

BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Buenos Aires,
martes 16
de junio de 2009

Año CXVII
Número 31.674



Año 1 / N° 40

Suplemento Actos de Gobierno

La Constitución Nacional garantiza el principio de publicidad de los actos de Gobierno y el derecho de acceso a la información pública a través del artículo 1º, de los artículos 33, 41, 42 y concordantes del Capítulo Segundo —que establece Derechos y Garantías— y del artículo 75 inciso 22, que incorpora con jerarquía constitucional diversos Tratados Internacionales (Decreto N° 1172/2003)

Sumario

INFORME FINAL: LA MEDICALIZACION DE LA INFANCIA. NIÑOS, ESCUELA Y PSICOTROPICOS (PRIMERA PARTE)

Palabras Preliminares. Introducción: Formulación del Problema y Objetivos. Aspectos Metodológicos. Antecedentes y Estado del Tema. Marco Teórico Conceptual. Comportamientos de la Importación, Facturación y Dispensación del Metilfenidato y la Atomoxetina en Niños con Diagnóstico de TDA/H en la República Argentina: Un Esfuerzo para Aproximarse a la Valoración del Consumo. Organización del Informe. 1

PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE JOVENES DE LA AGRICULTURA FAMILIAR

Introducción. Objetivo General. Objetivos Específicos. ¿Por qué el Encuentro? Ejes Centrales de Trabajo. Conclusiones Nacionales. Propuestas. Región Patagonia. Región NOA. Región Cuyo. Región Centro. Región NEA. Resumen de Conclusiones por Temas. 16

RESPONSABILIDADES Y ACCIONES DE LA DIRECCION NACIONAL ELECTORAL: ELECCIONES NACIONALES 2009

Presentación. Elección de Senadores Nacionales. Elección de Diputados Nacionales. Responsabilidades. Logísticas. Financieras. Informativas. Innovación. Otros Actores Institucionales. Justicia Nacional Electoral. Comando General Electoral. Correo Oficial. Información General del Sistema Electoral. Derechos y Deberes del Elector. Fechas de las Elecciones y Cargos a Cubrir. Dónde Consultar el Padrón Electoral. Cambios de Domicilio y DNI en Trámite. Errores u Omisiones en el Padrón Definitivo. No Inclusión en el Padrón Definitivo. Justificación de la Inasistencia a los Comicios. Ciudadanos Argentinos en el Exterior. Voto de Extranjeros. Presidentes de Mesa. Veda Electoral. Clases de Votos. División Electoral del Territorio. 18

CONVOCATORIA ABIERTA DEL FONDO FIDUCIARIO DE PROMOCION DE LA INDUSTRIA DEL SOFTWARE PARA LA PRESENTACION DE PROYECTOS EN PYMES

Introducción. Presentación de Proyectos. Objetivos. Proyectos Elegibles. Certificación de Calidad. Desarrollo de Nuevos Productos y Procesos de Software. Investigación y Desarrollo Precompetitivo de Productos y Procesos de Software. Plazo de Ejecución. Beneficiarios. Financiación. Pertinencia de Gastos. Criterios de Selección y Evaluación. Admisibilidad de Proyectos. Evaluación de las Solicitudes de Financiamiento. Unidad Ejecutora. Contrato y Reembolsos. Reconsideraciones. Rescisión. Selección de Proyectos con Aprobación Técnica, Económica y Financiera. Anexo A: Definiciones y Alcances. 23

Pág.

La participación institucional de estos organismos en el proceso de conformación de este estudio se desarrolló a partir de una división temática para poder abordar de manera complementaria e integral la totalidad del objeto de estudio que se procuró examinar. En este contexto, el Observatorio Argentino de Drogas coordinó el área de educación y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales hizo lo propio pero desde el campo de la salud.

Debido a la extensión de este estudio y a la importancia y necesidad de difundir la totalidad de sus contenidos, el mismo se publicará en tres ediciones. Esta versión se dedicará fundamentalmente a precisar todo lo concerniente a la introducción y al marco teórico específico de la materia. La segunda parte (que se publicará el 22 de junio de 2009) se referirá a los resultados de esta investigación aplicados en el campo escolar, el campo de la salud y otros actores sociales. Finalmente, en la tercera y última parte (que se publicará el 29 de junio de 2009) se desarrollarán las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

En relación a lo manifestado, esta edición describirá la introducción, como capítulo marco de la investigación, donde se destacarán las siguientes secciones: formulación del problema y objetivos, aspectos metodológicos, antecedentes y estado del tema, marco teórico conceptual, comportamiento de la importación, facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en niños con diagnóstico de TDA/H en la República Argentina, y organización del informe.

INTRODUCCION: FORMULACION DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

El TDA/H como analizador

El estudio "La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos" es una investigación cualitativa que tiene como marco institucional al Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, a partir de un convenio general de colaboración mutua.

El estudio tiene como objetivo explorar mediante un enfoque sociológico y con el aporte de un equipo interdisciplinario el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia.

La medicalización de la vida es un fenómeno que viene siendo abordado desde hace varias décadas por diferentes autores de la medicina, la antropología y la sociología (Illich, 1976; Conrad, 1982; Menendez, 1994; Grimberg, 1995; Maglio, 1998).

La medicalización de la vida refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades —como la familia, la religión, etc.— (Foucault 1996; Illich 1976).

Lo novedoso de la situación actual es la radicalización y reconfiguración que este proceso ha adoptado en los últimos años (Iriart, 2008).

El concepto de medicalización de la infancia se entiende a partir de una serie de prácticas que llevan a patologizar la conducta infantil mediante diversas estrategias. Sin embargo, en este estudio interesa profundizar en una de estas formas: la medicación o el tratamiento farmacológico, de allí el concepto de medicamentación.

El abordaje con medicación supone replantearse los riesgos a nivel físico que una droga puede tener en la salud de un niño y en los riesgos posibles respecto de la habitualidad y banalización del uso de fármacos que un proceso de medicación/medicamentación

SECRETARIA DE PROGRAMACION PARA LA PREVENCION DE LA DROGADICCION
Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO

Informe Final: La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos (Primera Parte)

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, a través del Observatorio Argentino de Drogas, conjuntamente con el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, elaboraron el Informe "La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos", con el objetivo de explorar, mediante un enfoque sociológico y con el aporte de un equipo interdisciplinario, el proceso de medicalización/medicamentación de la infancia.

PALABRAS PRELIMINARES

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, por intermedio del Observatorio Argentino de Drogas, y la Universidad de Buenos Aires, a través del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, desarrollaron el informe titulado "La Medicalización de la Infancia. Niños, Escuela y Psicotrópicos".

PRESIDENCIA DE LA NACION

SECRETARIA LEGAL Y TECNICA
DR. CARLOS ALBERTO ZANNINI
Secretario

DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DR. JORGE EDUARDO FEIJOÓ
Director Nacional

www.boletinoficial.gov.ar

e-mail: dnro@boletinoficial.gov.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
N° 723.199

DOMICILIO LEGAL
Suipacha 767-C1008AAO
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. y Fax 4322-4055 y líneas rotativas

desde tan corta edad puede ocasionar, especialmente teniendo en cuenta que su uso responde a determinados imaginarios de “adaptación social”, “éxito” y “rendimiento”, como se visualizará en el desarrollo del estudio.

Para este trabajo se abordará el uso de psicotrópicos en niños a partir de un analizador: el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, conocido como TDA/H o ADHD, según sus siglas en castellano o inglés⁽¹⁾.

Se entiende por analizador una situación, un problema, que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende esa situación o problema. Como señala Murillo, “desde hace algo más de veinticinco años, ha comenzado a operarse en el mundo una profunda transformación histórica que ha afectado tanto a la ciencia, a la tecnología, a la educación, a la organización del trabajo, a las relaciones políticas como a las formas de subjetividad” (Murillo, 2002:15). Muchos de estos elementos se encuentran presentes en la problemática del TDA/H posibilitando su abordaje en el sentido de analizador.

Se centrará para este abordaje en el concepto de dispositivo desarrollado por Foucault (1985). Un dispositivo es el ajuste particular y concreto entre las dos formas del saber desarrolladas por este autor, los visibles y los enunciables: las prácticas y los discursos. El poder como la instancia que articula y hace funcionar juntas las dos prácticas inmanentes del saber (el poder “ni habla ni ve, hace ver y hablar” [Deleuze 1987: 111]). A esta relación Foucault la denomina “poder-saber”. “Poder y saber se implican directamente el uno al otro; no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder. (...) el sujeto que conoce, los objetos a conocer y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder-saber y de sus transformaciones históricas.” (Foucault, 2002: 34).

En este sentido, los dispositivos no sólo son productores de saber —producen discursos y prácticas— sino fundamentalmente son productores de subjetividad.

El TDA/H como analizador posibilita aproximarse a este proceso de saber/poder por las siguientes razones:

- El importante número de niños y niñas diagnosticados con y tratados por este “síndrome” en la Argentina (Benasayag et. al., 2007).
- El incremento de diagnósticos de niños y niñas cada vez más pequeños, así como la prescripción de medicamentos (Vasen, 2005; Benasayag et. al., 2007).
- La inespecificidad del diagnóstico (Benasayag et. al, 2007; Janin, 2007).
- El tipo de medicación indicada —psicoestimulantes— (Zieher, 2007; Brio, 2007).
- Los intentos de redefinir el “síndrome” para darle carácter crónico (Michanie, 2000; Scandar, 1999).

Antecedentes del proyecto

En el estudio “La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos”, realizado por el Observatorio Argentino de Drogas entre enero de 2006 y febrero de 2007⁽²⁾, se focaliza en la problemática del proceso de banalización de los medicamentos psicotrópicos desde las diferentes instancias, patrones y representaciones que este fenómeno presenta.

Una de las conclusiones a la que llega este estudio es que la tendencia a buscar en la farmacología los recursos eficaces para una performance social exitosa no se reduce al mundo adulto.

Numerosos profesionales de la salud, han alertado en sus entrevistas y en los talleres de devolución de resultados que se han realizado —en el marco del estudio referido—, acerca de la tendencia creciente en las últimas décadas del consumo de psicotrópicos en niños en edad escolar principalmente bajo un diagnóstico de TDA/H.

El tratamiento farmacológico de este síntoma, tal como es diagnosticado, suele llevarse a cabo con metilfenidato, droga cuyo nombre comercial más conocido es la Ritalina®.

Se trata de un estimulante de acción similar a las anfetaminas, que por su potencialidad adictiva está incluido en el listado de psicofármacos de alta vigilancia controlados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la ONU.

Su venta en el país requiere el uso de un recetario oficial que los médicos deben solicitar al Ministerio de Salud. Las recetas se dan por triplicado y con archivo en la Administración de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En los últimos años, el TDA/H también se trata con otra droga, la atomoxetina, que no requiere este mismo procedimiento.

El ámbito escolar funciona como el escenario en el que el diagnóstico que lleva al tratamiento farmacológico “se muestra”. Los síntomas que habilitan el diagnóstico son, entre otros: falta de atención, hiperactividad y otras manifestaciones asociadas que conducen a problemas de rendimiento académico y/o de conducta.

La problemática muestra dos grandes líneas de debate en torno al tema: la del diagnóstico del TDA/H y la del tratamiento farmacológico, que en términos analíticos se puede identificar separadamente pero debe tenerse en cuenta su correlación.

En lo que respecta al diagnóstico, lo que es puesto en discusión es la existencia o no del síndrome o trastorno. En relación al tratamiento, lo que se discute es el modo en que este síndrome o trastorno debe ser abordado. Frente a esta cuestión aparecen opiniones y prácticas que se alinean con las diversas posturas en torno al problema del diagnóstico.

(1) A lo largo del trabajo se utilizará la sigla TDA/H. Sin embargo, en los casos en que se reproduzca una entrevista se respetará la denominación que el entrevistado ha manifestado. Igual procedimiento se realizará en el caso de citas bibliografía.

(2) La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, 2007. Disponible en www.observatorio.gov.ar.

Este debate será abordado en la investigación en tanto concierne para esclarecer el punto que convoca: comprender de qué modo las prácticas, discursos e imaginarios que se presentan en el proceso de diagnóstico y tratamiento farmacológico del TDA/H estarían constituyendo un proceso de medicalización/medicamentación en la infancia.

Según el DSM-IV, manual que tiene como objetivo proporcionar criterios diagnósticos específicos de los distintos trastornos mentales, el síndrome está incluido dentro de lo que denomina como “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”.

El TDA/H puede presentarse en su tipo combinado (déficit de atención e hiperactividad) o con predominio de déficit de atención o con predominio hiperactivo-impulsivo.

En todos los casos para elaborar el criterio de diagnóstico, el manual describe un grupo de síntomas de los cuales deben cumplirse un número mínimo especificado de síntomas y un tiempo mínimo determinado en el que estos persistan.

Se intentará profundizar en los imaginarios sociales que se activan a través de estas categorías. Esto puede ayudar a pensar respecto a cómo estas mismas categorías se construyen a partir de diversos imaginarios que funcionan de acuerdo a determinados patrones culturales.

También puede evidenciar el peso que estos imaginarios tienen en la implementación de prácticas y abordajes con respecto a la medicalización/medicamentación de la infancia.

Se considera que esta “estrategia farmacológica” está hablando de un clima de época en donde lo farmacológico como solución representa un recurso rápido y eficaz de una sociedad que no se puede pensar como no exitosa y no placentera, siendo éstas dos caras de una misma moneda.

En ese sentido, es importante preguntarse si esta solución farmacológica resulta un síntoma epocal que desde un disciplinamiento medicamentoso y bajo el discurso de la eficiencia encierra para el niño —y para sus padres y profesionales comprometidos— un desafío lleno de incertezas que terminan posicionándolo en una definición moral.

¿Cuál es la percepción de los actores que intervienen en el tema, respecto a la tendencia a medicar a los niños bajo un diagnóstico de TDA/H?, ¿qué posiciones emergen?, ¿cuáles son las características particulares que toma el proceso de medicalización en niños diagnosticados con TDA/H? Estos interrogantes, que entre otros se intentará abordar en la investigación, giran en torno a la problemática del consumo de psicotrópicos en niños y su relación con dos ámbitos: el escolar y el de salud.

Se comprende que un estudio de estas características podrá darle al problema en cuestión un enfoque desde las ciencias sociales que contribuya al estado de la cuestión y al debate en torno políticas públicas. Por otro lado, pretende ampliar las instancias de sensibilización y toma de conciencia en los agentes comprometidos en la problemática y en la sociedad en general en relación al uso responsable de medicamentos y la prevención de conductas de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la problemática de consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con TDA/H y su relación con los procesos de medicalización/medicamentación desde el campo médico y escolar.

Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre medicación/medicamentación y escolaridad.
- Identificar aspectos relacionados con el nivel socioeconómico y marcos culturales que se asocien con el problema.
- Analizar los discursos y representaciones sociales existentes en cada campo.
- Identificar e interpretar los imaginarios sobre el niño diagnosticado con TDA/H.
- Explorar los circuitos de diagnóstico y tratamiento que conforman el proceso.
- Identificar los aspectos fenomenológicos que designan el TDA/H y el modo en que éstos son definidos y abordados por los agentes involucrados.
- Identificar los recursos disponibles y los deseables para el abordaje del problema.
- Explorar la actitud frente a la medicación en cada campo.
- Indagar la cuestión de la habitualidad y conductas adictivas con relación al proceso en cuestión.
- Explorar otros actores que intervienen en el proceso (asociaciones de padres, industria farmacéutica y medios de comunicación).
- Identificar complejidades, dificultades y obstáculos del problema.
- Proponer recomendaciones a partir de los datos analizados.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Abordaje teórico metodológico

El estudio tiene un enfoque cualitativo, poniendo en primer plano el discurso de los agentes del “campo escolar y de la salud”.

Desde la decisión de trabajar metodológicamente en vistas a estos campos a fin de pesquisar tensiones, luchas, acuerdos y articulaciones, se apoyará conceptualmente en la teoría de los campos de Pierre Bourdieu.

La noción de campo esbozada por el sociólogo francés brinda herramientas de análisis y ayuda a comprender la puja entre estos dos campos del saber —el escolar y el de salud— y fundamentalmente analizarlos en relación con la apropiación de un saber-poder que está en juego dentro de la problemática del TDA/H y el uso de psicotrópicos.

Para Pierre Bourdieu los campos son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias. Aunque el autor está hablando de cierta especificidad de cada uno de los campos, al mismo tiempo señala que pueden observarse leyes generales de funcionamiento válidas para campos diversos.

Un campo se define fundamentalmente precisando lo que está en juego y los intereses específicos del mismo, que son irreductibles a los intereses de otros campos. En este sentido, cada campo genera el interés que le es propio y que es la condición de su funcionamiento.

Un campo además de un campo de fuerzas, constituye un campo de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas. También un campo social como campo de luchas no debe olvidar que los agentes comprometidos en las mismas tienen en común un cierto número de intereses fundamentales, todo aquello que está ligado a la existencia misma del campo como una suerte de acuerdo y complicidad tácita acerca de lo que merece ser objeto de lucha (Bourdieu, 1995; Gutiérrez, 1997).

Sobre el trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos etapas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que incluye la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, en la Ciudad de Ushuaia, en la Provincia de Tierra del Fuego, en la Ciudad de Corrientes, en la Provincia de Corrientes y en la Ciudad de Salta (Provincia de Salta).

Una primera etapa, exploratoria y centrada en entrevistas a informantes claves a partir de la técnica de bola de nieve, se desarrolló entre octubre y diciembre de 2007, donde también se relevaron las ciudades de Comodoro Rivadavia (Provincia del Chubut), y Río Grande (Provincia de Tierra del Fuego), como parte del acercamiento al campo.

Una segunda etapa, realizada entre abril y junio de 2008, delimitó para el abordaje de los actores que intervienen en la problemática, los campos de educación y salud. Las técnicas de recolección de datos utilizadas en esta etapa fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Para la selección de las ciudades en esta segunda etapa de campo se realizó un diseño de segmentación de los puntos muestrales. Para esto se tomaron los datos de expendio de metilfenidato y atomoxetina por provincia para el año 2006. Estos datos fueron suministrados por la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).

Para la organización de dichos puntos muestrales se tomó una decisión metodológica que orientara el trabajo de campo. Así se construyó un indicador, sólo a los efectos metodológicos, de expendio de drogas (metilfenidato y atomoxetina) en población entre 5 y 19 años.

Sin embargo se debe aclarar, tal como se muestra en el punto sobre “Comportamiento de la importación, facturación y dispensación del metilfenidato y la atomoxetina en nuestro país”, este procedimiento es sólo a los fines metodológicos y con el objeto de priorizar jurisdicciones para el trabajo de campo. No constituye un dato válido ni de consumo, ni de población bajo tratamiento. Es sólo una construcción orientativa que permitió diseñar y priorizar los puntos nodales del trabajo de campo.

De esta manera se construyeron dos grandes grupos de provincias:

- Grupo 1: Aquellas provincias con mayor expendio de metilfenidato y/o atomoxetina por población de 5 a 19 años. Este grupo fue categorizado como de “alto expendio”. Dentro de este grupo se seleccionó al AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) y la Provincia de Tierra del Fuego. También se encuentran en esta categoría las provincias de Mendoza, Córdoba y San Juan, entre otras.
- Grupo 2: Se seleccionaron a las provincias de Salta y Corrientes que integran el listado de provincias que se encuentran dentro de la categoría de “bajo expendio” de las dos drogas por habitante entre 5 y 19 años.

Se incluyeron como unidades de estudio informantes claves en los ámbitos educativos y sanitarios, así como referentes de laboratorios de especialidades medicinales.

En calidad de informantes clave, se entrevistaron a expertos que trabajan el tema desde diversos campos, funcionarios de los campos de la salud y la educación, asociaciones de padres de niños diagnosticados con TDA/H, profesionales de la industria farmacéutica, especialistas en discapacidad e integración escolar, psicólogos y a una periodista que ha abordado la problemática en medios masivos.

Las unidades de estudio estuvieron constituidas para cada campo desde una muestra intencional no representativa.

En el campo escolar se realizaron entrevistas individuales y grupos focales a docentes (de nivel primario y en algún caso de nivel preescolar), directores y psicopedagogos, gabinetes de psicopedagogía y otras modalidades de orientación escolar de escuelas públicas y privadas.

En el campo escolar las entrevistas suman un total de 53 (cincuenta y tres), distribuidas entre informantes clave (IC) y escuelas públicas y privadas de diversas modalidades de los puntos muestrales abordados.

En el caso de las escuelas, las entrevistas fueron realizadas a docentes, directivos y gabinetes psicopedagógicos (GP)⁽³⁾.

El reclutamiento se hizo por medio de contactos con autoridades de ministerios provinciales y por la técnica de bola de nieve. La distribución del campo escolar según los puntos muestrales y actores entrevistados se distribuyó de la siguiente manera:

- AMBA: Total 28 entrevistas. 15 grupos focales a docentes, 6 a GP y 7 a IC.
- Tierra del Fuego (Ushuaia y Río Grande): Total 12 entrevistas. 5 grupos focales a docentes, 2 a GP y 5 a IC.
- Corrientes: Total 5 entrevistas. 2 grupos focales a docentes, 1 a GP y 2 a IC.
- Salta: Total 6 entrevistas. 4 grupos focales a docentes y 2 a GP.
- Comodoro Rivadavia: Total 3 entrevistas. 2 grupos focales a docentes y 1 a GP.

Se ha tenido en cuenta escuelas de gestión pública y privada que abarcan diversos sectores sociales y también se ha considerado diversos tipos de escuelas según perfiles o modos educativos.

Las modalidades de los colegios relevados pueden distinguirse por su acercamiento o distanciamiento a modos pedagógicos tradicionales y a su nivel de exigencia. A fin de tener en cuenta las características singulares de la totalidad de escuelas relevadas, se describirán los aspectos sobresalientes de cada tipo analizado⁽⁴⁾.

Tradicional

En general en este tipo de escuelas, prima un modelo de enseñanza tradicional, es decir, no se llevan a cabo estrategias pedagógicas alternativas sino que se manejan con un modelo clásico de enseñanza.

En estos colegios no se hace hincapié en ninguna disciplina en particular, si bien tienen una formación global es homogénea en todas las asignaturas.

En el caso de las escuelas de gestión privada, pueden ser de jornada completa o simple, pero no son bilingües y la mayoría son confesionales y están subsidiadas por el estado nacional.

El perfil social en el caso de las privadas suele ser de clases medias y medias bajas, mientras que en las de gestión pública es clase media baja y clases bajas.

No Tradicional

Son colegios con una corta trayectoria en el área educativa. Son instituciones jóvenes como así sus innovaciones pedagógicas que se dan tanto en lo que refiere a la dimensión académica como a la cuestión disciplinaria. En general los cursos están compuestos por grupos reducidos (no más de 20 alumnos por curso).

Cuando hay jornada completa, generalmente por la mañana funciona la escuela con su currícula oficial y por la tarde, en algunos casos hay idiomas y en otros funcionan talleres extracurriculares optativos. Dentro de los talleres que se ofrecen están las áreas deportivas y artísticas.

El proyecto suele tener una impronta psicologista que se expresa en un discurso de enseñanza personalizada y en su trato con los alumnos y las familias donde se privilegian los aspectos actitudinales y emocionales.

En el caso de las escuelas privadas, se trata de proyectos educativos basados en una educación laica y con formación bilingüe o inglés intensivo. En las escuelas públicas se trata de proyectos que se desarrollan en algunas provincias y que se reconocen como experimentales.

En las escuelas de gestión privada, el perfil social de las familias es medio y medio alto, mientras que en las públicas suele haber familias de sectores bajos, medios y medios altos con interés en propuestas no tradicionales.

Alta Exigencia

Estos colegios se destacan por su alta exigencia y el prestigio institucional. La exigencia puede estar focalizada en diversos aspectos (desarrollo de habilidades sociales, deportivas, académicas) bajo ideales de competencia y éxito social.

Son escuelas privadas de doble jornada escolar y con proyectos bilingües, como condición excluyente. Son colegios con una larga trayectoria y tradición en el país que se fundan en tradiciones educativas y culturales de países europeos. Las cuotas de estos colegios son altas y responden a un perfil social medio alto y alto.

Para el abordaje del sector salud las unidades de estudio en las diferentes jurisdicciones fueron: médicos pediatras, psiquiatras infante juveniles y neurólogos infantiles pertenecientes al subsector público y al subsector privado. La muestra de informantes del campo médico a la cual se le aplicó las entrevistas fue no probabilística intencional, construida a partir de la técnica de bola de nieve.

Se entrevistaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires:

- Pediatras: Total 7 entrevistas. 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público, 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector privado y 3 entrevistados con actividades en el sector público y en el sector privado.
- Psiquiatras infante juveniles: Total 7 entrevistas. 3 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público y 4 entrevistados con actividades en el sector privado.
- Neurólogos infantiles: Total 5 entrevistas. 3 entrevistados con actividades prioritarias en el sector público y 2 entrevistados con actividades prioritarias en el sector privado.

(3) En esta categoría también se incluyen otras modalidades como Equipos de Orientación Escolar o Docente.

(4) Esta tipología refleja las características sobresalientes del corpus de escuelas relevadas en este trabajo y no intenta reflejar a la totalidad de escuelas no incluidas en este campo.

Se entrevistaron en la Provincia de Salta:

- Pediatras: Total 4 entrevistas. 2 entrevistados del sector privado y 2 entrevistados del sector público.
- Psiquiatras infanto juveniles: Total 1 entrevista. Perteneciente al sector público privado.
- Neurólogo infantil: 3 entrevistados pertenecientes al sector público privado.

Se entrevistaron en la Provincia de Tierra del Fuego:

- 2 psiquiatras infanto juveniles.
- 1 neurólogo infantil: único en la provincia, perteneciente al subsector público y que viaja una vez al mes desde Buenos Aires.

Se entrevistaron en la Provincia de Corrientes:

- 1 psiquiatra infantil.
- 1 neurólogo infantil.
- 2 pediatras.

La muestra de informantes además contó con tres entrevistas a agentes de propaganda médica y dos entrevistas a médicos, líderes de opinión de laboratorios.

El trabajo de campo en el sector salud se completó con tres entrevistas a informantes clave del campo médico y de la industria farmacéutica.

Se debe aclarar que a excepción de la Provincia de Tierra del Fuego, en las otras jurisdicciones donde se realizó el trabajo de campo, no existía la dedicación exclusiva a un subsector.

Si bien esto fue un obstáculo, particularmente para la selección de aquellos profesionales del subsector público, la selección de los entrevistados fue cuidadosa y priorizó la inserción con mayor dedicación.

Asimismo se debe destacar que en relación a las especialidades de psiquiatría infanto-juvenil y/o neurología infantil en algunas jurisdicciones se contaba con un solo profesional (que desarrollaba su inserción en el ámbito público y/o privado) o con profesionales itinerantes, que concurrían una vez al mes desde Buenos Aires.

Si bien este trabajo, en lo referente al campo sanitario, no incorporó el componente de la psicología como profesión interviniente en los procesos de medicalización, debido a que el objeto de estudio eran profesionales que pudieran "prescribir medicación", se considera pertinente y necesario abordar el campo de la psicología en una siguiente etapa de profundización.

A pesar de esto hubo una decisión metodológica de realizar una entrevista a un informante clave de la psicología y realizar un grupo focal con un equipo de psicología infantil de un hospital pediátrico de una de las jurisdicciones seleccionadas.

Fuentes secundarias

Se trabajó con análisis de datos secundarios de diversas fuentes tales como: bibliografía y estudios del Ministerio de Salud, legislaciones y pedidos de informes de ambas cámaras legislativas, material de fundaciones privadas y bibliografía específica sobre el tema.

Esta situación sirvió para abordar el estudio de los actores involucrados, el proceso de redefinición del trastorno de déficit de atención, los cambios producidos en los diagnósticos, los decisores políticos y la expansión de la medicalización/medicamentación en el conjunto social.

Se profundizó en la lectura de manuales de clasificación médica tales como: la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 10ª Revisión) y Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association (DSM IV). Adicionalmente se analizaron instrumentos institucionales, publicaciones científicas nacionales e internacionales, formularios terapéuticos y manuales de psiquiatría.

Se completó la información con recopilación y análisis de artículos periodísticos referidos al tema del TDA/H a fin de elaborar un capítulo sobre la presentación del problema en los medios.

Procesamiento de los datos

El proceso de análisis del material se realizó en una primera etapa a partir de un procesamiento manual longitudinal y matricial de análisis de contenido que permitió diseñar un instrumento de procesamiento o manual de códigos. La segunda etapa fue a través de la utilización del software de procesamiento cualitativo "Atlas-Ti".

ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA

Hay en la aproximación hacia la problemática del TDA/H una confluencia de diversos campos de acuerdo a la multiplicidad de intereses en juego.

Básicamente pueden advertirse, como se ha hecho en el estudio anterior sobre psicofarmacología en la vida cotidiana ya citado, dos grandes líneas para encarar el tema en cuestión.

Por un lado, la que se sostiene sobre el desarrollo reciente de las llamadas neurociencias que, desde un apoyo fuerte sobre los avances en genética y neurología, tienden a brindar respaldo científico al uso de medicamentos psicofarmacológicos en diversas terapias. Por otro, la que retoma ciertas tradiciones de crítica social y psicoanalítica acerca de las problemáticas del sujeto en la modernidad y posmodernidad, desde la que se construye una fuerte crítica hacia el avance de las terapias con medicamentos psicofarmacológicos y tiende a pensar como una cuestión cultural y sintomáticamente de época al TDA/H. No necesari-

amente esto sucede fuera del campo propiamente médico o de la salud mental, siendo que es posible observar una crítica de profesionales especialistas hacia el tratamiento del TDA/H al interior del mismo campo.

Será importante hacer un detalle de los antecedentes sobre el tema desde cada uno de los campos que convocan esta problemática.

El campo médico

Con relación al campo médico, resulta ilustrativo el artículo "ADHD is best understood as a cultural construct" publicado en British Journal of Psychiatry pues se trata de un breve artículo en el cual se enfrentan dos miradas acerca de la creciente problematización del TDA/H. Una es la que presenta el psiquiatra Timimi (2004), donde sostiene que el TDA/H debe ser entendido desde una perspectiva cultural, en la medida en que involucra el modo en que la natural inmadurez de la infancia es entendida culturalmente en el medio social, a la vez que encuentra pocas evidencias científicas sostenibles en torno del diagnóstico de TDA/H.

Por otra parte, Eric Taylor (2004) sostiene que el medio social puede afectar el modo en que se concibe el desorden de hiperactividad en la infancia, más no existe una construcción social de la hiperactividad que justifique desestimarla como patología en términos médicos.

Al interior del campo médico en la República Argentina, cabe destacarse el libro de Rubén O. Scandar (1999) "El niño que no podía dejar de portarse mal", donde el autor plantea, que entre el 3% y el 5% de los niños en edad escolar padecen el TDA/H y alude a que estas siglas identifican el síndrome psiquiátrico infantil más investigado en los últimos años.

Sin embargo, Scandar señala con qué poca profundidad y seriedad científica es abordado este síndrome. En este sentido, el desconocimiento y confusión en torno al TDA/H es tan común, que esto conlleva a la realización de falsos diagnósticos y evitables tratamientos.

El autor describe el TDA/H y señala que durante la infancia, dos son los contextos fundamentales donde se manifiestan los síntomas; el entorno familiar y el entorno educativo, ya que en estos espacios es donde la vida cotidiana de los niños debe seguir una secuencia, ciertas pautas y rutinas obligadas a las cuales los mismos deberían adaptarse.

Ahora bien, en lo que respecta a la presentación y definición del TDA/H, Scandar se refiere al síndrome como un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Al mismo tiempo éste es explicado por una perturbación en el campo de la atención, en el control de los impulsos y la hiperactividad.

Para el especialista argentino, el origen del síndrome es aún desconocido, sin embargo los estudios científicos lo vinculan con una alteración en la performance del cortex prefrontal en la proyección del estriado ventral. Esto significa considerar la enfermedad a partir de un componente genético. En relación con el procedimiento del diagnóstico, éste se realiza evaluando un listado de dieciocho síntomas siempre y cuando éstos no sean favorables al rendimiento académico, social, y laboral de los individuos.

Para el correcto diagnóstico el autor alerta que los síntomas deben aparecer antes de los siete años de edad, es decir en la niñez y deben exteriorizarse en más de un ámbito social.

Un aspecto muy importante a la hora de realizar el diagnóstico del TDA/H, según lo señalado por el autor, es que debe descartarse que los síntomas no puedan ser explicados y analizados por otras causas o razones.

Es decir, por trastornos de ansiedad infantil, depresiones, trastorno bipolar, epilepsia, apnea del sueño, etcétera. Para Scandar el síndrome de TDA/H no tiene "cura", es por eso que habla de una enfermedad crónica que se puede prolongar también en la adolescencia y en la adultez.

La cronicidad se manifiesta ya que una vez que las diferencias biológicas mencionadas producen el surgimiento de los síntomas, éstos tienden a mantenerse durante toda la vida, aunque modificando su presentación según los diferentes momentos evolutivos.

Según lo advierte Scandar, el TDA/H es definido como un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y es considerado un síndrome porque reúne un conjunto de síntomas que señalan la presencia de un trastorno o enfermedad.

Por su parte, también en el ámbito local José Félix Nani⁽⁵⁾ ha publicado un artículo llamado "Trastornos de la Atención su relación con el aprendizaje. Aspectos Medicobiológicos del Síndrome A.D.H.D.", donde desde una perspectiva que reconoce al TDA/H como una patología clínica, se realiza una distinción entre alteraciones específicas de aprendizaje y TDA/H, mencionando que el tratamiento y la farmacología involucrada en el segundo en nada favorecen —y hasta resultan perjudiciales— en el primero de los casos.

Por otro lado, se menciona la problemática del temor de los padres al "fracaso escolar" de sus hijos, en relación con lo cual se plantea la cuestión del TDA/H.

Una particularidad mencionada por varios autores, entre los que se cuentan a Nani, es que se trata de una problemática que afecta en su mayoría a varones. Asimismo, se plantea el problema que el TDA/H acarrea en los espacios de socialización, ya sea el laboral, escolar o familiar.

Se encuentra en el autor una mirada favorable sobre el uso de metilfenidato, hallándose dentro de terapias consideradas ventajosas para la problemática, aunque en un marco de articulación con terapias de tipo psicológico.

En esa misma línea ha presentado la American Academy of Pediatrics (USA)⁽⁶⁾ un documento en que se indica una definición de TDA/H en la cual se lo considera una "con-

(5) Se puede consultar en el siguiente sitio Web: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones2.htm>.

(6) Se puede consultar en el siguiente sitio Web: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>.

dición de la mente" que provoca que el niño no controle su comportamiento y le genera problemas en su vida social.

En el mismo, se indica sintéticamente posibles síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Por otro lado, se muestra la necesaria intervención del pediatra en el proceso del diagnóstico y se señalan diversos aspectos del tratamiento, entre las cuales se cuenta la medicación. Es interesante señalar que se indica que el TDA/H aún no tiene cura, en la medida en que no se conocen certeramente sus causas, aunque sí se indica que hay muy buenos tratamientos para ello.

El debate sobre la medicación es retomado por Juan Manuel Saucedo-García, (2005) editor de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en su escrito, "Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes", desde donde también toma posición por otra cuestión que ha aparecido como crítica hacia el uso del metilfenidato en niños, la acusación acerca de que podría provocar dependencia hacia la sustancia así como facilitar el acceso simbólico a otras drogas de abuso.

El autor menciona las voces que se han alzado contra el uso del metilfenidato, como "droga adictiva," rebatiéndolas e indicando que carecen de sustento científico en las críticas que se le han hecho. Frente a esto el autor sostiene que el tratamiento con psicotrópicos estaría actuando como factor de protección contra el desarrollo posterior de adicciones a drogas. En ese sentido, se concluye que el metilfenidato no encuentra motivos para ser prohibido, sino que se lo considera parte del tratamiento adecuado para el TDA/H o trastornos depresivos.

Por la otra línea de análisis de la cuestión en la Argentina, donde se ubica a los profesionales que rescatan desde una mirada crítica la tradición psicológica y psicoanalítica para abordar la cuestión del TDA/H, se encuentra el Consenso de Expertos del Área de la Salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad", donde un grupo de profesionales de reconocida trayectoria en el campo de la psicología, la psiquiatría, la neurología, la pediatría, la psicopedagogía y la psicomotricidad elaboró un documento sobre el TDA/H para acercarlo al Ministerio de Salud desde una postura crítica respecto a lo que percibe como un proceso de simplificación de la problemática infantil contemporánea.

El documento está firmado por Silvia Bleichmar, Beatriz Janin, Ricardo Rodulfo, Marisa Rodulfo, León Benasayag, Jaime Tallis, Juan Carlos Volnovich, Mónica Oliver, José R. Kremenchusky, Mario Brotsky, Héctor Vázquez, Marilú Pelento, Sara Slapak, Isidoro Gurman, Estela Gurman, María Cristina Rojas, Silvia Pugliese, Gisela Untoiglich, Miguel Tollo, Jorge Garaventa, Isabel Lucioni, Mabel Rodríguez Ponte, Rosa Silver y Juan Vasen.

El documento alerta sobre "una multiplicidad de diagnósticos psicopatológicos y de terapéuticos que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento (...) un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano".

Quienes suscriben al mencionado escrito plantean la necesidad de abordar la problemática desde una mirada que rescate a la familia, la escuela y los demás actores que gravitan sobre el niño en la actualidad, donde el tratamiento con medicamentos queda, cuando menos, relegado.

Uno de los firmantes es el neuropediatra Jaime Tallis, quien en su artículo "La medicalización desresponsabiliza," señala que el TDA/H debe comprometer no sólo a los profesionales de la salud sino a la escuela, las instituciones educativas y a la industria farmacológica. Para él existen presiones que hacen que este síndrome sea tan difundido y haya una sobrediagnóstico del mismo.

Para este mismo autor, los sobrediagnósticos o diagnósticos errados han tenido consecuencia muy fuertes en los niños. Su postura es tratar de reducir al máximo el uso farmacológico en los niños. En este sentido, Tallis menciona; "es más fácil pensar que una pastilla puede solucionar un problema que pensar que es parte de un proceso" (Tallis, 2006: p. 36).

Por otra parte existen autores que plantean el rol activo del complejo médico industrial en la construcción de nuevos padecimientos y en la instalación de estrategias de marketing dirigidas cada vez más a la población sana. Dentro de estos nuevos padecimientos en el análisis siempre está presente el TDH/A.

Estos trabajos se basan en que para expandir el mercado, los laboratorios no sólo usan las conocidas tácticas de marketing, sino que, más y más prefieren utilizar nuevas estrategias para detectar "población de riesgo" y aumentar la demanda de servicios y del consumo de fármacos.

El eje analítico está en la comercialización de medicamentos dirigidos a problemas de la vida en un doble sentido: como elemento fácil de control social a través de etiquetar a los sujetos como enfermos o en riesgo de enfermar; pero además dirigidos a producir grandes beneficios económicos para ciertos grupos de poder, particularmente la industria farmacéutica. Se destaca en este sentido los textos y artículos de Lakoff, A (2003); Blech, J. (2005); Moynihan, R. y Cassels, A.(2006); Jara, M. (2007); Gonzalez Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007); Iriart, C. (2008).

El campo educativo

En el campo educativo resulta significativo el peso que cobran los discursos críticos respecto a los procesos de diagnóstico y tratamiento con psicotrópicos en la problemática del TDA/H.

A fin de dar cuenta de alguna de las voces expertas que se encuadran en esta línea, se debe comenzar diciendo que en junio de 2007 se llevó a cabo el I Simposio Internacional "Niños desatentos e hiperactivos," organizado por el ForumTDA/H⁽⁷⁾ y NOVEDUC. Este encuentro estuvo conformado por un grupo de profesionales (psicólogos, neurólogos, psiquiatras, pediatras, psicopedagogos), preocupados por el auge que ha

tomado en los últimos tiempo la patologización y la medicalización infantil en torno al tema del TDA/H⁽⁸⁾.

En este encuentro participaron muchos de los profesionales que firmaron el Consenso de Expertos del Área de la Salud, antes mencionado, así como profesionales del área de educación y de campos interesados en la temática.

Como se mencionaba anteriormente, la entidad organizadora fue la revista Novedades Educativas, NOVEDUC, la cual parece haberse consolidado como tribuna de crítica en el espacio complejo conformado por la confluencia de los campos de la educación y de la salud como problemática de investigación. En torno a la revista se han ido sumando distintas voces que interpretan el problema del TDA/H desde una perspectiva crítica en la cual se puede destacar la construcción de diversos focos en el desarrollo de sus artículos. Se pueden identificar tres grandes líneas de argumentaciones respecto al tema que se analizara.

En un primer caso, se observa la presencia de una línea de abordaje signada por una perspectiva de análisis macrosocial, tratando de encarar la problemática como una construcción, como un resultado de la modernidad actual (que algunos refieren como "modernidad líquida" mientras otros "posmodernidad").

Dentro de ella se encuentran los trabajos de Janín (2004) y Levin (2000) quienes abordan el problema del TDA/H desde una mirada que retoma elementos de la sociología y la psicología. Se cuestionan principalmente el rol del sujeto y la construcción de la subjetividad en relación a esta problemática.

En líneas generales, estos trabajos, antes que sugerir recomendaciones concretas, rescatan la importancia de interpretar la problemática desde otro punto de vista al estrictamente neurológico y encarar soluciones amplias, que abarquen todos los aspectos de la subjetividad del niño, incluyendo cuestiones de contexto social y familiar como así también los valores hegemónicos de época.

Siguiendo estas argumentaciones, el artículo de Levin (2000) "Modernidad e infancia: el estar mal del niño en escena" enfoca el tema de la *des-atención* infantil desde una mirada que problematiza la niñez en relación con el actual tiempo histórico moderno. Por otro lado, una cuestión que resalta es la constitución del "niño hijo" como objeto de consumo en la modernidad, sobre lo cual pesa una exigencia social determinante sobre la propia temporalidad en que se asienta la infancia. En ese sentido sostiene Levin, la temporalidad infantil se acelera velozmente para que sea el mejor representante de ese mundo moderno.

Según el autor, se requiere un niño-hijo competente que pueda desenvolverse en la dinámica mercantil, por este motivo se configura un imaginario de temor al fracaso muy fuerte y el punto es cómo responden los niños ante ello para recuperar el amor parental. Asimismo, la modernidad reciente ha invertido la promesa de padres a hijos, el padre ya no es la figura depositaria de garantías sino que ahora la promesa recae en los hijos-niños. Según el autor, ante esa presión el niño responde con desatención, movimiento constante, problemas de aprendizaje, etcétera. Necesariamente ello repercute de modo notorio en la escuela, como representante de ese otro mundo moderno.

En esta misma línea frente al tema, se inscribe el libro de Beatriz Janin (2004), "Niños desatentos e hiperactivos: TDA/H/ADHA. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad", donde la especialista se pregunta acerca de los nuevos malestares que produce la cultura en nuestro quehacer; ¿qué molesta a los niños en la actualidad y por qué hay que medicar para evitar estos malestares? En este sentido, estas preguntas abren el siguiente interrogante: el niño "sano" ¿debe o no "molestar" al adulto? Para responderlo la autora toma de Winicott, la idea que el niño que no molesta, así como el niño que no juega, debe despertar sospechas y no lo contrario.

Dentro de esta perspectiva, se señala que el surgimiento del TDA/H en la República Argentina se instaló como una novedad que inundó el mercado, seduciendo a padres, maestros, médicos, etcétera. Por otro lado, junto con otros factores despojó al psicoanálisis y lo colocó en el lugar de una terapia fuera de moda y de poco efecto curativo a corto o mediano plazo. De esta manera, señala Beatriz Janin, quedan borradas categorías diagnósticas entre neurosis y psicosis y se reemplazan por TDA/H.

La autora muestra cómo la aparición del fenómeno TDA/H en la Argentina, se dio en un contexto social muy particular; la época de la velocidad, del fast food, del consumo de objetos, imaginarios y actividades.

Janin (2004) señala que los niños desatentos e hiperactivos no pueden ser diagnosticados homogéneamente y subraya que generalmente en el proceso de diagnóstico, prima el punto de vista biologicista. Este punto de vista sostiene que la posibilidad de cura está en la medicación como solución "mágica" y simplificadora de la situación. De este modo, destaca que existe una gran heterogeneidad de niños desatentos y quizás cada uno de ellos tenga diversas razones para no prestar atención en clase, es decir comportarse de modo diferente a lo esperable por el mundo adulto.

A diferencia de Scandar (2003), quien entiende el TDA/H como una enfermedad orgánica, Janin afirma que éste síndrome no es sólo una enfermedad neurológica, sino que bajo el nombre de TDA/H se agrupan diversas expresiones múltiples del sufrimiento y psiquismo infantil. En tanto sujetos en estructuración, los niños no merecen ser etiquetados con los mismos criterios que se utilizan para los adultos.

La autora toma posición con respecto al tema y cuestiona los rótulos y saberes comunes en las determinaciones de la desatención y la hiperactividad, para rescatar la subjetividad de cada niño y niña. En síntesis, para Janin el TDA/H reflejaría una única categoría y un etiquetamiento que tiende a englobar un universo de diversas situaciones o problemáticas que dan como resultado un déficit de atención.

Por su parte, cabe mencionar al artículo de la misma autora "La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes," escrito desde una perspectiva similar en NOVEDUC. La autora construye la problemática del TDA/H desde una mirada que critica

(7) <http://www.forumtda/h.com.ar/presentacion.htm>.

(8) Para este año se prevé un II Simposio Internacional sobre la patologización de la infancia. El mismo se realizará el 4 y 5 de septiembre de 2009 manteniendo el proyecto original y se titulará, "La patologización de la infancia: niños o síndromes." Fuente: <http://www.forumtda/h.com.ar/>.

el modo en que el niño es planteado incorrectamente como un adulto pequeño, donde la clave son los otros como "protectores y continentes".

El punto es que la cuestión suele ponerse en evidencia al interior de la institución escolar. Sucede que se trata de un momento histórico en que los adultos han perdido redes identificatorias, siendo ganados por sensaciones de impotencia, lo cual repercute sobre las exigencias que se construyen hacia la infancia.

Surgen nuevas patologías diagnosticadas desde los saberes expertos que en vez de hablar de la transformación de la infancia en la actualidad hablan en términos de "patologización de la infancia", dando cuenta del rol de los padres y el modo en que éstos promueven la dispersión y el movimiento en los niños. En ese marco, se critica el uso de la medicación como una forma de generar dependencia al niño.

En una segunda línea argumentativa, autores como Untoiglich (2004), Osorio (2007), canalizan la problemática del TDA/H como fuertemente ligada a la necesidad de control social que tiene el poder, a veces sutilmente definido como el poder del Estado, otras como el poder del mercado y el capitalismo y el rol protagónico que juega un actor clave ausente en la anterior línea de análisis: la industria farmacéutica.

En este sentido, la crítica otorga peso determinante a la primacía de la interpretación médica y específicamente neurológica de la problemática y se la relaciona con la necesidad de disciplinar las mentalidades.

Siguiendo esta línea crítica se destacan los artículos como el de Gisela Untoiglich (2004) "Diagnóstico de A.D.D.: efectos clínicos sobre la subjetividad", donde se problematiza la construcción del TDA/H como una cuestión objetiva, en la medida en que según ella, es parte del mismo proceso de avance de las neurociencias sobre el psicoanálisis; ya no se toma en cuenta a la subjetividad ni a su impronta en el plano social, sino meramente lo farmacológico y la sintomatología como patologías "científicas", lo cual deja de lado gran parte del fenómeno.

El TDA/H es abordado como una construcción teórica que supone un recorte de la realidad, en favor de intereses puntuales de sectores científico económicos. Mientras se define vagamente al TDA/H en los medios, la difusión que obtiene se encuentra sumamente sesgada con respecto a las particularidades clínicas del trastorno. Por otro lado, la única solución mencionada en el artículo, como aproximación del sentido común hacia ello, es la opción de la medicalización, lo cual se critica como respuesta simplista ante la cuestión.

En esos términos, los síntomas aparecen como molestos, mostrando cierta intolerancia con respecto a la niñez en la sociedad actual.

Bajo esta segunda línea también se puede mencionar al artículo de Fernando Osorio (2007), "Los medicamentos y la industria farmacéutica", quien aborda la problemática del aumento general del consumo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos, en particular para el caso de la Argentina, aunque no sólo de ella, sino también como cuestión global de acuerdo a los gastos y las políticas de los laboratorios productores.

Se asienta esto en un proceso histórico de medicalización que se inscribe en la tendencia propia de la modernidad tardía de aplacar los malestares que aquejan al sujeto, a quien intentan, asimismo, reintegrar urgentemente al circuito laboral o educativo. Según el autor, se trata de una "ideología de control social", con lo cual retoma la tradición foucaultiana de poder disciplinario, ahora, a través de fármacos que anestesian la manifestación de los padecimientos.

En ese sentido, se condena la exclusividad de la clínica neurológica por cuanto evita al sujeto y trata directamente con el cuerpo. Se busca la supresión de síntomas, la disminución de signos visibles del "malestar en la cultura"; el DSM IV se considera como ejemplo de ese tipo de clasificaciones.

En lo que tiene que ver con TDA/H, se critica el hecho de que las manifestaciones aludidas en el DSM IV puedan ser vistas en cualquier niño normal hoy día. Por otro lado, se critica que aún no haya evidencias de éxito en el tratamiento con medicamentos a largo plazo en ese trastorno, lo cual se hace en la mayoría de los casos. Según este autor, el problema con el DSM IV no es que sus descripciones sean falsas sino que se masifican y se utilizan ideológicamente esos patrones de diagnóstico sin considerar el entorno psico-social o familiar. Se piensa al sujeto como un "inadaptado" a quien se debe encarrilar. Ante ello se necesita recuperar la dimensión clínica y apelar al psicoanálisis como reconocimiento de la dimensión subjetiva de la cuestión.

Por último, en una tercera perspectiva se plantea la búsqueda de soluciones concretas al interior de espacios puntuales. Se construye un análisis desde un nivel meso-social, es decir, al nivel del sujeto infantil y su entorno, particularmente educativo. Dentro de este grupo, se destacan los trabajos de autores como Bendersky (2007), Aizencang (2007), González, Haramboure (2007).

Este grupo de autores se propone incorporar con relevancia el espacio del aula y el rol de la escuela para el tratamiento del TDA/H. Además realizan sugerencias concretas sobre cómo tratar a estos chicos.

Como ejemplo de este grupo se puede mencionar al artículo de Bendersky y Aizencang (2007) "«A-tendiendo» a la complejidad escolar" donde, partiendo de entender que existe un sobrediagnóstico de TDA/H, se plantea la necesidad de atender a la problemática áulica más allá del modelo tradicional de rotulación y culpabilización del alumno, de resultados que se pierde la subjetividad del alumno y pasa a "ser TDA/H".

Según las autoras, es "necesario pensar al sujeto en situación", en particular teniendo en cuenta que la escuela produce sujetos y que los alumnos se encuentran con requerimientos novedosos en su historia de vida. El problema es cuál es la responsabilidad que le cabe a la escuela en tanto productora de sujetos en esta problemática.

Se propone una comprensión crítica del rol de la escuela, para lo cual se toma el aporte de Vigotsky⁽⁹⁾, en lo concerniente al "papel de la escuela y el de los educadores en la

enseñanza y el aprendizaje de la atención." Entre sus aportes, se rescata que la atención infantil está orientada por el interés del niño, el cual adquiere así un significado pedagógico excepcional. Por otro lado, se toma también del mismo autor su análisis acerca de la relación entre atención y distracción, no como opuestos, sino como complementarios. En ese sentido, se plantea indagar a qué cosa el niño está atento antes de conformarse con la "desatención" ante algún estímulo específico. Se hacen, de ese modo, sugerencias destinadas al educador y la institución, tendientes a una apropiación pedagógica de esa mirada sobre atención/desatención.

En cuanto a la relación entre clínica y escuela, se rescata la importancia de la vinculación fluida entre los profesionales que tratan con el niño, de modo que se fomente el debate y la crítica de las propias conceptualizaciones aportando, desde los diferentes lugares de vinculación con el niño, una riqueza inabordable sin esa fluidez.

Se propone recuperar la especificidad de la situación pedagógica frente al facilismo de los diagnósticos de TDA/H, para enfrentar el etiquetamiento reinante. Bendersky y Aizencang (2007) señalan el desafío que supone para la escuela de: revisar sus prácticas, desafiarse frente a las diferencias, tolerar la incertidumbre en el marco de una construcción compartida y sostenida.

Bajo esta línea, también cabe mencionar al artículo de González y Haramboure (2007), "Patologizar la infancia vs. despatologizar la patología", donde se trabaja desde una mirada crítica la construcción social del fracaso escolar, donde se suele hablar de "problemas de aprendizaje" y no "de enseñanza", orientando el problema hacia el alumno-niño antes que hacia las prácticas de enseñanza escolar.

Se critica la extensión del paradigma médico hacia el interior de la práctica escolar, el cual ha dado lugar a dispositivos asociados al diagnóstico prescriptivo y teorías conductistas.

De ese modo, se naturalizan las diferencias y se clasifica en normales/anormales, aprobados/desaprobados, culpables/inocentes, en el marco de una lógica binaria y reduccionista. Se concluye que la escuela aparece como un espacio donde la relación es asimétrica y moral, no neutral y política, de lo cual los autores parten para sugerir la necesidad de abrir un proceso de reflexión sobre "nuestras prácticas".

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Medicalización: concepto central en el proceso de investigación

El presente texto rescata algunas líneas generales que pincelan tendencias del proceso de medicalización que hoy siguen presentes, y que resultan útiles para pensar y analizar cuestiones vinculadas al TDA/H.

La medicalización como proceso histórico es un tema muy amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Acuñado por el filósofo, historiador y crítico social Ivan Illich, en su libro "Némesis médica: la expropiación de la salud" en el año 1975, el término "medicalización" define un proceso que se extiende imparablemente por la sociedad de nuestro tiempo, por el cual los médicos se ocupan y tratan problemas no médicos que atañen al bienestar humano, es decir problemas asociados irremediablemente a características intrínsecas de la vida, a la condición humana misma tales como: la sexualidad, la infelicidad, el deterioro biológico, el envejecimiento, la soledad y la muerte, entre otros. Así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos, como enfermedades.

La traducción al castellano de medicalisation consiste en un neologismo cuyo uso ha sido muy difundido, aunque no ha sido incluido aún en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Los diccionarios médicos o de salud pública han definido la medicalización como la absorción de problemas de naturaleza no médica por la medicina, sea por atribución externa, sea por la visión incorrecta del hombre por parte de la clase médica (como la confusión de cuestiones de conciencia con casos psiquiátricos) o como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas (Kishore, 2002).

Si se conceptualiza este término desde los aportes de las ciencias sociales, Michel Foucault abordó la cuestión de la medicina y la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones, trabajando sobre la hipótesis que ningún problema es intrínsecamente médico o no.

Desde sus aportes, este autor subraya que el dominio de la medicina no es único e inalterable y no está dado sino que: "Cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. (...) En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado" (Foucault 1996: 21).

Foucault identificó una serie de procesos generales para comprender el despliegue de la medicina moderna, que hacen al núcleo más caro del proceso de medicalización:

- La medicalización indefinida: El campo tradicional de la medicina se desplegaba en torno a dos aspectos, la enfermedad y la demanda del enfermo (su sufrimiento, sus síntomas, su malestar). A partir del siglo XX, la medicina se mueve holgadamente por fuera de ese campo original de acción e intervención. Esto, por dos razones, la primera es la medicina que crecientemente se impone al individuo —enfermo o no— como acto de autoridad, dejando así de responder a motivos vinculados sólo con la demanda del enfermo; la segunda, es su objeto de intervención que deja de reducirse a enfermedades. En el siglo XIX todavía existían aspectos que seguían siendo no médicos y por lo tanto no estaban medicalizados. Hoy día, es difícil concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una alimentación, una moral sexual, etcétera, no controladas ni codificadas por un

(9) Vigotski, es el fundador de la teoría socio cultural en psicología. Su obra en esta disciplina se desarrolló entre los años 1925 y 1934, fecha en la que falleció a los 38 años de edad. La teoría de Vigotski

se basó principalmente en el aprendizaje sociocultural de cada individuo y por lo tanto en el medio en el cual el mismo se desarrolla.

saber médico y biológico. Todas ellas son susceptibles de intervención médica, sin ser por ello consideradas enfermedades.

- La economía política de la medicina: Si bien la medicina surge como una exigencia de tipo económica hacia finales del siglo XVIII, lo peculiar en la situación actual es el mecanismo por el cual la dicha disciplina logra vincularse con los grandes problemas económicos. En la actualidad, el vínculo entre la economía y la medicina se deriva de la capacidad de esta última de producir riqueza, así la salud se ha convertido en un deseo para algunos y un lucro para otros. La salud ingresa a la esfera económico-mercantil en la medida en que se ha convertido en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por los laboratorios farmacéuticos y consumido por los enfermos reales o posibles. Es en las grandes empresas farmacéuticas donde Foucault ubica los destinos de la rentabilidad económica que derivan de la enfermedad y la salud. Los médicos, aunque puedan recibir mucho dinero en algunos países, obtienen beneficios marginales en relación a estas empresas. Foucault identifica ya en el año 1974 la posibilidad de que los médicos se conviertan en meros distribuidores, intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda de fármacos del paciente (Foucault 1996: 83).
- La iatrogenia positiva: Con este concepto, el autor alude a los efectos médicamente nocivos que se derivan de la intervención médica, en lo que ésta tiene de fundamento racional. La medicina moderna cuenta con instrumentos que pueden provocar o provocan efectos perjudiciales en función de su eficacia terapéutica, y no por una aplicación incorrecta de los mismos. Esta cuestión conduce a la especie humana a un campo de probabilidades y riesgos que excede lo individual o familiar. La vida misma y sus acaecimientos fundamentales ingresan en el campo de acción de la intervención médica. Tal es el riesgo de la medicina actual, el efecto de su práctica y de su saber. A partir del siglo XX, la peligrosidad de la medicina ya no es imputable a su ignorancia o impericia acerca de los temas que trata, ni de su no-cientificidad (todas objeciones que se hacían a la misma antes del siglo XX), sino que el peligro reside en su saber mismo, en la medida en que constituye una ciencia que interviene en la vida de sujetos.

La medicalización se presenta entonces como un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en un contexto social e histórico específico permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción (y reproducción) de dicho proceso.

Una reseña realizada por Conrad acerca de estudios sobre medicalización llevados cabo desde 1980 considera que la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para "tratarlo".

De este modo "la medicalización describe un proceso por el cual problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes" (Conrad, 1992: 209). Así Conrad da cuenta de una serie de condiciones para que un comportamiento sea medicalizado, esto es, concebido y tratado como enfermedad, de manera tal que se incorpora al ámbito de injerencia de la medicina.

Entre dichas condiciones se encuentra que para que un comportamiento sea medicalizado, éste debe ser considerado anormal y problemático por al menos una parte de la sociedad. Otra condición para que un comportamiento se incorpore al ámbito de la medicina como enfermedad es que las formas previas o tradicionales de control social (que históricamente han sido la religión y el Estado) sean consideradas como ineficientes o inaceptables para tratar ese comportamiento problemático.

Si bien es la sociedad en su conjunto, o al menos una parte importante de ella la que define un comportamiento como "anormal" y "problemático," ésta definición debe ser compartida también por las instituciones médicas, que aceptan que tal comportamiento anormal entra en su esfera de acción.

Para que un comportamiento sea incorporado a la lógica médica es necesario además, disponer de instrumentos para poder llevar a cabo ese proceso. La medicina hoy cuenta con un arsenal de tecnologías de diversa índole: procedimientos psicológicos, quirúrgicos y genéticos, fármacos psicoactivos, entre otros.

La existencia de algunos datos orgánicos ambiguos sobre la fuente del problema aparece como otra de las condiciones que propician la medicalización de un comportamiento. En esa misma línea Conrad señala como condición, que las instituciones establecidas sean pasibles de obtener un beneficio considerable de la medicalización de tal comportamiento (Conrad 1982: 150).

Por último, para que un comportamiento sea calificado como "anormal" y se mantengan la definición y tratamiento, Conrad establece que es necesario que existan intereses creados por parte de las instituciones, ya sea bajo la forma de institutos de investigación, centros de tratamiento, e incluso organizaciones burocráticas enteras.

También este autor hace un importante aporte al analizar otro aspecto de la medicalización, ubicando las principales consecuencias, que ésta tiene para la vida individual y colectiva de los sujetos (Conrad, 1982: 154).

Entre estas consecuencias destaca: primero, que un problema de comportamiento sea entendido como causado por un desorden orgánico y no por la voluntad del individuo, libera a este de responsabilizarse por los actos que comete; segundo, la expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina (en consonancia con los aportes de Foucault), expansión que es fomentada por una industria farmacéutica cada vez más poderosa y rentable; tercero, el vocabulario tecnológico-científico de la medicina a menudo contribuye a reforzar la suposición de que conceptos médicos —tales como enfermedad o tratamiento— son moralmente neutrales.

Pero la medicina refleja un orden moral, que no es moralmente neutro sino que frecuentemente es influido por el orden moral de la sociedad; cuarto, delega en expertos médicos la atención de los problemas humanos y sociales, que se sustraen del debate público y son colocados en un plano de debate entre profesionales y expertos.

Por último, Conrad destaca como otra consecuencia que la medicina utiliza diversas tecnologías para el tratamiento del comportamiento "anormal." Estos mecanismos tecnológicos —fármacos psicoactivos, cirugías o intervenciones genéticas— generalmente actúan de manera tal que contribuyen a sostener al statu quo de la sociedad, con efectos poderosos y a veces irreversibles sobre quienes se ejercen.

La medicalización retraduce en cuestiones individuales las dificultades humanas. Omite o relega a un segundo plano la naturaleza social del comportamiento humano, ya que se concentra en el medio ambiente interno del individuo.

De esta manera, obtura otros niveles de intervención. Según Conrad este enfoque en el organismo individual —que está en perfecta consonancia con la ética individualista de la cultura occidental— "deforma la realidad y permite el control social en nombre de la salud" (Conrad 1982: 154).

En varios de los artículos que Thomas Szasz publica en la columna electrónica de la Universidad de Siracusa discute el problema de la medicalización. En *Medicalizing Quackery*, plantea que el concepto de medicalización reposa en la presunción de que algunos fenómenos "pertenecen" al dominio de la medicina y otros no. Pero la "pertenencia" de ese fenómeno es un resultado —más o menos arbitrario— de acciones humanas. Para el autor, a menos que se produzca primero un acuerdo en los criterios que definen "la enfermedad", es infructuoso debatir si un acto de medicalización particular es válido o no (Szasz 2007a).

Para Szasz es necesario trazar una línea divisoria entre qué es enfermedad y qué no. El interrogante consiste en dónde trazar dicha línea. Este aspecto ya el autor lo trabaja en sus primeros libros dedicados la discusión sobre lo que denominó "el mito de la enfermedad mental" (Szasz, 1970).

En otro de sus artículos, *Medicalization of everyday life*, el autor señala que en definitiva, la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social que beneficia a algunas personas y daña a otras. En el pasado, los principales beneficiados eran los psiquiatras, y las personas más evidentemente injuriadas eran los pacientes mentales. Hoy día la situación es más compleja, ya que cualquiera puede, en algún momento, ser alternativamente socorrido o dañado por la medicalización (Szasz, 2007 b).

En occidente, es imposible imaginar la vida en una sociedad que no esté guiada y controlada por la ciencia, especialmente la ciencia médica. En este marco, la medicina y el Estado han formado un vínculo sólido, que Szasz denomina "farmacracia" (Szasz, 2007 a). Algo más de 30 años después de su mención inicial, la definición de medicalización es más compleja, siendo ampliamente utilizado este término.

Recientemente la revista *The Lancet*, en un número titulado "Medicalisation in the 21st century", ha publicado una serie de artículos fruto de una reunión de expertos de varias disciplinas (medicina, psiquiatría, sociología, antropología, historia, estudios étnicos y de género), sobre las implicaciones filosóficas, médicas y políticas de la medicalización. La pregunta central era cómo en el mundo industrializado la medicalización continúa siendo una opción viable en medio de interacciones complejas y contradictorias entre la medicina, las compañías farmacéuticas y la cultura.

Si bien en los inicios el agente de la medicalización era primordialmente el médico, muchos académicos contemporáneos posicionan hoy al complejo médico-industrial como actor que ocupa el lugar que tuvieron los médicos en el proceso de medicalización de la vida humana (Blech, 2005; Moynihan t Cassels, 2006; Metzl y Herzig, 2007; González Pardo y Pérez Alvarez, 2007; Iriart, 2008).

Según estudios previos realizados por el equipo de investigación, se concluyó que las reformas implementadas en el sector salud a partir de la década del 90, mantenidas y profundizadas durante la primeros años del 2000, resignifican los procesos de medicalización. En un artículo de reciente publicación, Celia Iriart (2008) destaca el proceso de reposicionamiento del complejo médico-industrial, a través de radicalizar la medicalización, creando estrategias de comunicación dirigidas directamente a los usuarios, cambiando la definición de enfermedades y creando nuevas entidades nosológicas; presionando a las agencias regulatorias para aprobar nuevos fármacos, tecnologías y tratamientos para que sean financiados por los seguros de salud públicos y privados; y la difusión y generalización de los protocolos clínicos y de la medicina basada en la evidencia (Iriart, 2008, 1620).

En este mismo sentido otros autores afianzan esta direccionalidad analítica destacando el rol del complejo médico industrial en las decisiones diagnósticas (Moynihan, Cassels, 2006; Blech, 2005; Lakoff, 2004). Se observa, así, una predisposición hacia la asistencia entendida como acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma (Bialakowsky, et. al. 2002) el que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico —mediado por la utilización del "fármaco"—, es decir medicamentando el proceso mismo de medicalización (Faraone, 2008; Iriart, 2008).

El caso del trastorno del Déficit de Atención con y sin Hiperactividad: Un analizador en los procesos de medicalización

Como ya se ha expresado el TDA/H en este trabajo es abordado como un analizador del proceso de medicalización en la infancia (Cabral Barros, 2007). Es decir como un analizador de una situación, de un problema que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende esa exclusiva situación o problema, en tanto que permite abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso (Faraone, 2008).

En los últimos años una epidemia de niños/as y adolescentes con déficit de atención e hiperactividad parece poblar los espacios escolares.

La difusión de los fármacos como solución se ha naturalizado y ha ingresado en el discurso escolar y médico considerando la medicación como el principal tratamiento a los problemas de atención y de conducta en aumento.

En este escenario Beraldi (2007) plantea la imposibilidad de hablar de psicopatología sin considerar las condiciones sociales, las modalidades de prestación laboral, las relaciones de competencia y sobre todo las formas de comunicación dentro de las que un cuadro psíquico se constituye.

La dimensión social actúa directamente sobre las formas de comunicación y sobre la exposición al flujo comunicativo. En las nuevas generaciones videoelectrónicas, la hiperestimulación de la atención reduce tanto la capacidad de interpretación secuencial crítica, como el tiempo disponible para la elaboración emocional del otro —del cuerpo del otro y del discurso del otro— que busca ser comprendido sin lograrlo. Es decir, provoca un estrés de atención constante y una reducción del tiempo disponible para la afectividad.

El TDA/H, en este contexto, más que un padecimiento o enfermedad constituye, según el autor, un modo de adaptación de un organismo sensible y conciente de un niño a un ambiente en el cual el contacto afectivo ha sido sustraído por flujos de información veloces y agresivos, manifestándose así una forma particular de subjetivación. Sin embargo, esta forma particular de subjetivación es objeto de medicalización.

Así, la niñez y su propia producción/reproducción en mundo actual no escapan a las condiciones definidas para los procesos de medicalización/medicamentación.

La industria farmacéutica promueven cada vez más instancias dirigidas principalmente a padres y maestros para que aumenten la prescripción de psicoestimulantes en niños. Iriart describe que muchos de los diagnósticos se obtienen a través de cuestionarios autoadministrados ofrecidos en portales de Internet, revistas de divulgación, centros de atención primaria, escuelas, o enviados por correo postal a listas de personas que las compañías obtienen.

Estos instrumentos consisten en una lista de síntomas y signos muy generales y subjetivos, de los que basta marcar algunos pocos para recibir la recomendación de consultar a un médico o contactar a la propia empresa farmacéutica para recibir más información.

En la actualidad, para expandir el mercado, los laboratorios utilizan diversas e innovadoras estrategias de marketing orientadas a detectar poblaciones de riesgo y aumentar la demanda de servicios y medicamentos (Iriart, 2008).

La preocupación por la creciente medicalización de estas conductas infantiles ha dado motivo en la Argentina a la redacción en el año 2007 de un Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad", como ya se ha mencionado.

Este documento parte de la hipótesis que en la Argentina "la práctica de medicar a los niños no refleja más que la intolerancia adulta, respecto del niño diferente: del niño 'moles-to'". Los firmantes consideran que en este momento, el alto porcentaje de niños medicados y la difusión de la medicación suponen que puede resolver los problemas psíquicos, lo que resulta altamente preocupante. Esta operatoria presume que el modo de contención de un niño desbordado se puede dar a través de una pastilla.

Esta tendencia a la medicación en niños inquietos evidencia un tipo específico de violencia, motorizada desde lo social: la de los tratamientos en los que se medica para tapar trastornos y para no preguntarse acerca del funcionamiento de los adultos. Movimientos que son considerados de deshumanización, de descualificación y de no-reconocimiento. (Janin, 2007).

Todo el documento asimila medicalización con aumento de medicación en niños con TDA/H, y si bien hace hincapié en este aspecto, también presupone el planteo de una serie de problemas, entre otros, el del diagnóstico. Los firmantes del documento consideran inadecuado —desde el punto de vista de la salud pública— unificar a todos los niños desatentos y/o inquietos en una clasificación psiquiátrica donde una categoría descriptiva pasa a ser explicativa de todo lo que le ocurre al niño, y se lo etiqueta con una nueva enfermedad donde el tratamiento médico de primera elección —considerado para la mayoría de los casos— sea la medicación.

En el mismo sentido, a partir de un análisis crítico del rol de los medicamentos en las prácticas de los profesionales de salud, Cabral Barros (2008) ilustra el proceso de aumento de la medicalización de los niños "hiperactivos" en Brasil en los años 2004 y 2005, donde se observa un aumento de la venta y el consumo de metilfenidato.

La asociación directa entre medicalización en la infancia y consumo de psicofármacos se observa también en los países europeos. Un ejemplo de esto lo constituye la "Plataforma Contra la Medicalización de la Infancia", iniciativa que el psicoanalista español Juan Pundik viene desarrollando desde el año 2006. Esta organización surge como respuesta al dictamen favorable de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, sigla en inglés) para la utilización de la fluoxetina (Prozac) en niños y adolescentes menores de 18 años.

El diagnóstico médico del TDA/H: el TDA/H en las nosografías internacionales

El diagnóstico de TDA/H puede ser planteado como una de las categorías explícitas o implícitas que integran el entramado proceso salud-enfermedad-atención, en particular en el campo de la salud mental de la infancia, y sus determinaciones sociales, históricas, políticas, económicas y culturales.

Desde esta perspectiva, la construcción del/los diagnósticos, está atravesada por los procesos de medicalización, que se desarrolla en el punto precedente.

Considerando estas aclaraciones, se plantearán dos hipótesis, referidas a la construcción del diagnóstico de TDA/H:

- Las nosografías y clasificaciones internacionales de enfermedades, han tenido un rol significativo, en la instalación del diagnóstico de TDA/H.
- El diagnóstico de chicos con TDA/H por profesionales médicos no provenientes del campo de la psiquiatría, ha favorecido la instalación del diagnóstico de acuerdo a los criterios planteados por instrumentos nosográficos, como el DSM IV.

El TDA/H en la clasificación internacional de enfermedades, OMS

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una nosografía del conjunto de problemas salud-enfermedad, de características fundamentalmente descriptivas, con fines prioritariamente estadísticos y epidemiológicos.

Es interesante destacar que si bien el propósito de consensuar internacionalmente sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta —con diversas formulaciones y conceptos— al siglo XIX; es recién a partir de la Sexta Edición de la CIE —publicada en 1952—, cuando se incluye un apartado específico para problemáticas de salud mental.

La última revisión, CIE 10, fue publicada en el año 1992. Esta nosografía incluye 21 capítulos, dentro de los cuales, el capítulo V, está dedicado a "Trastornos mentales y del comportamiento", incluyendo la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental.

El capítulo V (también designado con la letra F): Dentro de este capítulo se destaca el grupo F90-F98 (Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia).

F90 Trastornos hiperquinéticos: Trastorno de la actividad y de la atención. Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético (F90), pero no se satisface el de F9L (trastorno disocial).

F90.1: Trastorno hiperquinético disocial.

F90.8: Otros trastornos hiperquinéticos.

F90.9: Trastorno hiperquinético sin especificación. Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

F90 Trastornos hiperquinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperquinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.

Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperquinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación.

Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperquinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperquinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperquinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva).

Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones.

El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperquinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperquinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como

un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.).
- Trastornos de ansiedad (F41 o F93.0).
- Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).
- Esquizofrenia (F20.).

F90 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético (F90), pero no se satisface el de F9L (trastorno disocial).

Incluye

- Trastorno de déficit de atención.
- Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye

- Trastorno hiperquinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

Las nosografías específicas de problemas de salud mental, tanto la elaborada por la Academia Americana de Psiquiatría como la editada por la Federación Francesa de Psiquiatría, refieren en su propuesta una significativa preocupación por señalar las correspondencias con la CIE 10, reconociéndola como una nosografía más abarcativa del conjunto de los problemas salud-enfermedad, y resaltando el mayor nivel de consenso internacional con el que cuenta.

El TDA/H en el DSM IV, Academia Americana de Psiquiatría

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM) es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, cuya primera edición —el DSM I— data del año 1952.

Desde entonces, en las sucesivas ediciones y revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular. La última edición —el DSM IV— publicada en el año 1994, ha sido revisada en el año 2000 en la versión DSM IV TR.

Dentro de los cambios conceptuales y metodológicos más significativos del pasaje del DSM II al DSM III, se encuentran la incorporación de criterios diagnósticos explícitos y el avance en descripciones de síntomas y signos, con pretensiones de neutralidad y objetividad.

A partir del DSM III aparece el concepto de “trastorno mental”, asimilable a síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa.

Estos procesos, impulsados en las décadas de los ochenta y noventa, aparecen como respuesta al desprestigio social del diagnóstico psiquiátrico —denunciado como extremadamente inespecífico—, al reposicionamiento del pragmatismo del pensamiento único y del fin de la historia, y a la funcionalidad que ofrecía el hecho de contar con categorías y conceptos “objetivos” a los fines prestacionales de diferentes organizaciones de seguros de salud, según lo referido por el doctor Stagnaro en la entrevista realizada por el equipo.

El DSM IV reconoce como objetivos, constituirse tanto en una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico, como también en una guía útil para la práctica clínica. Asimismo, advierte acerca de la importancia de contar con un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas, para la correcta aplicación de los criterios propuestos por el manual.

En relación al diagnóstico de TDA/H, es interesante destacar que el mismo estaba planteado en el DSM III (1980) como “síndrome de déficit de atención” y en la revisión de 1987 —DSM III— TR se enuncia como “déficit de atención e hiperactividad”⁽¹⁰⁾.

Con lo expuesto hasta aquí se quiere señalar que el anudamiento en una misma entidad diagnóstica de la hiperactividad y el déficit de atención no llega a remontarse a 20 años. Actualmente, en el DSM IV, surge este diagnóstico incluyendo como subtipos las diferentes formas de presentación de esta problemática.

El DSM-IV-TR, está organizado en base a cinco ejes que incluyen a su vez, grupos de diagnósticos.

El Eje I incluye los trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Dentro este primer eje, se incluye el grupo de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (excluyendo al retraso mental, que se diagnostica en el eje II).

Dentro de este grupo, se encuentran incluido el “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”.

El DSM IV plantea tres subtipos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (F90.9): Este subtipo se centra en que si se han persistido por lo menos durante seis meses,

seis (o más) síntomas de desatención y seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos que padecen este trastorno.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención (F98.8): Este subtipo se refiere a los niños en quienes han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (F90.0): Este subtipo se refiere a los niños, en quienes han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de seis síntomas de desatención).

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Desatención

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo: se entromete en conversaciones o juegos).
- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.
- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo: en la escuela o en el trabajo y en casa).
- Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno sicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Los criterios del DSM IV para el diagnóstico de este trastorno son asimilables parcialmente a los de la CIE 10, pero esta última define unas categorías más estrictas. Mientras que el diagnóstico de DSM IV requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, la CIE 10 requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad para ¿verificar/corroborar? el diagnóstico.

(10) Bianchi, Eugenia (2008), “ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad”, ponencia presentada en las V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata: “Cambios y continuidades sociales y políticas en la Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social”, Mesa J39: Sociología del Control Social. Estrategias de reproducción y construcción de subjetividades en la sociedad contemporánea.

EL TDA/H en la Clasificación Francesa de Problemas Mentales de la Infancia y la Adolescencia (CFTMEA-R-2000)

La CFTMEA-R-2000, es presentada por la Federación Francesa de Psiquiatría como una herramienta destinada al conjunto de los psiquiatras, y especialmente a los psiquiatras de niños y adolescentes, estableciendo una clasificación estadística multiaxial de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, desde la perspectiva de la psiquiatría francesa. Al mismo tiempo que se diferencia conceptual y metodológicamente del DSM IV, fortalece lazos y correspondencias con la propuesta OMS/CIE 10 (Fortineau, J 2002, Stagnaro, J. y Tesone, J.2004).

En el prólogo a la edición francesa y castellana, se señalan nítidamente algunos desacuerdos conceptuales con el DSM IV. En primer lugar, discute la pretensión de "neutralidad" u "objetividad" de estos instrumentos. Asimismo, también plantea la insuficiencia de definir diagnósticos en base a la clasificación de síntomas y conductas presentadas como elementos clasificatorios.

Expresa también su desacuerdo con corrientes anti-nosográficas, fundamentadas en planteos exclusivamente socio y psicogenéticos.

La primera edición de la CFTMEA, en 1987, fue presentada como una respuesta a la necesidad de contar con una clasificación de los trastornos mentales, reconociendo la singularidad y las variaciones evolutivas de la problemática de los niños y adolescentes, al mismo tiempo que confronta con algunas corrientes antinosográficas de los años '70, fundamentadas en posiciones exclusivamente socio y psicogenéticas (Mises, R 2004).

La Cuarta Revisión, en el año 2000, de inspiración psicodinámica como las anteriores, sostiene la perspectiva pluridimensional de la psiquiatría, sumando otras miradas, tales como los aportes de las neurociencias y el cognitivismos.

La CFTMEA-R-2000 plantea cuatro categorías principales y cinco categorías complementarias:

Las cuatro categorías principales son:

- Autismo y trastornos psicóticos.
- Trastornos neuróticos.
- Patologías límite. Trastornos de personalidad.
- Trastornos reactivos.

El TDA/H aparece en dos de las categorías complementarias, la 6 y la 7, con especial énfasis en la necesidad de investigar en cada caso, en cual de las categorías principales se pueden encuadrar.

- En la 6: Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales.
 - 6.13: Trastornos de la atención sin hiperquinesia (correspondencia CIE 10: F 88— Otros trastornos del desarrollo psicológico en parte).
- En la 7: Trastornos de la conducta y el comportamiento.
 - 7.00: Hiperquinesia con trastornos de la atención (correspondencia CIE 10: F90.0 —Trastornos de la actividad y de la atención; F90.1—Trastorno hiperquinético disocial). Aparece diferenciado de otros trastornos hiperquinéticos sin déficit de atención.
 - 7.08: Otros trastornos hiperquinéticos (correspondencia F90.8—Otros trastornos hiperquinéticos).
 - 7.09: Trastornos hiperquinéticos no especificados (correspondencia CIE 10: F90.8 —Otros trastornos hiperquinéticos).

Para finalizar este texto, es adecuado mencionar algunas líneas de análisis que han surgido. Este recorrido por las diversas nosografías internacionales permite advertir las diferencias existentes al interior del mismo campo médico, diferencias en ocasiones muy profundas, que invitan a no considerar este campo como discursivo y/o prácticamente monolítico, sino antes bien, atravesado por conflictos y disidencias en las que se anudan el contexto socio-político general y el campo de la salud mental en particular.

Por último —y aunque excede los objetivos de este trabajo—, resulta interesante preguntarse por la preeminencia prácticamente absoluta del DSM IV como fuente de consulta y apoyatura técnica de los profesionales al momento del diagnóstico en salud mental en la República Argentina.

Marco conceptual para la comprensión de la problemática en la escuela: La escuela ante la nueva infancia

Desde la perspectiva del campo educativo se plantean otras posturas respecto a la problemática del TDA/H, poniendo el énfasis en los condicionantes históricos y sociales de la infancia y el campo escolar y educativo.

En este sentido, Corea y Lewkowicz (1999), en el libro "¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez", intentan problematizar la infancia y la niñez como una construcción histórica. Los autores parten de una certeza acerca de la desaparición de las instituciones modernas que consolidaron la construcción social de la infancia durante el siglo XIX y XX. Sostienen que la producción institucional de la infancia en los términos es hoy prácticamente imposible.

Para los autores "la niñez es un invento moderno" llevado a cabo por el Estado burgués e históricamente contenida por la familia burguesa. Hay un abanico institucional que en ello interviene, de ahí que los autores observen que cuando las intervenciones tambalean, la infancia tal como la conocemos se ve amenazada. Entre ellas, la escuela aparece como una de las instituciones clave en esa separación entre adultos y niños. Hoy parece estar en

crisis el dispositivo de simultaneidad áulica⁽¹¹⁾ el cual respondía al desafío que la modernidad planteaba respecto del control del cuerpo infantil.

El método de la simultaneidad áulica significaba la responsabilidad del docente sobre el mantenimiento del orden del cuerpo infantil. Serán seguramente los errores en la aplicación del método didáctico, los cambios sociales, etc. lo que producirá las crisis de este modelo pedagógico que aún perdura pero no en su estado original.

Este modelo de pedagogía significaba respetar un esquema piramidal: el enseñante debía hallarse en la cima y sus aprendices en la base. Ejercicio de poder que se basaba en la diferencia entre el niño y el adulto. En la actualidad esta diferenciación ya no es tan nítida sino más compleja.

Su preocupación está dada por lo que en la actualidad se entiende por infancia, y su análisis se centra en tomar en cuenta el discurso de los medios y cómo éstos construyen una nueva noción de infancia. La niñez, sostienen los autores ha perdido su inocencia en el discurso mediático.

Es decir, que en el siglo XXI el lugar del adulto ocupante del saber y del niño-alumno ocupante del lugar del no saber es más complejo con la incorporación y el impacto cultural de las nuevas tecnologías de la información. Los medios de comunicación en lo que respecta a la transmisión de saberes entran en contradicción con las instituciones educativas. Ya no se puede negar el efecto que conllevan los medios en la influencia de la infancia y la adolescencia. Es decir, en la nueva conformación de la infancia "posmoderna" En definitiva lo que está en juego es el corrimiento de quienes saben y quienes no saben, poniendo el centro de atención del poder sobre el cuerpo infantil.

Por otra parte, para analizar el discurso de los medios en torno a la construcción del infante, retoman los aportes del sociólogo francés Jaques Donzelot, quien al hablar de infancia se refiere a dos tipos; la infancia peligrosa y la infancia en peligro.

La primera representa a los sectores populares y la segunda a los sectores burgueses; tomando el caso de su presencia en los medios, la primera casi siempre aparece en los policiales y la segunda aparece en lo que tiene que ver con la prevención, la educación, etcétera. Cabe destacar cómo los medios presentan la infancia construyendo una brecha entre lo que los niños deberían ser y lo que efectivamente son.

Los asientos de la subjetividad actual infantil se presentan en dos modalidades: el consumidor y el sujeto de derechos; éste último, aparece como sujeto de opinión en el universo mediático. Según los autores, un problema en la actualidad que se presenta con relación a la infancia, es que la diferencia moderna entre padre e hijo queda abolida con la caracterización de "consumidor": los niños están más allá o más acá de la figura imaginaria de infancia. De allí que pueda pensarla como una institución en crisis o agotada.

En esta línea, la producción de sentido en torno a la explicación y circulación del saber ya no está en manos del cuerpo docente. El modelo que cerraba en sí mismo ha colapsado. Hoy se vislumbra la presencia de una crisis de la escuela moderna en la cual operan los siguientes factores. Por un lado, los docentes siguen siendo la columna vertebral del funcionamiento escolar. Sin embargo, cada uno de ellos tiene que salir a legitimar su lugar día a día. La vieja alianza escuela-familia pareciera no estar funcionando. En definitiva lo que está en juego es el corrimiento de quienes saben y quienes no saben, poniendo el centro de atención del poder sobre el cuerpo infantil.

Acerca del proceso de clasificación en la escuela: La carrera moral y el proceso de medicalización/medicamentación

El concepto de "carrera moral" del sociólogo canadiense Irving Goffman, sirve para analizar cómo se construyen las clasificaciones de los niños diagnosticados con TDA/H y cómo estas clasificaciones derivan en abordajes diferenciales respecto a la problemática.

En Estigma: La identidad deteriorada (1963) Goffman se dedicó a estudiar los procesos y medios con que las sociedades categorizan a las personas a partir de los atributos personales que se exhiben en los encuentros sociales rutinarios, y los procesos de acreditación y desacreditación social, concibiendo el estigma como los signos corporales y no corporales con los cuales se intenta exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quienes lo presentan.

Según este autor, la "carrera moral" representa el modo en que las personas que tienen un estigma particular tienden a pasar por las mismas experiencias de aprendizaje relativas a su condición y por las mismas modificaciones en la concepción del "yo".

La "carrera moral", es el modo en que las personas estigmatizadas tienden a recorrer experiencias de aprendizaje relativas al estigma que portan por medio de una socialización en la cual la persona incorpora el punto de vista del grupo mayoritario, considerado "normal", y define su identidad y sus experiencias a partir del atributo estigmatizante.

La distinción entre lo normal y lo patológico resulta una estrategia de disciplinamiento social donde, siguiendo el planteo de Foucault, la medicalización se vuelve una forma de intervención política de la medicina que al ser continua e indefinida busca abarcar todo lo concerniente a la vida social. Al respecto, es interesante preguntarse por el papel de la escuela dentro de este entramado de significaciones que llevan a desviar hacia lo patológico "el discurso de la vida cotidiana"⁽¹²⁾.

Por otro lado, el análisis de Pierre Bourdieu sobre el racismo de la inteligencia muestra las diversas esferas a analizar en la relación entre los campos de la escuela y la salud en lo referido a los procesos de clasificación-enclasmamiento y estigmatización.

El autor analiza el modo en que en la actualidad el sistema escolar se ha tenido que enfrentar a procesos de democratización y masificación que han hecho irrumpir un número

(11) Por simultaneidad áulica se alude al concepto de pensar un docente frente a un grupo homogéneo de alumnos, enseñando al mismo tiempo los mismos contenidos curriculares.

(12) Para los sociólogos alemanes Berger y Luckman, la vida cotidiana es una construcción social que se presenta como una "realidad" interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. En este sentido, el mundo de la vida cotidiana tiene origen en los pensamientos y en las acciones de los miembros ordinarios de una sociedad y está sustentado como real para éstos (Berger y Luckman, 1991).

considerable de personas desprovistas de las "predisposiciones sociales constituidas que tácitamente exige" dicho sistema. Esto podría generar en la perspectiva de quienes se consideran los actores legítimos del sistema, una devaluación de los títulos escolares y los puestos laborales que a futuro dichos títulos pueden reclamar.

Interesa este análisis de Bourdieu por su crítica al estigma y el racismo de clase que se genera dentro del sistema educativo, cuando éste y sus principales actores ven amenazada su legitimidad. Bourdieu señala que hay una gran contribución al racismo de la inteligencia por parte de los intelectuales y en particular de algunos campos profesionales, como la psicología y la psicopedagogía, a través del uso de los test para medir la inteligencia: "Habría que estudiar el papel de los médicos en la medicalización, es decir, la naturalización de las diferencias sociales, de los estigmas sociales, así como el papel de los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas" (Bourdieu, 1990:37).

Bourdieu advierte sobre las formas de legitimación, que él llama de segundo orden en tanto no se expresan en primera instancia en el discurso escolar sino como formas eufemizadas de racismo en otro orden.

Es decir, aquellas explicaciones del fracaso escolar que se anclan en justificaciones académicas y biológicas, sin incorporar las cuestiones sociales, del origen de clase, de la pobreza, de un devenir social determinado, y que en última instancia terminan legitimando una forma de discriminación escolar. Para Bourdieu el racismo de la inteligencia no es más que una forma de encubrir un tipo de racismo, el racismo de clase.

Desde una perspectiva cercana a Bourdieu, se tomará el concepto de "cultura somática" de Boltanski (1975). A partir de las aproximaciones teóricas que Luc Boltanski hace a la sociología del cuerpo, nos interesa a lo fines de esta investigación, utilizar el concepto de "cultura somática" desarrollado por el sociólogo francés. Boltanski menciona en su libro *Los Usos sociales del cuerpo* (1975) como las clases sociales perciben de manera diferenciada la salud y la enfermedad, y cómo esta diferencia se vincula con su lugar en la estructura social. En este sentido, cada clase social posee y construye históricamente su forma de percibir y relacionarse con el cuerpo.

Este mismo autor, advierte que la cultura somática, es la percepción que tienen los individuos en relación a sus enfermedades.

La cultura somática no es más que la evaluación que las clases sociales hacen de sus enfermedades y será en relación con la cultura somática de cada clase social como estas verán el tema de la medicación. Para Boltanski las clases medias y altas tendrían una cultura somática mayor que las clases bajas, por lo tanto serán mayores consumidores de medicamentos que lo sectores más desfavorecidos.

COMPORTAMIENTO DE LA IMPORTACION, FACTURACION Y DISPENSACION DEL METILFENIDATO Y LA ATOMOXETINA EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE TDA/H EN LA REPUBLICA ARGENTINA: UN ESFUERZO POR APROXIMARSE A UNA VALORACION DE SU CONSUMO

Introducción

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central con propiedades farmacológicas similares a las anfetaminas. Dentro de la clasificación de los psicofármacos, se encuentra en el grupo de los psicoanalépticos (drogas estimulantes), que comprenden a los psicoestimulantes o estimulantes de la vigilia y a los antidepresivos o estimulantes del humor. El metilfenidato pertenece específicamente al primer grupo de estimulantes.

Debido al aumento en los años 60 del uso indebido de estas sustancias, se reforzó la fiscalización nacional e internacional. Desde 1971 el metilfenidato figura en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas ya que ofrece "grandes posibilidades para el uso indebido". En consecuencia, hasta comienzos de los años 90 disminuyó considerablemente su fabricación, consumo y uso indebido.

Sin embargo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha notado un aumento del consumo mundial de metilfenidato, que pasó de menos de 3 toneladas en 1990 a 36 toneladas en 2006 (JIFE, 1995; 2007). Este incremento es adjudicado a la difusión de la utilización de esta sustancia para el tratamiento del "trastorno de la concentración (TDA/H)" en niños.

Ya en el informe de 1995 la JIFE alertaba sobre el aumento en Estados Unidos de Norteamérica del uso indebido de metilfenidato, por ejemplo: por parte de los adolescentes. En este informe se denunciaba también el surgimiento de un mercado clandestino de la droga. Dado que el uso de la sustancia está calificado como "medicación aceptada" para tratamiento en niños, se tiende a desconocer sus riesgos para la salud, entre ellos la adicción y una serie de síntomas correspondientes al uso indebido de estimulantes. La JIFE mostró preocupación por las actividades de propaganda del Ritalin® (uno de los nombres registrados del metilfenidato) por ejemplo: por parte de una influyente asociación de padres, que recibió importantes contribuciones financieras del principal fabricante de los Estados Unidos.

Esta asociación de padres ha pedido a la DEA que reduzca la fiscalización de la sustancia y entre otras cosas, eliminar el requisito de repetir el reconocimiento médico del paciente cada vez que se receta el metilfenidato, lo que tornaría a esta droga aun más asequible.

La JIFE también señala que entre el 10 y el 12% de los varones entre 6 y 14 años de edad en los Estados Unidos presentan diagnóstico de TDA/H y son tratados con metilfenidato (JIFE, 1996).

Este organismo internacional señala el peligro que se tienda a diagnosticar TDA/H con demasiada frecuencia, pasando por alto otras causas que dan lugar a problemas de atención y comportamiento, y que los médicos prescriban metilfenidato con excesiva liberalidad. La JIFE plantea también que los estudios realizados muestran divergencias en los métodos de prescripción entre los médicos, ya que la mayoría del metilfenidato está recetado por un muy escaso porcentaje de los facultativos. Este factor también repercute en las variaciones regionales del uso de metilfenidato (JIFE 1996).

Desde principios de 1996 preocupa también al organismo que, contrariamente a lo indicado, algunos médicos prescriban estimulantes a niños menores de 6 años y que, en muchos casos, no se apliquen otros métodos terapéuticos recomendados.

A su vez señala que en los Estados Unidos tiende a prolongarse la duración del tratamiento con metilfenidato, que en varios países está limitado a tres años, de modo que muchos niños continúan con esta medicación en la adolescencia o incluso siendo adultos. Se carece actualmente de información sobre los posibles efectos secundarios de tratamientos tan largos con metilfenidato.

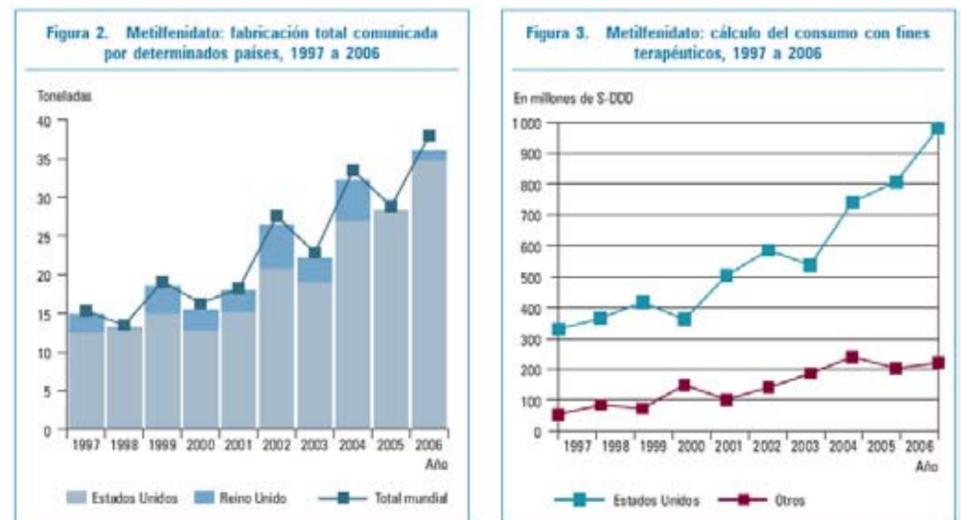
Corresponde a los Estados Unidos más del 80% del total de la producción y consumo mundiales de esta sustancia (JIFE, 2007). Sin embargo, desde fines del decenio de 1990, la utilización de metilfenidato para el tratamiento del trastorno de la concentración también ha venido aumentando marcadamente en muchos otros países, entre ellos, Alemania, Canadá, Israel, España, Islandia, Suiza y Noruega. Por ejemplo, en Canadá, el número de recetas aumentó un 46% entre 1999 y 2003. En Noruega, el metilfenidato ha sido considerada como la sustancia preferida para el tratamiento del trastorno de concentración en adultos. (JIFE, 2006).

Estados Unidos ha anunciado su intención de extender sus actividades fuera de ese país. Por tal motivo, la JIFE pide a todos los gobiernos que ejerzan la mayor vigilancia para impedir el diagnóstico excesivo de TDA/H y todo tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato u otros estimulantes. También ha pedido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) investigue la cuestión y asesore al respecto a las autoridades nacionales de salud pública.

Los gráficos N° 1 y 2 dan cuenta del progresivo aumento tanto en la fabricación del metilfenidato en el Reino Unido y Estados Unidos así como de la comparación del crecimiento en el consumo en este último país con respecto a otros.

Gráficos N° 1 y N° 2:

Evolución de la Fabricación del Metilfenidato en Estados Unidos y Reino Unido y Evolución del Consumo según cálculo en los Estados Unidos y "otros": 1997-2006.



Fuente. JIFE, 2007.

En la actualidad se ha incorporado otro fármaco para el tratamiento del TDA/H. Se trata de la atomoxetina, que se introdujo en la Argentina a partir del año 2004. Se define como una droga específica para el síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Se trata de un agente simpaticomimético, inhibidor selectivo de la recaptación del neurotransmisor norepinefrina, por lo que incrementa la actividad del mismo.

La atomoxetina, a diferencia del metilfenidato, no es considerada un estimulante. La dispensación debe realizarse bajo receta archivada según manifiestan los laboratorios productores; según el ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), estos productos no figuran en las listas internacionales de psicotrópicos.

Por lo mismo, y de acuerdo a una comunicación de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), si bien debería ser una droga controlada, al momento de escribir este informe todavía no figura en la lista oficial porque para esto se necesita una resolución o decreto para efectivizarla como controlada.

Si bien se asume que la prescripción/consumo de estos fármacos ocurre fundamentalmente en edad escolar, cabe preguntarse cuál es el grado de extensión que se está produciendo hacia edades menores a los 5 años y mayores a los 19.

En la Provincia de San Luis se realizó un estudio para valorar la utilización de metilfenidato en esta jurisdicción; el mismo puso en evidencia que el 76,2% de los pacientes tratados con esta droga estaban comprendidos entre los 5 y los 19 años (Avila, A. y col., 2007).

Otra investigación realizada en Antioquia, Colombia, con el fin de estudiar las características de los pacientes consumidores de metilfenidato, determinó un promedio de edad de 9 años, con edad mínima de 5 años y edad máxima de 19 (Giraldo Luján S. col. 2004).

Justificación de la problemática

Considerando el aumento sostenido del consumo del metilfenidato y la política de expansión de su mercado, que se corresponde con un incremento en el número de países importadores de la sustancia así como de un aumento de la cantidad importada, cobra vital importancia preguntarse por las características que asume esta problemática en la Argentina, teniendo en cuenta, además, el desarrollo del mercado farmacéutico local.

Se considera, entonces, necesario conocer cuál es el patrón de prescripción/consumo de metilfenidato, y, más recientemente, atomoxetina, en las diferentes provincias, planteándose al mismo tiempo la pregunta sobre si el comportamiento de la prescripción y consumo sigue en la Argentina una tendencia creciente.

Este punto se propone objetivos en dos dimensiones: en el plano de la generación de conocimiento, intentar contestar las preguntas previamente formuladas dado el vacío de información existente al respecto, y en el plano de la logística propia de la investigación, realizar una tarea exploratoria previa que permita la definición de las jurisdicciones en las que se llevará a cabo la etapa de terreno.

Objetivos

- Realizar una exploración e identificación de fuentes de datos disponibles que permitan realizar una aproximación al comportamiento del consumo de metilfenidato.
- Definir las jurisdicciones en donde se desarrollará el trabajo de campo de esta investigación

Metodología

Se ha investigado diferentes fuentes de datos disponibles que pudieran proporcionar información sobre el comportamiento del consumo de fármacos para tratamiento del TDA/H en la Argentina. Dado que no existe información específicamente relacionada con este punto, los datos analizados a partir de las fuentes existentes permiten sólo una aproximación al mismo.

A continuación se enumeran las fuentes consultadas y el tipo de datos que cada una de ellas provee:

- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos): Datos sobre facturación de la industria farmacéutica en la Argentina. Se tomó el cuarto trimestre de 2007 y la comparación del mismo con igual período de los años 2003 al 2006.
- Confederación Farmacéutica Argentina (COFA): Datos de unidades dispensadas (envases) de los medicamentos que se investiga en las distintas provincias de la Argentina para el año 2006.
- ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes: importación de metilfenidato por la Argentina durante el período 2005-2008.

A partir de los datos que estas fuentes proporcionan se ha construido algunos indicadores que se presumen de utilidad para la aproximación al conocimiento requerido, sin que esté cerrada la discusión sobre la metodología más apropiada a tal efecto.

Análisis y Resultados

A continuación, se presenta el análisis de los datos relevados a partir de las fuentes consultadas.

Tal como se ha expresado, el INDEC brinda información sobre facturación de la industria farmacéutica en la Argentina, en millones de pesos y a pesos corrientes. Según esta fuente, la facturación anual de la industria farmacéutica al mercado interno nacional exhibe un crecimiento sostenido desde el inicio de la serie en 2003. Durante el año 2007 la industria farmacéutica tuvo un crecimiento del 20,2% en el total facturado con relación al año 2006 (INDEC, 2008).

En un informe que data de abril de 2008, este organismo presenta datos de la facturación de la industria farmacéutica correspondientes al cuarto trimestre del año 2007 en forma comparativa con los obtenidos para igual período en los años 2003 a 2006⁽¹³⁾.

En el cuarto trimestre de 2007 los medicamentos de mayor facturación fueron los destinados al sistema nervioso, con \$362 millones (que representan un 17,7% del total facturado), seguido por los destinados al aparato digestivo con \$331 millones (16,2%), los destinados al aparato cardiovascular con \$270 millones (13,2%) y los antiinfecciosos con \$221 millones (10,8%) (INDEC, 2008).

Una primera lectura de los valores publicados arroja un importante incremento a lo largo del período 2003-2006, tanto del volumen total de medicamentos facturados por los laboratorios, como de los segmentos de mayor facturación previamente citados. Pero dado que numerosas variables pueden intervenir en el aumento de la facturación, se decidió valorar el comportamiento de la misma a precios constantes.

Para realizar dicho cálculo se solicitó la ayuda a un economista, quien realizó la conversión de precios corrientes a constantes tomando como deflactor al Índice de Precios al Consumidor para cada uno de los años contemplados en el período analizado.

El Gráfico N° 3 muestra los grupos de fármacos que presentaron mayor facturación y la tendencia que cada uno de estos presentó en el período 2003-2006. El Gráfico N° 3.A reproduce lo que publica el INDEC, utilizando precios corrientes. El gráfico N° 3.B muestra la tendencia en la facturación pero en pesos constantes.

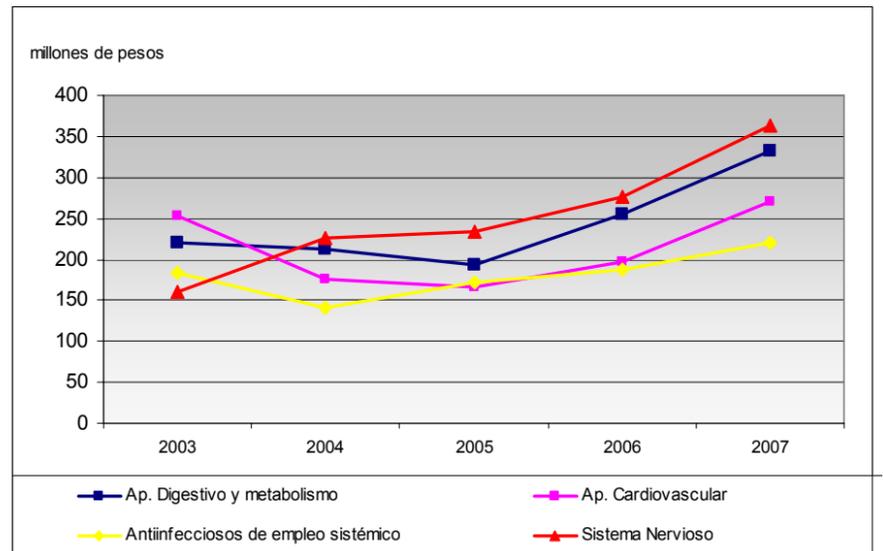
En ambos gráficos se puede observar que, a diferencia de los otros grupos de medicamentos, que han mostrado oscilaciones en el volumen de facturación a lo largo del período, aquellos destinados al sistema nervioso han experimentado, a excepción de lo ocurrido en el año 2005, un progresivo aumento, tanto si se analiza en precios corrientes como en precios constantes.

(13) Según aclara el INDEC, esta información es obtenida en forma directa de las 75 empresas que constituyen el núcleo de la industria farmacéutica nacional, representando aproximadamente el 99% del mercado de medicamentos. Los datos de facturación presentados en el informe no incluyen el IVA y corresponden a precios mayoristas de salida de fábrica.

Gráfico N° 3:

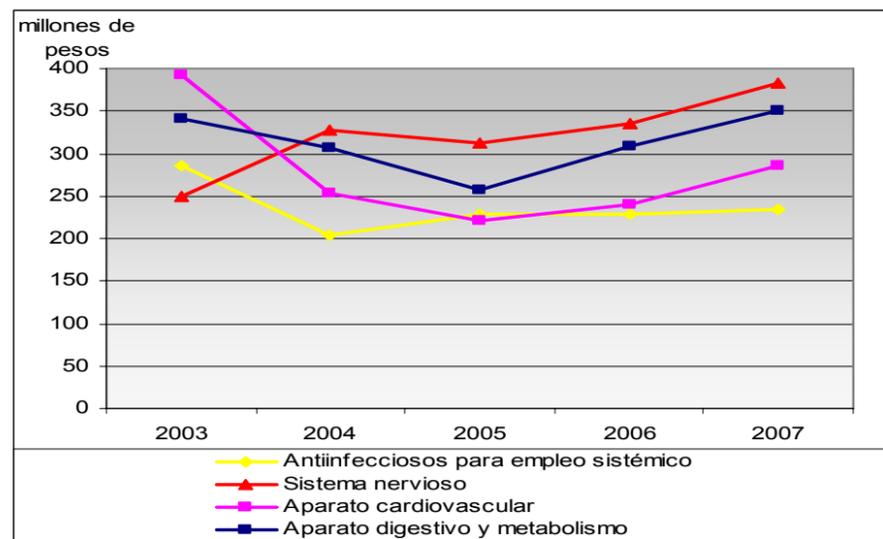
Facturación de la Industria Farmacéutica por Grupo Anatómico de Medicamentos*. Grupos que presentaron la mayor Facturación. Argentina. Comparativo 2003-2007

A) A precios corrientes



Según Clasificación Anatómica Terapéutica Clínica (ATC)
Fuente INDEC. 2008.

B) A precios constantes



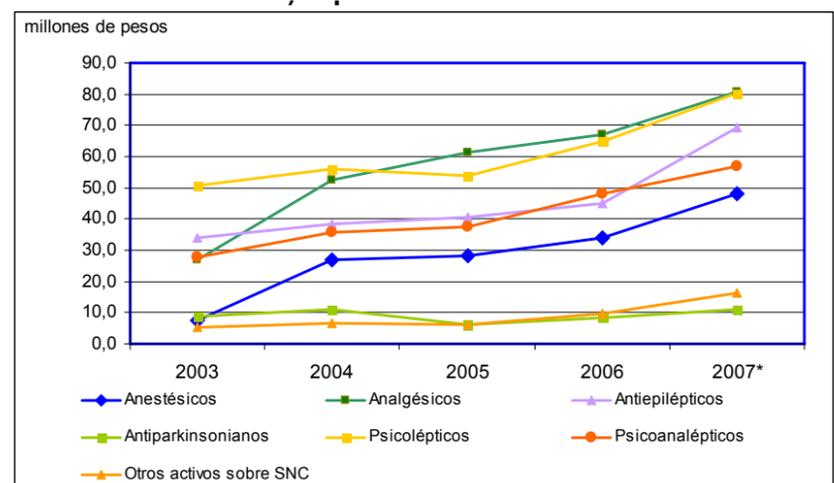
*Según Clasificación Anatómica Terapéutica Clínica (ATC)
Elaboración en base a INDEC. 2008.

El gráfico N° 4 muestra la tendencia que presentó la facturación de los diferentes fármacos correspondientes al sistema nervioso en el período 2003-2007, en millones de pesos. Con la misma modalidad, se muestra en primer término la evolución de la facturación en precios corrientes y en segundo lugar, la tendencia calculada en precios constantes.

Gráfico N° 4:

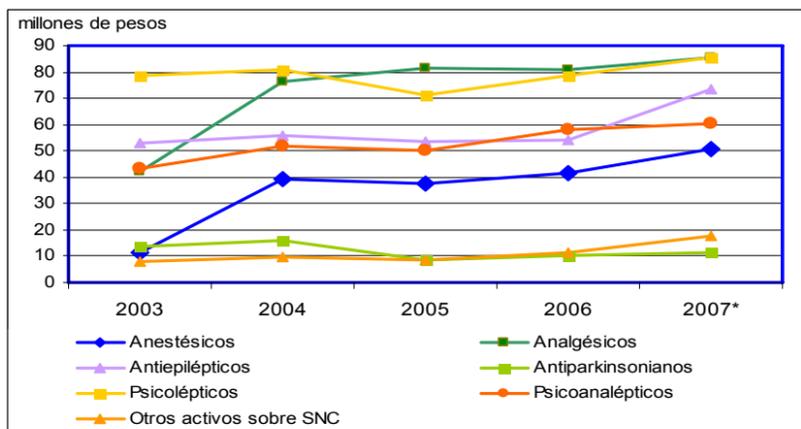
Facturación de la Industria Farmacéutica correspondiente a Grupos de Fármacos del Sistema Nervioso. Argentina. Comparativo 2003-2007

A) A precios corrientes



Fuente Elaboración en base a INDEC. 2008.

B) A precios constantes



Fuente Elaboración en base a INDEC. 2008.

Puede observarse que el grupo de los psicoanalépticos, al que pertenece el metilfenidato, experimentó aumentos a lo largo del período.

Otra fuente consultada fue la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), institución que aportó datos sobre unidades dispensadas (entendiendo a éstas como envases) de los medicamentos que se investigaron.

En base a esta fuente, se construyó la tabla N° 1 que muestra unidades dispensadas, tanto de metilfenidato como de atomoxetina, en las diferentes provincias de la Argentina, durante el año 2006.

Con el objetivo de poder acercarse al conocimiento de la prescripción/consumo de metilfenidato y atomoxetina en las diferentes provincias de la Argentina utilizando su dispensación, se estableció una relación entre las unidades dispensadas en cada provincia y la población de niños de 5 a 19 años, correspondiente a cada una de ellas.

Se eligió esta franja etárea como denominador dado que se asume como la población mayoritaria en cuanto a diagnóstico y consumo de estos fármacos para tratamiento del TDA/H. Esta presunción se vió confirmada en los trabajos citados previamente (Giraldo Luján S. y col. 2004; Avila, A y col. 2007). El indicador construido, entonces, informa sobre unidades dispensadas cada mil niños entre 5 a 19 años.

Se asume que un porcentaje minoritario de población consumidora no está contemplada en este denominador, y la elección del mismo tal como fue planteado previamente, no cierra la discusión sobre la metodología más apropiada que pueda adoptarse a la luz de la generación de mayor conocimiento, pero al momento del análisis se adopta como el mejor indicador para visualizar el patrón de prescripción/consumo que presentan las provincias.

Como puede observarse, los valores de la relación construida muestran una amplia brecha entre las diferentes jurisdicciones del país.

Se construyó la razón metilfenidato/atomoxetina, que relaciona el número de unidades dispensadas del primer fármaco con respecto al segundo. Se volverá sobre la misma al mostrar el gráfico correspondiente.

Tabla N° 1: Distribución de Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por Provincia. Argentina. Año 2006

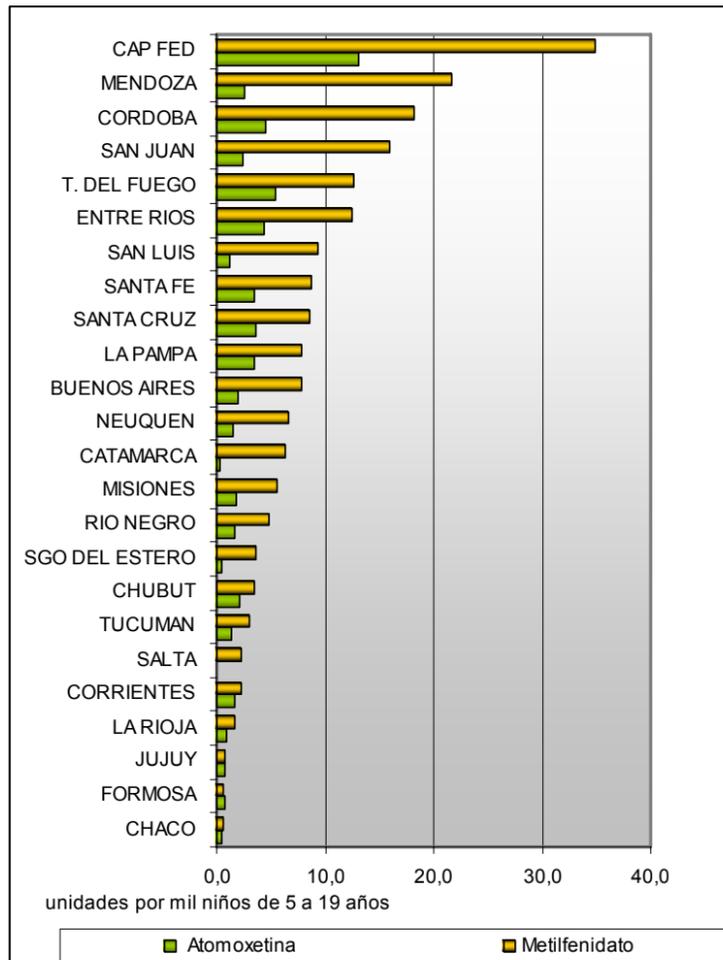
Provincia	Población 5 a 19 años	Unidades dispensadas Metilfenidato	Unidades Metilfenidato por mil	Unidades dispensadas Atomoxetina	Unidades Atomoxetina por mil	Razón Metilfenidato / Atomoxetina
BUENOS AIRES	3.667.536	28507	7,8	7048	1,9	4,0
CAP FED	536.852	18744	34,9	6992	13,0	2,7
CATAMARCA	113.533	715	6,3	40	0,4	17,9
CHACO	339.927	201	0,6	171	0,5	1,2
CHUBUT	127.374	432	3,4	277	2,2	1,6
CORDOBA	825.205	15055	18,2	3729	4,5	4,0
CORRIENTES	310.549	679	2,2	506	1,6	1,3
ENTRE RIOS	333.999	4165	12,5	1458	4,4	2,9
FORMOSA	179.262	115	0,6	138	0,8	0,8
JUJUY	206.534	159	0,8	142	0,7	1,1
LA PAMPA	85.433	669	7,8	298	3,5	2,2
LA RIOJA	99.943	164	1,6	94	0,9	1,7
MENDOZA	452.289	9764	21,6	1159	2,6	8,4
MISIONES	350.496	1956	5,6	638	1,8	3,1
NEUQUEN	154.280	1010	6,5	235	1,5	4,3
RIO NEGRO	167.625	803	4,8	289	1,7	2,8
SALTA	380.711	836	2,2	84	0,2	10,0
SAN JUAN	191.017	3044	15,9	462	2,4	6,6
SAN LUIS	119.057	1111	9,3	145	1,2	7,7
SANTA CRUZ	63.760	551	8,6	231	3,6	2,4
SANTA FE	795.771	6898	8,7	2760	3,5	2,5
SGO. ESTERO	280.347	995	3,5	117	0,4	8,5
T. DEL FUEGO	36.037	453	12,6	197	5,5	2,3
TUCUMAN	420.792	1257	3,0	551	1,3	2,3

Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 5 muestra de manera comparativa el consumo de unidades de metilfenidato y atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años para cada una de las provincias del país, pudiendo observarse marcadas diferencias entre las mismas.

Gráfico N° 5:

Unidades Dispensadas de Metilfenidato y Atomoxetina por cada mil niños de 5 a 19 años según Provincia. Argentina. Año 2006

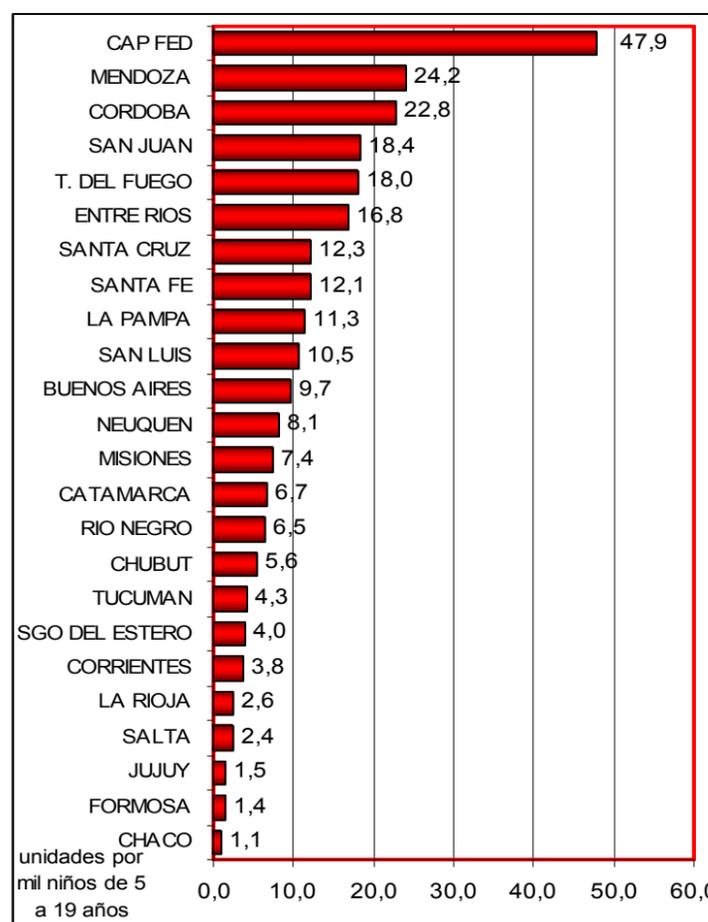


Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 6 muestra la venta de fármacos para tratamiento de TDA/H de manera conjunta (sumatoria entre metilfenidato y atomoxetina), permitiendo apreciar también la diferencia que arrojan las distintas provincias.

Gráfico N° 6:

Unidades Dispensadas de Fármacos para el tratamiento de TDA/H (Metilfenidato más Atomoxetina) por mil Niños de 5 a 19 años, según Provincia. Argentina. Año 2006



Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

El gráfico N° 7 muestra la preferencia de prescripción en relación a los fármacos disponibles para el tratamiento del TDA/H según provincia.

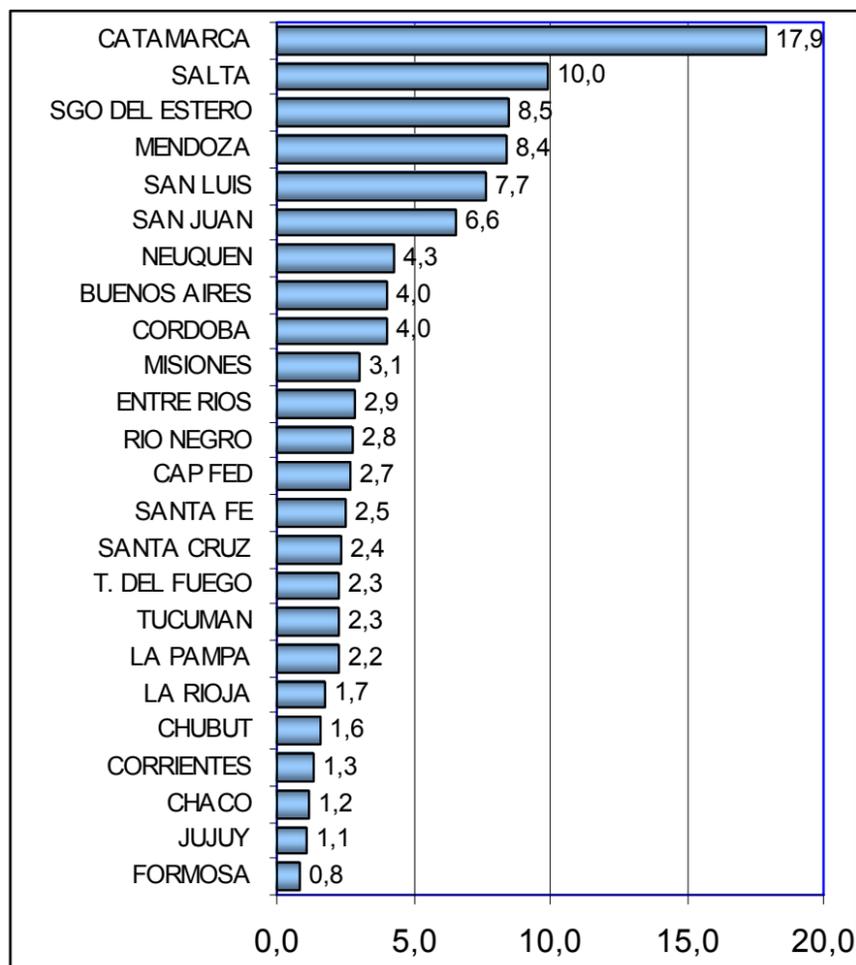
La razón metilfenidato/atomoxetina expresa cuántas unidades de metilfenidato se dispensan por cada unidad de atomoxetina, dando cuenta de la supremacía de la prescripción del primer fármaco sobre el segundo, de reciente introducción en el mercado.

Las provincias que muestran barras más importantes, representan los mercados donde prevalece ampliamente el metilfenidato, y aquellas con barras más pequeñas corresponden a provincias donde la atomoxetina tuvo mayor aceptación.

La amplia diferencia que se observa entre las jurisdicciones, genera el interrogante sobre los fundamentos de las modificaciones en las preferencias de prescripción/consumo.

Gráfico N° 7:

Razón de Dispensación entre Metilfenidato y Atomoxetina según Provincia. Argentina. Año 2006



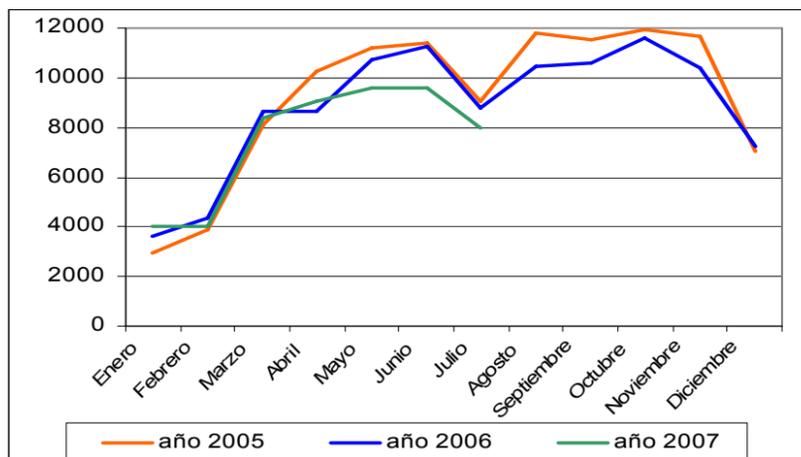
Fuente: Elaboración en base a datos aportados por COFA. 2008.

Los gráficos N° 8 y N° 9 muestran la evolución de la venta de metilfenidato y atomoxetina a lo largo del año, comparando los años 2005, 2006 y 2007, en este último caso hasta julio para el metilfenidato y hasta septiembre para la atomoxetina.

Como puede apreciarse, de manera mucho más marcada para el metilfenidato, la venta de estos fármacos presenta una clara "estacionalidad" relacionada con el año lectivo escolar, manteniéndose alta la dispensación durante el curso del mismo y cayendo en el período de vacaciones escolares.

Gráfico N° 8:

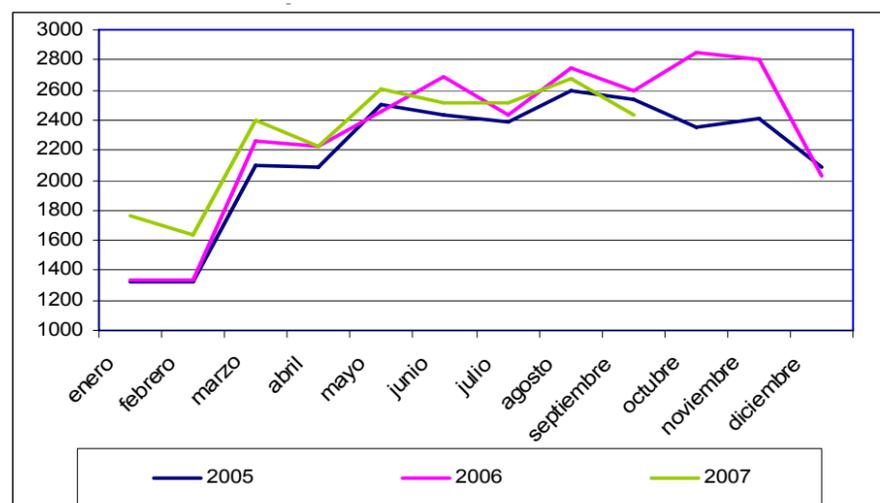
Unidades Dispensadas de Metilfenidato por Mes. Argentina Comparativo Trienio 2005-2007*



*2007 hasta julio. Fuente: COFA. 2008

Gráfico N° 9:

Unidades dispensadas de Atomoxetina por Mes. Argentina Comparativo Trienio 2005-2007*



*2007 hasta septiembre

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por COFA. 2008.

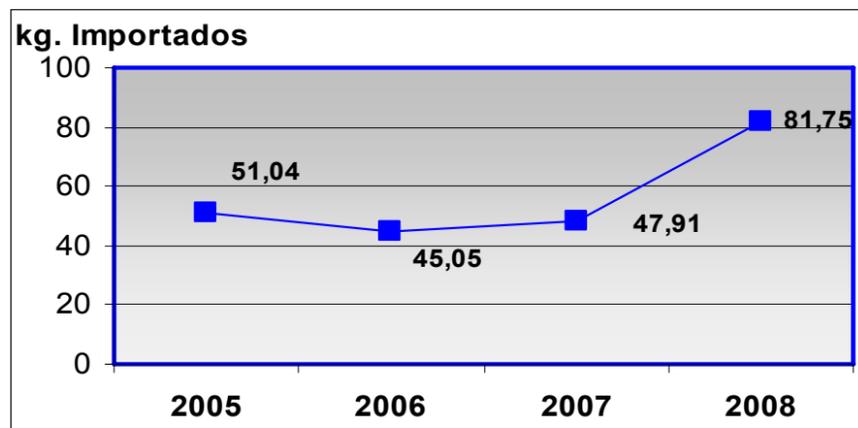
Como tercera fuente de información se recurrió al ANMAT, específicamente al Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, para consultar sobre la evolución de la importación de metilfenidato en la Argentina, dado que a través de fuentes informales se tenía conocimiento sobre su aumento progresivo.

Esta institución proveyó datos para el período 2005-2008 que se muestran a continuación. Con respecto a la droga atomoxetina el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes no dispone de registros porque la misma, como se mencionó con anterioridad, no pertenece a los listados internacionales de este tipo de sustancias.

Como permite observar el gráfico N° 10 y para el período considerado, la importación crece significativamente a partir del año 2006, elevándose en un 81,5% con respecto a éste en el año 2008.

Gráfico N° 10:

Cantidad en kilos de Metilfenidato importados por el conjunto de laboratorios que lo comercializan. Argentina. 2005-2008



Fuente: Elaboración en base a datos aportados por ANMAT. 2008.

Consideraciones en relación a los datos aportados por estas fuentes

Se ha visto que los datos del INDEC expresan cantidad de dinero en pesos facturada perteneciente a diferentes grupos de medicamentos, y los datos proporcionados por COFA corresponden a unidades dispensadas de fármacos. Estos datos no son comparables.

El crecimiento en pesos del mercado farmacéutico está compuesto por tres variables: los productos nuevos lanzados al mercado, el aumento de la cantidad de unidades dispensadas y el aumento de precio, de modo que un incremento en la facturación no puede tomarse como expresión exclusiva de aumento de consumo.

El metilfenidato es comercializado en la República Argentina por cuatro laboratorios, en 16 presentaciones y 7 concentraciones diferentes de la droga, distribuidas entre formas de acción rápida y de efecto prolongado (6 de las 16 para esta última opción). La atomoxetina es comercializada por dos laboratorios, en 10 presentaciones y 5 concentraciones distintas.

En algunas presentaciones de los laboratorios se comprueba que diferentes concentraciones tienen igual precio, asumiendo que ello responde a una política del laboratorio, de modo que a igual gasto en un caso podrían estar consumiendo más que en otro.

A su vez, si se venden los envases con mayor número de comprimidos, o bien las presentaciones de liberación prolongada, el número de unidades dispensadas podrá ser

menor cuando el consumo en realidad es mayor. Por tanto, tampoco el número de unidades habla en forma directa de mayor consumo.

Estas fuentes de información responden a una lógica de evaluación de tipo industrial-comercial, sin que se encuentren fuentes disponibles que evalúen el consumo, desde la mirada de la necesidad de tratamiento del problema de salud en sentido estricto.

De modo que solo pueden proporcionar una aproximación al comportamiento en cuanto a tendencia de consumo.

La información proporcionada por el ANMAT sobre el significativo incremento en la importación de metilfenidato ha resultado de sumo interés, dado que se puede suponer que el aumento de importación de la sustancia obedece, o bien, a una venta que viene siendo valorada como creciente por los laboratorios, o a una decisión de mayor penetración en el mercado por parte de los mismos. Estos datos podrían estar sugiriendo una perspectiva de mayor consumo, al menos del metilfenidato.

ORGANIZACION DEL INFORME

Luego de este capítulo introductorio se ingresará al apartado de resultados (que será difundido en la edición N° 41 del Suplemento Actos de Gobierno y se publicará el 22 de junio de 2009). Este consta de tres partes: el campo escolar, el campo de la salud y por último, se abordará sobre otros actores implicados en la problemática.

La primera parte, abocada a la temática desde el campo escolar, se compone de tres capítulos en los que se analizan los datos recogidos en las entrevistas a informantes clave y a docentes, directivos y GP de escuelas públicas y privadas de los puntos muestrales definidos.

El primer capítulo de este apartado de educación se concentra en las representaciones sociales del campo escolar sobre el problema. Pone el foco en el estatus que se le otorga al TDA/H y analiza los discursos que los entrevistados ponen en escena al explicar el problema.

El segundo capítulo trata sobre los imaginarios que convoca el niño diagnosticado con TDA/H en los docentes, directivos y GP entrevistados. En este capítulo se analiza el papel que juega el paradigma del déficit en la construcción de imaginarios sobre el niño y la relación existente entre los imaginarios, el abordaje y los procesos de medicalización y medicamentación.

Por último, el tercer capítulo profundiza los patrones de consumo del metilfenidato o atomoxetina y su relación con la escuela. Para esto se considera los distintos roles que asume la escuela dentro del proceso de medicamentación y las posturas que docentes y GP tienen acerca del mismo.

La segunda parte de resultados presenta los capítulos del campo de salud. El abordaje del campo de salud, está organizado en relación a las entrevistas dirigidas a médicos pediatras, psiquiatras infanto juveniles y neurólogos infantiles del subsector público y privado de las cuatro jurisdicciones argentinas seleccionadas: AMBA, Corrientes, Salta y Tierra del Fuego.

En el primer capítulo del campo de salud, se abordan las representaciones, ideas e imágenes que los médicos tienen acerca del TDA/H. Para esto se introduce una lectura de las entrevistas en relación a la construcción cultural, a los procesos históricos y al contexto social y económico en la producción del diagnóstico sobre TDA/H.

En el segundo capítulo se trabaja sobre el diagnóstico de TDA/H desde la perspectiva de los actores del campo médico. En este apartado se profundiza sobre los posicionamientos, debates, acuerdos y desacuerdos; así como las dificultades que plantea la confección del diagnóstico del TDA/H y la etiología del cuadro.

Por último se aborda en el tercer capítulo la problemática del tratamiento sobre TDA/H: consensos y debates en torno al abordaje terapéutico desde el campo médico. Para lo cual se trabaja sobre el circuito de derivación y elección terapéutica, tipo de medicación elegida, esquema de administración, efectos adversos y administración de la medicación según sectores poblacionales. También se aborda el concepto de abordaje interdisciplinario.

Una vez concluidos los capítulos de resultados sobre el campo escolar y el médico, en la tercera parte de resultados se avanza acerca de algunas conceptualizaciones sobre otros actores sociales implicados en la problemática del TDA/H.

En este sentido, interesó particularmente explorar las asociaciones de padres, la industria farmacéutica y los medios masivos de comunicación, focalizándonos en los medios gráficos. El objetivo de este capítulo fue introducir otras voces presentes en la construcción del TDA/H.

Terminado el apartado de resultados, se presentarán las conclusiones del estudio (que serán difundidas en la edición N° 42 del Suplemento Actos de Gobierno y se publicarán el 29 de junio de 2009).

Las conclusiones y recomendaciones están organizadas en cuatro partes. Las dos primeras presentan las conclusiones y reflexiones finales de cada campo, mientras que la tercera busca condensar las principales líneas de análisis que relacionan ambos campos y favorecen la comprensión de la problemática estudiada. La cuarta y última parte presenta recomendaciones que se desprenden de la totalidad del análisis realizado desde ambos campos.

Finalmente, el trabajo termina con un apartado de referencias bibliográficas y fuentes consultadas y un anexo metodológico.

PROCURACION DEL TESORO DE LA NACION ESCUELA DEL CUERPO DE ABOGADOS DEL ESTADO



CURSO DE POSGRADO

DERECHO ADUANERO

El **CURSO DE POSGRADO EN DERECHO ADUANERO** tendrá una duración de tres módulos cuatrimestrales con una carga horaria de 360 horas presenciales.

Comienza a dictarse el **7 DE AGOSTO** los días viernes de 09:00 a 13:00 y de 15:00 a 19:00 horas de agosto a noviembre, marzo a junio y agosto a noviembre del año siguiente.

Se encuentra abierta la inscripción

Para mayor información, comunicarse al teléfono:

4331-2368/2720/2712/2714;

o por mail a nsaavedr@ptn.gov.ar

Se encontrará conformado por las siguientes materias:

MODULO I

ELEMENTOS Y REGIMEN ADUANERO

1.- ELEMENTOS BASICOS DEL REGIMEN ADUANERO.

2.- REGIMEN OPERATIVO ADUANERO (DESTINACIONES Y OPERACIONES ADUANERAS)

3.- REGIMENES ESPECIALES.

4.- RESTRICCIONES DIRECTAS Y TRIBUTOS ADUANEROS.

MODULO II

REGULACION INTERNACIONAL

5.- REGULACION DEL COMERCIO INTERNACIONAL. O.M.C. Y ACUERDOS PREFERENCIALES.

6.- REGIMEN DE DUMPING, SUBVENCIONES Y SALVAGUARDIAS.

7.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS COMERCIALES INTERNACIONALES.

MODULO III

PRECEDIMIENTOS - DELITOS E INFRACCIONES

8.- DELITOS ADUANEROS.

9.- INFRACCIONES ADUANERAS

10.- PROCEDIMIENTOS ADUANEROS.

11.- ARMONIZACION DE NORMATIVAS ADUANERAS. LEGISLACION COMPARADA. CODIGO ADUANEROS DE ESPACIOS INTEGRADO.

MINISTERIO DE PRODUCCION
SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, PESCA Y ALIMENTOS
SUBSECRETARIA DE DESARROLLO RURAL Y AGRICULTURA FAMILIAR

Primer Encuentro Nacional de Jóvenes de la Agricultura Familiar

La Subsecretaría de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos organizó el Primer Encuentro Nacional de Jóvenes de la Agricultura Familiar, destacando a la juventud rural como actor integrante de programas de inclusión social y agente transformador de la realidad. Este evento resaltó, entre sus objetivos principales, conocer las demandas y necesidades actuales de los jóvenes del ámbito rural e indagar acerca de las políticas del Estado Nacional.

INTRODUCCION

La Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos a través de la Subsecretaría de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar, junto a la Dirección Nacional de Juventud del Ministerio de Desarrollo Social (DINAJU), realizó entre el 13 y 14 de mayo pasados, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el primer "Encuentro Nacional de Jóvenes de la Agricultura Familiar" con el objetivo de promocionar a los jóvenes de la agricultura familiar como actores estratégicos del desarrollo.

El evento, al que fueron convocados unos 2100 jóvenes del NOA, NEA, Centro, Cuyo y Patagonia relacionados con la agricultura familiar de todo el país, contó con la presencia de los máximos representantes de la Presidencia de la Nación, autoridades nacionales, provinciales y técnicos de todo el país.

Durante dos jornadas intensas se realizaron talleres donde se discutió la problemática relacionada con el sector y desarrollaron estrategias y propuestas para mejorar su calidad de vida.

El evento tuvo como prioridad conocer las expectativas, demandas y necesidades actuales de los jóvenes rurales y desarrollar un espacio institucional a nivel nacional para el diseño e implementación de políticas y programas para la juventud relacionada con la agricultura familiar.

OBJETIVO GENERAL

- Promocionar a los jóvenes de la agricultura familiar como actores estratégicos del desarrollo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las expectativas, demandas y necesidades actuales de los jóvenes sujetos de políticas de la Subsecretaría de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar (SsDRyAF).
- Indagar sobre las características específicas sociales, productivas y culturales que asume el estrato "juvenil" en el ámbito rural.
- Desarrollar un espacio interinstitucional a nivel del Estado nacional para el diseño e implementación de políticas y programas para la juventud relacionada con la agricultura familiar.
- Dar a conocer las distintas políticas, programas y estrategias actualmente existentes en el seno del Estado nacional para los jóvenes rurales.

¿POR QUE EL ENCUENTRO?

La temática juventud es parte de las preocupaciones de los pequeños/as productores/as.

Este encuentro reafirma la visión y el compromiso para trabajar con la juventud rural, en la actual etapa de consolidación de la Subsecretaría de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar.

Este es un proceso que se quiere construir en conjunto, con todos los actores involucrados: funcionarios/as, técnicos/as, y por supuesto las/os propios/as jóvenes rurales.

Entre los lineamientos comunes que guían esta construcción de saber, se destacan la concepción de los jóvenes como agentes de transformación de su realidad, siempre a partir de sus propias experiencias. Toda política de inclusión de la juventud debe contemplar esas vivencias, así como sus necesidades y expectativas.

En definitiva se procura desarrollar iniciativas y capacidades de los jóvenes que los lleven a pensarse a sí mismos y pensar estrategias que les sirvan para su inserción comunitaria, organizacional, grupal, en el trabajo, escuela, en su mundo cotidiano.

EJES CENTRALES DE TRABAJO

- Fortalecimiento de las iniciativas de los jóvenes (varones y mujeres) poniendo el eje en su relación con la producción y su formación personal.
- Políticas para resolver las situaciones problemáticas de los jóvenes rurales.

CONCLUSIONES NACIONALES

Región Patagonia: La Pampa, Chubut, Neuquén, Río Negro

Propuestas

Los ejes temáticos priorizados fueron tres: educación, salud y tierra, y además se trató sobre la problemática de los pueblos originarios:

- Educación:
 - Defender las escuelas rurales.
 - Cooperativismo.
- Salud:
 - Gratuita y pública.
- Tierra:
 - Fortalecimiento de Red de Jóvenes por las grandes distancias que los separa.
 - Fortalecer el arraigo con viviendas y educación rural.
 - Hacen especial mención al financiamiento, para que sea accesible al joven; observan un promedio de edad alta en el campo.
 - Diversificación productiva.
- Aporte de los pueblos originarios:
 - Mapuches:
 - Con su visión global de un territorio total y tomando a la tierra como un elemento espiritual, proponen preservarla.
 - Proponen realizar un relevamiento territorial para determinar tierras de pueblos originarios para evitar los desalojos. Trabajarlo como propiedad comunitaria.

Región NOA: Tucumán, Catamarca, Salta, Jujuy y Santiago del Estero

Propuestas

Se priorizaron los siguientes ejes:

- Salud:
 - Que existan profesionales presentes en el medio rural.
- Educación:
 - Se piden escuelas abiertas, que ofrezcan la enseñanza de oficios.
- Medio Ambiente:
 - Que las leyes se cumplan.
 - Que los recursos naturales tengan un uso racional.
 - Que se reconozca la propiedad de los aborígenes.
 - Que el agua sea pura.
 - No a la explotación de minería, y contaminación.
- Asistencia técnica continua.
- Comercialización directa.
- Arraigo.
- Cultura:
 - Orgullosos de su vida.
- Trabajo en blanco, crédito y subsidios.
- Mujer:
 - Con igualdad de derechos.
- Presencia de la SsDRyAF en donde viven.

Región Cuyo: San Juan, San Luis, Mendoza y La Rioja

Se priorizaron los siguientes ejes:

- Productivo:
 - Sugieren que exista un ente regulador de precios.
 - Que las producciones tradicionales como la caprina, de conejo y cerdos incorporen la visión de trabajo en cadenas de producción, que se debe buscar agregar valor a los productos y trabajar sobre nichos de mercado.
 - Visualizan dificultades en las economías regionales, apuntando a que es necesario incorporarlas al modelo de producción nacional, focalizando en los pequeños productores, y con el diseño de políticas públicas encuadradas en las realidades locales.

- Afirmaron que es necesario estimular una cultura asociativista contra el individualismo.
- Demandan falta de financiamiento. Dicen que en general los pequeños productores, y más aún los jóvenes no son propietarios de sus tierras, y no tienen recibo de sueldo.
- Trabajo Rural:
 - De temporada, es un trabajo considerado muy superficial, de bajo costos.
- Inclemencias por temporales:
 - Crear un voluntariado juvenil para atender inundaciones (como en la Provincia de San Juan), para brindar información.
- Viviendas:
 - Malas infraestructuras, necesitan regularización de tierras para acceder a viviendas dignas.
- Agua Potable:
 - Afirmaron que se necesitan más proyectos vinculados con el agua, así como luz eléctrica y caminos en condiciones para lograr una verdadera inclusión social.
- Educación:
 - Es necesario educar a los jóvenes con valores.
- Salud:
 - Existen problemas de infraestructura, recursos, financiamiento y una inaccesibilidad a la tecnología.

Propuestas

- Falta de rentabilidad:
 - Los problemas de rentabilidad podrían solucionarse con la creación de un Ente Regulador de Producciones Tradicionales. Además habría que incentivar las cadenas productivas y crear y fortalecer los espacios de comercialización para pequeños productores.
- Falta de financiación:
 - Se deberían ablandar los créditos, buscar financiamiento, bajar las tasas de interés, flexibilizar requisitos, plazos de devolución. Es necesario contar con un diagnóstico territorial, seguimiento y acceso a información financiera.
- Malas condiciones del trabajador rural:
 - Habría que blanquear a los trabajadores, brindarles mayor respeto, mejores condiciones higiénicas, cobertura social y control real de las empresas. Bregar por un trabajo más digno.
- Inclemencias climáticas:
 - Creación de voluntariado, brindar información, seguro agrícola.
- Malas condiciones en transporte, logística, infraestructura y vivienda:
 - Regularización de títulos, flexibilidad de créditos para la vivienda, mejorar caminos y transporte, garantizar el acceso a luz y agua potable, mejorar la distribución del agua de riego y la legislación sobre el agua.
- Ineficiencia del sistema educativo:
 - Capacitación laboral, escuelas albergues, acceso a la información, inclusión de los pueblos originarios y educación en el uso de los recursos naturales. Bregar por una igualdad de oportunidades.
- Falta de organización de los pequeños productores rurales:
 - Generar asociaciones, cooperativas y agrupaciones desde abajo. Estimular la cultura asociativa, rescatar los valores de nuestros antepasados. Bregar por un espíritu organizativo.
- Déficit en la salud pública:
 - Se propone mejorar las políticas públicas, los programas de salud, las políticas de concientización, educación sexual y que existan centros de contención para jóvenes.
- Discriminación:
 - Se debe generar espacios de discusión y protagonismo para las mujeres rurales. Fortalecimiento de los pueblos originarios. Políticas de inclusión para las personas con capacidades especiales. Desarrollar talleres para la problemática del machismo.

Región Centro: Córdoba, Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos

Propuestas

Se priorizaron los siguientes ejes:

- Productivo:
 - Plantean falta de cumplimiento de la Subsecretaría de DR y AF en temas de subsidios. Solicitan continuidad de proyectos, enuncian que trabajan con insti-

tuciones o programas como INTA, PSA; etc., pero que éstos tienen un tiempo limitado, se cortan y empieza otro proceso, todo eso repercute de manera negativa en los proyectos productivos. Igual situación plantean en las capacitaciones, en general las instituciones y los técnicos/as no logran coordinar bien para trabajar con los productores.

- Demandan trabajar en la concientización en el fortalecimiento de las organizaciones; asociativismo y comercialización:
 - Para lograrlo necesitamos aprender a trabajar en conjunto con pequeños productores y no por la rentabilidad individual. Esto se puede lograr a través de talleres, centro de integradores comunitarios y desde la reforma de las modalidades educativas que responden a las necesidades de las zonas donde se encuentran.
- Es necesario mejorar lo impositivo que diferencie a los pequeños productores de los grandes en el pago de impuestos.
- Mejorar la higiene en la comercialización de los productos de pequeños productores. Se deben mejorar también las normas sanitarias de la comercialización. Son necesarios reglamentos de bromatología para el pequeño productor.
- Educación:
 - Proponen que debe estar orientada y relacionada con cada lugar.
- Ambiente:
 - Solicitan el cumplimiento de leyes que cuidan el ambiente.
- Proponen realizar manejo de montes con siembra de arroz sin desmonte.
- Apoyan la reforma agraria.
- Realizar estudios de mercados para solicitar créditos.
- Falta de creación y cumplimiento de las políticas diferenciales para la agricultura familiar y políticas a corto, mediano y largo plazo para dar respuestas a las necesidades de los productores, ya sean subsidios, infraestructura u otras acciones.
- Falta de comunicación y de canales de información que lleguen a los productores.
- Falta de concientización en la diversidad de producciones.
- Se pide que haya mayor exigencia del cumplimiento de las leyes que resguardan el cuidado y la mantención del ambiente para que no se agoten los recursos y para que disminuya la contaminación. Se debe fomentar la utilización de las energías alternativas y aprovechar la riqueza de las materias primas.

Región NEA: Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones

Propuestas

Se priorizaron los siguientes ejes:

- Falta de agua por la sequía. Infraestructura ausente o en malas condiciones. No cuenta con reservorios suficientes de agua. Falta de equipamientos adecuados. En ocasiones se ve afectada por inundaciones.
- Producción y Comercialización:
 - En general, no se ve que haya una política acorde a los pequeños productores. Falta de Mercados. No se puede comercializar; no se llega por malos caminos o transportes deficientes. Proponen una política de diversificación de las chacras, y que hay que pensar en abastecer primero a la Argentina y luego, lo que sobra, enviarlo al extranjero.
- Tierras:
 - Demandan regularización. Políticas de Arraigo. Regularizar las tierras fiscales y la venta irregular de tierras. Que se cumpla la Ley en la venta de tierras a extranjeros.
- Ambiente y diversidad:
 - Denuncian un uso excesivo de agrotóxicos por avance del cultivo de la soja. Proponen rever el modelo agroexportador y el uso de semillas genéticamente modificadas. Están de acuerdo en que primero se debe abastecer el país y luego al resto del mundo. También es importante la diversificación de cultivos con cuidado de recursos naturales.
- Capacitación y asistencia técnica:
 - Se necesitan técnicos que estén en las chacras. Se pide que éstos puedan ser egresados de EFAS.
- Financiamiento:
 - Que exista financiamiento para las actividades productivas. Manifiestan que siempre llega a destiempo. Es necesario que los subsidios lleguen en tiempo y forma para los productores, con asesoramiento técnico y seguimiento de los mismos. Piden que se les consulte ya que ellos saben qué necesitan, cuánto y en qué momento.
- Educación:
 - Existe ignorancia y desinformación. Que, en el medio rural, se cumpla la Ley de obligatoriedad de nivel Inicial, Primario y Secundario. Demandan terciarios en las colonias con becas y albergues, ya que no se puede acceder a la educación por falta de recursos económicos y las distancias a recorrer.

- Salud:
 - Que existan salas de primeros auxilios con profesionales y equipamiento adecuado.
- Piden que el debate no se termine y se extienda a otros: provincial y nacional con participación de los jóvenes.

RESUMEN DE CONCLUSIONES POR TEMAS

TEMA	CONCLUSIONES
EDUCACION	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muchos jóvenes no acceden a la educación por falta de recursos económicos y por las distancias. Proponen becas y albergues para los jóvenes. - La educación no se corresponde a la realidad del medio rural. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se cumpla la Ley de obligatoriedad de nivel Inicial, Primario y Secundario. - Terciarios en las colonias. - Adaptación de los contenidos curriculares a las realidades locales. - Capacitación laboral y en oficios. - Escuelas albergues. - Bregar por una igualdad de oportunidades.
SALUD	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carencia de servicios de salud accesibles y equipados. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que el sistema de salud sea realmente público y gratuito. - Que haya en las colonias y parajes salas de atención primaria de la salud equipadas y con profesionales capacitados. - Promover políticas de prevención. - Educación sexual para los jóvenes. - Centros de contención para jóvenes.
TIERRA	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irregularidad en la tenencia de la tierra. - Falta de cumplimiento de leyes. - Desarraigo. Migración. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de arraigo mediante la mejora de la vivienda y la educación. - Cumplimiento de las leyes en relación a la propiedad de los pueblos originarios. - Regularización de la tenencia. Regularizar las tierras fiscales y la venta irregular de tierras. - Que se cumpla la Ley en la venta de tierras a extranjeros.
AMBIENTE Y AGUA	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso excesivo de agroquímicos. - Deterioro ambiental por uso poco racional de los recursos naturales. - Falta de agua para consumo humano y para los animales y el riego. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se cumplan las leyes que conservan el ambiente. - Inclusión de la cosmovisión de los pueblos originarios en el uso de los recursos naturales. - Fomentar el uso de energías alternativas.
ORGANIZACION	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de organización de los pequeños productores. - Individualismo. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en el fortalecimiento de las organizaciones y para fomentar el asociativismo y el cooperativismo. - Generar asociaciones, cooperativas y agrupaciones desde abajo. - Capacitaciones y talleres para aprender a trabajar en grupo.
INFRAESTRUCTURA	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malas condiciones del transporte, los caminos, la vivienda. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularización de títulos. - Flexibilidad de créditos para la vivienda. - Mejorar caminos y transporte. - Garantizar el acceso a la luz eléctrica y el agua potable. - Mejorar la distribución del agua de riego y la legislación sobre el agua.
PRODUCCION Y COMERCIALIZACION	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de rentabilidad. - Falta de Mercados. Muchas veces no se puede comercializar porque no se llega por malos caminos o transportes deficientes. - Muchas veces los técnicos/as desconocen la realidad del lugar donde trabajan. - Malas condiciones laborales del trabajador rural. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia técnica continua. - Creación de un Ente Regulador de Producciones Tradicionales. - Incentivar las cadenas productivas. - Crear y fortalecer espacios de comercialización para pequeños productores. - Diversificación productiva. - Técnicos/as que estén en las chacras, y que puedan ser egresados/as de las EFAS. - Hay que pensar en abastecer primero a la Argentina y luego, lo que sobra, enviarlo al extranjero. - Que se diferencie a los pequeños productores de los grandes en el pago de impuestos. - Blanqueo de los trabajadores, mejores condiciones higiénicas, cobertura social y control de las empresas.
FINANCIACION	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de financiación para pequeños productores. - El financiamiento (crédito o subsidio) suele llegar a destiempo. <p>Propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ablandar los créditos, buscar financiamiento, bajar las tasas de interés, flexibilizar requisitos, plazos de devolución. Es necesario contar con un diagnóstico territorial, seguimiento y acceso a información financiera. - Es necesario que los subsidios lleguen en tiempo y forma para los productores, con asesoramiento técnico y seguimiento. Proponen que se les consulte ya que ellos saben qué necesitan, cuánto y en qué momento.

MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCION NACIONAL ELECTORAL

Responsabilidades y Acciones de la Dirección Nacional Electoral: Elecciones Nacionales 2009

La Dirección Nacional Electoral del Ministerio del Interior es el organismo responsable de entender en la programación y ejecución de la política electoral nacional. En el contexto de las elecciones nacionales 2009, para elegir Diputados Nacionales, Senadores Nacionales y renovar cargos en el orden provincial, esta institución genera diversas acciones. Destacándose principalmente la difusión de toda la información concerniente a los electores, a los candidatos (partidos políticos y alianzas electorales) y a los ciudadanos (designados como autoridades de mesa).

PRESENTACION

La forma en que los votos se expresan en la efectiva representación, o sea, cómo se traducen los resultados electorales en bancas legislativas se llama sistema electoral. Existen distintos sistemas vigentes en cada país. Los mismos responden a tradiciones culturales e históricas que dan forma a la representación política.

En la República Argentina, y a nivel de cargos federales, la Constitución Nacional y el Código Electoral Nacional establecen los sistemas electorales coexistentes para las distintas magistraturas electivas, Presidente, Diputados y Senadores.

En primer lugar hay que expresar que el cuerpo electoral es el mismo para todos los cargos, la diferencia entre cargos legislativos y la fórmula presidencial radica en que la totalidad de los electores del país votan por la fórmula, mientras que para los cargos legislativos se votan listas distintas para cada distrito⁽¹⁾.

Al titular del Poder Ejecutivo Nacional, el Presidente o la Presidenta, se lo elige a simple pluralidad de votos cuando la fórmula más votada obtiene más del 45% de los votos o más del 40% con una diferencia mayor al 10% respecto de la fórmula que la sigue en número de votos; en caso contrario se realiza una segunda vuelta electoral entre las dos fórmulas más votadas, ganando el que obtiene más votos.

Para el Senado de la Nación los electores de cada distrito eligen a tres senadores, alcanzando un total de 72 senadores nacionales. En cada elección se renueva un tercio del Senado, esto es, ocho distritos eligen senadores.

Se aplica el sistema mayoritario, directo y por lista incompleta. Las listas se componen de dos candidatos. Para cubrir los cargos en disputa es decir, las tres bancas, se adjudican dos bancas al partido o alianza que obtenga la mayoría de los votos y la restante a la que le sigue en cantidad de votos obtenidos.

En esta elección no hay fórmulas matemáticas que aplicar ni porcentajes de distribución. La simple pluralidad de votos determina quien sale primero y segundo, y entre ellos se distribuye la representación⁽²⁾.

Para la elección de los diputados nacionales, se debe tener en cuenta que la renovación de la cámara se realiza por mitades y, que a diferencia de los senadores que renuevan completamente la representación de cada provincia cada seis años, la elección de diputados se realiza en todo el territorio nacional. Cada elector vota únicamente por una lista de candidatos oficializada por un partido o alianza, cuyo número de integrantes será igual al de los cargos a renovar, más los suplentes.

El sistema es proporcional que aplica la fórmula D'Hont para la asignación de las bancas, con un umbral (también denominado piso electoral) del 3% del número de electores registrados en el distrito⁽³⁾.

Esto quiere decir que, en primer lugar, se toman los votos de cada partido que haya superado el umbral del 3% del padrón y se los divide desde la unidad hasta el total de cargos a elegir; luego, se ordenan los resultados de mayor a menor, sin importar la lista a la que pertenecen, hasta llegar a la correspondiente a la última vacante; y finalmente, se toma esta última cifra (repartidora) y se la divide por los votos logrados por cada agrupación, arrojando los cargos que a cada uno corresponderán.

ELECCION DE SENADORES NACIONALES

A continuación se describe el marco normativo que se refiere a esta temática:

Constitución Nacional

Segunda Parte. Autoridades de la Nación. Título Primero. Gobierno Federal. Sección Primera. Del Poder Legislativo. Capítulo Segundo (Del Senado)

- Artículo 54: El Senado se compondrá de tres senadores por cada provincia y tres por la Ciudad de Buenos Aires, elegidos en forma directa y conjunta, correspondiendo dos bancas al partido político que obtenga el mayor número de votos, y la

(1) Hasta 1994 en cada distrito se votaba una lista distinta de electores para Presidente y Vicepresidente que conformaban el Colegio Electoral.

(2) La Constitución Nacional requiere que las listas sean presentadas por un partido o una alianza formalizada ya que candidatos similares presentados por partidos diferentes no acumulan sus votos.

(3) De no alcanzar dicho número de votos la lista no participa de la distribución de las bancas.

restante al partido político que le siga en número de votos. Cada senador tendrá un voto.

Código Electoral Nacional

Título VII. Del Sistema Electoral Nacional. Capítulo II (De la elección de senadores nacionales)

- Artículo 156*: Los senadores nacionales por las provincias y la Ciudad de Buenos Aires se elegirán en forma directa por el pueblo de las mismas que se considerarán a este fin como distritos electorales.

Cada elector votará por una lista oficializada con dos candidatos titulares y dos suplentes. (* Modificación introducida por la Ley N° 25.658).

- Artículo 157: El escrutinio de cada elección se practicará por lista sin tomar en cuenta las tachas o sustituciones que hubiere efectuado el votante.

Resultarán electos los dos titulares correspondientes a la lista del partido o alianza electoral que obtuviere la mayoría de los votos emitidos y el primero de la lista siguiente en cantidad de votos. El segundo titular de esta última lista será el primer suplente del senador que por ella resultó elegido. Los suplentes sucederán al titular por su orden en el caso previsto por el artículo 62 de la Constitución Nacional.

ELECCION DE DIPUTADOS NACIONALES

A continuación se describe el marco normativo que se refiere a esta temática:

Constitución Nacional

Segunda Parte. Autoridades de la Nación. Título Primero. Gobierno Federal. Sección Primera. Del Poder Legislativo. Capítulo Primero (De la Cámara de Diputados)

- Artículo 45: La Cámara de Diputados se compondrá de representantes elegidos directamente por el pueblo de las provincias, de la Ciudad de Buenos Aires, y de la Capital en caso de traslado, que se consideran a este fin como distritos electorales de un solo Estado y a simple pluralidad de sufragios. El número de representantes será de uno por cada treinta y tres mil habitantes o fracción que no baje de dieciséis mil quinientos. Después de la realización de cada censo, el Congreso fijará la representación con arreglo al mismo, pudiendo aumentar pero no disminuir la base expresada para cada diputado.

Código Electoral Nacional

Título VII. Del Sistema Electoral Nacional. Capítulo III (De los diputados nacionales)

- Artículo 158: Los diputados nacionales se elegirán en forma directa por el pueblo de cada provincia y de la Capital Federal que se considerarán a este fin como distritos electorales. Cada elector votará solamente por una lista de candidatos oficializada cuyo número será igual al de los cargos a cubrir con más los suplentes previstos en el artículo 163 de la presente Ley.
- Artículo 159: El escrutinio de cada elección se practicará por lista sin tomar en cuenta las tachas o sustituciones que hubiere efectuado el votante.
- Artículo 160: No participarán en la asignación de cargos las listas que no logren un mínimo del tres por ciento (3%) del padrón electoral del distrito.
- Artículo 161: Los cargos a cubrir se asignarán conforme al orden establecido por cada lista y con arreglo al siguiente procedimiento:
 - a) El total de los votos obtenidos por cada lista que haya alcanzado como mínimo el tres por ciento (3%) del padrón electoral del distrito será dividido por uno (1), por dos (2), por tres (3) y así sucesivamente hasta llegar al número total de los cargos a cubrir.
 - b) Los cocientes resultantes, con independencia de las listas de que provengan, serán ordenados de mayor a menor en número igual al de los cargos a cubrir.
 - c) Si hubiere dos o más cocientes iguales se los ordenará en relación directa con el total de los votos obtenidos por las respectivas listas y si éstos hubieran logrado igual número de votos el ordenamiento resultará de un sorteo que a tal fin deberá realizar la Junta Electoral competente.
 - d) A cada lista le corresponderán tantos cargos como veces sus cocientes figuren en el ordenamiento indicado en el inciso b).
- Artículo 162: Se proclamarán diputados nacionales a quienes resulten elegidos con arreglo al sistema adoptado en el presente capítulo.
- Artículo 163: En las convocatorias de cada distrito electoral se fijará el número de diputados nacionales, titulares y suplentes. A estos fines se establecerá el número de suplentes que a continuación se expresa:
 - Cuando se elijan 2 titulares: 2 suplentes.
 - Cuando se elijan de 3 a 5 titulares: 3 suplentes.
 - Cuando se elijan 6 y 7 titulares: 4 suplentes.
 - Cuando se elijan 8 titulares: 5 suplentes.
 - Cuando se elijan 9 y 10 titulares: 6 suplentes.
 - Cuando se elijan de 11 a 20 titulares: 8 suplentes.
 - Cuando se elijan 21 titulares o más: 10 suplentes.

- Artículo 164: En caso de muerte, renuncia, separación, inhabilidad o incapacidad permanente de un diputado nacional lo sustituirán quienes figuren en la lista como candidatos titulares según el orden establecido.

Una vez que ésta se hubiere agotado ocuparán los cargos vacantes los suplentes que sigan de conformidad con la prelación consignada en la lista respectiva. En todos los casos los reemplazantes se desempeñarán hasta que finalice el mandato que le hubiere correspondido al titular.

RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCION NACIONAL ELECTORAL

A los efectos de la administración electoral y de los partidos políticos, el Poder Ejecutivo ha asignado a la Dirección Nacional Electoral del Ministerio del Interior las siguientes responsabilidades respecto de las elecciones:

Logísticas

El Ministerio del Interior, a requerimiento de los Jueces Electorales, es el encargado de la impresión de las listas provisionales y de los padrones provisorios. Asimismo, provee a las Juntas Electorales Nacionales con los materiales electorales, compuestos por urnas, útiles, planillas, papelería en general.

Financieras

Corresponde al Ministerio del Interior celebrar un convenio con la Corte Suprema de Justicia de la Nación con la finalidad de transferir los recursos financieros para servicios personales a realizar por el Poder Judicial; asimismo, realiza aportes a cada Juzgado Electoral, a las Juntas Electorales Nacionales, y a la Cámara Nacional Electoral para los denominados gastos de funcionamiento, en ocasión de cada elección nacional. Por otro lado, determinará y liquidará la suma que se otorgará en concepto del viático establecido como compensación para las autoridades de mesa. Sufraga, asimismo, los gastos ocasionados por la utilización del servicio oficial de correos en cada etapa del proceso electoral.

La Dirección Nacional Electoral asigna el financiamiento de campaña y los espacios gratuitos que se otorgan a los partidos políticos, confederaciones, y alianzas que oficialicen listas de candidatos.

Informativas

El Ministerio del Interior organiza la difusión de los resultados provisionales en la jornada electoral, lo que ha sido reconocido por el legislador en la redacción del nuevo artículo 105, último párrafo, que dice: "El Presidente (de mesa) remitirá una copia del telegrama a la Dirección Nacional Electoral del Ministerio del Interior".

Innovación

La Dirección Nacional Electoral propone a la Justicia Nacional Electoral y al Poder Ejecutivo Nacional la adopción de medidas para optimizar los procesos electorales y, en caso de ser aprobados, arbitra los medios para ejecutarlos.

Para llevar adelante estas tareas, la Dirección Nacional Electoral articula acciones de manera permanente con los Juzgados Federales con Competencia Electoral y con la Cámara Nacional Electoral, las autoridades provinciales, y las fuerzas de seguridad federales.

OTROS ACTORES INSTITUCIONALES

Justicia Nacional Electoral

En la República Argentina el control de las elecciones y actividades partidarias a nivel federal está en manos del Poder Judicial de la Nación, para lo que cuenta con un fuero especializado en lo electoral. La Justicia Electoral de la Nación es la encargada del contralor de la vigencia de los derechos, atributos, poderes, garantías y obligaciones que reglan a los partidos y organizar los actos electorales.

Está compuesta por los Juzgados Federales con competencia electoral situados en la capital de cada estado provincial y en la ciudad de Buenos Aires. En estos juzgados funciona la Secretaría Electoral de cada distrito.

La autoridad judicial superior en la materia es la Cámara Nacional Electoral integrada por tres jueces, llegando a su conocimiento en grado de apelación las resoluciones definitivas dictadas por los jueces de primera instancia. Sus fallos, que tienen el alcance de los fallos plenarios (4) en otros fueros. Las funciones de la Justicia Nacional Electoral son: jurisdiccionales; de administración electoral; registrales; de control; y reglamentarias.

Sesenta días antes de cada elección, se constituyen en cada ciudad capital de provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Juntas Electorales Nacionales, que son organismos colegiados de carácter transitorio compuestos por el Presidente de la Cámara Federal de Apelaciones del distrito, por el Juez Electoral de cada provincia y por el Presidente del Tribunal Superior de la Provincia (en la Ciudad de Buenos Aires, es el Presidente de la Cámara de Apelaciones en lo Civil).

Son atribuciones de las Juntas Electorales aprobar las boletas de sufragio; designar las autoridades de las mesas receptoras de votos y determinar la forma en que las mismas efectuarán el escrutinio; decidir sobre las impugnaciones, votos recurridos y protestas que se sometan a su consideración; resolver respecto de las causas que a su juicio fundan la validez o nulidad de la elección; realizar el escrutinio del distrito, proclamar a los que resulten electos y otorgarles sus diplomas; arbitrar las medidas de orden, vigilancia y custodia relativas a documentos, urnas, efectos o locales sujetos a su disposición o autoridad, las que serán cumplidas directamente y de inmediato por la policía u otro organismo que cuente con efectivos para ello.

Comando General Electoral

El Comando General Electoral es conformado por el Poder Ejecutivo Nacional meses antes de cada elección. El Comandante General Electoral, designado por el Ministerio de

Defensa, ejerce su comando tanto sobre el personal de las Fuerzas Armadas como sobre los efectivos de Gendarmería Nacional, Prefectura Naval Argentina, Policía Federal Argentina y las policías provinciales que se afecten al operativo electoral.

La misión principal del Comando es la coordinación y ejecución de todo lo referido a las medidas de seguridad que se deben adoptar para los comicios, según lo establece el Código Electoral Nacional, como así también, las destinadas a facilitar la observancia de las demás disposiciones legales vinculadas con el acto comicial y, en particular, la vigilancia de los locales donde funcionen las mesas receptoras de votos de las sedes de las Juntas Electorales Nacionales de cada distrito, la custodia de las urnas y de la documentación durante su transporte y hasta la finalización del escrutinio definitivo.

Correo Oficial

El Correo Oficial es una empresa pública designada por el Código Electoral Nacional para la gestión logística de la documentación y materiales electorales en las etapas previa y posterior a los comicios.

Toda la documentación electoral es manipulada por los agentes del servicio de correos lo que les confiere status de oficial público, estando legalmente habilitados para extender recibos de la documentación recibida, y teniendo a su cargo el transporte adecuado e inmediato de los elementos mencionados.

Asimismo, en el período que se contempla para formular reclamos por errores u omisiones en la confección de los padrones, es el Servicio Oficial de Correos el vehículo de los mismos.

INFORMACION GENERAL DEL SISTEMA ELECTORAL

Derechos y deberes del elector

Las elecciones nacionales del 28 de junio próximo: ¿son obligatorias?

Sí.

¿Quiénes están obligados a votar?

Todos los ciudadanos de ambos sexos nativos, por opción y naturalizados, desde los dieciocho años de edad cumplidos hasta el 28 de junio de 2009. Dichos ciudadanos serán incluidos en el padrón electoral.

Son ciudadanos argentinos por opción los hijos/as de ciudadano argentino nacido en territorio extranjero que optaron por la ciudadanía argentina.

¿Quiénes son los ciudadanos excluidos del padrón electoral?

- Los dementes declarados tales en juicio y aquellos que, aun cuando no lo hubieran sido, se encuentren recluidos en establecimientos públicos.
- Los sordomudos que no sepan hacerse entender por escrito.
- Los condenados por faltas previstas en las leyes nacionales y provinciales de juegos prohibidos, por el término de tres años; en el caso de reincidencia, por seis.
- Los condenados por delitos dolosos a pena privativa de la libertad, y, por sentencia ejecutoriada, por el término de la condena;
- Los sancionados por la infracción de deserción calificada, por el doble término de la duración de la sanción.
- Los declarados rebeldes en causa penal, hasta que cese la rebeldía o se opere la prescripción.
- Los inhabilitados según disposiciones de la Ley Orgánica de los Partidos Políticos.
- Los que en virtud de otras prescripciones legales y reglamentarias quedaren inhabilitados para el ejercicio de los derechos políticos.

¿Quiénes están exentos de la obligación de votar?

Quedan exentos de esa obligación:

- Los mayores de setenta años.
- Los jueces y sus auxiliares que deban asistir a sus oficinas y mantenerlas abiertas mientras dure el acto comicial.
- Los que el día de la elección se encuentren a más de quinientos kilómetros del lugar donde deban votar y justifiquen que el alejamiento obedece a motivos razonables. Tales ciudadanos se presentarán el día de la elección a la autoridad policial más próxima, la que deberá extender una certificación escrita que acredite esta situación.
- Los enfermos o imposibilitados por fuerza mayor, suficientemente comprobada, que les impida asistir al acto. Estas causales deberán ser justificadas en primer término por médicos del servicio de sanidad nacional; en su defecto por médicos oficiales, provinciales o municipales, y en ausencia de éstos por médicos particulares. Los profesionales oficiales de referencia estarán obligados a responder, el día del comicio, al requerimiento del elector enfermo o imposibilitado, debiendo concurrir a su domicilio para verificar esas, circunstancias y hacerle entrega del certificado correspondiente.
- El personal de organismos y empresas de servicios públicos que por razones atinentes a su cumplimiento deban realizar tareas que le impidan asistir al comicio durante su desarrollo. En ese caso el empleador o su representante legal comunicarán al Ministerio del Interior la nómina respectiva con diez días de anticipación a la fecha de la elección, expidiendo, por separado, la pertinente certificación.

¿Cuáles son las sanciones por no asistir a votar?

Si el elector no se encuentra dentro de los supuestos enumerados en el punto anterior, o en caso de encontrarse en uno de ellos, no lo prueban suficientemente ante cualquier juez electoral de su distrito dentro de los sesenta (60) días de la respectiva elección, no podrá ser designado para desempeñar funciones o empleos públicos durante tres (3) años a partir de la elección.

¿Qué hacer si en el cuarto oscuro faltan boletas?

El elector tiene el derecho a elegir su(s) candidato(s) de preferencia entre todas las opciones que se presentan. Si en el cuarto oscuro faltan boletas, el elector deberá avisar al presidente de mesa, diciendo solamente "faltan boletas", sin mencionar el partido, ni hacer comentarios políticos.

Fechas de las elecciones y cargos a cubrir

¿En qué fecha se celebrarán las elecciones nacionales?

El domingo 28 de junio de este año.

¿Quiénes participan y cómo?

A continuación se describe el marco normativo que se refiere a esta temática:

Los electores

Código Electoral Nacional

TITULO I. Del Cuerpo Electoral

CAPITULO I

De la calidad, derechos y deberes del elector

- Artículo 1º: Electores. Son electores nacionales los ciudadanos de ambos sexos nativos, por opción y naturalizados, desde los dieciocho años cumplidos de edad, que no tengan ninguna de las inhabilitaciones previstas en esta Ley.
- Artículo 3º: Quiénes están excluidos. Están excluidos del padrón electoral:
 - Los dementes declarados tales en juicio y aquellos que, aun cuando no lo hubieran sido, se encuentren recluidos en establecimientos públicos.
 - Los sordomudos que no sepan hacerse entender por escrito.
 - Los condenados por faltas previstas en las leyes nacionales y provinciales de juegos prohibidos, por el término de tres años; en el caso de reincidencia, por seis.
 - Los condenados por delitos dolosos a pena privativa de la libertad, y, por sentencia ejecutoriada, por el término de la condena.
 - Los sancionados por la infracción de deserción calificada, por el doble término de la duración de la sanción.
 - Los declarados rebeldes en causa penal, hasta que cese la rebeldía o se opere la prescripción.
 - Los inhabilitados según disposiciones de la Ley Orgánica de los Partidos Políticos.
 - Los que en virtud de otras prescripciones legales y reglamentarias quedaren inhabilitados para el ejercicio de los derechos políticos.
- Artículo 3º bis: Los procesados que se encuentren cumpliendo prisión preventiva, tendrán derecho a emitir su voto en todos los actos eleccionarios que se celebren durante el lapso en que se encuentren detenidos.

A tal fin la Cámara Nacional Electoral confeccionará el Registro de Electores Privados de Libertad, que contendrá los datos de los procesados que se encuentren alojados en esos establecimientos de acuerdo con la información que deberán remitir los jueces competentes; asimismo habilitará mesas de votación en cada uno de los establecimientos de detención y designará a sus autoridades.

Los procesados que se encuentren en un distrito electoral diferente al que le corresponda podrán votar en el establecimiento en que se encuentren alojados y sus votos se adjudicarán al Distrito en el que estén empadronados.

(Artículo incorporado por art. 4º de la Ley N° 25.858 B.O. 6/1/2004. Vigencia: a partir de su reglamentación por el Poder Ejecutivo nacional, la que deberá dictarse en el plazo máximo de veinticuatro (24) meses contados a partir de la publicación de la norma de referencia.)

Los candidatos (Partidos Políticos y Alianzas Electorales)

Requisitos para ser candidato

De acuerdo al artículo 48 de la Constitución Nacional, para ser diputado nacional se requiere haber cumplido la edad de veinticinco años, tener cuatro años de ciudadanía en ejercicio, y ser natural de la provincia que lo elija, o con dos años de residencia inmediata en ella.

En virtud del artículo 55 de nuestra carta magna, son requisitos para ser elegido senador nacional: tener al menos treinta años de edad, haber sido seis años ciudadano de la nación y ser natural de la provincia que lo elija, o con dos años de residencia inmediata en ella.

El artículo 89 de la Constitución Nacional estipula que para ser elegido Presidente o Vicepresidente de la Nación, se requiere haber nacido en el territorio argentino, o ser hijo

de ciudadano nativo, habiendo nacido en país extranjero; y las demás calidades exigidas para ser elegido senador.

Requisitos para la constitución de alianzas

Ley Orgánica de Partidos Políticos (Ley N° 23.298)

De las confederaciones, fusiones y alianzas transitorias

- Artículo 10: Queda garantizado a los partidos políticos el derecho a constituir confederaciones nacionales o de distrito, fusiones y alianzas transitorias en los términos y condiciones establecidos en las respectivas cartas orgánicas, debiendo respetarse en la materia la disposición contenida en el artículo 3, inciso b) y de un modo análogo lo dispuesto por los artículos 7 y 8. (Texto según Ley N° 23.476 art. 2°, B.O. 3-3-87).

El reconocimiento de las alianzas transitorias deberá ser solicitado por los partidos que las integran el juez federal con competencia electoral del lugar del domicilio de cualquiera de ellos, por lo menos dos (2) meses antes de la elección (Texto según Ley N° 23.476 art. 2, B.O. 3-3-87).

Al solicitar su reconocimiento, las alianzas deberán presentar un acuerdo suscripto por los partidos que la integran, en el que se establezca la forma en que se distribuirán, entre ellos, los aportes públicos para el financiamiento de los partidos y de las campañas. La falta de presentación del acuerdo implicará previa intimación el rechazo de la solicitud de reconocimiento. (Texto según Ley N° 25.611 art. 2°, B.O. 4-7-02).

El juez federal con competencia electoral interviniente registrará el acuerdo y remitirá copia certificada del mismo al Ministerio del Interior (Texto según Ley N° 25.611 art. 2°, B.O. 4-7-02).

Los Ciudadanos designados como Autoridades de Mesa

A continuación se detallan las principales funciones:

- Es la máxima autoridad de la Mesa.
- Ejerce sus funciones con absoluta independencia.
- Tiene el deber de asistir a la apertura y clausura del Acto Electoral labrando el Acta correspondiente.
- Debe verificar la identidad de los electores.
- Debe velar por el correcto y normal desarrollo del Acto Comicial.
- Las fuerzas de seguridad están a su disposición.
- Efectúa el recuento de votos y completa la documentación con los resultados.
- Responde de sus actos ante la Junta Electoral Nacional que lo designó.

Consultas sobre el padrón electoral

¿Dónde puede consultarse el padrón electoral?

El padrón provisorio será exhibido a partir del 14 de abril, con el objetivo de que los electores puedan corregir cualquier error u omisión en los registros, para lo que contará con 15 días corridos contando desde esa fecha, es decir, hasta el 29 de abril del corriente año. Estos errores y omisiones comprenden los siguientes casos:

- Solicitud de alta en el padrón en el caso de aquellos electores que no figuren inscriptos.
- Solicitud de baja del padrón, en el caso de electores fallecidos.
- Errores referidos al tipo de documento cívico (Libreta Cívica, de Enrolamiento, DNI original, duplicado, triplicado, etc.).
- Errores de tipeo en el nombre, apellido y N° de documento.
- Cambios de domicilio realizados con anterioridad al 30 de diciembre de 2008 no registrados en las listas provisorias.

Para realizar el reclamo, deberá dirigirse personalmente o por carta certificada a la Secretaría Electoral de la provincia donde esté domiciliado. Se encontrará el teléfono y la dirección en el siguiente sitio Web: http://www.elecciones2009.gov.ar/otras/juzga_nacio.htm.

Si realiza el reclamo por carta certificada podrá hacerse gratuitamente, y deberá remitir el documento cívico, que le será devuelto por idéntica vía, también libre de cargo, al último domicilio registrado en dicho documento, dentro de los cinco días de recibida por el Juzgado.

La reclamación se extenderá en papel simple o en formularios provistos gratuitamente por las oficinas de correos y deberá ser firmada y signada con la impresión dígito-pulgar del reclamante.

El padrón definitivo de electores será publicado a partir del 29 de mayo, es decir, 30 días antes de la elección.

Durante los primeros 20 días (hasta el 18 de junio), los ciudadanos están facultados a efectuar reclamaciones referidas exclusivamente a la enmienda de errores u omisiones. No se podrá solicitar en esta instancia el alta o la baja de un ciudadano en el padrón. Durante los últimos 10 días solamente se podrán consultar los lugares de votación.

Cambios de domicilio y DNI en trámite

Si recientemente se realizó el cambio de domicilio. ¿Cómo puede asegurarse de que haya sido incorporado en el padrón?

El registro de electores cerró el 30 de diciembre de 2008. Los cambios de domicilio registrados luego de esa fecha no serán incorporados en el padrón. Por lo tanto, si se realizó el cambio de domicilio con posterioridad a esa fecha, o si se va a realizar un cambio de domicilio próximamente, es importante tener en cuenta que no será registrado en el padrón, por lo que deberá votar donde se encontraba domiciliado al 30 de diciembre del año pasado.

El padrón provisorio de electores podrá ser consultado a partir del 14 de abril, es decir, 90 días antes de las elecciones nacionales. Desde ese momento, se contará con 15 días para realizar cualquier reclamo ante la Justicia Federal Electoral de las provincias (hasta el 29 de abril), en caso de que el cambio de domicilio no haya sido incorporado en el registro.

En el supuesto de haberse mudado de una provincia a otra y querer asegurarse de votar en la provincia donde se encuentra actualmente domiciliado. ¿Qué debe hacerse?

Deberá comunicarse con la Secretaría Electoral de la provincia de destino (domicilio nuevo) a partir del 14 de abril para verificar que se haya efectuado el alta en el padrón del distrito donde reside actualmente, y en caso contrario, gestionar el reclamo.

¿Se puede votar con Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica en lugar de DNI, o con un ejemplar diferente del documento que figura en el padrón?

El elector puede votar presentándose con libreta de Enrolamiento (LE) o Libreta Cívica (LC) siempre que no haya gestionado el Documento Nacional de Identidad (DNI), ya que no se admitirá el voto de ciudadanos cuyo documento corresponda a un ejemplar anterior al que figura en el padrón electoral. Sí debe admitirse, en cambio, el voto de quien se presente con una versión posterior al documento que figura registrado en el padrón. Por ejemplo si cuenta con un DNI triplicado, y en el padrón figura duplicado podrá emitirse el voto.

¿Se puede votar con un comprobante de DNI en trámite?

No. Los electores podrán votar únicamente presentando su DNI, LE o LC. No es considerado probatorio de la identidad del elector ningún comprobante de documento en trámite. Por lo tanto, es importante asegurarse de gestionar el documento antes de esa fecha.

Es importante recordar que el elector podrá votar únicamente cuando exhiba un documento cívico igual o posterior al que consta en el padrón, nunca anterior. Le será admitido el voto, por ejemplo, si en el padrón figura LC y el elector se presenta con su DNI; o si figura duplicado y se presenta con triplicado.

Errores u omisiones en el padrón definitivo

En la última elección, uno de los datos asentados en el DNI (N° de documento, nombre, apellido, domicilio) no se correspondía con el padrón. ¿Qué debe hacerse?

Podrán votar aquellos ciudadanos cuyos datos asentados en su documento cívico no coincidan con el padrón, en los siguientes casos:

- Cuando el nombre no coincida exactamente con el que aparece en el padrón, siempre y cuando concuerden el número de documento, año de nacimiento, domicilio, etc.
- Cuando el nombre figure con exactitud y la discrepancia sea relativa al documento cívico (domicilio, clase de documento, etc.).
- Cuando el elector exhiba un documento cívico igual o posterior al que consta en el padrón. Por ejemplo, si en el padrón figura LC y el elector se presenta con su DNI; o si figura duplicado y se presenta con triplicado.
- Quienes presenten documento válido sin fotografía, siempre que contesten correctamente las preguntas que le formule el presidente de mesa sobre sus datos personales y cualquier otra información para su identificación.

No inclusión en el padrón definitivo

Si en las elecciones de 2007 no estaba en el padrón. ¿Qué debe hacerse?

En este caso se recomienda consultar el siguiente sitio Web: <http://www.pjn.gov.ar/>.

¿Si no aparece en el padrón puede ser incluido manualmente el día de la elección?

No. Podrán votar únicamente aquellos electores que figuren en el padrón electoral.

Solamente los presidentes, sus suplentes y los fiscales a quienes corresponda votar en una mesa distinta de aquella en que ejercen sus funciones, podrán hacerlo en la que tienen a su cargo.

Ninguna autoridad, ni aun el juez electoral, puede ordenar al presidente de mesa que admita el voto de un ciudadano que no figura inscripto en los ejemplares del padrón electoral.

Justificación de la inasistencia a los comicios

Si el día de la elección se encuentra a más de 500 km. del lugar en el que le corresponde votar, ¿Qué trámite tiene que realizarse para justificar el no voto?

En este caso, el elector deberá asistir con su DNI a la comisaría más cercana el día de las elecciones, y exponer el motivo por el cual no se presentó a votar. Dentro de los 60 días

de celebrada la elección, deberá presentar el certificado ante la Secretaría Electoral de su provincia (el domicilio que figura en el padrón).

Se recomienda consultar las direcciones y teléfonos de la Justicia Electoral de cada provincia en el siguiente sitio Web: http://www.elecciones2009.gov.ar/otras/juzga_nacio.htm.

¿Qué deben hacer las personas que no puedan acudir a sufragar por enfermedad?

Los enfermos o imposibilitados por fuerza mayor, suficientemente comprobada, que les impida asistir al acto, deberán justificar estas causales, primero por médicos del servicio de sanidad nacional, provinciales o municipales; y en ausencia de éstos, por médicos particulares.

Los profesionales oficiales de referencia estarán obligados a responder el día del comicio al requerimiento del elector enfermo o imposibilitado, debiendo concurrir a su domicilio para verificar esas circunstancias y entregarle el certificado correspondiente. Dentro de los 60 días de celebrada la elección, deberá presentar el certificado ante la Justicia Federal con Competencia Electoral de su provincia (el domicilio que figura en el padrón).

Se recomienda consultar las direcciones y teléfonos de la Justicia Electoral de cada provincia en el siguiente sitio Web: http://www.elecciones2009.gov.ar/otras/juzga_nacio.htm.

Si el día de las elecciones tiene que trabajar, ¿puede no votar?

No. Los que por razones de trabajo estén ocupados durante las horas del acto electoral, tienen derecho a obtener una licencia especial de sus empleadores para poder concurrir a emitir el voto o desempeñar funciones en el comicio, sin deducción alguna del salario ni ulterior recargo de horario.

Ciudadanos argentinos en el exterior

En el caso de ser ciudadano argentino y el 28 de junio se encontrara en el exterior. ¿Puede votar?

No. El ciudadano argentino que se encuentre en el exterior el día de las elecciones no podrá votar, ya que legislación argentina no prevé el voto en tránsito. No obstante ello, el día de las elecciones, deberá justificar su inasistencia a las urnas presentándose en el Consulado Argentino más próximo a fin de que se le extienda el certificado correspondiente. Cuando regrese a la República Argentina, deberá dirigirse a la Secretaría Electoral de su distrito para justificar la inasistencia a los comicios dentro de los 60 días de celebrada la elección.

De no poder acercarse a una representación diplomática argentina, de regreso al país deberá presentarse ante la Justicia Federal con Competencia Electoral de su distrito con el DNI y los pasajes únicamente (en caso de haber viajado a algún país limítrofe) o con el pasaporte sellado. Este trámite deberá realizarse también dentro de los 60 días de la celebración del comicio.

Se recomienda consultar las direcciones y teléfonos de la Secretaría Electoral de cada provincia en el siguiente sitio Web: http://www.elecciones2009.gov.ar/otras/juzga_nacio.htm.

En el caso de ser ciudadano argentino residente en el exterior ¿Debe votar?

No. Los argentinos residentes en el exterior no tienen obligación de votar.

Para poder sufragar, el elector debe estar radicado en el exterior y haberse inscripto oportunamente en el padrón. Ello se podrá demostrar a través de la inscripción (en el DNI) del domicilio en el extranjero. Esta inscripción se realiza en el Consulado, que corresponda al domicilio.

Los argentinos residentes en el extranjero pueden participar de las elecciones nacionales (presidenciales y legislativas) tal y como lo dispone la Ley N° 24.007 de Creación del Registro de Electores Residentes en el Exterior (y su correspondiente Decreto Reglamentario N° 1138/93). La misma permite desde 1991, a todos los ciudadanos argentinos radicados en el exterior que se hayan inscripto voluntariamente en un registro específico, elegir autoridades nacionales.

Al igual que la inscripción, el sufragio es voluntario. En efecto, contrariamente a la normativa que aplica para los ciudadanos argentinos residentes en el territorio nacional—quienes tienen obligación de votar— los argentinos residentes en el exterior pueden optar por ejercer su derecho al sufragio o no.

En el caso de las elecciones legislativas nacionales (diputados y senadores), los argentinos residentes en el exterior votan por los candidatos correspondientes al distrito electoral de última residencia en Argentina, mediante una boleta distinta de las utilizadas en las elecciones en el territorio nacional.

El voto con boleta única para la elección presidencial y boleta diferenciada para cada distrito permite al elector optar entre las formulas presidenciales y las listas de diputados del lugar de su domicilio originario.

Los votos emitidos en cada una de las representaciones diplomáticas y consulares habilitadas el día de los comicios, son remitidos a las Juntas Electorales Nacionales del distrito del país que corresponda según el último domicilio interior del elector, por intermedio del Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio Internacional y Culto y la Cámara Nacional Electoral.

A su vez, la Cámara Nacional Electoral es el órgano encargado de la confección y actualización del Registro de Electores residentes en el exterior, sobre la base de la información que recibe periódicamente de las diversas representaciones diplomáticas argentinas.

Voto de extranjeros

En el caso de ser ciudadano extranjero. ¿Se puede votar en las próximas elecciones?

Los residentes extranjeros no podrán votar en elecciones nacionales (diputados y senadores nacionales, presidente y vice). No obstante ello, podrán hacerlo en aquellas provincias cuya legislación tenga previsto el voto de ciudadanos extranjeros. Es preciso destacar que algunas provincias habilitan a estos ciudadanos para votar cargos provinciales y municipales y otras solamente cargos municipales; ello depende exclusivamente de la legislación provincial.

Para poder votar en estos casos, el ciudadano extranjero debe contar con un DNI. Según la Ley Nacional de Migraciones (N° 25.871), solamente aquellos ciudadanos que han sido admitidos para ingresar y permanecer en el país en calidad de "residentes permanentes", "residentes temporarios" (Art. 20 al 26) podrán tramitar el DNI (Art. 30).

En dichos casos, los electores extranjeros no están obligados a votar. En caso de querer hacerlo, deben empadronarse en un registro especial habilitado a tal efecto.

Puesto que el registro de electores extranjeros es administrado por la Justicia Electoral Provincial, cada provincia presenta una situación particular.

Se recomienda consultar la modalidad de empadronamiento en la provincia respectiva en el siguiente sitio Web: http://www.elecciones2009.gov.ar/otras/juzga_nacio.htm.

Presidentes de mesa

¿Quiénes son las autoridades en una elección?

El presidente de mesa es la máxima autoridad de la mesa electoral que encabeza. Es quien asiste en la apertura y cierre del acto electoral, velando por el normal desarrollo del comicio. Para cumplir con dichas funciones, las fuerzas de seguridad se encuentran a su disposición. El presidente de mesa tiene a su vez la misión de verificar la identidad y los poderes de los fiscales de los partidos políticos que asistan al acto electoral.

Además del presidente de mesa, se designan dos suplentes por cada mesa electoral, quienes tienen el deber de auxiliar al presidente y reemplazarlo de acuerdo con lo establecido en el Código Electoral.

¿Quién elige y designa a los presidentes de mesa?

La Junta Electoral del distrito donde se lleve a cabo la elección es la encargada de designar a los presidentes de mesa y sus suplentes.

Dicho nombramiento deberá ser efectuado con una antelación no menor a veinte días del acto comicial. Los que resulten designados pueden excusarse dentro de los tres días de notificados, pudiendo alegarse únicamente razones de enfermedad o de fuerza mayor debidamente justificadas.

En caso de enfermedad, tendrán únicamente validez los certificados extendidos por médicos de la sanidad nacional, provincial o municipal, en ese orden. También son causales de excepción el desempeñar funciones de organización y/o dirección de un partido político y/o ser candidato.

En caso de tratarse de la elección de Presidente y Vicepresidente de la Nación, las autoridades de mesa designadas para la primera vuelta cumplirán también esa función en caso de llevarse a cabo la segunda vuelta.

¿Quiénes pueden ser Presidentes de Mesa?

Los presidentes de mesa deberán reunir las siguientes calidades: ser elector hábil, residir en la sección electoral donde deba desempeñarse y saber leer y escribir.

Los presidentes de mesa, ¿reciben dinero en concepto de viáticos?

El Código Electoral Nacional prevé una compensación económica para los ciudadanos que hayan cumplido funciones como autoridades de mesa.

Dicha suma es estipulada para cada elección por el Ministerio del Interior, con una antelación de sesenta días respecto de la fecha fijada para el comicio. A su vez, el Poder Ejecutivo reglamentará las condiciones, el plazo y la forma en que se harán efectivas éstas compensaciones.

Veda electoral

¿Puede celebrarse una fiesta el día de las elecciones?

Los espectáculos populares al aire libre o en recintos cerrados, fiestas teatrales, deportivas y toda clase de reuniones públicas que no se refieran al acto electoral quedan prohibidas durante el desarrollo del acto comicial y pasadas las 3 horas de su clausura (Art. 71 del Código Nacional Electoral, modificación introducida por la Ley N° 25.610).

¿A partir de qué hora está prohibido vender bebidas alcohólicas, hasta qué hora rige esta disposición y a quiénes afecta?

Queda prohibido tener abiertas las casas destinadas al expendio de cualquier clase de bebidas alcohólicas hasta transcurridas tres horas de cierre del comicio (esto incluye restaurantes, bares, cafés, maxi-kioskos, supermercados, almacenes, vinotecas, etc.) (Art. 71 del Código Nacional Electoral, modificación introducida por la Ley N° 25.610).

Clases de votos

¿Que clases de votos hay?

Hay tres categorías de voto: los válidos, los nulos y las categorías transitorias.

Son votos válidos los blancos y los afirmativos (votos emitidos por algún candidato que no presentan ninguna causal de nulidad). Los votos nulos son descriptos más adelante.

Los votos impugnados y recurridos son dos clases transitorias: una vez realizado el escrutinio definitivo, estos votos serán volcados dentro de una de las tres clases definitivas: positivos, blancos o nulos.

¿Qué es un voto impugnado?

La impugnación se realiza en el momento previo a emitirse el sufragio. Tiene lugar por razones de dudas del presidente de mesa o los fiscales partidarios sobre la identidad del elector.

La impugnación del voto da lugar a un procedimiento especial de voto, siendo éste colocado en un sobre especial, que además debe contener un formulario donde conste el nombre, apellido, número y clase de documento cívico y año de nacimiento del ciudadano cuyo voto ha sido impugnado, junto con su impresión dígito pulgar.

El voto impugnado es de carácter transitorio. En el momento de realizarse el escrutinio definitivo en la Junta Electoral Nacional, el Juez Electoral, después de cotejar la impresión digital y demás datos con los existentes en la ficha del elector cuyo voto ha sido impugnado, deberá informar acerca de la identidad del votante. Si ésta no resulta probada, el voto no será tenido en cuenta en el cómputo; si resultare probada, el voto será computado, y clasificado como válido, nulo o blanco.

¿Qué es un voto nulo?

Es aquel voto que presenta determinadas circunstancias a las que el Código Electoral Nacional asigna tal consecuencia. Tales circunstancias son:

- Que el voto haya sido emitido mediante una boleta no oficializada, o con papel de cualquier color con inscripciones o imágenes de cualquier naturaleza. No se considera boleta oficializada a la que corresponda a una elección anterior, o a otro distrito electoral.
- Que el voto haya sido emitido mediante boleta oficializada que contenga inscripciones y/o leyendas de cualquier tipo. Si la boleta oficializada incluida en el sobre contiene inscripciones en la parte superior de la boleta (que es donde aparece el nombre del partido y la categoría de candidatos a elegir), el voto es nulo, cualquiera sea la inscripción. Si la boleta oficializada contiene inscripciones fuera de la parte superior, las únicas inscripciones que mantienen el voto como válido son los agregados y tachas de candidatos. Las demás inscripciones conducen a clasificar el voto como nulo.
- Que se hayan colocado dentro del sobre dos o más boletas de distinto partido para la misma categoría de candidatos.
- Que el sobre contenga una boleta oficializada que por destrucción parcial, defecto o tachaduras, no contenga, por lo menos sin rotura o tachadura, el nombre del partido y la categoría de candidatos a elegir (por ejemplo: "elección de senadores nacionales").
- Cuando en el sobre juntamente con la boleta electoral se hayan incluido objetos extraños a ella. Objeto extraño es cualquier cosa distinta de las expresamente previstas por el Código Nacional Electoral para que un voto encuadre dentro de la categoría nulo o blanco. En esta categoría entran los votos emitidos en un sobre que contiene la foto de Clemente, San Martín, envoltorios de galletitas, etc.

¿Qué es un voto recurrido?

En el momento del escrutinio provisorio (es decir, el realizado por el presidente de mesa con la supervisión de los fiscales el mismo día de la elección), los fiscales presentes en la mesa pueden cuestionar la validez o nulidad del voto, debiendo fundar su pedido con expresión concreta de las causas, que quedarán asentadas en un volante especial que se adjunta al sobre respectivo. Ese voto se anotará en el acta de cierre de comicio como "voto recurrido", es decir, no se computa. El voto recurrido será analizado y clasificado en el escrutinio definitivo, momento en el que será volcado en otras clases de votos. Por eso el voto recurrido es también una situación de carácter transitorio.

¿Qué es un voto blanco?

Es aquel voto en el que se cumple alguna de estas dos condiciones: que el sobre esté vacío, o que el sobre contenga un papel (de cualquier color) sin ningún texto ni imagen u objeto extraño a la votación.

División electoral del territorio

¿Qué es un distrito electoral?

Para elecciones nacionales, se considera distrito electoral a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el caso de las elecciones presidenciales, todo el territorio de la República es considerado un distrito único.

¿Qué es una sección electoral?

Una sección electoral es una porción territorial de un distrito electoral.

¿Qué es un circuito electoral?

Un circuito electoral está compuesto por una serie de mesas electorales que se encuentran dentro de una sección electoral.

NUEVO TELEFONO PARA CONSULTAS

La Justicia Electoral incorporó un servicio de 0800 (999-7237) donde los ciudadanos podrán consultar su lugar de votación en el padrón electoral, para las elecciones del próximo 28 de junio.

MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION PRODUCTIVA
AGENCIA NACIONAL DE PROMOCION CIENTIFICA Y TECNOLOGICA

Convocatoria Abierta del Fondo Fiduciario de Promoción de la Industria del Software para la Presentación de Proyectos en PyMEs

La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, por intermedio del Fondo Fiduciario de Promoción de la Industria del Software, convoca a participar en la presentación de proyectos destinados al fortalecimiento de la industria del software para la adjudicación de Aportes No Reembolsables. Este llamado tiene entre sus principales objetivos mejorar la promoción y la calidad de los procesos de creación, diseño, desarrollo y mantenimiento de los productos de la industria del software.

INTRODUCCION

La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, a través del Fondo Fiduciario de Promoción de la Industria del Software (FONSOFT), llama a la presentación de proyectos en las categorías: (I) Certificación de Calidad, (II) Desarrollo de nuevos productos y procesos de software, y (III) Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software, destinados al fortalecimiento de la industria del software, para su financiamiento parcial a través de Aportes No Reembolsables (ANR), en los términos y condiciones definidos en las presentes Bases, destinados a empresas PyMEs dedicadas a la producción de software, según el encuadramiento establecido por la Ley N° 25.922 y su Decreto reglamentario.

Esta convocatoria tiene los siguientes objetivos:

- Certificación de Calidad: Tiene como objetivo la mejora en la calidad de los productos de software que se desarrollan, y/o la mejora de la calidad de los procesos de creación, diseño, desarrollo y mantenimiento de software, como medios para aumentar la competitividad de la industria del software.
- Desarrollo de productos y procesos de software: Tiene como objetivo la promoción del desarrollo de productos y procesos de software (excluyendo las actividades de autodesarrollo) y podrá financiar el proceso de su puesta en el mercado.
- Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software: Está dirigida a la formulación completa de un producto o proceso original, y su posterior materialización en un prototipo.

Financiación

Los recursos administrados en el marco de la presente convocatoria consistirán en Aportes No Reembolsables (ANR) por un monto de hasta pesos ciento ochenta mil (\$180.000) en el caso de proyectos de la modalidad I, por un monto de hasta pesos trescientos mil (\$300.000) en el caso de proyectos de la modalidad II; y por un monto de hasta pesos seiscientos mil (\$600.000) en el caso de proyectos de la modalidad III.

En ningún caso estas subvenciones podrán exceder el 50% del costo total del proyecto, debiendo la empresa beneficiaria aportar el resto.

Presentación de Proyectos

El pliego de bases y condiciones y la documentación respectiva podrá solicitarse por correo electrónico a: fonsoft@mincyt.gov.ar u obtenerse directamente de la página Web de la Agencia —ANPCyT— (www.agencia.gov.ar).

La presentación deberá implementarse mediante sobre cerrado, en cuyo frente se escribirá la dirección citada y la leyenda "ANR FONSOFT 2009". Dentro del mismo se incluirán dos juegos completos del formulario y de la documentación anexa, firmados en todas sus páginas, y una copia en soporte informático (CD exclusivamente).

Junto a la presentación de la propuesta se deberá acreditar comprobante de depósito de pesos seiscientos (\$600) en la cuenta corriente especial en pesos N° 372.484/0, denominada "Fondo Fiduciario de Promoción para la Industria del Software" del Banco de la Nación Argentina, sucursal Plaza de Mayo.

En el caso de realizar transferencia electrónica el CBU de la mencionada cuenta es 011 05995-40000037248408-C.U.I.T. 30-70943316-0. Este monto será utilizado para los costos de pliego y gastos técnicos que genere el presente llamado y en ningún caso será devuelto. Los proyectos que resulten financiados podrán incluirlo como gasto de contraparte.

La presentación de los proyectos y de la documentación complementaria deberá realizarse en la sedes provinciales de las autoridades de aplicación de la Ley N° 23.877 o en la Agencia (Avenida Córdoba 831, Piso 1°, C1054AAH, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

La convocatoria ha sido aprobada mediante la resolución N° 149/09 del Directorio de la Agencia el día 02 de junio de 2009. En este contexto, se resalta que la convocatoria permanecerá abierta hasta el 19 de agosto de 2009 a las 12:00 horas.

BASES DEL LLAMADO PARA LA ADJUDICACION DE APORTES NO REEMBOLSABLES PARA PYMES DEL SECTOR DE LA INDUSTRIA DEL SOFTWARE

La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, a través del Fondo Fiduciario de Promoción de la Industria del Software (FONSOFT), llama a la presentación de proyectos en las categorías: (I) Certificación de Calidad, (II) Desarrollo de nuevos productos y procesos de software, y (III) Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software, destinados al fortalecimiento de la industria del software, para su

financiamiento parcial a través de Aportes No Reembolsables (ANR), en los términos y condiciones definidos en las presentes bases, destinados a empresas PyMEs⁽¹⁾ dedicadas a la producción de software, según el encuadramiento establecido por la Ley N° 25.922 y su Decreto reglamentario.

Los recursos para los ANR serán administrados en el marco del Fondo Fiduciario de Promoción de la Industria del Software (FONSOFT), previsto por la Ley N° 25.922.

1. Presentación de Proyectos

El pliego de bases y condiciones y la documentación respectiva podrá solicitarse por correo electrónico (fonsoft@mincyt.gov.ar) u obtenerse directamente de la página Web de la Agencia (www.agencia.gov.ar).

La presentación deberá implementarse mediante sobre cerrado, en cuyo frente se escribirá la dirección citada y la leyenda "ANR FONSOFT 2009". Dentro del mismo se incluirán dos juegos completos del formulario y de la documentación anexa, firmados en todas sus páginas, y una copia en soporte informático (CD exclusivamente).

Junto a la presentación de la propuesta se deberá acreditar comprobante de depósito de pesos seiscientos (\$600) en la cuenta corriente especial en pesos N° 372.484/0, denominada "Fondo Fiduciario de Promoción para la Industria del Software", del Banco de la Nación Argentina, sucursal Plaza de Mayo. En el caso de realizar transferencia electrónica el CBU de la mencionada cuenta es 01105995-40000037248408-C.U.I.T. 30-70943316-0. Este monto será utilizado para los costos de pliego y gastos técnicos que genere el presente llamado y en ningún caso será devuelto. Los proyectos que resulten financiados podrán incluirlo como gasto de contraparte.

La presentación de los proyectos y de la documentación complementaria deberá realizarse en la sedes provinciales de las autoridades de aplicación de la Ley N° 23.877 o en la Agencia (Avenida Córdoba 831, Piso 1°, C1054AAH, Ciudad de Buenos Aires).

La fecha límite de presentación de los proyectos será el 19 de agosto de 2009 a las 12 horas. Las presentaciones que se realicen por correo deberán tener sello de ingreso a la Mesa de Entradas de la Agencia con fecha anterior al 19 de agosto de 2009.

Es condición necesaria presentar:

- Formularios completos y documentación anexa en original y copia, foliados en el margen superior derecho y firmados en todas sus páginas por el representante legal, y una copia de los formularios en soporte magnético (CD exclusivamente).
- El tamaño de papel deberá ser A4, perforado con dos orificios en el margen izquierdo.
- Para presentar la documentación se observará el siguiente orden: Formulario A, Formulario B (Word y Excel), Formulario C, Formulario D, Declaración Jurada Certificada, Boleta de depósito, documentación anexa.

La presentación del proyecto importa de parte de las empresas solicitantes el pleno conocimiento de toda la normativa que rige los ANR FONSOFT, la evaluación de todas las circunstancias asociadas, la previsión de sus consecuencias y la adhesión incondicional a las presentes bases y condiciones.

Cuando la documentación presentada resulte incompleta de acuerdo a las condiciones de admisión de proyectos (Punto 9) y en consecuencia no sea posible su evaluación de acuerdo a los criterios de selección de proyectos (Punto 10), los mismos serán considerados no admitidos o rechazados, según el caso.

2. Objetivos

La modalidad I del llamado (Certificación de Calidad) tiene como objetivo la mejora en la calidad de los productos de software que se desarrollan, y/o la mejora de la calidad de los procesos de creación, diseño, desarrollo y mantenimiento de software, como medios para aumentar la competitividad de la industria del software.

La modalidad II del llamado tiene como objetivo la promoción del desarrollo de productos y procesos de software (excluyendo las actividades de autodesarrollo) y podrá financiar el proceso de su puesta en el mercado.

La modalidad III del llamado (Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software) está dirigida a la formulación completa de un producto o proceso original, y su posterior materialización en un prototipo.

3. Proyectos Elegibles

I. Certificación de Calidad

Proyectos de mejora en la calidad de los productos de software que se desarrollan, o bien en los procesos de creación, diseño, desarrollo y mantenimiento de software como un medio para aumentar la competitividad de la industria del software.

También se podrán presentar proyectos que apunten a la mejora de aspectos específicos de las aplicaciones que sean requeridos para ingresar a mercados determinados.

Está orientado a empresas productoras de software, y se financiarán exclusivamente proyectos que se orienten a implementar alguna norma de calidad reconocida.

Los proyectos a presentar deben incluir el objetivo de alcanzar un hito específico, de nivel intermedio o superior, a partir de una evaluación exitosa utilizando un modelo de calidad reconocido.

II. Desarrollo de nuevos productos y procesos de software

Se financiarán proyectos que se orienten a implementar actividades de innovación tecnológica acordes con los objetivos del llamado.

Específicamente se considerará elegibles los proyectos orientados a:

- Desarrollo tecnológico.
- Generación de conocimientos aplicables a una solución tecnológica.
- Desarrollo de innovación de productos y procesos.
- Introducción de tecnologías de gestión, y capacitación y reentrenamiento de recursos humanos, siempre y cuando acompañen a objetivos innovativos de procesos y/o productos.
- Puesta en el mercado de dichos productos y procesos, siempre y cuando acompañen una etapa previa de desarrollo de tecnología hasta etapa prototipo, o bien el desarrollo e innovación de productos y procesos.

III. Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software

Se financiarán proyectos dirigidos a cubrir, hasta la etapa precompetitiva, la formulación completa de un producto o proceso original, y su posterior materialización en un prototipo.

Se deberá involucrar (mediante consultoría, unidad técnica externa, etc.) a al menos una unidad técnica del sistema científico tecnológico nacional público y/o privado de calidad reconocida, cuya participación deberá ser sustantiva para el logro de los objetivos del proyecto, y cuyos antecedentes se deberán incluir en la formulación del mismo.

4. Plazo de Ejecución

Los proyectos tendrán un plazo máximo de ejecución de 18 meses en el caso de la modalidad I, de 18 meses en el caso de la modalidad II, y de 24 meses en el caso de la modalidad III.

5. Beneficiarios

Podrán ser beneficiarios de las subvenciones no reembolsables las empresas constituidas como tales al momento de la presentación de la solicitud y radicadas en el territorio nacional, productoras de bienes y/o servicios que satisfagan la condición PyMEs dedicadas a la producción de software.

Dichas empresas deberán funcionar en un todo de acuerdo a las leyes nacionales que rigen la tipificación de las mismas y de las resoluciones de los organismos de contralor pertinentes.

En el caso de que los solicitantes fueran más de una empresa, las mismas deberán acreditar documentalmente y con las formalidades legales vigentes, el tipo de asociación entre ellas (UTE, Asociación de Colaboración, etc.).

El incumplimiento de las formalidades requeridas en los párrafos precedentes será causal de no admisión de las propuestas presentadas.

No podrán ser beneficiarios Instituciones sin fines de lucro ni dependencias gubernamentales.

En todos los casos el FONSOFT evaluará técnicamente y económicamente el proyecto.

6. Financiación

Los recursos administrados en el marco de la presente convocatoria consistirán en Aportes No Reembolsables (ANR) por un monto de hasta pesos ciento ochenta mil (\$180.000) en el caso de proyectos de la modalidad I, por un monto de hasta pesos trescientos mil (\$300.000) en el caso de proyectos de la modalidad II; y por un monto de hasta pesos seiscientos mil (\$600.000) en el caso de proyectos de la modalidad III.

En ningún caso estas subvenciones podrán exceder el 50% del costo total del proyecto, debiendo la empresa beneficiaria aportar el resto.

Las empresas solicitantes podrán presentar más de un proyecto en esta convocatoria, siempre y cuando el monto total del ANR solicitado en las distintas presentaciones no exceda la suma de pesos seiscientos mil (\$600.000).

7. Pertinencia de Gastos

7.1. No serán considerados gastos elegibles para el cálculo del costo del proyecto los siguientes

- Gastos generales y de administración de los beneficiarios.
- Reestructuración de deudas, pago de dividendos o recuperaciones de capital ya invertidos.
- Transferencias de activos: adquisición de acciones, participaciones en el capital social, otros valores mobiliarios, etc.
- Pago de cesantías.
- Retiro de socios, vacaciones y Sueldo Anual Complementario (SAC).
- Capital de trabajo.
- Compras de inmuebles.
- Contribuciones en especie.
- Adquisición de bienes usados.
- Todo otro gasto innecesario e incompatible con el logro de los resultados previstos en el proyecto.

(1) Disposición SEPyME N° 147/2006 y Ley N° 25.856.

7.2. Gastos que pueden financiarse

- Personal de dirección, investigación y de apoyo técnico, que resulte imprescindible para la ejecución del proyecto. En el caso de las modalidades II y III estos gastos podrán ser financiados por la Agencia. En el caso de empresas unipersonales, podrá valorizarse por hasta un 15% del monto de aporte de la empresa el trabajo de dirección del titular de la empresa, siempre que el mismo acredite competencia para realizarlo.
- Equipamiento imprescindible requerido para la ejecución del proyecto.
- Capacitación y reentrenamiento de recursos humanos relacionada con las actividades del proyecto.
- Adquisición de licencias de tecnología necesarias como parte del desarrollo tecnológico a realizar.
- Insumos y/o materiales necesarios para la construcción de prototipos o puesta a punto.
- Construcción de instalaciones o remodelaciones, en ambos casos esenciales para el desarrollo del proyecto.
- Gastos de protección legal de los resultados del proyecto.
- En el caso de la modalidad II se podrán incluir gastos de estudios de mercado, de planes de negocio, y consultoría en comercialización de productos.
- Gastos para formulación de proyectos se aceptarán como contraparte y hasta un monto de \$5.000.
- Gastos para gestión de proyectos por hasta un monto de \$10.000 siempre que los mismos sean realizados por Unidades de Vinculación Tecnológica reconocidas por la Agencia.
- Costo del Pliego de las bases, sólo como contraparte.

Los gastos presupuestados no deben incluir el IVA.

La enumeración previa no se debe considerar como taxativa, sino meramente indicativa.

7.3. Se reconocerán gastos a ser financiados por el FONSOFT o por la contraparte empresaria, realizados a partir de la fecha de apertura de la presente convocatoria

8. Criterios de Selección y Evaluación

A los efectos del presente llamado, se creará una Comisión ad-hoc de evaluación.

Para que un proyecto pueda ser ingresado al sistema de evaluación, deberá satisfacer requisitos mínimos, de índole general, que configuran los criterios de admisibilidad.

Una vez admitido se procederá a evaluar la calidad, factibilidad, viabilidad técnica y económica de la solicitud.

9. Admisibilidad de proyectos

Serán considerados admitidos los proyectos que cumplan con los siguientes requisitos:

- Realizar la presentación antes de la fecha y hora de cierre del llamado.
- Presentar en un sobre cerrado en cuyo frente se escribirá la dirección Av. Córdoba 831, Mesa de Entrada (PB), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la leyenda "ANR FONSOFT 2009". El mismo deberá contener dos juegos completos y foliados en cada uno de sus hojas de la documentación que se indica a continuación y un CD con los formularios completos identificando en el mismo el nombre de la empresa solicitante.
- Contar con una calificación positiva de riesgo crediticio, de acuerdo a la Central de Informes del Banco Central de la República Argentina.

Documentación a presentar en el orden siguiente:

- Formularios Completos:
 - Formulario A en Excel.
 - Formulario B en Word y Excel.
 - Formulario C en Word.
 - Formulario D en Word.

El tamaño de papel deberá ser A4, perforado con dos orificios en el margen izquierdo.

- Declaración jurada suscripta por el representante legal de la empresa solicitante del beneficio, respecto a la existencia o no de financiamiento para el mismo proyecto, por parte de otra institución.
- Boleta de depósito conforme lo solicitado en el punto 1 de estas bases.
- Documentación inherente al proyecto (currículum, anexo, presupuestos, etc.).

- Información de la empresa según el caso:

- Para Personas Jurídicas:

Copia del Estatuto o Contrato Social.

Copia del Acta de Asamblea, Directorio o Reunión de Socios, que se encuentre vigente, donde se resuelve la distribución de cargos del órgano de administración de la sociedad.

Si la presentación es firmada por apoderado, copia del poder que lo acredite como tal.

Tres últimos balances, si correspondiere, suscriptos por contador público nacional, cuya firma debe estar certificada por el respectivo consejo profesional. La certificación del Consejo Profesional respectivo debe obrar en original. Podrán aceptarse asimismo, balances de corte debidamente certificados.

Si la empresa ostenta la categoría de controlada o vinculada, se deberá adjuntar la documentación correspondiente según lo establecido por la Disposición N° 147/06 de la SePyME.

- Para Personas Físicas y Sociedades de Hecho:

Copia de la constancia de inscripción en la AFIP, de tratarse de monotributistas copia de los últimos tres pagos realizados.

Tres últimas declaraciones juradas de impuestos a las ganancias y declaración de impuestos a los bienes personales con los respectivos papeles de trabajo.

En caso de no tributar Bienes Personales deberá presentar manifestación de bienes y deudas certificadas por Contador y por Consejo Profesional en original.

Si la presentación es firmada por apoderado, copia del poder que lo acredite como tal.

- Para asociaciones entre empresas, entre personas físicas o mixtas: Deberán constituirse de acuerdo a los tipos y las formalidades preceptuadas en el Capítulo III de la Ley de Sociedades Comerciales a saber:

Agrupaciones de Colaboración: deberán constituirse cumplimentando íntegramente lo estipulado en la Sección I del Capítulo III de la Ley de Sociedades Comerciales.

Uniones Transitorias de Empresas: deberán constituirse cumplimentando íntegramente lo estipulado en la Sección II del Capítulo III de la Ley de Sociedades Comerciales.

En los casos que terceros se comprometan a realizar aportes al proyecto de modo de financiar los gastos de contraparte, se deberá presentar la documentación respaldatoria respectiva. Dicha documentación debe cumplir con lo indicado en los párrafos superiores para empresas y/o personas.

Se informa asimismo, que para la firma del contrato del subsidio adjudicado, serán requisitos excluyentes: la presentación del Certificado Fiscal para Contratar con el Estado (Según Resolución AFIP N° 1814) y la constitución de un Seguro de Caucción a favor de la Agencia, por el 20% del monto del subsidio otorgado, cuya vigencia será abierta.

Será causal de no admisión el incumplimiento de obligaciones por parte del solicitante, originadas en instrumentos contractuales suscriptos con la Agencia.

La admisión de los proyectos será resuelta por la Unidad de Control de Gestión y Asuntos Legales mediante el dictado de una Disposición que será notificada a los presentantes mediante correo electrónico y publicada en la página Web de la Agencia cuyo dominio es www.agencia.gov.ar.

Dicha Disposición será susceptible de ser recurrida mediante recurso de reconsideración, el que deberá ser interpuesto por escrito por el representante legal de la empresa o apoderado, dentro de los cinco (5) días hábiles de notificada la disposición, de acuerdo al procedimiento descripto precedentemente.

10. Evaluación de las solicitudes de financiamiento

Las propuestas contendrán la información necesaria para que su evaluación sea posible a través del análisis de calidad, factibilidad, pertinencia y viabilidad técnica y económica de la propuesta.

La evaluación de las solicitudes estará basada en:

- a. Factibilidad y calidad tecnológica del proyecto.
- b. Capacidad técnica de la Unidad Ejecutora (propia de la empresa o contratada).
- c. Capacidad económica, financiera y gerencial del solicitante.
- d. Evaluación económica del emprendimiento.

a. Evaluación de la factibilidad y calidad tecnológica del proyecto

Esta etapa estará a cargo de evaluadores idóneos que deberán tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a.1. Encuadramiento de los proyectos en relación con los objetivos de la presente convocatoria.

a.2. Probabilidad de ejecución exitosa, desde el punto de vista de su consistencia interna, de la adecuada dotación de recursos y de las condiciones externas a las que su éxito esta supeditado.

a.2.1. Claridad de los objetivos.

a.2.2. Precisión en la definición de las etapas y tareas.

a.2.3. Racionalidad del cronograma y de la secuencia entre etapas.

a.2.4. Elegibilidad y racionalidad del presupuesto.

a.2.5. Creatividad y originalidad de la propuesta.

b. Evaluación de la capacidad técnica de la Unidad Ejecutora

A los efectos de la evaluación de la aptitud técnica de la Unidad Ejecutora para la realización del proyecto, se tendrán en cuenta:

b.1. Antecedentes de la Unidad Ejecutora.

b.2. Composición del personal involucrado en el proyecto.

b.3. Equipamiento e infraestructura que se afectará a la ejecución del proyecto.

b.4. En el caso de tratarse de la modalidad III (Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software) se evaluará la originalidad del conocimiento transferido. La vinculación de la unidad técnica de investigación con la empresa se deberá respaldar mediante un convenio firmado con anterioridad a la presentación del proyecto, y asimismo la misma deberá involucrar la transferencia de conocimiento que se constituya en factor de progreso tecnológico e innovación industrial. La participación de esta unidad deberá ser sustantiva para el logro de los objetivos del proyecto.

c. Evaluación de la viabilidad económica del proyecto.

La evaluación incluye un análisis de la viabilidad económica del proyecto. Esta evaluación tomará en cuenta entre otros los siguientes factores:

c.1. Razonabilidad económica de los resultados del proyecto y su impacto en la empresa.

c.2. Capacidad de la empresa para implementar los resultados del proyecto.

11. Unidad Ejecutora

La Unidad Ejecutora, que podrá ser propia de la empresa o contratada ad hoc, deberá estar conformada por profesionales que cuenten con antecedentes curriculares en los temas asociados a la ejecución del proyecto y con la infraestructura necesaria para la ejecución del mismo.

12. Contrato y Reembolsos

A efectos de instrumentar el beneficio que se acuerde se deberá suscribir el contrato correspondiente, debiendo el beneficiario cumplimentar las condiciones previas requeridas por la UCGAL y perfeccionar la firma del contrato en un plazo de sesenta (60) días contados a partir de la notificación de la Resolución que adjudique el beneficio, bajo apercibimiento de dar por decaído el derecho sobre el subsidio otorgado.

El beneficio se efectivizará bajo la modalidad de reembolso de pago hecho, previa verificación y aprobación técnica de la o las etapas y/o actividades previstas en el plan de trabajo definitivo y aprobación de la rendición de gastos que debe acompañar el informe técnico.

Los reembolsos se realizarán de acuerdo con el cronograma que forma parte del proyecto aprobado.

Previo a la firma del contrato, y atento a la Resolución SECyT N° 1054/05 (http://www.sicytar.secyt.gov.ar/docs/resol_sctip_1054_05.pdf), el director del proyecto deberá ingresar su currículum vitae en el sistema CvLAC/SICyTAR (<http://www.sicytar.secyt.gov.ar>).

13. Reconsideraciones

El solicitante contará con la posibilidad de recurrir contra una Resolución desfavorable, debiendo para ello interponer el representante legal de la empresa o apoderado un recurso de reconsideración por escrito, en el que exprese los fundamentos de su desacuerdo, antes de transcurridos diez (10) días hábiles de la notificación.

La Agencia resolverá haciendo lugar o rechazando las impugnaciones presentadas.

14. Rescisión

La Agencia podrá declarar unilateralmente la rescisión del Contrato de Promoción en caso de existir causas imputables al beneficiario, las cuales figurarán en el Contrato.

El beneficiario deberá reembolsar los importes recibidos hasta la fecha de rescisión en los plazos y condiciones establecidos contractualmente, y se procederá a ejecutar la Póliza de Caución constituida por la Empresa a favor de la Agencia.

15. Selección de proyectos con aprobación técnica, económica y financiera

Modalidad I (Certificación de Calidad):

En el caso que el total de los proyectos aprobados en las tres fases mencionadas superara el monto de beneficios a asignar, se procederá a seleccionar los proyectos de acuerdo al puntaje que alcancen, en función de los siguientes criterios de selección:

1. Se priorizará la adhesión al régimen de promoción de la Ley N° 25.922 con puntaje asignado de acuerdo a los siguientes criterios:

Estar inscripto en el régimen de la Ley N° 25.922	30
No estar inscripto en el régimen de la Ley N° 25.922	0

En el caso de empresas asociadas, se considerará como inscripta a la asociación cuando todas las PyMEs de software estén inscriptas en el régimen.

2. Se priorizará la promoción de empresas con menor escala económica, medida a través del nivel máximo de valor de las ventas totales anuales, excluido el Impuesto al Valor Agregado y el impuesto interno que pudiera corresponder, expresado en pesos (\$):

De \$0 a \$450.000	40
De \$450.001 a \$3.240.000	30
De \$3.240.001 a \$10.000.000	20
De \$10.000.001 a \$21.600.000	10
Más de \$21.600.000	0

En el caso de empresas asociadas se considerará el valor máximo de las ventas de la empresa de mayor escala económica de entre las asociadas.

En caso que aún con los criterios anteriores fuere necesario dirimir situaciones de empate, se priorizarán los proyectos que soliciten menor porcentaje de beneficio con relación al costo total del proyecto.

Modalidad II (Desarrollo de nuevos productos y procesos de software), y III (Investigación y Desarrollo precompetitivo de productos y procesos de software)

En el caso que el total de los proyectos aprobados en las tres fases mencionadas superara el monto de beneficios a asignar, se procederá a seleccionar los proyectos de acuerdo al puntaje que alcancen, en función de los siguientes criterios de selección:

1. Se priorizará la adhesión al régimen de promoción de la Ley N° 25.922 con puntaje asignado de acuerdo a los siguientes criterios:

Estar inscripto en el régimen de la Ley N° 25.922	15
No estar inscripto en el régimen de la Ley N° 25.922	0

En el caso de empresas asociadas, se considerará como inscripta a la asociación cuando todas las PyMEs de software estén inscriptas en el régimen.

2. Se priorizará la promoción de empresas con menor escala económica, medida a través del nivel máximo de valor de las ventas totales anuales, excluido el Impuesto al Valor Agregado y el impuesto interno que pudiera corresponder, expresado en pesos (\$):

De \$0 a \$450.000	20
De \$450.001 a \$3.240.000	15
De \$3.240.001 a \$10.000.000	10
De \$10.000.001 a \$21.600.000	05
Más de \$21.600.000	0

En el caso de empresas asociadas se considerará el valor máximo de las ventas de la empresa de mayor escala económica de entre las asociadas.

3. Se priorizarán los proyectos presentados por empresas asociadas:

El proyecto es presentado por una asociación de empresas	20
El proyecto es presentado por una sola empresa	0

4. Se priorizarán proyectos destinados a áreas estratégicas:

El proyecto está destinado a alguna de las siguientes áreas estratégicas: videojuegos, agroindustria, informática industrial, bioinformática, medicina y salud, telefonía inalámbrica y celular, internet inalámbrica y móvil, seguridad, gobierno electrónico, GIS, procesamiento de imágenes y señales, turismo, energía.	25
El proyecto está destinado a otras áreas	0

5. Se priorizará el grado de innovación:

Innovación a nivel internacional	40
Innovación a nivel nacional	20
Innovación a nivel local	10

En caso que aún con los criterios anteriores fuere necesario dirimir situaciones de empate, se priorizarán los proyectos que soliciten menor porcentaje de beneficio con relación al costo total del proyecto.

ANEXO A

DEFINICIONES Y ALCANCES

Software

A los fines de la Ley N° 25.922 se define el software como la expresión organizada de un conjunto de órdenes o instrucciones en cualquier lenguaje de alto nivel, de nivel intermedio, de ensamblaje o de máquina, organizadas en estructuras de diversas secuencias y combinaciones, almacenadas en medio magnético, óptico, eléctrico, discos, chips, circuitos o cualquier otro que resulte apropiado o que se desarrolle en el futuro, previsto para que una computadora o cualquier máquina con capacidad de procesamiento de información ejecute una función específica, disponiendo o no de datos, directa o indirectamente

Actividades promocionadas por la Ley N° 25.922

Las actividades comprendidas en el régimen establecido por la Ley son la creación, diseño, desarrollo, producción e implementación y puesta a punto de los sistemas de software desarrollados y su documentación técnica asociada, tanto en su aspecto básico como aplicativo, incluyendo el que se elabore para ser incorporado a procesadores utilizados en bienes de diversa índole, tales como consolas, centrales telefónicas, telefonía celular, máquinas y otros dispositivos.

Queda excluida del régimen establecido en dicha Ley la actividad de autodesarrollo de software.

El Decreto reglamentario N° 1594/2004 establece que las actividades de software y servicios informáticos comprendidas en el régimen establecido por la Ley N° 25.922 son las siguientes:

- Desarrollo y puesta a punto de productos de software originales registrables como obra inédita o editada elaborados en el país, o primera registración, en los términos de la Ley N° 11.723.
- Implementación y puesta a punto a terceras personas de productos de software propios o creados por terceros, de productos registrados en las condiciones descriptas en el inciso a).
- Desarrollo de partes de sistemas, módulos, rutinas, procedimientos, documentación y otros que estén destinados para sí o para ser provistos a terceros, siempre que se trate de desarrollos integrables o complementarios a productos de software registrables en las condiciones del inciso a).
- Desarrollo de software a medida, cuando esta actividad permita distinguir la creación de valor agregado, aun cuando en los contratos respectivos se ceda la propiedad intelectual a terceros.
- Servicios informáticos de valor agregado orientados a mejorar la seguridad de equipos y redes, la confiabilidad de programas y sistemas de software, la calidad de los sistemas y datos y la administración de la información y el conocimiento en las organizaciones, entre otros.
- Desarrollo de productos y servicios de software, existentes o que se creen en el futuro, que se apliquen efectivamente a actividades tales como "e-learning", marketing interactivo, "e-commerce", Servicio de Provisión de Aplicaciones (ASP), edición y publicación electrónica de información, y otros, siempre que se encuentren formando parte integrante de una oferta informática integrada, y agreguen valor a la misma. En este caso, así como en los incisos d) y e), la autoridad de aplicación podrá dictar las normas aclaratorias que resultaren necesarias a los fines de delimitar el perfil de actividades comprendidas.
- Servicios de diseño, codificación, implementación, mantenimiento, soporte a distancia, resolución de incidencias, conversión y/o traducción de lenguajes informáticos, adición de funciones, preparación de documentación para el usuario y garantía o asesoramiento de calidad de sistemas, entre otros, todos ellos a ser prestados a productos de software y con destino a mercados externos.
- Desarrollo y puesta a punto de software que se elabore para ser incorporado en procesadores (software embebido o insertado) utilizados en bienes y sistemas de diversa índole, tales como consolas para multimedios, equipamiento satelital y espacial en general, equipos y sistemas de telefonía fija, móvil y transmisión y recepción de datos, sistemas de telesupervisión y telegestión, máquinas y dispositivos de instrumentación y control.

Autodesarrollo de software

Se entenderá como autodesarrollo de software al realizado por los sujetos para su uso exclusivo o el de empresas vinculadas a dichos sujetos, aun cuando se den las condiciones descriptas en el inciso a).

Certificaciones de calidad reconocidas

El listado de certificaciones de calidad reconocidas por el Régimen de Promoción de la Industria del Software se establece en el Anexo VI de la Resolución N° 61/2005 de la Secretaría de Industria, Comercio y de la Pequeña y Mediana Empresa (http://www.industria.gov.ar/lpsw/documentos/LPS_Anexo_VI.xls).

Proyectos de investigación y desarrollo

Consisten en trabajos sistemáticos basados en los conocimientos existentes, derivados de la investigación y/o la experiencia práctica, dirigidos a la producción de nuevos materiales, productos o dispositivos; al establecimiento de nuevos procesos, sistemas y servicios; o a la mejora sustancial de los ya existentes.

Proyectos de Desarrollo de tecnología hasta escala de etapa demostrativa

Incluye el desarrollo a escala prototipo o a escala piloto (Pre-serie o etapa similar pre-competitiva).

Prototipo

Es un modelo original que posee todas las cualidades técnicas y todas las características de funcionamiento del nuevo producto. Puede darse el caso en que se precisen varios prototipos para hacer comprobaciones. Si los resultados de éstas no son satisfactorios, los mismos pueden emplearse en nuevos trabajos de desarrollo del prototipo.

Pero una vez realizadas todas las modificaciones necesarias en el (los) prototipo(s) y efectuadas satisfactoriamente las pruebas pertinentes, se alcanza la frontera de la I+D. La construcción de varias copias de un prototipo después de haber experimentado con éxito el prototipo original, no constituye la I+D.

Sin embargo, pueden encuadrarse en el presente llamado en la medida que constituya una etapa demostrativa pre-comercial.

Proyectos de generación de conocimientos aplicables a una solución tecnológica

Comprenden actividades de I+D con aplicaciones específicas para la resolución de problemas o necesidades tecnológicas.

Proyectos de desarrollo de innovación de productos y procesos

La innovación en productos puede tomar dos formas. La primera es la de un producto tecnológicamente nuevo.

Es decir, un producto cuyas características tecnológicas difieren significativamente de las correspondientes a los productos anteriores. También puede implicar tecnologías radicalmente nuevas o la combinación de tecnologías existentes con nuevos usos, como así también, un desarrollo a partir de un nuevo conocimiento.

La segunda forma es la de un producto existente tecnológicamente mejorado. Esto se puede lograr mediante el uso de componentes o materiales de mejor desempeño, o por un producto complejo compuesto de un conjunto de subsistemas técnicos integrados que pudo haber sido mejorado a través de cambios parciales en alguno de los subsistemas que lo conforman.

La innovación en procesos, es la adopción de métodos tecnológicos nuevos o mejorados. Estos métodos tecnológicos pueden ser aplicados para producir o despachar productos tecnológicamente mejorados, lo cual no sería posible usando métodos convencionales de producción o, esencialmente, mejorando la producción o despacho de los productos ya existentes.

Plan de negocios

Comprende la formulación de planes de negocios que surjan a partir de un proyecto de innovación tecnológica ejecutado, en ejecución o a ejecutar.

Introducción de tecnologías de gestión

Comprende la introducción o mejora de tecnologías de gestión a partir de necesidades específicas que surjan del impacto de actividades de innovación tecnológica en las mismas, implicando un esfuerzo previo o paralelo de innovación tecnológica.

Capacitación y reentrenamiento de recursos humanos

Actividades de capacitación y reentrenamiento de recursos humanos que surjan por necesidades específicas resultantes de actividades de innovación tecnológica desarrolladas o a desarrollar al interior de la empresa.

FUENTES

- Manual de Bogotá. Normalización de Indicadores de Innovación Tecnológica en América Latina y el Caribe. RICYT/OEA/CYTED/COLCIENCIAS/OCYT. Marzo de 2001.
- Manual de Frascati. Medición de las Actividades Científicas y Tecnológicas, Propuesta de Norma Práctica para Encuestas de Investigación y Desarrollo Experimental. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. 1993.

CULTURANACION

SUMACULTURA



JUNIO

**AGENDA CULTURAL
06/2009**

 Programación completa en
www.cultura.gov.ar

Concursos

Juegos Culturales Evita 2009

Chicos de 12 a 16 años: pintura, fotografía, historieta, narración (mitos y leyendas), canto solista, danza y teatro (elenco de hasta cuatro personas).

Adultos mayores de 60 años: danza folklórica en pareja, pintura y cuento.

Bases y formularios en www.cultura.gov.ar y en los municipios adheridos al programa de todo el país.

Escondido en mi país

Estudiantes de entre 13 y 18 años pueden presentar artículos periodísticos y trabajos audiovisuales sobre la cultura en provincias o regiones del país, elaborados a partir de estadísticas, datos o mapas del Sistema de Información Cultural de la Argentina:

<http://sinca.cultura.gov.ar>.

Hasta el 30 de septiembre.

Bases en www.cultura.gov.ar

Música en Plural-Cultura Nación 2009

Dirigido a jóvenes músicos que integren conjuntos de un mínimo de dos y un máximo de seis instrumentistas de teclado, cuerda y viento (excepto dúo de pianos).

Hasta el 24 de agosto.

Bases en www.cultura.gov.ar

Salón Nacional de Artes Visuales 2009

Grabado: del 17 al 19 de junio.

Textil: del 24 al 26 de junio.

Recepción de obras: de 10 a 16, en Av. del Libertador y pasaje Schiaffino. Ciudad de Buenos Aires.

Exposiciones

Arte originario: diversidad y memoria

Museo Nacional de Bellas Artes. Av. del Libertador 1473. Ciudad de Buenos Aires.

Kuropatwa en technicolor

Hasta el sábado 20.
 Museo Provincial de Bellas Artes "Juan Ramón Vidal". San Juan 634. Corrientes.

Pertenencia.

Chubut

Puesta en valor de la diversidad cultural argentina.

Hasta el domingo 21.

Casa de la Cultura. Rufino de Elizalde 2831. Ciudad de Buenos Aires.

Salón Nacional de Artes Visuales 2009

Obras seleccionadas y premiadas en Fotografía, y Nuevos Soportes e Instalaciones.

Hasta el domingo 28.

Palais de Glace. Posadas 1725. Ciudad de Buenos Aires.

Saulo Benavente. Muestra escenográfica

Organiza: Instituto Nacional del Teatro.
 Teatro del Pueblo. Roque Sáenz Peña 943. Ciudad de Buenos Aires.

Música

Orquesta Sinfónica Nacional

Viernes 19 a las 19. Bolsa de Comercio. Sarmiento 299. Ciudad de Buenos Aires.
 Viernes 26 a las 20. Facultad de Derecho de la UBA. Av. Figueroa Alcorta 2263. Ciudad de Buenos Aires.

Orquesta Sinfónica Nacional y Coro Polifónico Nacional

Miércoles 24 a las 20.30. Iglesia Jesús Sacramentado. Av. Corrientes 4445. Ciudad de Buenos Aires.

Orquesta Nacional de Música Argentina "Juan de Dios Filiberto"

Miércoles 24 a las 20.30. Solista invitado: Rodolfo Mederos.
 Teatro Nacional Cervantes. Libertad 815. Ciudad de Buenos Aires.

Música en Plural

Conciertos de música de cámara.
 Domingo 21 a las 18.
 Centro Nacional de la Música y la Danza. México 564. Ciudad de Buenos Aires.

Danza

Ballet Folklórico Nacional

Jueves 25 a las 20.
 Miércoles 24 a las 13.30: función didáctica.
 Centro Nacional de la Música y la Danza. México 564. Ciudad de Buenos Aires.

Compañía de Danza Contemporánea Cultura Nación

Martes a las 20.30. Centro Nacional de la Música y la Danza. México 564. Ciudad de Buenos Aires.
 Sábado 13 a las 21. Cine Teatro York. Juan Bautista Alberdi 895. Olivos. Buenos Aires.
 Sábado 27 a las 21. Centro Cultural Municipal de Munro. Av. Vélez Sarsfield 4652. Munro. Buenos Aires.

Cine

Kino Palais. Espacio de artes audiovisuales

Nuevo cine danés.
 "Pasaje al paraíso", de Janus Metz. Viernes 19 a las 18.30.
 "Amor a domicilio", de Janus Metz. Sábado 20 a las 18.30.
 "La guerra secreta", de Christoffer Guldbrandsen. Domingo 14 a las 18.30 y viernes 26 a las 18.30.
 Palais de Glace. Posadas 1725. Ciudad de Buenos Aires.

Teatro

Plan Federal de Giras del Teatro Nacional Cervantes

"¡Qué sea la odisea!", de Adela Basch. Por el grupo The jumping frijoles.
 Dirección: Cristian Marchesi.
 Hasta el 21 de junio, funciones en Misiones, Formosa, Corrientes, Chaco, Jujuy y Salta.

Telémaco o el padre ausente

De Marco Antonio de la Parra.
 Dirección: Dora Milea.
 Con Patricio Contreras, Patricia Palmer y Nicolás Mateo.

Jueves, viernes y sábado a las 21.30, y domingo a las 21.
 Hasta el domingo 21.
 Teatro Nacional Cervantes. Libertad 815. Ciudad de Buenos Aires.

Tango turco

De Rafael Bruza.
 Dirección: Lorenzo Quinteros.
 Con Víctor Laplace, Claribel Medina y Rafael Bruza.
 Jueves, viernes y sábado a las 21, y domingo a las 20.30.
 Teatro Nacional Cervantes. Libertad 815. Ciudad de Buenos Aires.

Programas

Café Cultura Nación

Encuentros en bares, cárceles y universidades de Corrientes, Chaco, Jujuy, Misiones, Entre Ríos, Córdoba, Santa Fe, Ciudad de Buenos Aires, y en 40 localidades de la Provincia de Buenos Aires.
 Programación en www.cultura.gov.ar

Festivales Cultura Nación. Argentina de Punta a Punta, en el conurbano bonaerense

Teatro, talleres, música, exposiciones, charlas sobre Literatura e Historia, etc.
 Ituzaingó y La Matanza: hasta el 14 de junio.
 Moreno: del 18 al 26 de junio.
 Programación en www.cultura.gov.ar

Actos

Día de la Bandera Nacional

Acto oficial: miércoles 17 a las 11.30.
 Regimiento de Infantería 1 "Patricios". Av. Int. Bullrich 481. Ciudad de Buenos Aires.

Restauración de la bandera de Macha

Los restauradores dialogan con el público y muestran su trabajo.
 Sábado 20 a las 15.
 Museo Histórico Nacional. Defensa 1600. Ciudad de Buenos Aires.



Secretaría de
Cultura
 Presidencia de la Nación