



08/Las nuevas pobrezas en América Latina.

Dra. Silvia Noemí Oger,
Delegada regional para la línea bioética de la Orden.

Latinoamérica ostenta desde hace décadas una deuda interna con sus habitantes, fundamentalmente con aquéllos excluidos socialmente. Desafortunadamente la solución a la problemática de la pobreza, está muy lejos de lograrse.

A diferencia de otras latitudes la concentración de la pobreza se establece en zonas urbanas y sub-urbanas, conformando los denominados “cordones de pobreza” variando su condición según ubicación.

La presente exposición muestra las estadísticas oficiales de la Organización de las Naciones Unidas, a través de uno de los organismos dependientes, la CEPAL; los indicadores exponen el magro avance para cumplir los objetivos de la “Cumbre del Milenio”.

Luego de la evaluación del tema se aprecia el impacto directo que provoca en la salud, generando nuevas pobrezas. Finalmente se revelan las realidades emergentes en los diferentes países donde la Orden de San Juan de Dios, lleva adelante su Misión.

Palabras clave: Pobreza, Salud, América Latina, Servicio.

For decades, Latin America has had an internal debt with its inhabitants, especially with those socially excluded.

Unfortunately, the solution to the problem of poverty is far from being achieved.

Unlike places of other latitudes, the concentration of poverty is located in urban and suburban areas, representing the so-called “poverty belt”; their conditions vary by location.

This presentation shows the official statistics of the United Nations through one of its agencies, ECLAC.

The indicators show little progress in meeting the Millennium Summit goals.

After an evaluation of the subject, we can see the direct impact it causes on health, and the new forms of poverty it generates. Finally, we reveal the emerging realities in different countries where the Order carries out its Mission.

Key words: Poverty, Health, Latin America, Service

La pobreza, antigua o nueva, es un plaga que se propaga constantemente, revelando una multicausalidad de factores desencadenantes y por tanto su análisis, exige un enfoque multidimensional. Conceptualizando que la raíz de esta situación social se cimienta en el avasallamiento del Principio de Equidad, generado por las desigualdades que no sólo provocan las diferencias económicas, sino también las denominadas como persistentes.

Éstas incluyen a aquéllas que se conciben por el género, la etnia, las minorías culturales, los migrantes y sólo reconociendo el origen sistémico de la problemática, podremos abordarla desde una perspectiva más abarcadora.

De este modo, Latinoamérica ostenta desde hace décadas una deuda interna con sus habitantes, fundamentalmente con aquéllos excluidos socialmente. Desafortunadamente la solución a la pobreza, está muy lejos de lograrse.

Significativamente y a diferencia de otras latitudes, la concentración de la pobreza en la región se establece en zonas urbanas y sub-urbanas, conformando los denominados “cordones de pobreza” variando las condiciones según la ubicación.

Entonces, los que habitan el primer cordón, tienen mejores oportunidades de acceso en cuanto a trabajos formales o informales, salud, educación y también sus viviendas, aunque precarias, son preferibles a otras.

Así, la nueva pobreza urbana surge como figura hacia fines de la década de los años ochenta; aplica en principio a las ciudades más desarrolladas, donde fundamentalmente la falta de empleo calificado provocó delincuencia, apatía y desintegración familiar.

Pero, sintetizar el concepto de pobreza a la mera carencia de ingresos, es limitado, siendo el enfoque multidimensional más integrador. De este modo, para efectuar un correcto análisis, debemos aplicar ciertos criterios de medición, a saber:

A) La línea de pobreza, método indirecto.

B) Las necesidades básicas insatisfechas, método directo

C) El método integrado, desarrollado por Kaztman.

A) El método “indirecto” lo evalúa a través de la capacidad para realizar el consumo.

La línea de pobreza que imputa la condición de pobres a las personas pertenecientes a hogares cuyo ingreso per cápita es insuficiente, para sustentar el costo de un estándar mínimo de consumo.

B) El método “directo” relaciona el bienestar con el consumo efectivamente realizado. Las necesidades básicas insatisfechas que asimila a la pobreza con las carencias inherentes a ella, tales como deficiencias de tipo habitacional, de nutrición, de acceso a salud, y educacionales (independiente del nivel de ingresos).

C) El método integrado de medición de la pobreza, combina los métodos de la línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. Este método integrado: distingue así entre cuatro casos de:

- **Pobreza Crónica**, cuando las personas tienen necesidades básicas insatisfechas e ingresos por debajo de la línea de pobreza.

- **Pobres recientes**, son aquellos que tienen sus necesidades básicas satisfechas pero que sus ingresos están por debajo de la línea de pobreza.

- **Pobres inerciales**, que son aquellos que tienen al menos una necesidad básica insatisfecha, pero sus ingresos o gastos están por encima de la línea de pobreza.

- **Integrados socialmente**, son los que no tienen necesidades básicas insatisfechas y sus gastos están por arriba de la línea de pobreza.

En este momento considero oportuno abordar otras definiciones:

- **Marginalidad**: se define como la falta o debilidad de vínculos de las personas con el trabajo y consiguientemente la insatisfacción de sus necesidades básicas.

- **Vulnerabilidad a la pobreza**: significa la exposición a factores de empobrecimiento y a la baja generación de oportunidades, determinada por el nivel de activos.

- **Exclusión de la modernidad**: el riesgo de exclusión de la modernidad está vinculado a jóvenes cuya encrucijada vital es adquirir activos habilitantes (educación) o reproducir la pobreza.

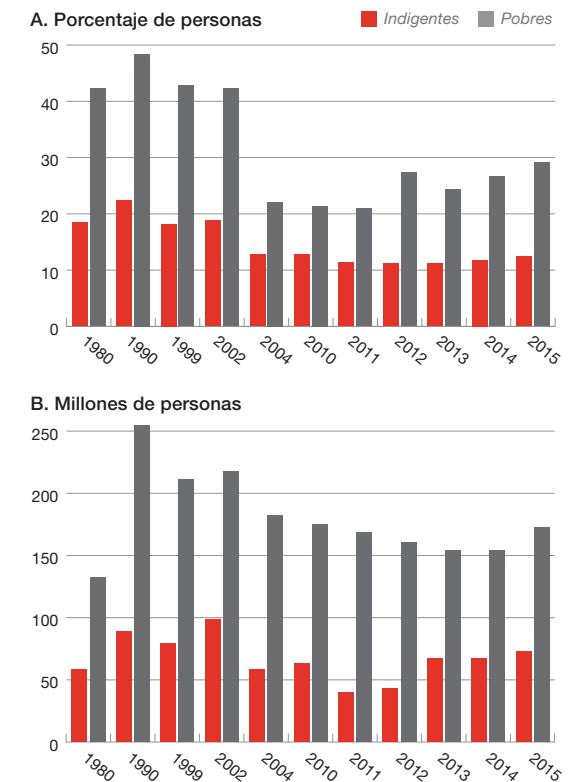
La educación, es sin dudas una de las herramientas más importantes para adquirir las capacidades suficientes, que permiten el desarrollo personal y es la oportunidad para poder sobreponerse a la exclusión que imprime la pobreza.

La Organización de las Naciones Unidas ha conformado un organismo dependiente de ella, cuyo objetivo primordial es promover el desarrollo económico y social de la región, se trata de la **Comisión Económica para América Latina y el Caribe**.

Se conoce que América Latina es comparativamente, la zona más desigual del mundo; donde la situación de pobreza es la resultante de

la pérdida del equilibrio cuando no se aplica el Principio de Equidad adecuadamente, generando una desigualdad distributiva.

América Latina (19 países):
evolución de la pobreza y la indigencia, 1980-2015*
(En porcentajes y millones de personas)



Desafortunadamente, la **CEPAL** ha develado en su último informe que, la tendencia a la superación de la pobreza se ha estancado en la región, por múltiples factores.

**POBREZA 29,2% =
175 MILLONES DE PERSONAS**

En esta línea, cabe recordar que en septiembre del año 2000 en la ciudad de Nueva York se realizó una de las mayores reuniones de Jefes de Estado, participando 189 países, me refiero a la **Cumbre del Milenio**. Durante la misma, los 147 jefes de Estado y de Gobierno firmaron la Declaración del Milenio. Ésta contenía 8 ambiciosos objetivos que tendrían que ser alcanzados hasta el 2015, para lo cual se efectuó el compromiso formal de conseguirlos.

Uno de ellos es reducir a la mitad la pobreza extrema de la región para el año 2015, tomando como base el año 1990. Esto no podrá ser alcanzado si se basa sólo en las tendencias actuales del crecimiento económico y del desarrollo social.

En el siguiente cuadro, tomado del Informe de CEPAL, **Panorama Social de América Latina, 2002 y 2003**, se revela el porcentaje de avance hacia la meta, observando los tramos porcentuales para el período comprendido entre 1990-2002.

Se encuentra subdividido según la proporción alcanzada en: muy negativo, negativo, escaso,

Porcentaje de avance hacia la meta -
Tramos porcentuales - Período 1990-02



Muy negativo -350 a -77%	Argentina (-310) Venezuela (-104) Colombia (-77)
Negativo -10 a 0%	Paraguay (-6)
Escaso 1 a 25%	Perú (9) Bolivia (12) Honduras (20)
Medio 26 a 50%	Nicaragua (30) Costa Rica (33) El Salvador (39) Panamá (48)
Elevado 51 a 99% (acorde con la meta)	Ecuador (52) Guatemala (55) Uruguay (55) México (66) Brasil (82)
Cumplido 100% y más	Chile (>100)

Fuente: CEPAL, Panorama social de América latina, 2002/03

medio, elevado, y cumplido y más; observamos que Argentina se encuentra en el subsuelo y Chile en la cumbre, con respecto al logro de la meta. Sin duda alguna, desde hace tiempo se vienen aplicando denodados esfuerzos por solucionar o por lo menos paliar y disminuir la escalada de pobreza en la región; y como podemos inferir, los mismos no han sido eficaces.

Entonces ¿cuáles son los motivos que perpetúan la pobreza en la zona?; de forma gráfica los podemos clasificar en externos e internos:

1. Externos: se refieren a las condiciones negativas del contexto internacional, que actúan sobre los sistemas económicos, políticos y sociales.

2. Internos: se refieren a que se realizan esfuerzos insuficientes, esfuerzos mal dirigidos o la presencia de ambos factores. Pero sobre todo influye la incapacidad de responder a los vectores externos.

A manera de anécdota, hace dos años, se publicó que las 85 personas más ricas del planeta poseían una fortuna equivalente a la mitad de la población más pobre; datos del año 2016, reducen el número a 65 multimillonarios. Latinoamérica no queda exenta de esta ecuación:

“El nuevo modelo de crecimiento de América Latina, desplaza en bloque a la mayoría de los países de la región, hacia un nivel más alto de concentración del ingreso”.

Países con mayor pobreza en Latinoamérica



Pais	%	Pais	%
1. Honduras	67.4	6. Bolivia	42.4
2. Nicaragua	58.3	7. Rep. Dominicana	42.2
3. Guatemala	54.8	8. México	36.3
4. Paraguay	49.6	9. Colombia	34.2
5. El Salvador	46.6	10. Ecuador	32.4

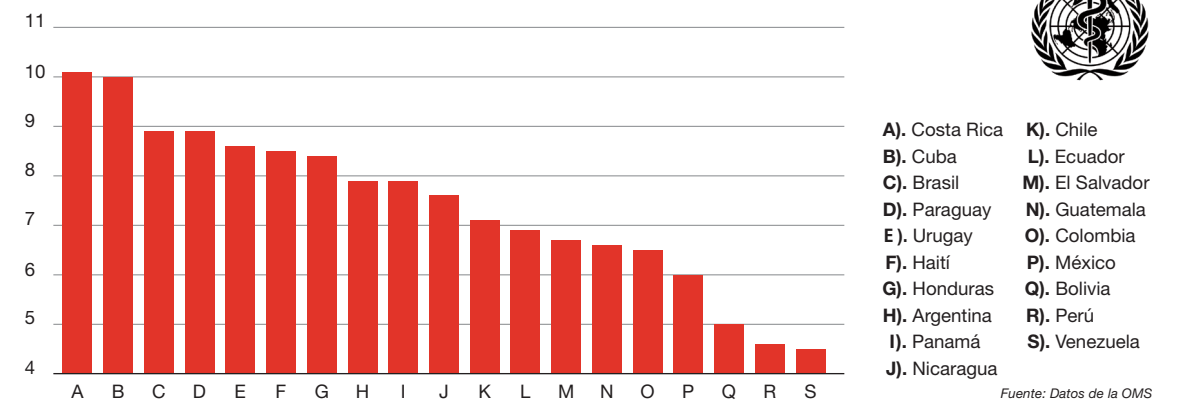
Luego de esta introducción sobre la realidad en Latinoamérica, veamos cuál es el impacto directo que provoca en el sector de salud, generando “nuevas pobrezas, en salud”. Los sistemas de salud en la región se encuentran fragmentados y segmentados; fragmentado porque el cuidado se reparte entre varios actores:

Desde hace tiempo se vienen aplicando denodados esfuerzos por solucionar o por lo menos paliar y disminuir la escalada de pobreza en América Latina pero como no podemos inferir, no han sido eficaces

Estado, obras sociales y empresas privadas de medicina prepaga y segmentado porque ninguno abarca todo. Podemos observar en el próximo gráfico cómo se destina el gasto en salud de

los diferentes países, en relación al porcentaje del PBI que se designa para el sector e inferir cómo afectan estos guarismos al campo de la asistencia sanitaria.

Gasto en salud como porcentaje del PIB



Como dato ilustrativo, Costa Rica muestra el mayor porcentaje, ubicándose en la cima del gráfico, mientras que Venezuela se encuentra en la base, disponiendo sólo el 4% de su producto bruto interno, según fuente de la OMS. La evolución epidemiológica y en salud de la región transforma a los habitantes en vulnerables, ya sea debido a enfermedades agudas siempre asociadas a la pobreza, como a las crónicas, que corresponden a poblaciones urbanas y en proceso de envejecimiento.

Dentro de ellas cabe mencionar: anemia, desnutrición, deterioro del crecimiento y desarrollo infantil, trastornos cognitivos, discapacidad física y mental y muerte prematura e incluyen ahora también diabetes, cardiopatías y hepatopatías.

Y en muchos casos, este cambio de perfil que ocasiona altas tasas de morbilidad, es ignorado por los sistemas de salud, que al no hacerse cargo de las coberturas, provocan un gasto catastrófico en las familias.

No obstante, algunos países de la región presentan sistemas integrados, con una responsabilidad coordinada y con un trabajo continuado en el cuidado de los pacientes, aún cuando ya no están hospitalizados.

El “Derecho a la Salud”, es la condición innata de las personas a gozar de un medio ambiente propicio para la preservación de su salud, a acceder a una atención sanitaria integral y a que se respete su proceso de salud/enfermedad.

En el campo de los Derechos Humanos, está considerado dentro de los de “Derechos de Segunda Generación”, éstos defienden el valor ético de igualdad y su función primordial, es asegurar condiciones de vida digna para todos.

Además, está contemplado como tal en las Constituciones y Legislaciones de los Estados independientes y, a nivel internacional, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la OMS. Es precisamente este organismo quien define a este derecho como:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”

Esto incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud, de calidad suficiente; siendo los grupos vulnerables

y marginados de las sociedades, los que suelen tener que soportar en proporción excesiva, los problemas sanitarios. En este contexto, se introduce el concepto de la cobertura sanitaria universal considerada el medio más adecuado para promover y asegurar el derecho a la salud.

Concepto de Cobertura Universal de Salud:

El Informe sobre la salud en el mundo 2010 la define:

“Situación por la cual todas las personas reciben servicios de salud de buena calidad, que satisfacen sus necesidades sin estar expuestas a dificultades económicas como consecuencia del pago de los servicios”.

Teniendo en cuenta que la Salud Pública no incluye solamente los servicios de asistencia clínica y de tratamientos, sino también la prevención, la promoción y la rehabilitación de las personas.

En América Latina y el Caribe se informa un progreso significativo hacia la cobertura universal desde comienzos de la década de 2000, con 46 millones de personas adicionales que en nueve países tienen al menos garantías nominales de recibir servicios de salud asequibles, según publicación de la OPS/OMS y el Banco Mundial.

La evidencia muestra que mientras algunos países han expandido la cobertura y el acceso a servicios de salud de la población, los más pobres aún no reciben los servicios necesarios y, no se brinda atención suficiente a las enfermedades no transmisibles, que producen la mayoría de las muertes en la región.

El estudio se centra principalmente en 10 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México, Perú y Uruguay.

Asimismo la Cobertura Universal de Salud, encierra las siguientes funciones:

- Valoración y monitoreo de la salud comunitaria y poblaciones de riesgo, para identificar prioridades.

- Asegurar y sostener el adecuado recurso financiero, dando sustentabilidad al sistema. El financiamiento se refiere específicamente a recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y adquisición de servicios.

- Provisión de servicios, asegurando el acceso equitativo y la calidad de los mismos.

- Generación de recursos humanos y físicos, sosteniendo la capacitación y desarrollo de los primeros y la manutención de los segundos

- Rectoría, monitoreando, evaluando y controlando la aplicación de las políticas, el estado de salud de la población, asegurando el acceso, incluyendo prevención y promoción de la salud.

Pero existen barreras para alcanzar estos logros que no son solamente financieras. Estas barreras se conforman por cuestiones específicas en otras áreas, además de lo económico, también existen en los campos jurídicos, institucionales, tecnológicos, informativos, geográficos y culturales. Cabe aquí también realizar una mención especial sobre los estilos de vida de la población, que tienen influencia sobre la salud; entre ellos las dietas, ejercicios físicos, sustancias adictivas, alcohol, tabaco, el entorno social y el medioambiente.

A nivel de la macro gestión, el estado debe asegurar a través de sus políticas sanitarias la equidad, corregir las fallas de mercado, regular los monopolios, las tecnologías, impulsar políticas saludables, las inmunizaciones y la investigación en salud.

Gestionar adecuadamente es un ciclo recursivo, que comienza por planificar las acciones, organizar, ejecutar, controlar y evaluar los resulta-

dos; este resultado debe ser el mejoramiento del estado de salud de la población.

La correcta gestión se alcanzará si se logran satisfacer las diferentes dimensiones de la misma, en cuanto a accesibilidad, efectividad, eficiencia, innovación, calidad técnica, continuidad en la atención, seguridad, equidad y sustentabilidad de los servicios. En referencia a cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud, cabe citar el documento de la OPS y de la OMS, que expone el informe final del grupo consultivo de las OMS sobre equidad y cobertura universal de salud. (2015)

En el mismo se determinan las estrategias para avanzar hacia la cobertura universal de salud, en forma gradual y justa. Primordialmente se deben clasificar los servicios según las prioridades. Los criterios pertinentes a tener en cuenta para determinar dichas prioridades, deben incluir:

A) La evaluación del cociente de Costo-efectividad de los servicios.

B) La Prioridad de asistencia para quienes están en peor situación.

C) La Protección contra riesgos financieros.

¿Cuáles son las estrategias a implementar, según el informe citado?:

Primero ampliar la cobertura de servicios de prioridad alta a todos. Eso incluye la eliminación de los pagos directos de bolsillo paralelamente al aumento del prepago obligatorio y progresivo con mancomunación de fondos. Al mismo tiempo, se debe procurar que los grupos más desfavorecidos, que suelen incluir a las personas de más bajos ingresos y a las poblaciones rurales, no queden rezagados.

Se considera que en salud se produce un gasto catastrófico, cuando en un grupo familiar se gasta más del 30% del total de los ingresos en la atención sanitaria; por tanto se debe otorgar protección financiera adecuada para no caer en

la pobreza. Cuáles son desde el punto de vista ético, las 5 condiciones inaceptables:

1) Ampliar la cobertura de servicios de prioridad baja o media antes de que haya una cobertura casi universal de servicios de prioridad alta.

- Eso incluye la reducción de los pagos directos de bolsillo por servicios de prioridad baja o media antes de la eliminación de los pagos de bolsillo por servicios de prioridad Alta.

2) Asignar prioridad alta a servicios muy costosos, cuya cobertura conferirá una protección financiera sustancial pero, beneficios muy pequeños para la salud en comparación con otros servicios menos costosos.

3) Ampliar la cobertura a grupos adinerados antes de hacerlo para los grupos que se encuentran en peor situación, cuando los costos y los beneficios no son muy diferentes.

- Eso incluye ampliar la cobertura a aquellos que ya tienen una cobertura alta, antes que a los grupos que tienen una cobertura menor.

4) Incluir primero en el sistema de cobertura universal solo a aquellos que puedan pagar y no incluir a los trabajadores informales y a los pobres, aunque ese enfoque sea más fácil.

5) Pasar del pago directo de bolsillo al prepago obligatorio de una manera que haga que el sistema de financiamiento sea menos progresivo.

A manera de conclusión

Las nuevas pobrezas en salud en Latinoamérica, son la resultante multifactorial consecuente de décadas signadas por la falta de previsión, planificación, evaluación y control de una adecuada gestión política para afrontarlas. Esfuerzos insuficientes y mal dirigidos, sumados a la incapacidad de responder adecuadamente a los vectores externos del contexto internacional, han perpetuado esta situación, que repercute fuertemente sobre los más vulnerables.

El sector de salud es visto mayormente como un drenaje continuo de recursos, para transformar este estigma es imprescindible un cambio de paradigmas y tomar la decisión política de priorizar a la salud, insertándola en todas las políticas. Y en este mundo globalizado, ya no sólo debemos tener en cuenta al que está “al lado” sino a toda clase de “periferias” geográficamente cercanas y también las lejanas y sus interacciones. Pues estamos frente a una pobreza estructural, que ataca a los indefensos.

A manera de ejemplo, observemos la evolución de las tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años por cada mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna en algunos de los países de la región, según fuentes de la OMS.

Mortalidad infantil en menores de 5 años - OMS

	1995	2000	2005	2010	2014
Argentina	23,4	20,2	17,1	14,6	12,9
Bolivia	101,8	80,2	61,4	47,0	39,8
Brasil	46,3	32,0	21,9	16,6	16,2
Chile	13,1	10,9	9,1	8,8	8,3
Colombia	30,0	25,1	21,5	18,5	16,4
Cuba	10,8	8,4	6,8	6,1	5,6
México	35,0	25,6	19,5	16,8	13,8

Número de defunciones maternas reportadas - OMS

País	Valor	Año
Argentina	290	2014
Bolivia	538	2011
Brasil	1795	2014
Chile	34	2014
Colombia	364	2013
Cuba	52	2015

Esto pasa hoy, niños llevan banderitas en los campos para señalar a las avionetas dónde deben fumigar y así se van intoxicando Waspinando de ese veneno. Hoy, existen niños-soldados; niños-bomba; niños explotados sexualmente y vendidos por pocos pesos.

A su vez, otros niños irán a extraer los restos reutilizables de los remanentes electrónicos del basurero, que los países desarrollados amontonan en países pobres que aceptan -a menudo por vía de la corrupción- descargar allí estos desechos... Es más fácil analizar y hablar de pobreza como fenómeno social u objeto de reflexiones filosóficas, que verlas concretamente en la persona-pobre, a quien debemos una respuesta concreta.

Una respuesta que llegará de la mano de todos los responsables cada uno desde su rol y función, descentralizando la pobreza y respetando la autonomía de las personas, brindando las oportunidades necesarias y asegurando la accesibilidad de los servicios.

Y finalmente una reflexión: ¿la pobreza los hace invisibles? Rememoro el documental del 2007, de Médicos Sin Fronteras, que en el aniversario número 20 del inicio de sus actividades en España, quiso rendir justicia a las víctimas olvidadas por gobiernos, empresas, instituciones y ciudadanos. Denuncia dos epidemias mudas y tres conflictos armados: Enfermedad de Chagas y Del Sueño, niños soldados de Uganda, la violencia sexual contra civiles en el Congo y los campesinos desplazados de Colombia.

Deberíamos tener siempre presente que al hablar de pobreza, estamos refiriéndonos a “pobres=personas”, ya que la pobreza, se expresa en las personas, no son invisibles, esos pobres tienen rostros, son los verdaderos rostros de las nuevas pobreza. Su Santidad, el Papa Francisco expresó profundamente su preocupación sobre el tema en la Exhortación Apostólica Evangelii Gaudium. Me permito citar en este momento, un párrafo del capítulo sobre “Economía y distribución del ingreso”:

“La necesidad de resolver las causas estructurales de la pobreza no puede esperar, no sólo por una exigencia pragmática de obtener resultados y de ordenar la sociedad, sino para sanarla de una

enfermedad que la vuelve frágil e indigna y que sólo podrá llevarla a nuevas crisis.

Los planes asistenciales, que atienden ciertas urgencias, sólo deberían pensarse como respuestas pasajeras. Mientras no se resuelvan radicalmente los problemas de los pobres, renunciando a la autonomía absoluta de los mercados y de la especulación financiera y atacando las causas estructurales de la inequidad, no se resolverán los problemas del mundo y en definitiva ningún problema.

La inequidad es raíz de los males sociales”.

Bibliografía citada y consultada

Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud.

“Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud”. Washington, DC: OPS, 2015. ISBN 978-92-4-150715-8.

Lema Añón Carlos.

“El Derecho a la salud: Concepto y Fundamento”. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Departamento de Derecho Internacional, Eclesiástico y Filosofía del Derecho. Universidad Carlos III de Madrid. Proyecto Consolider-Ingenio 2010. Número: 12 Año: 2010.

Rubén Kaztman.

“Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos”. Rev. CEPAL n° 75. Diciembre 2001.

“Métodos de Medición de la Pobreza. Conceptos y aplicaciones en América Latina”.

Equipo de trabajo de la Encuesta de Hogares y Empleo. Rev. Entrelíneas de la Política Económica N° 26 - Año 4 / Agosto de 2010.

“Humanity Divided: confronting inequality in developing countries”. One United Nations. November 2013.

Filgueira Carlos, Peri Andrés.

“América Latina: los rostros de las pobreza y sus causas determinantes”. Proyecto Regional de Población Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL/ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Santiago de Chile, junio de 2004.

Arriagada, Camilo.

“Pobreza en América Latina: Nuevos escenarios y desafíos de políticas para el hábitat urbano”. Proyecto “Instrumentos y Estrategias de Gestión Urbana para el Desarrollo Sustentable en América Latina y el Caribe”, Publicación de las Naciones Unidas LC/L.1429-P ISBN: 92-1-321659-9 Copyright© Naciones Unidas, octubre de 2000

“Panorama Social de América latina”.

ONU-CEPAL. 2015. ISBN 978-92-1-058486-9 PDF

Díaz Carlos,

“Innovaciones Gestión Hospitalaria Programa Atención centrada en el usuario.” Leberzstein Gabriel. Ed. iSALUD. 2015.

Díaz Carlos.

“La empresa sanitaria moderna 2: cómo crear tu propia bestia sistémica en el siglo XXI”. 2ª edición Bs. As. iROJO editores; iSALUD 2012.