



**NONAGÉSIMA REUNIÓN DEL
CONSEJO INTERINSTITUCIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CICYT)
Jueves 04 de octubre de 2018**

PRESENTES

SGCTeIP: Lic. Agustín CAMPERO, Secretario de Articulación Científico Tecnológica

Mg. Lucas LUCHILO, Subsecretario de Evaluación Institucional

Mg. Paula NAHIRÑAK, Subsecretaria de Coordinación Institucional

Lic. Sebastián GUERRIERE, Subsecretario de Planificación y Políticas en Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva

ANLIS: Dra. Claudia PERANDONES (Interventora)

CIN: Dr. Mario SABBATINI (Rector UNS - Representante Reg. Bonaerense)

CPN Antonio FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ (Rector UNSa - Representante Reg. NOA)

Ab. Federico G. THEA (Rector UNPAZ - Representante Reg. Metropolitana)

CONAE: Dra. Sandra TORRUSIO (Gerenta de Relaciones Institucionales)

CRUP: Dr. Mario LATTUADA (Asesor)

IAA: Lic. Rodolfo SÁNCHEZ (Director)

INA: Ing. Pablo D. SPALETTI (Presidente)

INTA: Dr. Marcelo BOSCH (Coordinador de Observación y Promoción de Áreas Emergentes)

INTI: Ing. Daniel LUPI (Vocal)

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al cuarto día del mes de octubre de 2018, se reúne el Consejo Interinstitucional de Ciencia y Tecnología (CICYT) en la Biblioteca de la sede central de la ANLIS-Inst. “Carlos G. Malbrán”.

El Lic. Campero inicia la reunión dando la bienvenida a los presentes, a los nuevos integrantes y agradeciendo a las autoridades de ANLIS por recibir al Consejo en esta oportunidad y por la visita guiada que se ha realizado, destacando la importancia y la trascendencia que tienen los organismos nacionales pertenecientes al Sistema Nacional de CyT.

Aprobación del Acta de la reunión de septiembre

A continuación, pone a consideración de los presentes la aprobación del acta de la reunión anterior, que sin observaciones se aprueba por unanimidad.

“Fenómeno y esencia en la investigación científica – reflexiones sobre las políticas de salud basadas en evidencias”

El Lic. Campero presenta al Dr. Félix Rosenberg, investigador invitado de la Fundación Oswaldo Cruz, dependiente del Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil. Cede la palabra a la Sra. interventora de la ANLIS y anfitriona del encuentro.

La Dra. Perandones, agradece al Lic. Campero por haber aceptado la invitación de concurrir a la ANLIS para la reunión mensual del CICYT, y pone a disposición de las autoridades presentes las instalaciones de



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

la ANLIS para albergar la realización de eventos o reuniones. Realiza una introducción a la charla del Dr. Félix Rosenberg, indicando que es el iniciador del Plan Estratégico de ANLIS desde el año 2006, que es miembro de honor de la Fundación Oswaldo Cruz -FIOCRUZ- (institución par de ANLIS de Brasil) y coordinador de las actividades de los distintos institutos que componen esa institución.

El Dr. Rosenberg agradece la invitación a realizar su presentación en el ámbito del CICYT. Su indagación filosófica y epistemológica sobre lo que es tradicionalmente considerado como evidencia científica, tiene la finalidad de hacer reflexionar acerca del rol de los Institutos Nacionales de Salud de la región de cara a los nuevos desafíos globales que se presentan a partir de los Objetivos del Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas y la Agenda 2030. Inicia su exposición presentando la FIOCRUZ sobre la que realiza una breve reseña histórica y describe sus funciones y estructura actual.

Asevera que prevalece como pensamiento dominante de la época que las decisiones políticas deben basarse en los resultados de las investigaciones científicas a cargo de los institutos nacionales de salud, lo que supuestamente otorgaría objetividad a esas decisiones. Resulta evidente para él que una decisión política puede tener en cuenta datos de la realidad científica pero no por ello es objetiva, es política. Se suele requerir que los resultados de las investigaciones sean trasladados a desarrollos tecnológicos de insumos y productos (tecnologías duras) o a programas y proyectos (tecnologías blandas). El primer paso para establecer políticas de salud es definir prioridades (enfermedades o problemas de salud que serán objeto de intervención pública) basadas en evidencia científica. Esta definición se realiza en todo el mundo a partir de lo que se conoce como “carga de enfermedad” o *burden of disease*. Una vez definidos estos problemas prioritarios, se desarrollan programas específicos que establecen los medios para su prevención y/o corrección. La carga de enfermedad se basa en dos grandes indicadores: el AVAD (o Años de Vida Ajustados por Discapacidad) y su opuesto, el EVAD (la Expectativa de Vida Ajustada por Salud) que se calculan por vigilancia epidemiológica, es decir, el registro de enfermedades. Con ese registro se estudia el efecto directo de las enfermedades en el AVAD y el EVAD, la expectativa de vida, las tasas de mortalidad, de morbilidad y de discapacidad. A partir de ahí, se calculan el resto de los indicadores haciendo las asociaciones estadísticas que se desee. Son datos promedio por país y se utilizan para elaborar las listas globales que calculan los organismos multilaterales, como *global burden of disease*. En esa instancia se establecen la lista de patologías más frecuentes (hipertensión, diabetes, etc.), las prioridades, los programas específicos para su prevención o control y los medios necesarios para llevarlos a cabo.

El Dr. Rosenberg se pregunta quién establece cuáles son las evidencias que se van a buscar y qué método se va a usar para estudiarlas. Esto trae aparejado una discusión epistemológica, porque la evidencia apenas refleja un fenómeno, un hecho que es apenas un “fragmento de la realidad”. Lo que está por detrás del hecho es una esencia abstracta que determina ese fenómeno. Y elegir eso y no otra cosa está previamente establecido. Afirma que cada investigador decide previamente qué evidencia va a estudiar y ahí se fija el plan estratégico y táctico de cada institución, laboratorio, etc., y lo fija de acuerdo a intereses, necesidades del investigador o la institución. Pero ¿quién decide finalmente qué es lo importante?



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

El establecimiento de qué evidencias mirar responden a los liderazgos que se presentan en cada instancia. En salud, por ejemplo, son los organismos globales de gobernanza, como OMS, OPS y otros como ONGs que definen e imponen su visión a partir del financiamiento que otorgan. Entonces la autonomía y la independencia en las decisiones está condicionada por los organismos que financian, los *lobbies*, los donantes de las instituciones globales, que tienen mucha más injerencia en los comités ejecutivos de los organismos multilaterales que los ministros de salud de los países que los componen, y son los que terminan definiendo las políticas de salud de esos países, que aportan relativamente mucho menos que lo que aportan las ONGs grandes, por ejemplo. Y por lo tanto, las evidencias elegidas por los jefes de laboratorios, los becarios, los investigadores estarán direccionadas en este sentido, para continuar en el sistema. Entonces quien decide qué evidencias se miran es el complejo industrial-productivo de salud, que hoy día ocupa el 2° ó 3° lugar en la economía del mundo, y dentro de este complejo, la big pharma es quien tiene mayor peso, pero también los hospitales, las prepagas, las autoridades, los partidos políticos, las creencias religiosas, etc. La evidencia no se sobrepone a nada, sino que se direcciona para demostrar algo a favor o en contra de un objeto que interesa predeterminadamente.

Rescata el ejemplo de la publicación científica de John Snow de 1854, primer investigador médico que desarrolló los análisis deductivos e inductivos a partir de estadísticas, tasas, etc., por lo que es conocido como el padre de la epidemiología. Snow descubrió el causal de una enfermedad (el cólera, al que llamó “un veneno”), en una época que se hablaba de los miasmas y de los flujos, y no se conocían las bacterias. Él demuestra mediante evidencia científica que por el agua que toma la gente de una bomba localizada en la calle, se infecta y enferma. En su trabajo original, dice que lo que contamina a las personas es la falta de saneamiento público del agua. Demuestra que esto ocurre donde hay contaminación cloacal al agua potable debido a la falta de saneamiento. Hace estudios epidemiológicos y afirma que la cultura, la educación y los hábitos de higiene son críticos para que este tipo de contaminación del agua ocurra. Habla de la importancia de los hábitos de higiene, para evitar la infección con cólera. Calcula las tasas de incidencia del cólera en Londres por barrios y las relaciona con la pobreza, con los tipos de empleo de la gente más pobre, que son indicadores de clase social. Y también hace una especulación sobre cómo la revolución industrial atrae personas que vivían en el ámbito rural a la ciudad, sin planificación, lo que hace que la gente se establezca en barrios marginales que no tienen saneamiento y esto favorece la incidencia de la enfermedad.

Para explicar su posición, el Dr. Rosemberg utiliza un modelo de cajas que contienen dentro de sí otras cajas más pequeñas o son contenidas por otras mayores para representar las evidencias, que serían partes de la realidad. Dependiendo de qué caja se mire, qué porción de la realidad se mire, la decisión política y la intervención pública será completamente diferente. Continuando con el relato del Dr. Snow concluye que, años más tarde, cuando se descubre el agente causal (veneno= *Vibrio cholerae*) se toma la decisión política de desarrollar una vacuna e innovar con los antibióticos, propio del modelo del complejo productivo-industrial de la salud (caja 1 del esquema). Esto se puede extrapolar al día de hoy y ver que no cambió; hoy se habla de dengue, meningitis, hepatitis, enfermedad cardiovascular, diabetes,



*Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología*

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

etc. El centro de la evidencia es el centro de la evidencia del agente etiológico (causal), de cómo se controla y se previene.

En la caja 2 que representa un nivel de la realidad más amplio, es necesario decir que ni los medicamentos y ni las vacunas contra el cólera evitan la enfermedad en lugares donde el saneamiento no existe. Se pregunta cómo es posible que 170 años después del descubrimiento del cólera y de mucha investigación científica, haya en este momento una epidemia en Argel. Las políticas de salud no fueron muy eficaces para cambiar hábitos culturales y de educación, y evitar las grandes pandemias. A quien no tiene el mínimo de educación no se le puede pedir que se lave las manos para no tener cólera. Lo mismo ocurre con las pandemias de zika o dengue. Tampoco sirve de mucho que la gente cambie sus hábitos culturales y de higiene y no acumule agua, cuando en la calle y en las ciudades se acumula el agua y la basura pública. Los otros 3 niveles o cajas dicen que la pobreza está relacionada con barrios de mayor fragilidad y presión social. El empleo, los oficios y las profesiones están relacionados a las condiciones de pobreza y también a los barrios. Y la estructura social (la caja mayor) determina los empleos, los barrios y la pobreza. Pero desde el sector salud se dice “ni el empleo, ni los barrios, ni las ciudades, son responsabilidad del sector salud”.

Pasteur descubre a fines del S XIX el “agente causal” de la rabia (por el que es considerado el padre de la microbiología) y fortalece el concepto de etiología y de laboratorio de referencia. El diagnóstico pasa a ser muy importante y fortalece mucho más el pequeño criterio del agente etiológico de la enfermedad. Con ese progreso tecnológico que está focalizado en la etiología, no se puede comer grasa, por ejemplo, porque causa hipertensión. Hay que comer comida saludable. Aclara que no es una crítica, sino la descripción de lo que prevalece en términos de evidencia, la caja más pequeña de lo que es realmente la evidencia de una realidad. Enfocados en el progreso tecnológico de la etiología, cada día se diagnostican nuevas enfermedades. Y sus soluciones no son efectivas más que para el subsector que los sostiene, no para la salud pública. Se crea un círculo “virtuoso” para esta filosofía de crear programas verticales, pero “vicioso” para la salud, fraccionando cada vez más la política sectorial y basándola en la evidencia científica que sostiene esta práctica (de mirar la evidencia científica del punto menor de la relación causal y no en niveles de mayor complejidad). Y si bien la carga de enfermedad cambia con el tiempo, lo que no cambia es la lógica y el pensamiento que lo sustentan.

El Banco Mundial en el 2010 dice en su informe sobre la carga de la enfermedad para la salud global, que ésta es definida crecientemente por “discapacidad” en lugar de “mortalidad prematura”. Las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo han cambiado de las enfermedades transmisibles en niños a las no transmisibles en adultos. Existe evidencia que muestra que “comer demasiado sobrepasó al hambre como un factor prioritario de riesgo” (hay más casos de hipertensión y obesidad que de hambre). Entonces los que pasan hambre que sigan pasando hambre porque ahora son minoría. Más importantes son los que comen demasiado, como principal carga de enfermedad, no como problema. Sin embargo, un año más tarde la OPS en la declaración final de la conferencia mundial de determinantes en salud, donde estaban casi todos los ministros de salud del mundo, reafirmó que “las inequidades en salud dentro y entre países son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y ampliamente evitables y que la promoción de la equidad en salud es esencial para el



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

desarrollo sostenible”. Según la OPS el problema central no sería la carga de enfermedad sino la inequidad. En la cumbre de Río+20 de 2012, PNUD (ONU) dice que “billones de nuestros ciudadanos continúan viviendo en la pobreza a quienes se les niega una vida digna; existen crecientes desigualdades dentro y entre los países; existen enormes disparidades de oportunidad, bienes y poder, inequidad de género, desempleo y amenazas a la salud global”. Aquí se observa también que las evidencias dependen de cuál es el objetivo de la institución. En 2015, se crea la Agenda 2030 y los 17 Objetivos del Desarrollo Sustentable (y 179 metas) y que están muy interrelacionados entre sí, a pesar de que se muestran separados sectorialmente. Todos los informes de progreso y de metas de la Agenda 2030 se refieren exclusivamente a las metas del ODS 3 que es el Objetivo del sector Salud. Y a pesar de que la definición de Salud según la OMS no es la ausencia de enfermedades sino que refiere al Bienestar en general, tanto físico y mental como social, todas las políticas del ODS 3 están basadas en la carga de enfermedad, vía factores de riesgo promedio, y entonces son metas de disminución de patologías y enfermedades. El Dr. Rosenberg realiza algunos comentarios rápidos sobre cuál es la acepción más común para el común de la gente y para las organizaciones sobre la Salud, concluyendo en el concepto que mejor representa su idea de Salud, *Sumak Kawsay*, nacido de los pueblos originarios de nuestro continente, que significa en quechua “buen vivir”, “Armonía con la Pacha Mama”.

Todos los ODS son determinantes de enfermedades pero en realidad también son atributos de buena salud y bienestar, y se expresan en un territorio local. Los fenómenos medidos son promedio (los factores de riesgo incluidos) pero se manifiestan en un territorio y en su gente. Por eso Snow asociaba la pobreza con barrios. Las metas de los distintos ODS están todas interrelacionadas y son parte de una única realidad. Funciona como una totalidad concreta y lo que se separa del todo es un artificio. Lo que abarca ese todo, la estructura social, se expresa localmente en el proceso de salud-enfermedad. Las clases o grupos privilegiados alcanzan todas las metas de ODS, como lo muestran los informes del BM. Tienen (“tenemos”, aclara) acceso a la vida saludable, a los servicios de salud y podemos elegir. Todos nuestros valores están por encima de los valores promedio, entonces la carga de enfermedad de enfermedades transmisibles es menor que en otros territorios y son mayores en otros indicadores (hipertensión, diabetes, enfermedades crónicas o degenerativas). Pero en los territorios del otro extremo de la estructura social, los que son extremadamente fragilizados, llevan toda la carga múltiple de enfermedad, no llegarán a la mayor vulnerabilidad de las enfermedades no transmisibles porque no llegan al promedio de expectativa de vida. Y entonces continúan teniendo alta carga de enfermedades transmisibles (cólera, diarrea, enfermedades respiratorias agudas, etc.) y mayor carga de causa externa de enfermedad (lo que en salud se conoce con ese eufemismo), que es la violencia (una bala, por ej.). El objetivo central de la Agenda 2030 es reducir las desigualdades sociales; el lema central de los ODS es “Nadie debe quedar atrás”. Entonces no basta el informe que producimos voluntariamente todos los países del mundo, en cuanto a salud, sobre los promedios de las metas de ODS. Porque todos los promedios para Argentina dan por encima de las metas de los ODS (es el caso en el ODS 3 de los promedios de la mortalidad infantil, mortalidad materna, el acceso a la salud, enfermedades transmisibles) pero en los territorios social y ambientalmente más fragilizados, esas metas están lejos de ser alcanzadas; los promedios nacionales no nos sirven para fijar políticas nacionales. Entonces lo que hay que hacer es llegar a identificar los territorios más fragilizados para entender no cuál es el agente



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

etiológico que produce tal enfermedad sino el Todo sobre esa población. Poco importa si el agente que los enferma, los mata o los inhabilita es éste o aquél, si las condiciones globales de relación territorio-clase social hacen que los factores de riesgo estén ahí. Para este tipo de Objetivo sugerimos que las evidencias, las tecnologías sociales de carácter cualitativo, tienen que fortalecerse; porque además de permitir llegar fácilmente a la realidad local, que en los promedios de registro se invisibilizan, consideran a la población sujeto de esta realidad y no objeto de una estadística para producir datos que sustenten las investigaciones. Reitera que no critica las investigaciones duras en el desarrollo, por ejemplo, de medicamentos, sino que estas medidas solas no bastan, no han servido en ningún contexto histórico para erradicar las enfermedades transmisibles si no van acompañadas de medidas de desarrollo social más igualitario y menos concentrado.

Para terminar, comenta el caso del municipio de Petrópolis y la filial local del FIOCRUZ, como un ejemplo del establecimiento de políticas basadas en otro tipo de evidencias, más cualitativas, como el DRP (Diagnóstico Rápido Participativo). En un periodo muy breve (4 meses), a través de la atención básica del municipio que alcanza al 40% de la población, agentes comunitarios de salud previamente capacitados (trabajadores sociales, maestros de escuela, gente de la propia comunidad, no investigadores de afuera de ella) han ido a conversar con la población para conocer cuáles son sus problemas centrales. Han encuestado a las familias, visitado las escuelas, realizado grupos focales, ruedas de mujeres y de jóvenes. Esos problemas han sido encuadrados en los ODS a nivel local, identificando los más importantes para ellos. Por ej., para el ODS Combate a la pobreza se relevaron como problemas la elevada vulnerabilidad social, desempleo, drogas, prostitución, desnutrición, y amenaza de remoción del lugar. De este modo, mediante la cartografía participativa se identifican otros problemas que los que se relevan mediante la carga de enfermedad, con otras prioridades. A pesar de lo que dice el BM, las prioridades son otras: desnutrición infantil, embarazo adolescente, falta de perspectiva para los jóvenes, deserción escolar, aislamiento por falta de transporte, desempleo, son algunos de los problemas principales detectados por la comunidad. Una tecnología social tan simple y rápida mediante una herramienta cualitativa como de mapeo y diagnóstico participativo a través de los agentes públicos locales más la cobertura de la secretaria de planificación y gestión urbana, permite que se puedan encontrar acciones comunitarias que cubren todos los ODS y faciliten la inserción comunitaria a la sociedad. Esto es para ellos, Salud: encararla desde la caja mayor.

El Lic. Campero agradece la presentación y abre la palabra a comentarios y preguntas.

El Dr. Marcelo Bosch, agradece la presentación, valora la visión social de la medicina y la salud que pusiera de manifiesto el Dr. Rosenberg, y entiende que habría que agregar la pieza faltante además de la “industria de la salud” que es “la industria de la enfermedad”. Dentro de ella, habría que incluir la sobreoferta de medicamentos y la sobreoferta alimentaria en los que el tema del sobrepeso y la obesidad (especialmente la infantil), que son una pandemia y están presentes también en la Argentina, son un fenómeno emergente y preocupante. En su entender, esto tiene que ver con las políticas públicas, pero también con los lobbies empresarios, con la CyT, donde la industria tracciona las



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

investigaciones, y otros temas como los alimentos funcionales, que se venden como una solución a la salud, por ej.

El Mg. Luchilo reflexiona sobre las definiciones de la salud. Pone el foco en aquellas que superan los enfoques biologicistas de la salud, como un desiderátum de estado ideal de bienestar de la persona, que es algo que resulta difícil de compatibilizar con la vida tal y como la conocemos y experimentamos todos, y se pregunta en qué medida de esta visión idealizada de salud, se pueden desprender también visiones idealizadas sobre los modos de intervención. Considera que si bien hay muchas insuficiencias en el enfoque predominante ha sido históricamente muy exitoso. La combinación de las tecnologías farmacéutica, sanitaria y médica en un sentido amplio (en términos tanto de las instituciones como de la profesión), desde 1854 a 2018 han cambiado positivamente indicadores muy fundamentales. La pregunta que formula es, frente a la transición epidemiológica que más allá de las ineficiencias que tenga es la que todos observamos, cuál sería el punto de equilibrio del peso de las enfermedades no transmisibles en el modelo médico y tecnológico tradicional.

El Dr. Rosenberg responde que quiso “ser objetivo” y colocar sin peso relativo todos los factores sobre decisores de evidencias. Pero es evidente que si el complejo industrial-productivo de salud es el segundo o tercer mayor generador de PBI de los países, es el que tiene mayor influencia para definir el tipo de evidencia que se busca. Y nosotros respondemos con una lógica epistemológica de buscar el agente causal, es decir la relación directa inmediata; la salida es entonces mercadológica. Y ahí se encuentra la gran influencia global, sobre qué es lo que se investiga y qué es lo que se aconseja hacer. Decir que el progreso en salud se debe a las acciones de salud en 150 años, ameritaría ponderar la medida en que eso fue resultado efectivamente de las acciones del complejo industrial-productivo de salud, los antibióticos, los medicamentos, y sofisticaciones de ese tipo y cuánto se debe al desarrollo social y económico. Porque no es casualidad que en los países social y económicamente más desarrollados, aún cuando no tengan los mejores sistemas de salud, son los que presentan mayor expectativa de vida. En segundo lugar, esa noción que es la idea abstracta del “perfecto estado de bienestar social”, que además es específico para cada cultura, también es inducido por el complejo industrial de salud. Y si no, basta con mirar la televisión: “Para estar sano y ser más feliz, tiene que tomar tal cosa”. Ese concepto amplio, indefinido, abstracto de perfecto estado de bienestar físico, es promovido por el complejo industrial de salud, que nos pauta qué es lo que tenemos que comer, cómo nos tenemos que relacionar, con qué frecuencia y, de preferencia, consumiendo, que es como se reproduce el sistema. Una salida factible en este momento es reducir las desigualdades. Ahí es donde están los indicadores de salud injustos. Si tenemos la tecnología disponible para alcanzar buenos niveles de, al menos, bienestar físico, ¿por qué mantener excluidas a esas poblaciones enormes? Existen incluso en los países donde su número no incide en los promedios. Nosotros, como agentes de salud, no lo podemos permitir.

La Dra. Perandones le agradece al Dr. Rosenberg. Agrega que el tema es para discutir y trae a colación lo que se está hablando en las agencias regulatorias de salud de Europa, que critican a los parámetros DALY y QALY (indicadores sintéticos de salud), porque argumentan que se crearon para satisfacer la respuesta a determinadas producciones de ciertos medicamentos biológicos o fármacos. La crítica es



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

que si el indicador asume que hay que aceptar y administrar un determinado medicamento, probablemente ese indicador carezca de validez para conocer la verdadera eficacia y efecto de esa droga. Añade que en los foros internacionales de salud, los representantes de la Fundación Bill Gates se sientan en la mesa de toma de decisiones junto con y al mismo nivel que los ministros de salud de cualquier país, y continúa mencionando que ellos ya reemplazan los ensayos clínicos por *statistical modelling* para analizar los posibles efectos de los fármacos de manera de posicionar unos u otros. Todas las herramientas del conocimiento en sí son válidas; el problema es el uso que hacen de ellas los que están involucrados en la toma de decisiones en salud. Deja como reflexión para la mesa no permitir que se omita la evidencia en la toma de decisiones, pero sí revisar el uso tan parcializado que de esa evidencia científica se está haciendo en la actualidad.

El Lic. Campero le agradece a la Dra. Perandones. Comenta que desde hace algún un tiempo se viene desarrollando el Programa de “Asesoramiento científico a políticas públicas”. Considera que en Argentina existen tanto instituciones como personas de altísimo nivel que podrían aportar su conocimiento para el diseño y ejecución de las políticas públicas, pero que existe poca sistematización. Es posible generar productos científicos como informes a demanda, o directamente que haya más doctores en los planteles profesionales de las oficinas públicas, de los diferentes poderes y niveles de gobierno. Argentina produce muchos y muy buenos doctores, y es muy importante que esos RRHH no tengan como único horizonte deseable pertenecer al CONICET, como sucede ahora, sino que también puedan enriquecer al resto de los organismos científicos del sistema, a las universidades y a las oficinas públicas. Es una apuesta por convencimiento ideológico por el momento, aunque se podría apelar a publicaciones que indican que un Estado con más doctores se desempeña mejor y da como resultado mejores políticas públicas. En este sentido, hace unos meses se creó en el ámbito de la Secretaría el mencionado Programa, que se encuentra en plan de desarrollo de informes que se van a poner a disposición de los Poderes Legislativo y Ejecutivo. Cita como ejemplo lo que se está realizando en torno al Litio, un recurso estratégico que Argentina tiene en abundancia y que en los próximos 30 años se perfila como muy demandado. En las oficinas sustantivas del poder ejecutivo involucradas, de producción y de minería, ya está circulando una versión muy accesible para los tomadores de decisión. También se encuentra en elaboración otro relacionado con la Edición génica para los legisladores, en el que el sistema científico puede hacer un aporte muy relevante. Otro se está pensando para las adicciones, donde el sentido común se preocupa mucho más por algunas sustancias que están prohibidas y no se detiene en otras sustancias adictivas legales y muy peligrosas como el alcohol, que es un gran factor de riesgo sobre todo para los jóvenes más vulnerables. Aunque el conocimiento científico no sea más que uno de los insumos para una decisión de política pública, y no el más importante, tiene que estar disponible de manera ordenada, accesible, sistemática, que garantice el acceso para una futura discusión. Menciona dos ejemplos recientes, como lo que ocurrió de manera poco virtuosa con el voto electrónico, más allá del resultado, donde hubo consulta a los científicos y algunos especialistas aunque se manejó desde su punto de vista de manera sesgada, desorganizada, y poco fructífera para la política pública. El otro caso es el de la interrupción voluntaria del embarazo, sobre el que la evidencia aportada desde el conocimiento científico, más allá del resultado, fue muy bueno y muy relevante, para otorgar algún tipo de peso a determinados argumentos. Y tuvo en la opinión pública la contradicción



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

entre lo que los académicos podían aportar versus los argumentos sustentados en cosmovisiones religiosas. Es una discusión abierta, que se está pensando hoy y que incluye también un subproducto que es la separación de la iglesia del estado, que también está presente en la discusión.

La Secretaría de Gobierno tiene además un programa con potencial de transferencia a distintas jurisdicciones que son los PDTs (Proyectos de Desarrollo Tecnológico y Social). Hace unas semanas, el GCABA demandó el listado de Proyectos orientados a políticas sociales para intervenir en ese sector a través de investigaciones científicas. También se está avanzando en acuerdos con otros ministerios para hacer investigaciones sobre temas muy puntuales con impacto social, como el caso de las políticas de género en las investigaciones científicas pero sobre todo en temas de salud, donde por ejemplo, el estándar para las dosis de los medicamentos es un varón promedio, de 1,80 m, 80 kg de peso, sano.

El Dr. Marcelo Bosch retoma el punto sobre edición génica para mencionar que en el INTA, cuando surgen áreas emergentes como ésta, se empieza a reflexionar desde la prospectiva y uno de los problemas que aparecen es el de la opinión experta que, se sabe, no está exenta de un cierto *lobby* tecnológico y científico que deriva en un cierto sesgo. Por ello, traslada la inquietud de cómo hacer una prospectiva más interdisciplinaria y socialmente anclada, donde se incluyan cuestiones éticas o de otro tipo para poder armar una proyección más amplia de los programas de investigación, de cara al futuro.

El Lic. Campero considera que este tipo de inquietudes es justamente las que hay que discutir en el ámbito del CICYT, pensando que el abordaje interinstitucional y multidisciplinaria de la CyT puede ayudar mucho en los programas transversales.

El Dr. Rosenberg cierra su participación comentando que le resulta muy estimulante la diferencia entre las políticas basadas en la evidencia y el asesoramiento que se puede dar a las políticas públicas desde las políticas científicamente informadas, basadas en el conocimiento que es diferente a las basadas en la evidencia. También agradece la oportunidad de exponer en este ámbito y remarca dos cuestiones centrales. Para reducir desigualdades y para llegar a sociedades más justas, desde la salud, el abordaje desde la intersectorialidad es una manera de lograr llegar lo menos sesgadamente posible. Y estar en un consejo científico multisectorial resulta una oportunidad para abordar temas que son necesariamente intersectoriales, como los problemas de género, de adicción y otros. La otra cuestión es la importancia del nivel local. Es claro que hay determinantes que son verticales, pero normalmente esa intersectorialidad se manifiesta claramente a nivel local. Entonces la discusión que queremos llevar aquí son esos dos papeles que lleva a cabo ANLIS. Valora muy positivamente que ANLIS esté participando de este Consejo para que se entienda mutuamente el poder multisectorial, y a su vez para que ANLIS amplíe su visión. Lo que se pretende es que eso sea interpretado y discutido multisectorialmente a partir de una realidad concreta, y no a partir de un interés mercantil, sin duda alguna.

Avances en la conformación de una red para la investigación sobre el uso medicinal del cannabis

El Lic. Campero recuerda que a partir de la Ley aprobada recientemente por el Congreso, la Secretaría de Gobierno de CTelP tiene la responsabilidad de hacer cumplir. La ley otorga ciertas atribuciones al CONICET y al INTA en el caso de la producción y cultivo de las plantas, y el decreto reglamentario



Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

Secretaría de Gobierno de Ciencia,
Tecnología e Innovación Productiva

subsana la omisión del sistema universitario, donde hay muchos especialistas que hacen investigaciones en estos temas. Informa que el diseño institucional de abordaje para la investigación en cannabis medicinal actual está en línea con la reglamentación. La protored, que pronto estará formalizada, tiene especialistas que realizan investigaciones sistemáticas y de calidad desde distintos organismos aunque no son representantes institucionales. Al interior de la red, se conformarán tres subredes: una para el relevamiento de los procesos de calidad en los laboratorios participantes, para que se cumplan los estándares internacionales alrededor de las investigaciones de cannabis medicinal; otra para el relevamiento de los ensayos clínicos existentes; y la tercera para el relevamiento de los actores del tercer sector, que excede la investigación científica y que está relacionado con los actores que impulsaron la ley, como las madres de los pacientes que hoy cultivan y destilan el aceite. Informa que para avanzar en el financiamiento de las investigaciones, existirá un PICT-O cannabis medicinal. Por otro lado, se va a avanzar en la realización de una conferencia internacional a la que asistirán personalidades muy relevantes a nivel mundial en la temática, para que nuestros especialistas se inserten de la mejor manera en los grupos científicos internacionales. A su vez, se están llevando a cabo reuniones con el sector de la Secretaría de Salud correspondiente y también se ha invitado a la Secretaria de CyT de Jujuy que va a empezar a cultivar a partir de las demandas que tienen junto con el INTA, para dar respuesta a estas demandas.

Varios

También informa sobre los dos eventos que se llevarán a cabo en el contexto del Proyecto RELAMPAGO para investigar las tormentas de alta intensidad que se producen en Córdoba, Mendoza y San Luis, con financiamiento de la NSF, que dejará una cantidad considerable de datos primarios disponibles para ser analizados por el Sistema Nacional para lo que se prevé un PICT-O RELAMPAGO.


Por último, anuncia la reprogramación del lanzamiento del satélite SAOCOM de la CONAE, invitando a los presentes al evento abierto al público que se realizará en el C3, que se podrá también seguir por la TV pública y por las redes sociales, poniendo a disposición a los científicos de la CONAE para dar charlas en las distintas instituciones sobre las aplicaciones que permitirá este satélite. La Dra. Torrusio aporta algunas precisiones acerca de las actividades asociadas al lanzamiento.

Sin más temas que tratar, se da por concluida la reunión.

El próximo encuentro se realizará el jueves 1 de noviembre.



Dra. TORRUSIO



R. SÁNCHEZ




PABLO SPALLOTTI



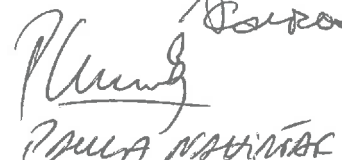
C. PERANDONES



O. DAVICO
LUPÍ



Gerardo
Barro



PAULA NAVARRETE