

## Temas bioéticos que fueron noticia

Graciela Prece

En esta sección, como es habitual, presentamos hechos de relevancia para la bioética que ocuparon espacio en los medios gráficos de comunicación y que tuvieron repercusión en la opinión pública.

Fueron consultados importantes diarios de la Ciudad de Buenos Aires entre los meses de julio 2014 a diciembre 2014, tanto en sus formatos gráficos como en sus ediciones “*on line*”. Con el fin de favorecer el intercambio ágil y enriquecer la Sección, invitamos a nuestros lectores a enviarnos material. Con mucho gusto recibiremos las “noticias” provenientes de otros medios del país o del exterior, en nuestra dirección [perspectivasbioeticas@flasco.org.ar](mailto:perspectivasbioeticas@flasco.org.ar)

### CELULAS MADRE – FALLO DE LA CORTE SUPREMA

#### Fallo de la Corte Suprema sobre las células madre. Salud.

■ Se declaró inconstitucionales la utilización pública y se avaló el uso autólogo de las células provenientes de la sangre placentaria y del cordón umbilical obtenidos del nacimiento. El máximo tribunal declaró inconstitucional siete artículos de la resolución 69/09 del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incucai), que obliga a la donación de células del cordón umbilical. La Corte falló en una causa iniciada por un grupo de padres y la empresa Matercell S.A., que cuestionaron que se impidiera el uso propio de las células provenientes de la sangre placentaria y del cordón umbilical obtenidas en el nacimiento de sus hijos. Según DyN, el fallo fue

firmado por los jueces Ricardo Lorenzetti, Carlos Fayt, Juan Carlos Maqueda, Enrique Petracchi, Eugenio Zaffaroni y Elena Highton de Nolasco, quienes se remitieron al dictamen del 30 de julio de 2012 de la procuradora Laura Monti al pronunciarse por la inconstitucionalidad. La procuradora había manifestado que el Incucai no tiene facultades para el dictado de tales normas, “...*salvo en el caso de las normas técnicas y administrativas para la habilitación, suspensión o revocación de la habilitación de establecimientos dedicados a la materia*”. Y agrega: “*la compulsividad que se prevé en el acto dictado por el Incucai, en tanto no permite la posibilidad de preservar sin donar, constituye un exceso en la reglamentación de un derecho*”.

La resolución del Incucai, firmada el 15 de abril de 2009, regula la actividad de los Bancos de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) provenientes de la Sangre de Cordón Umbilical (SCU) de todo el país. En 2007, el Ministerio de Salud de la Nación dictó la resolución N°610/07 que estableció la competencia del Incucai para entender en las actividades vinculadas con la utilización de células de origen humano, para su posterior implante en seres humanos. La disposición buscaba garantizar la calidad de los procesos de obtención, procesamiento y conservación de las células madre de cordón umbilical hasta su implante (La Nación, Sociedad; 07.05.14; pág.16).

## EQUIDAD DE GÉNERO - MADRES -ALUMNAS

■ **Vencer al “destino”: las mamás que continúan estudiando.** La Escuela Secundaria N° 2 de La Plata sumó una guardería para evitar que sus alumnas abandonen. Madres y alumnas. /A veces, en plena clase, a María José (17) la vienen a buscar y le avisan que su hija Keyla, de 8 meses, está llorando. Los profesores de 4° año ya saben: Majo dejará el aula por un rato para amamantar a su beba, y volverá enseguida para retomar sus tareas de alumna. María José puede combinar su rol de madre con el de estudiante porque cursa en la Escuela Secundaria N° 2 de La Plata, conocida como “La Legión”, que tiene integrada, en la misma manzana, una sala maternal para los hijos de sus alumnas adolescentes. El proyecto para articular la escuela con el Jardín Maternal N° 2 surgió en 2010, y desde entonces permitió que muchas adolescentes terminaran la secundaria.

*“En ese momento teníamos muchas alumnas embarazadas, que probablemente iban a tener que cortar su trayectoria educativa”, cuenta Nilda Beatriz Silva. Poder acceder a una sala maternal hizo que la maternidad dejara de ser sinónimo de un destino ineludible: la deserción. “La escuela media tiene que generar las condiciones necesarias para cumplir con la obligatoriedad que marca la ley”, explica Claudia Bracchi, directora de Educación Secundaria de la provincia de Buenos Aires. “Cuando me dieron la vacante, me largué a llorar de la emoción – confiesa María José, para quien esa era la única forma de sostener el ritmo escolar–. yo quería seguir estudiando para darle el ejemplo a mi hija. ¿Cómo le vas a decir a tu hijo que termine la secundaria si vos no la terminaste?”. A su lado, Geraldine (18), mamá de Jazmín (de 1 año y medio), señala: “Contar con la guardería es un alivio, porque los jardines maternos privados son muy caros”; “Mi nena entró a los 45 días, me costó un montón dejarla. Fue una ayuda enorme: cuando me enteré de que estaba embarazada, pensé que iba a tener que dejar de estudiar”, relata Sofía (19), mamá de Violeta (de 1 año y 10 meses). Sofía está por recibirse, y ahora planea empezar la universidad en 2015. “La Legión” recibe también a estudiantes de otras escuelas de La Plata cuando quedan embarazadas. Así vence la “condena” al abandono escolar que suele pesar sobre ellas. Mientras los bebés reciben los cuidados necesarios en la sala maternal, la escuela acompaña a las alumnas en su maternidad. Eso las ayuda a superar los temores y la vergüenza que sienten en muchos casos. “Yo oculté mi embarazo*

*durante 6 meses, no sabía cómo decirlo. Me di cuenta porque empecé a tener pérdidas*”, relata Marisol (19), mamá de Valentina (2 años y 8 meses). Ese es otro aprendizaje que ocurre en estas aulas. Contra algunas estadísticas, las chicas revelan que, para ellas, ser mamás fue una elección. *“Un hijo es el mejor regalo. Te cambia la vida, pero no te impide estudiar: eso sí, exige sacrificios – dice Geraldine–. El esfuerzo vale la pena, porque terminar la escuela te permite darle un futuro mejor a tu hijo”*. (Clarín.com, Sociedad, 15.08.14).

## EQUIDAD DE GÉNERO – EL TABU DE LA MENSTRUACIÓN EN INDIA

■ **La menstruación: el tabú que excluye a las mujeres en India.** El período menstrual es prácticamente una sentencia de exclusión social en ese país, donde mitos hacen que la sociedad no hable de este tema y trate a las mujeres como enfermas e, incluso, malditas. Una página web que recibe 100.000 visitas mensuales es una de las iniciativas para destruir mitos que llevan generaciones.

*Nunca dejaré que mi hija sufra lo que yo sufrí cuando tuve mi primer período. Mi familia me trató como si no me pudieran tocar. No me permitían ir a la cocina. No podía ir a la iglesia. Las personas no me dejaban sentarme a su lado.”* Cuando Manju Baluni, de 32 años, cuenta esta historia, se percibe una sensación de determinación en su voz. Vive en Uttarakhand, una zona rural al norte de India, un país donde poco se habla de los temas relacionados con la salud de las mujeres, particularmente la menstruación. Es un tabú que se alimenta de mitos risibles: cuando la

mujer tiene su período es impura, sucia, enferma. Está maldita. Mucha gente cree que cuando la mujer está menstruando no debería bañarse y padece anemia.

Un reciente estudio realizado por una empresa fabricante de toallas sanitarias revela que 75% de las mujeres que viven en ciudades, compran el producto envuelto en bolsas oscuras o periódicos, para que no se les asocie con la menstruación. De hecho, nunca le piden a un familiar masculino que les compre toallas sanitarias o tampones. Incluso, niñas que crecen en familias donde la mayoría de los miembros son mujeres, nunca tienen oportunidad de hablar abiertamente de un paso tan natural en la vida. *“Mi madre solía cortar pedazos de sábanas viejas y guardarlos para cuando a sus cuatro hijas les llegara el momento, pero, el mayor reto era lavar y secar esos trapos. Tengo recuerdos vivos en mi memoria de lo tenso y angustiante que era todo el proceso... Mis hermanas me enseñaron un truco para ocultar estos trapos dentro de otras ropas para que nadie lo notara cuando los colocábamos al sol para que se secaran”*.

■ **SENTIRSE “MUY SUCIA”**  
*“Como se imaginarán, nunca quedaban completamente secos. Dejaban un hedor horrible. Y teníamos que utilizar estos trapos antihigiénicos una y otra vez. Para colmo, sufríamos de desabastecimiento de agua, lo cual hacia todo más complicado”*. Lo peor es que esa historia no ha cambiado mucho desde entonces. Estudios recientes muestran que estas prácticas tan comunes entre las mujeres indias son una seria amenaza contra su

desarrollo. Lo cual se reafirma en que una de cada cinco niñas deja la escuela debido a la menstruación. Tal es el caso de Margdarshi, de quince años, quien vive en la remota población de Uttarakashi. A ella le encanta ir a la escuela, aunque implica una larga y exigente caminata por terreno montañoso. Nunca perdía clases, hasta el año pasado, cuando casi abandona sus estudios cuando tuvo el período por primera vez. *"El problema más grande fue saber cómo enfrentarlo. Y todavía lo es. Me siento avergonzada, molesta y muy sucia. Por eso al principio dejé de ir a la escuela,"* relata.

■ UN "TEMA HUMANO" Para Anshu Gupta, fundadora de la ONG Goonj, el problema radica en que el tema se ha convertido en un "problema de mujeres". *"Esto no es un problema de mujeres. Es un tema humano que hemos aislado. Necesitamos que las personas salgan de esta cultura de silencio y vergüenza. Necesitamos romperla."* Goonj es una de las organizaciones que trata de difundir información relacionada con la menstruación, realizando campañas educativas para desmontar los mitos existentes. Trabajan en 21 de los 30 estados de India. La organización también está produciendo toallas sanitarias baratas, hechas con material reciclado, para ayudar a ese 70% de mujeres en India que no tienen cómo comprar productos higiénicos y seguros. Una mujer que abandonó la escuela en Tamil Nadu, en el sureste de India, es una de las primeras en hacer toallas sanitarias baratas usando simples maquinarias.

■ DESTRUYENDO MITOS Hay otros programas que están

promoviendo activamente cambios para desmontar el tabú acerca de la menstruación. Una de ellas es *Menstrupedia*, una página web administrada por cuatro indias, cuyo objetivo es *"destruir mitos y malentendidos sobre la menstruación,"* utiliza para ello libros y caricaturas donde presentan orientaciones sobre la pubertad, la menstruación y el aseo personal. Es difícil ser una mujer de escasos recursos en India. Y no va a ser distinto en el corto plazo. Sin embargo, progresivamente las mujeres han comenzado a tomar las riendas de sus propias vidas. Muchas de ellas ya no se quedan encerradas en sus casas cuando tienen el período. Deciden seguir con su vida normal, en el trabajo o sus estudios. Pero lo más importante, es que han comenzado a hablar del tema sin sentirse avergonzadas (lanacion.com |El Mundo /Por Rupa Jha; 28.10.14).

## EQUIDAD EN SALUD – REGLAMENTACIÓN DE LA LEY DE DIABETES

■ Con impulso cordobés, quedó reglamentada la ley de diabetes. La norma fue promulgada en diciembre del 2013, pero no se había reglamentado. Da cobertura total a medicamentos y reactivos. La organización NaDia de Río Cuarto fue clave en todo el proceso. Familiares de pacientes presentaron 50 mil firmas en el Congreso Nacional. Empezó como empiezan a veces las grandes cosas: con un pequeño paso. En 2013, diez mujeres decidieron que era posible soñar con una nueva ley nacional de diabetes que garantizara el acceso gratuito a medicamentos y reactivos. Ese sueño se convirtió en su lucha, y unos 85 días después lo consiguieron,

tras movilizarse por todo el país y sacarle el jugo a las redes sociales. En noviembre pasado el Congreso Nacional sancionó la ley. Pero faltaba un paso fundamental para garantizar la cobertura. Con la reglamentación las personas con diabetes tienen una nueva ley que los ampara.

*“Estamos muy contentos. Y también muy cansados, porque fue una lucha intensa, desgastante, principalmente por esto de ser del interior del interior”*, dice Nydia Farhat, titular de la Nueva Asociación de Diabetes (NaDia) de Río Cuarto, organización que encabezó los esfuerzos para conseguir la sanción de la ley. Hace siete meses que veníamos esperando. Fue mucho más rápido cambiar la ley que reglamentarla.

**Qué dice la ley.** La norma 26.914 establece que la cobertura de medicamentos y reactivos de diagnóstico de los pacientes “será del 100 por ciento y en las cantidades necesarias según prescripción médica”. La ley anterior fijaba un tope en la cobertura. Farhat explica que algunas obras sociales habían empezado a dar cobertura total a partir de la sanción en noviembre pasado, muchas veces tras presentación judicial, pero otras cuantas no lo hacían. Por eso la importancia de la reglamentación. La titular de NaDia dice que a partir de ahora no hay excusas. *“Ya tenemos la herramienta. Estamos contentos con lo logrado. Ahora pasa por cada uno que pelee porque se cumpla”*.

**En Change.org.** Una de las claves para lograr difusión y apoyo al debate de la ley fue su presencia en las redes sociales. La campaña se viralizó a través de *Change.org*, la popular plataforma de peticiones online,

donde juntó cientos de firmas. La petición por la reglamentación alcanzó las 75 mil firmas. Para *Change.org Argentina*, la campaña es uno de los casos de éxito de la plataforma (La Voz, Ciudadanos, 30.07.14). <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/con-impulso-cordobes-queda-reglamentada-la-ley-de-diabetes>

## EQUIDAD EN SALUD – PACIENTES OSTOMIZADOS

■ **El 40% de las personas ostomizadas carece de cobertura médica.** La ONG que los asiste reclama que todos los pacientes puedan acceder a los elementos que necesitan para su condición. Veinte mil personas que necesitan utilizar bolsas especiales para recolectar los desechos del cuerpo que no pueden eliminar normalmente por una enfermedad o un accidente, carecen de cobertura médica. *“La falta de los elementos apropiados para el tratamiento de cada ostomía provoca distintas complicaciones, que van desde desprendimientos de la bolsa hasta lesiones en la piel (por el pegamento), pasando por ruidos y olores desagradables,”* explican desde la Asociación Argentina de Ostomizados (AADO). La ostomía es una abertura abdominal permanente o transitoria que realiza un cirujano para desviar el contenido intestinal hacia el exterior. Puede ser en el intestino grueso (colostomía), el intestino delgado (ileostomía) o los uréteres (urostomía). La AADO estima que en el país hay 50.000 ostomizados. El 60% tiene la cobertura médica adecuada para no tener que desembolsar 2000 o 2500 pesos por mes para comprar las bolsas y los

elementos para cuidar la piel donde se adhieren. Además, cada lesión o enfermedad que demande una ostomía *"requiere un tipo de bolsa específico, cada uno con una forma de uso diferente,"* aclara la entidad.

**COBERTURA AL 100%** En la VIII Jornada Nacional de Ostomizados ([www.aado.org.ar](http://www.aado.org.ar)). Se reiteró el pedido de contar con una ley para incorporar la ostomía al Plan Médico Obligatorio (PMO). Con esto, todos los pacientes accederían a la cobertura total de las bolsas y los demás elementos para su uso, el cuidado de la piel y de las complicaciones del ostoma. *"Alrededor de 20.000 personas hasta el día de hoy están privadas de un derecho fundamental como es el del acceso a una cobertura de salud apropiada,"* asegura la AADO en su comunicado. *"La ley permitirá que las personas que no tengan la cobertura de una obra social o prepaga puedan, también, acceder a los mismos beneficios. Es decir, que un derecho que hoy alcanza solamente al 60% de los pacientes ostomizados de la Argentina, se extienda al 100% de ellos."* El proyecto de ley, que ya obtuvo dictamen favorable en las comisiones de Salud y Deporte y de Trabajo y Previsión Social del Senado, deberá pasar por la Comisión de Presupuesto y Hacienda para, recién entonces, pasar al recinto. Incluye, además, la creación de un Registro Nacional de Pacientes Ostomizados, la difusión de la realidad de esta población y la actualización de los conocimientos sobre la ostomía. *"Las personas ostomizadas necesitamos ayuda, no plata, y docencia en los hospitales para que los enfermeros aprendan a explicarles a los pacientes cómo se*

*tienen que cuidar,"* resumió Luis (lanacion.com/Sociedad/ 03.10.14).

## **EPIDEMIA DEL SIDA – AVANCES EN SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

■ **Salud. Informe de una agencia de las Naciones Unidas. Sida:** Pronostican que para 2030 la epidemia puede estar controlada. Cayó 35% el número de muertes y 38% el de nuevos infectados en los últimos diez años; instan a hacerse por lo menos una vez la prueba para detectarlo. Con las armas de lo que hoy disponen los médicos, dentro de 15 años la transmisión del VIH podría ser un fenómeno esporádico. Esta alentadora afirmación se desprende del nuevo informe de la Agencia de las Naciones Unidas para el VIH-sida (Onusida), que se dio a conocer en Ginebra. Es más que una expresión de deseos; está sustentada en cifras globales que dan lugar al optimismo. Aunque todavía no se cuenta con recursos como para erradicarlo definitivamente, las estrategias para alcanzar esa meta se conocen. Están basadas en la visión de un experto argentino, el doctor Julio Montaner, quien- como director del Centro de Excelencia de la Columbia Británica para el VIH/sida, en Canadá, tuvo un papel protagónico en el descubrimiento del tratamiento combinado con antirretrovirales de alta efectividad. Además después consiguió cortar drásticamente la transmisión del VIH y el desarrollo del sida. Lo hizo ampliando el testeo del virus, y asegurando el acceso precoz y gratuito a la medicación. La idea central fue que, *"...aplicando las estrategias de que disponemos de forma más focalizada y agresiva*

*podríamos ver la transformación de una epidemia pandémica en un fenómeno esporádico”, dice desde Canadá Montaner, quien acaba de ser nombrado por la ONU “consejero especial” para desarrollar la estrategia que permita cambiar la progresión del sida en el mundo. “La propuesta es totalmente consistente con lo que venimos haciendo aquí, donde hemos utilizado el tratamiento como eje fundamental de una campaña de prevención que permitió eliminar la transmisión de la madre al niño, bajar la mortalidad de pacientes infectados con VIH y reducir en más de dos tercios las nuevas infecciones (con una disminución de más de 95% en usuarios de drogas endovenosas)”.*

*“La materia que todavía tenemos pendiente – explica- es hacer llegar estos beneficios a hombres que tienen sexo con hombres y a la población indígena; y no es porque la estrategia no funciona desde el punto de vista biológico, sino por el aislamiento, discriminación y otros problemas sociales que padecen estas comunidades, que impiden su acceso al sistema de salud de forma controlada”*

Sin embargo, de los 35 millones de personas que viven con HIV en el mundo, hay 19 millones que todavía desconocen su condición: El año pasado se infectaron 2,1 millones de personas (entre las cuales más de 300.000 eran menores de 15 años. En la Argentina se calcula que 110.000 viven con HIV y sólo 70.000 están diagnosticados. Hay entre 5.000 y 5.500 nuevos casos anuales, una cifra que no descende, quizás por el aumento del testeo. El informe de Onusida destaca que la Argentina es

el país de la región con mayor cobertura contra el VIH gracias a una ley que obliga al Estado y a las obras sociales a proveer gratuitamente la medicación. El problema son las altas tasas de personas seropositivas que no lo saben (30%, comparado con 20% de Estados Unidos y alrededor del 10% en Cuba). Eso hace que muchos sean diagnosticados cuando ya están enfermos. El 20% de los nuevos diagnósticos se hacen en personas mayores de cincuenta años; “...hay que sacar al sida del consultorio de los infectólogos; el análisis debería ser ofrecido en cualquier consulta”, afirma el doctor Falistocco, director del Programa de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación. *Hay que normalizar el testeo para que todo argentino, a partir del 1° de diciembre, sepa su estado de VIH...a los poquitos que dé positivo necesitamos ofrecerle el tratamiento de inmediato”* concluye el doctor Marcelo Losso, jefe del servicio de Infectología del hospital Ramos Mejía (La Nación, Sociedad, 17.07.14; págs.1 y 24).

## EPIDEMIA Y POBREZA - EL BROTE DEL ÉBOLA

■ **El brote del Ébola ya se transformó en una “emergencia de salud global”.** Alerta. Lo determinó la OMS para elevar el nivel de vigilancia de la transmisión del virus, por el cual ya murieron casi 1000 personas en África; es la tercera vez que el organismo toma esta medida. **Un virus temible por su efecto letal.** Se contagia por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de personas o animales infectados. Los síntomas: fiebre, dolores musculares, de cabeza

y de garganta; diarrea, vómitos y hemorragias. No existe vacuna ni tratamiento específico que cure la enfermedad, cuya tasa de mortalidad puede llegar al 90%. Sin embargo, algunos pacientes se recuperan con la atención médica adecuada y a tiempo. Dos semanas es el umbral para que el sistema inmunológico se sobreponga a la infección. Según especialistas, la fase aguda del Ébola en un paciente dura unos 15 días en promedio. La supervivencia frente a la enfermedad depende de que las defensas del organismo reaccionen con rapidez y neutralicen a tiempo el virus en el paciente. Es este proceso de producción de anticuerpos el que se prolonga unos 15 días, hasta que – en el mejor de los casos- el sistema inmune da un vuelco a la situación y controla al patógeno. Entonces la fase aguda deja paso a la convalecencia, caracterizada por unos niveles de anticuerpos elevado. La supervivencia del paciente pasa por superar esas dos semanas. La Argentina se prepara ante posibles casos (La Nación, El Mundo: 09.08.14; pág. 8).

El 31 de marzo, Médicos Sin Fronteras, que intervino en varios brotes de Ébola, dijo que el actual "no tiene precedente" y advirtió que la enfermedad se había manifestado en tantos lugares distintos que sería enormemente difícil combatirla. Ahora, el brote está fuera de control y sigue empeorando. No sólo es el más grande que se haya producido, sino que va camino a superar la suma de los 24 brotes de Ébola anteriores que se conocen. Los epidemiólogos predicen que llevará meses contenerlo. Los anteriores brotes de Ébola fueron sofocados fácilmente, por lo general en pocos meses. ¿Cómo

hizo el actual para salirse de control tan rápidamente? En parte, se debe a la modernización de África, y tal vez sea la advertencia de que los futuros brotes, que son inevitables, serán todavía peores. A diferencia de la mayoría de los brotes anteriores, que ocurrieron en lugares remotos y localizados, éste se inició en una región fronteriza donde los caminos están mejorados y la gente transita todo el tiempo. En este caso, la enfermedad ya se había activado mucho antes de que los funcionarios de salud lo notaran.

Por otra parte, esta parte de África era ajena al virus del Ébola hasta ahora. Los trabajadores de la salud no reconocieron la enfermedad y no tenían ni la capacitación ni los equipamientos para evitar contagiarse ellos mismos y a otros pacientes. Los hospitales de la región suelen carecer de agua corriente y de guantes, lo que los convierte en un caldo de cultivo epidémico.

En los últimos años, los expertos en salud se mostraban cada vez más confiados sobre el control del Ébola, basados en el éxito en lugares como Uganda. Pero esos éxitos eran resultado de una impresionante campaña de concientización sobre la enfermedad, que también instaba a la gente a acudir a los centros asistenciales. También se trabajó mucho para que la gente cambiara sus rituales funerarios, que solía incluir el contacto físico con los cadáveres, que en el caso del Ébola son altamente contagiosos. Pero en África Occidental, el Ébola era desconocido. "*A principios de este brote, había al menos 26 aldeas y pequeñas localidades que no cooperaban y seguían permitiendo el ingreso de*

*gente a sus comunidades,"* dijo Gregory Hartl, vocera de la OMS. *"El brote ocurrió en tres oleadas: las primeras dos fueron relativamente chicas, y la tercera, que empezó alrededor de un mes, fue mucho más grande,"* dijo Hartl. *"La tercera oleada fue la que dio la voz de alarma."* A mediados de marzo, el Ministerio de Salud de Guinea le pidió a Médicos Sin Fronteras que ayudara en la aldea de Guéckédou. Al principio, los expertos del grupo sospecharon que se trataba de fiebre de Lassa, una enfermedad viral endémica del África Occidental. Pero las pruebas de sangre confirmaron la presencia del Ébola.

### **Lanzan un "sistema de vigilancia" para evitar que el Ébola ingrese al país.**

En coordinación con las provincias, el Gobierno dispuso la creación de un "sistema de vigilancia" para evitar un eventual ingreso del virus de Ébola, que genera alarma a nivel mundial. Se trata de "un sistema de alerta, de vigilancia epidemiológica" para "el procesamiento ante un caso sospechoso" con el "manejo de muestras" para determinar si se trata del temible virus, que cuenta con miles de víctimas en África, y para el cual aún no se descubrió una cura efectiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) contabiliza hasta ahora 1.779 casos de ébola y 961 muertes, mientras aumentan los casos en África occidental, que está en emergencia sanitaria (lanacion.com |Sociedad |El brote de Ébola; 11.08.14).

### **El Hospital Muñiz se prepara para aislar casos sospechosos de ébola.**

En la Ciudad de Buenos Aires, los médicos y los enfermeros del Hospital Muñiz van a centralizar la atención de

los casos sospechosos. Ya practicaron el procedimiento que seguirán para atender esos casos, con la ayuda de una camilla con una cámara de aislamiento móvil similar a la que se usó en agosto pasado en España para trasladar al misionero que había sido repatriado desde Sierra Leona y que luego falleció.

*"Tenemos décadas de experiencia en atención de pacientes que necesitan aislamiento, y por eso se eligió a esta institución como el centro de referencia para la enfermedad por virus de ébola en la ciudad de Buenos Aires",* contó a Clarín el director del Hospital Muñiz, Rubén Masini. El hospital a su vez está en red con el sistema de salud porteño, que incluye a las ambulancias del SAME. *"La enfermedad tarda 21 días en incubarse. Por lo cual, si una persona estuvo en zonas con casos de ébola y en contacto con fluidos de enfermos podría estar infectada",* resaltó. En la guardia del hospital, ya tienen preparado una sala de aislamiento y el personal tendrá vestimenta con protección especial. *"Desde la guardia, se llevará al paciente en la camilla con presión negativa hacia la sala especial de terapia intensiva para tratar casos de ébola".* Además, en el hospital Muñiz dicen que están preparados para recibir casos sospechosos de otros centros porteños de atención médica, según el protocolo que dispuso el Ministerio de Salud de la Nación en agosto pasado, en base a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, y que cada jurisdicción tuvo que seguir.

*"Si un paciente tiene procedencia de algún país con ébola y tiene síntomas compatibles, el médico que*

lo atienda en el consultorio, deberá llamar al SAME, que lo buscará con la camilla especial y con los médicos especializados para esos casos”, explicó la ministra de Salud porteña, Graciela Reybaud. Otra opción es que si el paciente está en su domicilio, puede llamar al teléfono gratuito 107. “Los médicos le harán un cuestionario y en el caso de ser un caso sospechoso se lo va a ir a buscar con la camilla especial. Tenemos 14 camas preparadas en el Hospital Muñiz para la internación de casos por ébola”, aseguró la funcionaria. Como la enfermedad no tiene tratamiento específico, a los casos sospechosos se les debe dar soporte clínico y aislamiento. Suelen estar deshidratados y necesitan rehidratación con electrolitos por vía intravenosa u oral. Además del Hospital Muñiz, hay otros lugares de referencia para atender casos sospechosos de ébola en la Argentina. El Hospital El Cruce “Néstor Carlos Kirchner” en el partido bonaerense de Florencio Varela, el Hospital Militar Central “Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich” y el Hospital de Pediatría “Juan Garrahan (para casos de niños) en Capital (Clarín.comMundo11/10/14).

## **ETICA EN VIDA ANIMAL – RESERVA PARA MONOS CARAYÁ**

■ Monos carayá. El santuario cordobés donde viven 160 primates. Proyecto de rehabilitación de una especie vulnerable. Es el primer centro argentino de rehabilitación de primates fuera de su hábitat natural, en La Cumbre, Córdoba. Alberga 160 monos en los bosques serranos (hay carayá y, en menor cantidad, capuchinos). Habitan en Chaco, Formosa, Corrientes y norte de Santa

Fe- En Misiones se los considera extinguidos. Estos primates viven en las copas de los árboles de selvas y bosques del NOA. Son los monos más grandes de América. Casi sin apoyo, Alejandra Juárez fundó una reserva que rehabilita ejemplares de esta especie recuperados del tráfico ilegal. Alejandra alimenta con bananas a los monos aulladores que pudo rehabilitar y liberar en su reserva. Para contrarrestar el frío de las sierras reciben una dieta suplementaria rica en carbohidratos. La especie, que encarna a los monos más corpulentos de América y los más ruidosos del planeta, es además, una de las víctimas del mascotismo. Arrancados del lomo de sus madres, huérfanos por la avaricia y una demanda incesante, soportan un destino trágico: más temprano que tarde sus dueños claudican y (85%) se librarán de ellos; o serán decomisados por los organismos de control, pero no habrá lugares para acogerlos. De hecho, de los 160 monos primates del proyecto, cincuenta nacieron en la reserva y el resto ha sido entregado voluntariamente por sus antiguos dueños. Sólo un 15% llegó por decomiso.

Alejandra, especializada en primates desde que entró como voluntaria al zoo cordobés, desde hace 25 años y, mientras avanzaba en su tesis sobre la historia de ese zoológico, su amor por los animales la llevó a criar dos tigres de Bengala, a otras dos leonas y debió ocuparse de los carayá. La reserva, que en parte se financia con una entrada de \$50 y por los voluntarios extranjeros que se hospedan allí, acoge a especialistas que estudian a los aulladores, cuya población en el país es de 10.000 ejemplares. En las últimas décadas la

población de redujo en un 30% por la deforestación y la fragmentación de su hábitat; sus roles clave en la regeneración ambiental con la dispersión y germinación de las semillas (La Nación, Sociedad, 27.08.14; pág.22).

## MEDICINA CRÍTICA - DEFICIT DE MÉDICOS

■ **Carencias que afectan a los más vulnerables.** Que falten enfermeras no es novedad. Pero que en los últimos años haya disminuido el interés de los médicos por ciertas especialidades consideradas "críticas", al extremo de que ni siquiera se postulan para las residencias, es una novedad con muy mal pronóstico. El Colegio Argentino de Terapia Intensiva (CATI) difundió un comunicado en el que afirma que la carencia de especialistas es un "peligro nacional". Revela que, por las condiciones laborales, entre 2007 y 2013 se triplicó la falta de médicos formados. Cardiólogos, clínicos o médicos de otras disciplinas están cubriendo algunos de esos puestos. Lo mismo ocurre con neonatología, otra especialidad que el Consejo Federal de Salud (Cofesa) considera prioritaria, junto con emergentología, pediatría, medicina familiar, anestesiología, salud mental y ginecología.

*"El sistema de salud está en estado crítico, una realidad que no se está considerando cuando se piensa en las políticas de salud. Hay un colapso, en el que la terapia intensiva es la más deteriorada del sistema",* dijo Alejandro Risso Vázquez, vocal del CATI. Ya hace dos años, el doctor Pablo Justich, entonces neonatólogo del Hospital Zonal de Bariloche,

escribió en la revista Archivos Argentinos de Pediatría que *"en la Argentina la falta de neonatólogos es un problema en aumento. La ausencia de un sistema de salud coordinado y organizado y la falta de adaptación del rol del neonatólogo a la realidad de la atención materno-infantil impiden la adecuada cobertura asistencial."* En todos los casos, la decisión de pasarse a otro servicio o concursar por la residencia en otra especialidad más rentable, con horarios más cómodos o sin tantas guardias (el 42% de los intensivistas, por ejemplo, realizan más de dos guardias semanales para mejorar sus ingresos), tiene mucho que ver con condiciones laborales poco atractivas para los médicos con más de una decena de años de formación o los que recién terminaron la facultad.

De sostenerse esta tendencia, Justich preveía que era *"altamente probable que una población atendida por una especialidad diezmada, sobreexigida, inadecuadamente remunerada o con condiciones laborales adversas se vea sometida a riesgos que eleven la morbimortalidad infantil o que, al menos, no contribuyan a su reducción."* Desde Murcia, España, donde se doctoró en salud pública, señala que *"A pesar de los esfuerzos de los encargados del área de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud para regionalizar la atención materno-infantil, pienso que no se apunta a resolver el núcleo del problema de la atención de la salud de la población en la que la falta de especialidades críticas es un síntoma más de un modelo de gestión sanitaria agotado y obsoleto...falta de una mirada integral para enfrentarlo."*

Propone no sólo redefinir el papel del neonatólogo (que es un intensivista especializado en la atención de bebés en estado grave y complejo), sino también refundar un sistema de salud centrado en el paciente. *"Con las características de nuestro sistema podríamos aumentar notablemente los especialistas de cuidados críticos, pero no resolveríamos el problema si no cambiamos el paradigma de gestión sanitaria"* (lanacion.com | Sociedad; 22.09.14).

## FERTILIZACION ASISTIDA PARA EMPLEADAS - AMPLIA COBERTURA

### TEMA DE COMPETENCIA EMPRESARIAL

■ Cobertura. Polémica oferta de Facebook y Apple para sus empleadas. Las empresas reembolsarán hasta 20.000 dólares del costo de los tratamientos de fertilización asistida. Las principales empresas del Silicon Valley están acostumbradas a ofrecer beneficios para atraer a los mayores talentos y que trabajen más horas. Ahora, estas empresas ofrecerán hasta 20.000 dólares para que sus empleados puedan pagar tratamientos para la infertilidad, donaciones de esperma y hasta el congelamiento de óvulos.

La iniciativa llega en momentos en que está creciendo la competencia por contratar a los ingenieros electrónicos más capacitados y cuando muchas firmas grandes buscan incorporar más empleadas. *"Todo lo que le dé a una mujer mayor control sobre su período de fertilidad ayudará a las profesionales"*, opinó Shelly Correll, profesora de sociología y directora del

Instituto Clayman de Investigaciones de Género de la Universidad de Stanford. *"Están abordando el conflicto entre el reloj biológico y el reloj de la carrera de una mujer - agregó-. El período laboral más importante, en el que una mujer lanza su carrera, coincide con su período reproductivo. Esto resolvería ese dilema al proyectar la fertilidad femenina hacia el futuro."*

Facebook comenzó a ofrecer este año el reembolso de hasta 20.000 dólares de gastos relacionados con la reproducción. Apple empezará a ofrecer beneficios similares el año que viene. La conservación de tejido ovárico a temperaturas bajo cero permite que pueda ser utilizado en el futuro. La viabilidad reproductiva de los óvulos decrece con los años a partir de los 27 y significativamente de los 34 o 35 en adelante; pero en estos 20 años se duplicó la cantidad de mujeres que tienen su primer hijo entre los 40 y los 44 años. Alan Copperman, especialista en fertilidad del Hospital Monte Sinaí, comentó que *"...a medida que las mujeres postergan la maternidad, optan por congelar sus óvulos y lo están haciendo cada vez a menor edad"*.

La directora de operaciones de Facebook, Sheryl Sandberg, opinó que la conservación de óvulos les permite a las mujeres enfocarse en su carrera o formación. Pero el procedimiento puede costar más de 10.000 dólares en Estados Unidos, sin incluir el costo anual de almacenamiento ni el valor del procedimiento de preparación del tejido para su utilización. En el Centro de Fertilidad de la Universidad de Nueva York, 400 mujeres congelaron sus óvulos este año, en comparación

con 5 en 2005, según precisó la especialista en fertilidad, Nicole Noyes. Dijo que hay bancos que ya están ofreciendo el beneficio y que también podrían hacerlo los estudios de abogados. Cooperman consideró que Apple y Facebook se adelantaron al resto de las empresas al ofrecer estos beneficios como incentivo para reclutar y retener personal calificado. *“Se les está diciendo a las mujeres que tienen la oportunidad de postergar la maternidad para enfocarse en sus carreras. Que no tienen que tomar decisiones a partir de ciertas limitaciones reproductivas que tienen las mujeres”*, sostuvo. Estos beneficios podrían ser atractivos para las parejas del mismo sexo que quieren usar madres subrogantes o donantes de esperma o para las parejas heterosexuales que tienen que recurrir a la fertilización in vitro, que los seguros de salud no cubren. Apple también reembolsará los costos de la adopción. Mercer, una consultora especializada en beneficios laborales, informó que este tipo de cobertura es cada vez más común en las empresas grandes. El 65% de las empresas con 500 empleados o más cubren la primera etapa, que es la evaluación de un especialista. Eso supera el 54% registrado hace seis años. Por otro lado, Corey Whelan, directora de la Asociación Nacional de Fertilidad de Estados Unidos, nunca escuchó que un seguro o una empresa pagaran un procedimiento por una causa no médica, como la carrera o los estudios. *“Las aseguradoras a veces cubren el congelamiento de óvulos de las pacientes de cáncer, pero no es algo que esté garantizado”*, afirmó. **Para atraer a las mujeres**, además de los tratamientos de fertilidad, las mujeres reciben cuatro meses de

licencia por maternidad y una ayuda de 4000 dólares. Como Facebook, Apple incluirá el congelamiento de óvulos; además, agregó nuevos beneficios para las trabajadoras que tengan o adopten hijos (La Nación, Sociedad; 16-10-14; págs. 1 y 26).

■ En Argentina, según Sergio Pasqualini, director científico del centro de fertilidad Halitus, *“la mayoría de las mujeres viene a preservar sus óvulos cerca de los 37 años, cuando ya no están en su momento ideal. La principal razón es que crecieron y no consiguieron pareja o se separaron y no tuvieron hijos. También, pero en menor medida, están viniendo por ‘causas sociales’, es decir, mujeres que ven que cuando están creciendo en sus profesiones, un embarazo es una prueba de fuego que les puede hacer perder todo ese camino”*. Por otro lado, Alejandro Melamed, especialista en Recursos Humanos y autor del libro “Empresas más humanas” pone en contexto: *“Hay mujeres que producen una M: suben en la escala jerárquica, después se dedican a tener hijos y luego vuelven a ingresar a la empresa para volver a crecer. Hay otras cuya decisión es apostar todo al trabajo y postergar la maternidad. A éstas últimas está apostando esta política de Facebook y Apple: como tu reloj biológico corre, ellos te dicen: ‘Seguí focalizándote en el trabajo y yo te soluciono el tema de la maternidad’”*.

El incentivo que decidieron dar los dos gigantes tecnológicos todavía no tiene nada que se le parezca en nuestro país. Enrique Carrier, analista del mercado de tecnología, tiene algo de esa mirada crítica. *“En las empresas de tecnología contratan gente joven y le ofrecen muchas*

*comodidades a cambio de que estén ahí el mayor tiempo posible: no les regalan nada, es una política clara con acciones de motivación para que te dediques casi exclusivamente al trabajo”...Con esta política blanquero una idea: Si la maternidad es un estorbo para tu carrera también lo es para mi negocio: entonces, si la posponés yo te la financio”.*

Irene Meler, coordinadora del Foro de psicoanálisis y género propone un cambio: *“Congelar óvulos como recurso me parece válido, ahora bien, como rutina para armar un proyecto de vida me parece terrible. En vez de pagar para que dejen la maternidad para después deberían flexibilizar la jornada de trabajo para que la mujer pueda tener hijos y seguir trabajando, por ejemplo, desde la casa cuando su hijo se enferma. Pagarles para postergar la maternidad es aumentar la perversión del sistema en vez de cambiar la estructura del mercado laboral por uno Family Friendly , que ayude a sus empleados a conciliar trabajo y familia”* (Clarín.com / Sociedad/ 16.10.14).

## PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA –

### ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO Y UN KIT NOVEDOSO

■ **Incorporaron un anticonceptivo subdérmico gratuito para adolescentes.** Argentina es el primer país de la región. En una primera etapa estará solamente disponible para jóvenes de entre 15 y 19 años que hayan cursado un embarazo en el último año, pero será universal a partir del 2015. Hasta

ahora la canasta de insumos anticonceptivos gratuitos estaba conformado por el dispositivo intrauterino (DIU), el anticonceptivo hormonal oral para la lactancia, el anticonceptivo hormonal oral combinado, el anticonceptivo hormonal inyectable, el preservativo y el anticonceptivo hormonal de emergencia. Producto: Presentado ayer por las autoridades sanitarias en Lomas de Zamora, este implante estará disponible en esta primera etapa en seis provincias, con el objetivo de hacer foco en la prevención de embarazos no deseados. *“Lo elegimos porque es de fácil acceso, por la seguridad, por la sencilla aplicación, y les genera menos resistencias que el DIU”*, explicó a Telam Adriana Alvarez, coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación. Las autoridades sanitarias esperan que este nuevo método contribuya también a disminuir la mortalidad materna entre las adolescentes y el número de abortos.

El implante subdérmico (Etonogestrel 68 mg) es un método anticonceptivo eficaz, seguro y reversible que consiste en una varilla flexible del tamaño de un fósforo de cera que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer y evita el embarazo en un 99% de los casos por la liberación gradual de hormonas. Regiones: el nuevo método ya es accesible de forma gratuita en Misiones, Formosa, Santiago del Estero y en las Regiones Sanitarias VI, VII y XII de la provincia de

Buenos Aires y próximamente en las provincias de Tucumán y Jujuy (El Argentino, Sociedad, 15.07.14; pág.9).

■ **Presentan una herramienta novedosa de capacitación a talleristas:** El kit de la salud sexual. El Ministerio de Salud nacional lanzó un manual y juegos para que distintos efectores de salud puedan promover derechos y cuidados en salud sexual, con eje en la prevención. Diversidad sexual, género, aborto y mitos sexuales son algunas de las propuestas temáticas. Preguntas, juegos y distintas herramientas pedagógicas para abordar temas como la diversidad sexual, el reconocimiento del cuerpo y la autopercepción de género, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, el uso de preservativos, el aborto, los

prejuicios y mitos sexuales: es el kit sobre salud sexual y reproductiva que lanzó el Ministerio de Salud de la Nación y que se propone capacitar talleristas de todo el país que puedan llegar a la comunidad a través de los centros de salud, organizaciones sociales e instituciones educativas. (Página/12; Sociedad; 25.09.14).