon-recto.

Consideramos pertinente comparar la mortalidad e incidencia del cáncer de mama tanto en mujeres como en varones, siendo que uno de los criterios de



exclusión en el estudio fue el ser varón, porque el cáncer de mama está relacionado al sexo.

Se analizaron 1728 pacientes del sector público entre los años 2003 y 2012, de las cuales 475 murieron en dicho periodo y 1253 pacientes fueron censuradas (el 72,5%).

El 50% de las pacientes tienen un tiempo de sobrevida mayor a los 31,5 meses, es decir aproximadamente 2 años y medio a partir de la fecha de diagnóstico. La mediana del tiempo de sobrevida se encuentra entre 26,492 a 36,508 meses, con un error de 2,555 meses.

El porcentaje de mujeres con cáncer de mama del sector público de la Provincia del Neuquén que viven 5 años desde el diagnóstico de cáncer es del 23%.

El 50% de las mujeres del grupo de las más jóvenes (≤ 50 años) vive aproximadamente 42 meses, es decir un poco más de 3 años desde que las diagnostican, mientras que las mayores de 50 años viven 27 meses, es decir aproximadamente 2 años desde que la diagnostican.

El grupo más joven tiene mayor probabilidad de sobrevivir desde su diagnóstico, no obstante desde los 60 meses a los 100 meses de seguimiento estas probabilidades se asemejan en ambos grupos.

El 22% de las mujeres de ambos grupos, sobreviven a los 5 años de su diagnóstico.

Al comparar las curvas de supervivencia del grupo de mujeres de 50 años y menos con el grupo de más de 50 años, se concluye que la diferencia observada en el gráfico comparativo de los grupos, es estadísticamente significativa, con un nivel de confianza del 95%.

Bibliografía

- PARKIN DM, CHEN VW, FERLAY J, GALCERAN J, STORM HH, WHELAN SL. (1994). Comparability and quality control in cancer registration. IARC Technical report N° 19, Lyon IARC.
- BRAY F, PARKIN DM. (2009). Evaluation of data quality in the cáncer registry: principles and methods. Part I: comparability, validity and timeliness. Eur J Cancer ; 45:747-55.
- PARKIN DM, BRAY F. (2009). Evaluation of data quality in the cáncer registry:



principles and methods. Part II: completeness. Eur J Cancer; 45:756-64.

FERLAY J, BURKHARD C, WHELAN S, PARKIN DM. (2005). Check and conversions programs for cáncer registries IARC/IACR tools. Lyon International Association for Research on Cancer.

COLEMAN MP, QUARESMA M, BERRINO F, LUTZ JM, DE ANGELIS R, CAPOCACCIA R, et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD), Lancet Oncol; 9: 730-56.

FRITZ AG, PERCY C, JACK A, SHANMUGARATNAM K, SOBIN LH, PARKIN DM, (2000). et al., eds. International Classification of diseases for oncology (ICD-O) 3rd ed., Geneva: World Health Organisation, IARCcrgTools Conversion Programs. IARC; 2013 June, <http://www.iacr.com.fr/iarcrgtools.htm>.

BRENNER H, HAKULINEN T. (2007). Patients with previous cáncer should not be excluded in international comparative cáncer survival studies. Int J Cancer; 121: 2274-8.

MARTINEZ M, GONZALEZ A, VILLEGAS J. (2008). Bioestadística amigable 2da edición. Díaz de Santos.



Novedades

Seminario “Construcción de Derechos desde las prácticas en Salud Pública. Intersectorialidad y trabajo en Redes.”

El día 2 de noviembre se realizó, en el marco del curso De Actualización en Bioética y Salud Colectiva organizado desde la Dirección de Bioética e investigación, el cuarto seminario presencial denominado “**Construcción de Derechos desde las prácticas en Salud Pública. Intersectorialidad y trabajo en Redes**”.



El mismo se desarrolló en la localidad de Mariano Moreno, en el salón de usos múltiples del balneario municipal de dicha localidad, en el horario de 8,30 a 13 horas. La organización estuvo a cargo de los integrantes del Comité de Bioética Asistencia de Zona Sanitaria II y la Dirección de Bioética e Investigación. Asistieron a la jornada aproximadamente 50 personas, entre las cuales se encontraban: trabajadores de salud de distintos sectores y hospitales del Sistema Público de Salud, integrantes de la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial, integrantes de distintas redes interinstitucionales de abordaje de problemas y personas de la comunidad en general.

Teniendo en cuenta que el abordaje de problemas complejos constituye una demanda frecuente al Sistema de Salud Público; siendo el trabajo en redes un modo específico de intervención; y considerando que esto tiene un impacto en el proceso de organización del trabajo, implicancias en el rol profesional y en la calidad de la respuesta a las necesidades/demandas de la Comunidad/ pacientes; nos propusimos como objeto la socialización de experiencias de trabajo en red en las que participan agentes del Sistema de Salud Pública Provincial a fines de analizar y poner en valor dichas prácticas.

Siendo objetivos específicos:

- Problematizar prácticas actuales de intervención.
- Promover estrategias de intervención que contemplen el trabajo intersectorial y en red.
- Incorporar a la práctica cotidiana la perspectiva de construcción de derechos.

A estos efectos se socializaron particularmente las experiencias de:

- La Red Provincial de salud para el abordaje de Violencia Familiar.
- La Red Interinstitucional de Zona Este Sur de la ciudad de Neuquén (RIES).
- La Experiencia de trabajo en Red- Chos Malal- ILE

Para cerrar la jornada se realizó una devolución y reflexiones sobre lo trabajado con la Coordinación de la Lic. María Pía Borghero a través de los principios rizomáticos.





Instrucciones para las/os autores/as

Especificaciones

- 1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Verdana tamaño 11 con interlineado de 1,5.
2. Título del artículo centrado en letra normal utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda, en negrita.
3. Autor/xs: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.
4. Optativo: Resumen en inglés, de hasta 150 palabras, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas. Palabras Clave tipo: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.
5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.
8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.



9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.

10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (año). título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año). Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). *Ética y derechos Humanos*. Ed. Astrea,

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>



Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.