

CICLO ANIVERSARIO: MIRADAS DESDE LA PROFESIÓN

En septiembre pasado, en el contexto del 30° aniversario de la Fundación ISALUD, los centros de investigación de la Universidad organizaron ocho seminarios para actualizar las miradas sobre big data, mediación,

derecho sanitario, vacunas, evaluación de tecnologías, envejecimiento, discapacidad y donaciones y trasplantes. Los institutos involucrados y sus respectivos directores fueron los siguientes: Centro de Estudios y Observatorio de Bioética (CEOB), Diana Cohen Agrest; el Centro de Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos en Salud (Cemecolsa), Alicia Gallardo; Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (Cedsabio), Claudia Madies; Centro de Estudios para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (Cepycet), Analía Urueña; Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Cetsa), Natalia Jorgensen; Centro sobre Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL), Silvia Gascón; Centro de Estudios en Discapacidad (CEDIS), Yanina Zanarini; y el Centro de Estudios e Investigación sobre Sistemas de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Cedyt), Carlos Alberto Soratti.



ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA PARA LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE

Los directores de cuatro hospitales, de Posadas, Rosario, Tucumán y Esteban Echeverría, con unidades de procuración explicaron las características de esas instituciones públicas, antecedentes, logros y desafíos



Gines Gozález García junto a Carlos Soratti, presidente del Incucai, durante la apertura de la jornada

El jueves 30 de septiembre se realizó la Jornada sobre Organización Hospitalaria para la Donación y el Trasplante, que fue inaugurada por los doctores Carlos Soratti, presidente del Incucai, y Rafael Matesanz, fundador y ex director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). A lo largo del encuentro, organizado por el Centro de Estudios e Investigación sobre Sistemas de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Cedyt), expusieron cuatro directores ejecutivos de hospitales de trasplantes. Desde Posadas, Misiones, habló el Dr. Miguel Oscar Dictar, médico especialista en enfermedades infectocontagiosas, director ejecutivo del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. “El desempeño de la procuración fue mejorando paulativamente y

paralelamente se desarrollaban áreas de diálisis crónica, trasplante renal, corneas, hueso, piel y CPH. Entre 2015 y 2021 fue el hospital que más donantes en PCR generó de la Argentina, lo que permitió llevar la lista de espera a cero en corneas a Misiones y proveyendo 529 corneas al país y 178 a pacientes de la provincia. Ante ese desarrollo, en 2019 se planteó la necesidad de crear el Departamento de Procuración y Trasplante que incluya a todos los servicios de trasplante más un servicio de procuración”, detalló. “Estamos muy orgullosos de todo lo hecho y tenemos una agenda que busca recuperar el campo perdido en procuración por la pandemia; crear y jerarquizar el servicio de procuración que está en marcha; fortalecer los programas de trasplante en funcionamiento y

generar acuerdos regionales y con el Incucai para la sostenibilidad de la procuración y los programas de trasplantes”, agregó.

En la sede de ISALUD expuso la Dra. Olga Elena Fernández, médica, especialista en dirección de Sistemas de Salud y en Clínica Médica, y máster en Salud Pública, que es directora del Hospital Ángel Padilla de San Miguel de Tucumán. “Tenemos un departamento de procuración y trasplante que tiene un titular con rango de jefe de departamento que cobra un adicional de un 60% sobre el sueldo más una libre disponibilidad acorde a la función. En esta temática tenemos los siguientes objetivos: la generación de donantes que permita la autosostenibilidad en las listas de espera; la integración de procuración a los procesos de atención

habituales; mejorar el estándar de mantenimiento y tratamiento de pacientes neurocríticos; poner en funcionamiento proyectos desarrollados de trasplantes hepáticos e intratorácicos; y desarrollar docencia sobre nuestra actividad hacia otros efectores públicos y privados. El departamento tiene cuatro unidades, procuración, trasplante de córnea, trasplante renal y banco de tejidos”, detalló. “Además, contamos con una unidad de cuidados postmortem para lograr un cuidado respetuoso del paciente fallecido, mantenimiento de la morgue, traslado y registro de cadáveres, todo esto para que la familia del donante sienta que ha sido acompañado hasta último momento. Con todo este trabajo, en donantes por millón de habitantes hemos crecido especialmente en 2018 y 2019, cuando llegamos a los 35 donantes por millón de habitantes, lo cual es una cifra muy relevante”, agregó. También de manera presencial expuso el Dr. Adrián Tarditti, que integró el directorio del Incucai, es especialista en Terapia Intensiva y director del Hospital del Bicentenario Luis Federico Leloir, de Esteban Echeverría, provincia de Buenos Aires. “El hospital se abrió en mayo de 2020 por la emergencia pandémica, desde 2021 es polivalente y en 2020 ya tuvo su primera ablación de donante a corazón batiente, tiene comité de ética multidisciplinario constituido y ya tuvo 30 donantes. Para nosotros, un hospital donante se construye desde la dirección, en los mandos intermedios

y en los médicos y todo el equipo de salud que está al costado de la cama. Tener médicos que hablen de esta temática desde la comunicación hasta el ingreso del paciente en el quirófano o la salida de los órganos, etc”.

“¿Qué se ha construido hasta ahora? La detección de neurocríticos regionales y provinciales; apego de todo el sistema al programa G7; una terapia intensiva

“Contamos con una unidad de cuidados postmortem para lograr un cuidado respetuoso del paciente fallecido para que la familia del donante sienta que ha sido acompañado hasta último momento”, destacó la Dra. Olga Fernández

“Estamos formando estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) con la materia electiva Donación y Trasplante de órganos, enfoque médico social, entre otras cosas”, señaló el Dr. Jorge Bitar

de alta calidad asistencial; un hospital sin sectores resistentes a la actividad; con oposición cero a la donación y un caso piloto de donación en asistolia. ¿Qué estamos proyectando? Todo el proceso de donación realizado internamente, posgrado de donación en asistolia, queremos ser un hospital escuela en programas de procuración, y apostamos a tener un banco multitejidos”, agregó.

Desde Rosario, Santa Fe, expuso el Dr. Jorge Bitar, especialista en medicina interna, director médico del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. “Tras la decisión política de trabajar en conjunto entre la provincia y la municipalidad se instaló la unidad de procuración en el hospital en 2011, que comenzó con un diagnóstico de la situación, evaluando los conocimientos y los tiempos de denuncia de muerte y tiempos de respuesta. En ese momento, por el perfil del hospital, la procuración era insuficiente. Entonces se puso en marcha una estrategia de hospital donante para incorporar la procuración como actividad propia del hospital e incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos. Para eso era esencial concientizar a los trabajadores sobre los programas de calidad de G7, de posPCR y demás protocolos de actuación y tratamiento, logística y comunicación”, detalló.

“Desde que se instaló la unidad de procuración en 2011 hubo un salto de cantidad y calidad en números de donantes que se sostiene y va en aumento, incluso en los años de pandemia. Las metas y desafíos: continuar con actividades de difusión, capacitación y docencia; integramos el programa de formación posbásica en donación y trasplante del Incucai, formamos estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) con la materia electiva *Donación y Trasplante de órganos, enfoque médico social*, entre otras cosas”, enumeró. 

*“Hace 20 años imaginamos
la empresa que somos.
Hoy ya trabajamos en la
empresa que vamos a ser”*



Nuevo Centro de Distribución Hornos

Un logro. Un punto de partida.

Un antes y un después en la forma de hacer las cosas.

Una búsqueda constante por superarnos.

Un compromiso con los pacientes que, día a día,
se hace más fuerte.

2001

20 AÑOS **SCIENZA**

2021

Los macrodatos están impactando en la prevención, diagnóstico y tratamiento médico, así como también estadísticas e investigaciones que contribuyen a una medicina personalizada; tres expertos abordaron la temática

El jueves 17 de septiembre se realizó la Jornada sobre Big Data y su impacto en el ámbito de la salud. En el encuentro, organizado por el Centro de Estudios y Observatorio de Bioética (CEOB) y abierto por Diana Cohen Agrest, expusieron Marisa Aizenberg, abogada, directora académica del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA; y Guillermo Schor-Landman, abogado y presidente de la Fundación Iberoamericana de Telemedicina.

“La información es importante pero no suficiente, el mayor valor de los datos está en su uso, en su posesión como antes se pensaba. Obviamente, no se puede negar el potencial de los datos para las actividades científicas, académicas y productivas, pero también hay que señalar los riesgos de violación a derechos fundamentales. Cuatro de cada cinco ejecutivos proveedores de atención médica en EEUU dijeron que la información de la empresa fue comprometida por ciberataques. Tenemos que reflexionar sobre el tipo de resguardo y tratamiento de estos datos y la necesidad de intero-

perabilidad. Se espera que las violaciones de seguridad aumenten en los próximos años, y con eso las discriminaciones a nivel individual y de grupos específicos”, señaló Aizenberg. A su turno, Schor-Landman afirmó: “No existen derechos absolutos y el derecho a la salud está por encima muchas veces al derecho a la privacidad. Nunca en la historia la humanidad habíamos tenido acceso a las tecnologías de la información y la comunicación que permitieran la recolección, procesamiento, análisis, interpretación y difusión de información, incluso para determinar la ubicación geográfica de pacientes infectados y la trazabilidad. Esta información es una oportunidad para nuestra generación porque nos da una capacidad de análisis predictivo que ningún experto alcanzó nunca en la historia. Así como es incuestionable la potestad de un gobierno para imponer una cuarentena, el uso de los datos de los sospechados de ser portado-

res de virus, en mi opinión, está legalmente justificado”.

El abogado hizo un recorrido histórico para argumentar en favor de esa idea, desde los tiempos bíblicos y la Edad Media hasta el presente. “En conclusión, los derechos individuales a la protección de los datos personales en el marco de una emergencia sanitaria como la que aún estamos viviendo ceden ante los derechos colectivos como es el derecho a la salud de toda la población. Pero eso, sujeto a condiciones muy particulares y determinadas: primero, que se transmitan única y exclusivamente entre áreas de gobierno; segundo, que se proteja el secreto y la confidencialidad de la información; tercero, que sea usada para cumplir con el fin de vigilancia, prevención o investigación y no para otra cosa; y por último, lo más difícil, que una vez superada la pandemia y cumplidos los objetivos previos, la base de datos debería ser destruida”. 



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK
<https://www.youtube.com/watch?v=0Vffq6Npzj0>

Se puede gestionar por la fuerza, confrontando o atacando; se puede gestionar evitando, eludiendo, excusando y cediendo o se puede gestionar negociando, integrando, colaborando y cooperando

El lunes 20 de septiembre se realizó la Jornada sobre Mediación para los ámbitos de la salud. En el encuentro, organizado por el Centro de Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos en Salud (Cemecolsa) y abierto por Alicia Gallardo, expusieron la Dra. Cristina Hernández, juez y docente de Métodos Alternativos en la Universidad de la República de Uruguay (Udelar); la Dra. Virginia Vega Díaz, abogada mediadora y directora de mediación en el Consejo Federal del Estado de Chile; y la Sra. Gloria Ovejero, secretaria general de ATSA de la provincia de Río Negro. El panel fue moderado por la Dra. Ingrid Kuster, integrante de Cemecolsa y docente de ISALUD.

“La mediación es el medicamento más beneficioso y efectivo para minimizar el conflicto en la salud. El conflicto es una relación social en el que las partes se ven como oponentes, aunque no necesariamente lo sean. Atrás de ese conflicto muchas

veces hay cosas comunes, que es a lo que apelamos en la mediación en la que interviene un tercero imparcial. Los valores de la mediación son la imparcialidad del mediador, que se asemeja a la figura del juez; la confidencialidad, la voluntariedad y las partes involucradas son las que deciden lo que consideran la mejor solución”, comenzó Hernández desde Uruguay, “En Chile existe una ley de mediación desde 2004, que se comenzó a implementar en 2005. Hubo tres focos para iniciar esta mediación y poder regularla: 1) evitar la judicialización de los conflictos sanitarios y proteger la relación médico-paciente; 2) limitar los montos indemnizatorios para que los afectados accedan de forma expedita a la justicia. Aquí se estableció un sistema mixto, se separó lo público (que se ve el Consejo de De-

fensa del Estado) de lo privado (que lo ve la Superintendencia de Salud). La mediación pública es gratuita y la privada es pagada por las partes”, destacó Vega Díaz.

“A nosotros se nos presentan muchas situaciones en las que tenemos que intervenir y los delegados interactúan y tratan de mediar, pero al no estar formados no siempre logran hacerlo adecuadamente. Desde el sindicato tenemos que seguir trabajando en la formación de nuestros delegados en la resolución de conflictos y seguir pidiendo la ley provincial para incluir la mediación”, describió Ovejero desde Río Negro.

“No hay que bajar los brazos hasta que veamos instalada la mediación. Luchamos contra burocracias y aparatos estatales que no quieren cambiar la manera de resolver los conflictos, contra empresarios que gastan fortunas en abogados pagando honorarios excesivos en lugar de llevar los conflictos al terreno de la mediación. Por eso, vamos a continuar difundiendo este tema”, concluyó Gallardo. [U](#)



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK
<https://www.youtube.com/watch?v=sB5epVGRxnk>

APORTES DEL DERECHO SANITARIO DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

Aspectos legales del Covid 19 en España e Italia, protección de datos, telemedicina y riesgos legales en el caso europeo; las tensiones entre el derecho a la salud y otros derechos básicos de los ciudadanos

El miércoles 22 de septiembre se realizó la Jornada sobre Aportes del derecho sanitario durante y después de la pandemia: la experiencia europea. En el encuentro, organizado por el Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (Cedsabio) y abierto por Claudia Madies, expusieron Jaume Antich Soler, abogado y doctor en Derecho, profesor asociado de derecho penal en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB); Joan Cornet, ingeniero técnico y licenciado en psicología, director del Máster de Transformación Digital de las Organizaciones de Salud y Sociales de la Universidad Central de Cataluña y CEO de InnoHealth; Carlo Alberto Ciaralli, doctor en Derecho Constitucional, investigador de

la Universidad G. D'Annunzio de Chieti-Pescara, Italia; y Claudia Zalazar, doctora en derecho, vocal de la cámara de apelaciones de Córdoba y especialista en derecho sanitario.

“Los retos del Covid-19 fueron la protección de datos, el teletrabajo, prevención de riesgos laborales, seguridad y salud ciudadana, contrataciones, medicamentos, materiales e instrumentos, vacunas y control. Hay que avanzar hacia una propuesta de un protocolo de *compliance global* frente a pandemias u otras emergencias. Sería interesante que este protocolo no lo haga un solo Estado, sino que se impulse desde una organización multilateral, y que incluya bloques normativos en sanidad, contratación, protección de datos, protección del consumidor, prevención de delitos, detección y reacción”, expuso Antich Soler.

“La telemedicina y la teleconsulta era una tecnología que tenía unos diez años, pero no se había usado hasta la pandemia que aceleró su uso. Pero depende mucho del sistema de salud que es muy reacio a abrir la atención

fuera del hospital. Y también del profesional de la salud, los pacientes, las familias y el marco jurídico”, detalló Cornet.

“La pandemia ha subrayado la falta de preparación de los gobiernos frente a un desafío nuevo. En Italia y Europa todos adoptaron el confinamiento, educación y trabajo a distancia, y se vio el máximo de nivel de atención en evitar los contagios. Si el pasaporte digital es requerido para poder asistir al estadio, el cine o el restaurante es una limitación parcial de la libertad del ciudadano. Si es tan relevante se está hablando en las academias y la política de una vacunación obligatoria de facto, vacunas que tienen autorizaciones todavía provisionales. Hay ahí un riesgo legal”, afirmó Ciaralli.

“Sabiendo que la del Covid-19 no será la única pandemia que tenemos por delante, debemos que entender la necesidad de protocolos de regulación específicos para estas situaciones de emergencia así no tenemos que recurrir a los elementos disponibles, como los decretos de necesidad y urgencia en el caso de Argentina”, destacó Zalazar. 



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK

<https://www.youtube.com/watch?v=ryNDQoj82as&t=20s>

VACUNACIÓN COVID-19: ESTRATEGIAS E IMPACTO EN PAÍSES DE LA REGIÓN

Las campañas de vacunación en Argentina, Brasil y Uruguay; las acciones gubernamentales y las actitudes y comportamientos de la población frente a las vacunas; demoras, temores y politización

El jueves 23 de septiembre se realizó la Jornada Vacunación Covid 19: estrategias e impacto en diferentes países de la región. En el encuentro, organizado por el Centro de Estudios para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (Cepycet) y moderado por Analía Ureña, expusieron la Dra. Mirta Magariños, consultora en Inmunizaciones de la OPS/OMS en Argentina; el Dr. Juan Manuel Castelli, médico, subsecretario de Estrategia Sanitaria del ministerio de Salud de Argentina; la Dra. Catalina Pérez, pediatra especialista en enfermedades infecciosas, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay (Udelar); y la Dra. Isabella Ballalai, vicepresidente de la Sociedade Brasileira de Imunizações (Sbim), de Brasil.

“En cuanto a las actitudes y conductas frente a la vacuna contra el Covid en las Américas es de destacar que todavía el 55% de los encuestados están preocupados por los eventos adversos, el 29% continúan preocupados

por si la vacuna va a funcionar o no, y otros temas hacen que muchos estén atrasando la vacunación. Aproximadamente el 20% de los encuestados en nuestra región cree que no necesita la vacuna, el 10% por que ya tuvo la enfermedad y otros porque no son población de riesgo”, destacó Magariños.

“En Argentina, el plan de estratégico se aprobó por resolución ministerial el 23 de diciembre de 2020, contó con la participación de las 24 jurisdicciones, el comité de expertos y diferentes áreas con experiencia. Se basó en un principio de equidad, con una base técnica sólida, con coordinación participativa y multisectorial, con la firma convicción de abogar por la conciencia solidaria de la comunidad que favorezca la vacunación en forma voluntaria”, explicó Castelli.

“La campaña de vacunación fue regida por el gobierno, escalona-

da, por agenda electrónica para población general y siguiendo directrices de vacunación segura. Inició con 90 puestos que aumentaron a partir del 29 de marzo a 150 puestos. Empezamos a vacunar en el peor momento de la pandemia en nuestro país, así que las vacunas fueron expuestas a la máxima exigencia. La campaña siempre poblacional y rápidamente escalonada, se empezó con el personal esencial e inmunosuprimidos, maestros y personal de salud. Hoy tenemos vacunados a un 72% con dos dosis y 76% con una dosis. Y ya tenemos prevista una dosis de refuerzo”, describió Pérez.

“Tenemos una gran politización de la pandemia y principalmente hoy de la vacunación. Es un gran desafío, pero estoy muy contenta con los resultados porque estamos demostrando que nuestra población quiere vacunarse –más del 94% lo desea-. Las medidas de prevención no farmacológicas no son muy seguidas por la población ni por las figuras públicas, la gente cree que las vacunas pueden hacer solas el trabajo para contener el trabajo”, contó Ballalai. 



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK
https://www.youtube.com/watch?v=oIh_RJ68r4U

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL SIGLO XXI

En qué medida esa evaluación mejorará el acceso y la equidad, será útil para evaluar las terapias de avanzada y, a la vez, lograr una mayor eficiencia y sostenibilidad en los sistemas de salud

El lunes 27 de septiembre se realizó la Jornada sobre Evaluación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud del siglo XXI. En el encuentro, organizado por el Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CETSA) y moderado por el Dr. Rubén Torres, expusieron Iñaki Gutiérrez Ibarbuzea, director de Innovación Organizativa y de Gestión de BIOEF, Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria, miembro del Steering Committee de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y del comité asesor externo de la iniciativa One Million Genome de la Unión Europea; Alicia Ferreira Maia, directora del Fondo Nacional de Recursos, de Uruguay; David Aruachan, gerente general de la Superintendencia de Servicios de Salud, Argentina; y Natalia Jorgensen, del CETSA.

“En 2007, cuando se reformó el sistema sanitario del país, el Ministerio de Salud Pública ya tenía una dependencia que es la Dirección de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Y en conjunto con el Fondo Nacional de Recursos (que financia el tratamiento de enfermedades catastróficas) empeza-

ron a trabajar en la evaluación de medicamentos. En 2014 aquella unidad hizo una serie de estudios de costo-utilidad y evaluaciones económicas sobre medicamentos para el cáncer que no fueron incluidos en la cobertura. A partir del 2018 Uruguay empezó a implementar otra metodología que es la priorización a través de una grilla multicriterio que fue muy interesante porque se convocó a la academia, a las asociaciones de pacientes y al ministerio de Salud. Ahora, desde el año pasado y este año se dictó el decreto reglamentario, hay una agencia de evaluación como persona pública no estatal independiente del ministerio”, describió Ferreira.

“Nosotros creemos fervientemente en el proceso de evaluación de tecnologías a la hora de asignación eficiente de los recursos y bregamos por que en algún momento podamos tener una agencia específica que aporte una visión técnica que ayude a evitar la judicialización creciente que es un

problema institucional más que una solución”, destacó Aruachan. “Una vez que se evaluó qué valor aporta una tecnología, la siguiente pregunta es cómo lo vamos a pagar. La evaluación de tecnologías puede aportar también en cuenta a las formas de financiación tratando de poner los incentivos en el pago por resultados y la medicina basada en valor”, planteó Jorgensen.

“Qué fantástico que empezamos a tener terapias que aportan un valor cierto y solucionan los problemas porque hasta ahora lo que evaluábamos era eficiencia o eficacia incremental pero absolutamente mínima, que se enfrentaba además con los presupuestos acotados. No es un problema de evaluación, lo debemos poner en otro nivel. La evaluación está lo suficientemente desarrollada y sofisticada para responder a la pregunta respecto del valor. Las multidimensiones, las evaluaciones económicas, de seguridad, de eficacia y eficiencia que podemos seguir en la vida real de pacientes reales, cuyas opiniones estamos pudiendo incorporar”, destacó Gutiérrez Ibarbuzea. 



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK

<https://www.youtube.com/watch?v=k4pGnaXUv74>



CICLO
ANIVERSARIO

ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL EDADISMO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El impacto del Covid-19 en la salud de las personas mayores obliga a reflexionar sobre las formas de promover sistemas anti-edadistas y adaptados a las necesidades de las personas mayores

El martes 28 de septiembre se realizó la Jornada sobre Estrategias para combatir el edadismo en los servicios de salud. En el encuentro, organizado por el Centro de Estudios sobre Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL) y moderado por la docente Adriana Ruffa y Silvia Gascón, directora del CEAL, expusieron Vânia de la Fuente-Núñez, funcionaria técnica de la Unidad de Cambio Demográfico y Envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Ricardo Jaúregui, presidente electo de la International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG); y Enrique Vega, jefe de la Unidad de Curso de Vida y especialista en envejecimiento saludable y salud del adulto mayor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las palabras de bienvenida estuvieron a cargo de Sonia Tarragona, jefa de gabinete del Ministerio de Salud; y el rector honorario de ISALUD, Ginés González García también saludó el encuentro.

“El edadismo se refiere a cómo pensamos, sentimos y actuamos tanto hacia otras personas como a nosotros mismos por razones de edad. Esto significa que cuando hablamos de edadismo lo hacemos en tres dimensiones diferentes: de los estereotipos o nuestra forma de pensar; los prejuicios o lo que sentimos; y la discriminación o como actuamos. Estas tres dimensiones se refuerzan mutuamente. El edadismo afecta a personas de todas las edades, está presente en nuestras instituciones, en las relaciones y en cada uno de nosotros. Y está muy extendido: 1 de cada 2 personas en todo el mundo son edadistas contra personas mayores. El edadismo es muy dañino y costoso, tiene afectos de largo alcance en la salud y el bienestar, se asocia con una muerte más temprana, y tiene un alto precio económico”, explicó De la Fuente-Núñez

“Hay que empezar a hablar también del edadismo de los gerocientistas porque durante mucho tiempo nos hemos dedicado a decirle a los adultos mayores lo que tienen que hacer o dejar de hacer. Todavía seguimos hablándole a los hijos cuando está la persona presente en pleno uso de sus facultades. También tenemos que analizar la discriminación intraciencia”, planteó Jaúregui.

“El ambiente sanitario no es ajeno al ambiente social en el que se desenvuelve. Si el ambiente social es edadista, el sanitario lo replicará. Tenemos que cambiar mucho a nivel general, porque no es posible cambiar sólo el sistema sanitario si queremos una transformación estructural. El edadismo es quizá la única discriminación que es todavía socialmente aceptada y eso es algo que también hay que trabajarlo mucho. A veces se discrimina porque se quiere proteger -algo que hemos visto en el contexto de la pandemia- y eso puede ser muy peligroso”, marcó De Vega. 



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK

<https://www.youtube.com/watch?v=URCzM3BGzW8>

MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A TRAVÉS DE LOS APOYOS

Las buenas prácticas en la prestación de servicios para personas con discapacidad implican la alineación de las necesidades de apoyo evaluadas con las estrategias específicas para el alcance de los resultados personales de calidad de vida

El miércoles 29 de septiembre se realizó la Jornada sobre Mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad a través de los apoyos. En el encuentro, organizado por el Centro de Estudios en Discapacidad (CEDIS) y moderado por Araceli López, expuso Verónica Marina Guillén Martín, doctora en Psicología, máster y doctora por la Universidad de Salamanca, actualmente es profesora de la Universidad de Cantabria y de la Universitat Oberta de Catalunya.

Guillén Martín presentó la escala SIS-C de evaluación de las necesidades de apoyo de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. “Es muy relevante tanto para conocer los apoyos que necesitan los niños y adolescentes con discapacidad intelectual como para mejorar su calidad de vida. Si no conocemos con precisión qué apoyos necesita un niño corremos el riesgo de quedarnos cortos o, lo que es igual de malo, darle más apoyo de lo que necesitan creando una sobrepro-

tección que les impida su desarrollo personal”, explicó.

“Las necesidades de apoyo son un constructo que hacen referencia a la intensidad de apoyo que una persona requiere para participar en las actividades relacionadas con el funcionamiento humano normativo. Tenemos que conocer qué tipo, frecuencia y con qué tiempos necesita apoyo la persona. Y no es posible categorizar cuál es mayor que otro, si es físico o verbal”, describió. Y citó una frase del Dr. Thompson: “Las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades que las personas sin discapacidad pero, además, podrían manifestar otras necesidades extraordinarias o necesitar apoyos específicos para identificar, expresar y suplir esas necesidades”.

“En Estados Unidos, la Asociación Americana de Disca-

pacidades Intelectuales y del Desarrollo creó la escala SIS de intensidad de apoyo, que mide diferentes contextos de la vida de la persona, el empleo, la comunidad, la familia, la toma de decisiones, etc, y dividir esto en varias actividades y cada una de ellas nos pregunta acerca de las intensidades de apoyo en cuanto a tipos, frecuencias y tiempos. Esta escala funcionó muy bien más allá de sus carencias, pero se centraba en la vida adulta y no se aplica a los niños”, detalló

“Entonces desde esta asociación se creó una escala similar pero basada en el contexto infantil, SIS-C, donde se recoge el colegio y sus actividades. La escala tiene los datos sociodemográficos del niño y su contexto, necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual, etc. Ojalá también se animen a adaptar la escala a la Argentina”, concluyó. 



PODÉS VER EL VIDEO COMPLETO EN ESTE LINK
<https://www.youtube.com/watch?v=Szn2qh9f6XU>