



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov. BA. Argentina

Esta es una publicación realizada por la Sala de Epidemiología Hospitalaria conjuntamente con el Área de Comunicación y la Técnica en Estadística Sra. Adriana Pelassini.

Año 1 N° 3 Septiembre/Octubre 2017

EDITORIAL

El “Epi San Juan” surge desde la Sala de Epidemiología Hospitalaria con la idea de difundir información de interés relacionada con los eventos de salud-enfermedad-atención del perfil epidemiológico del Hospital y de su Área Programática, reportes epidemiológicos tanto locales, regionales, provinciales, nacionales como internacionales.

A su vez, se reconoce la necesidad de generar un espacio de intercambio y socialización de información, sucesos, dinámicas, experiencias de trabajo y conocimientos de cuestiones cotidianas de la Institución Hospitalaria.

El “Epi San Juan” está dirigido al personal de salud en su totalidad, especialmente a los agentes que cumplen sus actividades en el Establecimiento.




Desde el Área de Epidemiología, a través del boletín, se verifican los informes que se incluyen en los envíos pero no se garantiza la exactitud ni integridad de la información ni de cualquier opinión basada en ella.

La finalidad es que, además de interiorizarse acerca de los temas incluidos, se comparta esta información con el equipo de salud de cada lugar de trabajo de manera de generar una instancia de discusión y opinión que permita estar actualizados y en conocimiento de la situación epidemiológica local, provincial, nacional y mundial.

La frecuencia del boletín será bimestral, de marzo a diciembre, con entregas en formato digital e impreso.

Queda abierta la invitación para aquellos que deseen participar en el boletín mediante la publicación de artículos y experiencias de interés del Área de Salud, actividades de capacitación como así también se aceptan sugerencias para que esta iniciativa alcance su máximo desarrollo.

En esta oportunidad acercamos información relevante sobre:

-  **Tuberculosis:** *Consultorio de control de contactos como estrategia de prevención.*
-  **Discapacidad:** *El enfoque desde Servicio Social.*
-  **Gacetilla para la comunidad:** *Medidas de prevención del dengue.*



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini

episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS

Calles 27 y 70. La Plata. Prov. BA. Argentina

SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA

¿Cuál es la importancia de iniciar un Consultorio de Control de Contactos en Tuberculosis (TB)?

No parece muy lógico que luego de haber transcurrido más de una década y media del siglo XXI continuemos con un problema de salud pública que tiene: un diagnóstico fácil y barato, un tratamiento curativo con alta tasa de éxito, una vacuna relativamente eficaz (al menos para algunas formas) y medidas de prevención de factible implementación. Sin embargo, la TB sigue siendo una patología prioritaria para las autoridades sanitarias. Los siguientes datos demuestran que:

- Es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo.
- En 2015, 10.400.000 de personas enfermaron de TB y 1.800.000 murieron, entre ellos 400.000 personas con VIH. Más del 95% de las muertes por TB se producen en países de ingresos bajos y medianos.
- Se estima que en 2015 enfermaron de TB 1.000.000 de niños, de los cuales murieron 170.000 debido a esta causa (sin incluir los niños con VIH).
- La TB es una de las causas principales de defunción en las personas VIH+, el 35% se debieron a la TB.

A la situación descrita se le suma un agravante que puede hacer fracasar la meta de la OMS: acabar con la epidemia de TB para el 2030, éste es que se estima que anualmente 480.000 personas desarrollan TB multirresistente (TB-MDR) o formas extremadamente multirresistente (TB-XDR) a nivel mundial, de las cuales sólo se diagnostican y se tratan correctamente el 52% (249.600) de las primeras y el 28% (134.400) de las segundas.

Actualmente la OMS/OPS, con su estrategia "Unidos para poner fin a la TB", ha priorizado la detección y tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITBL), definida como un estado de respuesta inmunitaria persistente a antígenos de *Mycobacterium tuberculosis* adquiridos con anterioridad que no se acompaña de manifestaciones clínicas de TB activa.

No hay que perder de vista que en TB, detectar y curar rápidamente al 100% de las formas contagiosas D(+) previene la diseminación de la enfermedad en la sociedad. Para ello hay que estimular la investigación de los sintomáticos respiratorios (tos con expectoración por más de 15 días) en los Centros de Atención Primaria, facilitar la realización de baciloscopías y garantizar la provisión de tratamientos efectivos gratuitos a toda la comunidad.

Sin embargo, no parece que la ecuación que disminuya drásticamente la TB cierre exclusivamente teniendo en cuenta solo los aspectos biomédicos de la enfermedad. Las dificultades encontradas en el mundo, principalmente en países menos favorecidos, son factor determinante o agravante en la aparición de TB. Considerando el impacto producido por las malas condiciones socioeconómicas y sanitarias como



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov. BA. Argentina

la pobreza, inequidad, hacinamiento, falta de empleos dignos, desnutrición, adicciones y otros agravantes determinan que la situación epidemiológica no será controlada fácilmente.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial presenta ITBL. Es claro que no todas ellas van a padecer TB, sólo entre un 5 y 10 % lo hará a lo largo de su vida. De ellos el 80% la desarrollará dentro de los 2 primeros años, persistiendo el riesgo aumentado durante los primeros 5 años.

En la mayoría de las personas la infección por *M. tuberculosis* es inicialmente contenida por el sistema inmune y permanece en estado latente, pudiendo reactivarse con posterioridad, especialmente cuando se produce una disminución en la respuesta inmune celular. En ese momento la persona con infección activa se convierte en una fuente de nuevas infecciones. Existen varios grupos de pacientes con mayor riesgo de reactivación tuberculosa, entre ellos, pacientes infectados con VIH, los insuficientes renales, diabéticos, con silicosis, sometidos a tratamiento inmunosupresor incluidos los que reciben fármacos anti-TNF alfa, neoplásicos, desnutridos, con trastornos malabsortivos, entre otros.

Quienes asistimos a enfermos con TB confirmamos con frecuencia la vinculación existente con familiares que, meses o incluso años antes, han presentado una TB pulmonar con baciloscopia positiva al esputo (forma clínica que es mayoritariamente la fuente de diseminación de la patología). Es factible sospechar e incluso detectar a esos pacientes antes que presenten algún síntoma y prevenir la enfermedad. Por supuesto que el tratamiento preventivo (quimiopprofilaxis -QP-) no es inocuo, requiere su mantención durante un tiempo prolongado y el buen cumplimiento del mismo para que sea eficaz. Por lo cual se requiere un seguimiento de la QP durante los meses estipulados de tratamiento.

El secreto de esta estrategia pasa por la buena identificación de los casos que tengan mayor riesgo de enfermar, menos posibilidades de efectos adversos al tratamiento y mejor cumplimiento del mismo, dado que la realidad muestra que la adherencia a este procedimiento no es muy elevada. Esta pérdida de continuidad no solo produce una disminución en la eficacia del método, sino que también conlleva el riesgo de generar una resistencia del bacilo al fármaco utilizado.

El Consultorio de Control de Contactos de TB está orientado principalmente a la asistencia de familiares o convivientes que manifiesten una exposición relativamente prolongada a un caso de TB, sus objetivos son:

- Identificar las personas que estuvieron expuestas al bacilo de la TB,
- Diagnosticar si han desarrollado una enfermedad tuberculosa activa (en investigaciones minuciosas se detecta un 5% de TB activa a partir de los contactos, sin presentar manifestaciones clínicas que lo lleven a la consulta),
- Detectar una infección tuberculosa latente;
- Tratar precozmente a los enfermos que han desarrollado una TB activa,
- Tratar a los portadores de ITBL que lo requieran luego de descartar fehacientemente patología específica en activa;



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini

episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS

Calles 27 y 70. La Plata. Prov. BA. Argentina

- Reconponer la cadena de transmisión de la infección tuberculosa para identificar al verdadero Caso Índice (CI).

En primera instancia se estudian todos los contactos, cualesquiera sean la localización y la categoría diagnóstica de la enfermedad del CI. Tienen prioridad los contactos convivientes o con exposición mayor a 30 horas semanales a pacientes con TB pulmonares D+. Estadísticamente se calcula que, en promedio, por cada CI se registran entre 4 a 6 contactos cercanos con exposiciones riesgosas.

Además, hay que tener en cuenta que existen grupos de personas expuestas con un riesgo mayor de ITBL, entre los que se encuentran al equipo de salud, fuerzas de seguridad, personas privadas de libertad, etc. Expuestas a múltiples fuentes contagiantes sin saber de esta eventualidad.

Si bien el estudio de este tipo de pacientes generalmente no requiere ningún examen complementario muy sofisticado (básicamente PPD, RxTx, Baciloscopía y rutina de laboratorio), la metodología sistemática de la evaluación, la identificación de candidatos para QP y el control metódico y riguroso mantenido durante no menos de 6 meses pudiendo extenderse hasta 2 años, son los pilares de esta estrategia de intervención.

A cargo del Servicio de Epidemiología Hospitalaria del Hospital San Juan de Dios de La Plata se ha reabierto el Consultorio de Control de Contactos TB. El mismo funciona los días lunes, martes, jueves y viernes a partir de las 10:00 hs. Se reciben contactos de pacientes de cualquier Establecimiento Sanitario, tanto público como privado. El único requisito para su derivación es que se detallen algunas características del CI como son: la forma clínica, bacteriología, tiempo de evolución de los síntomas y fecha de inicio de tratamiento, y si los tuviera, resultados de las pruebas de sensibilidad.

SECCIÓN SERVICIO SOCIAL

DISCAPACIDAD DESDE EL ENFOQUE SOCIAL SERVICIO SOCIAL

RESIDENCIA DE TRABAJO SOCIAL

En este artículo pretendemos reflexionar en torno a la *discapacidad* desde la intervención del *Trabajo Social*, singularizada en la experiencia de nuestra disciplina en el Servicio Social del H.I.E.A. y C. "San Juan de Dios" de La Plata.

Partiremos de conceptualizar la problemática, confrontando diferentes enfoques teóricos, dando cuenta a su vez de aquel que sustenta nuestras prácticas cotidianas.

Para tal fin intentaremos recuperar y analizar los espacios y experiencias concretas que transitamos a diario, dando cuenta además, del atravesamiento de las Políticas Públicas que condicionan nuestra intervención y los desafíos que se generan a partir de estas.

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la *discapacidad*, que abarcan ámbitos como la filosofía moral, la política, la sociología y la bioética, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones políticas y en la construcción del imaginario social en torno a la *discapacidad*. Estas diferentes maneras, formas o modelos de entender la *discapacidad* no sólo han repercutido en las



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

respuestas institucionales y sociales que se han dado sino también en los condicionamientos que estos modelos han ejercido y ejercen en la propia construcción de la identidad de las personas con discapacidad.

DISTINTOS ENFOQUES SOBRE EL TEMA.

MODELO PRESCINDENCIA

En este primer modelo, definido como prescindencia, el origen de la *discapacidad* tiene motivo religioso. Las personas con discapacidad (PCD) son una carga para la sociedad (no tienen nada que aportar a la comunidad, albergan mensajes diabólicos, son la consecuencia del enojo de los dioses). Por estos motivos, la sociedad decide prescindir de estas personas situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia. Se entiende en este modelo que las vidas de las personas con discapacidad no merecen la pena de ser vividas.

MODELO MEDICO

Desde un segundo modelo, surgido después de la II Guerra Mundial, principalmente definido como médico-rehabilitador, las causas que originan la *discapacidad* no son religiosas sino científicas. Se alude a la *discapacidad* en términos de salud o ausencia de enfermedad.

El concepto prevalente en nuestra sociedad es que la *discapacidad* es un problema de salud que aqueja a individuos. Revela la común confusión entre *discapacidad* y enfermedad. Desde la medicina se ha tendido a pensar la discapacidad como originada en una enfermedad y, secundariamente en una lesión. No es casual que el organismo internacional que se ha ocupado históricamente del tema haya sido la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que durante años haya enfocado la problemática desde lo que se conoce como modelo médico de la *discapacidad*. Y desde este modelo, la tarea prioritaria con relación a las PCD concierne al restablecimiento de su salud, gracias a lo cual se supone dejarían de ser PCD y pasarían a ser personas "comunes y normales".

Desde este enfoque se conceptualiza a la *discapacidad* como algo que le acontece al individuo, primero a nivel patológico y luego, en las supuestas consecuencias de dicho estado patológico en función de un quehacer esperado para finalmente categorizarlo como una desventaja que limita o impide el desempeño de un rol.

En esta conceptualización se habla de lo que le acontece a un individuo, no a un grupo social. La mirada es tradicionalmente médica, desde la clínica y por cierto ni epidemiológica y menos aún social. Y, por ende, todo lo que pueda pensarse sobre la problemática estará y de hecho está limitado por dicho enfoque.



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

MODELO SOCIAL

El modelo médico de la *discapacidad* queda encerrado en una paradoja irresoluble dentro del modelo mismo. Se le plantean desafíos, preguntas para los cuales aparentemente no tiene respuesta.

Y es a partir de darse cuenta de esto, por parte de las mismas PCD, las afectadas, que fue surgiendo desde sus necesidades no-atendidas una mirada diferente de su problemática, una mirada que se ha dado en llamar el *modelo social* de la discapacidad.

Este modelo considera que las causas que originan la *discapacidad* no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales (por la manera en la que se encuentra diseñada la sociedad). No son las limitaciones individuales el centro del problema sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la misma. Esto no supone negar el aspecto individual de la *discapacidad* sino situarlo dentro del contexto social.

Para ejemplificar tomemos el caso de una persona con una *discapacidad* física, que necesita una silla de ruedas para trasladarse, pero además precisa veredas en buen estado, rampas con pendiente suave y ascensores u otros medios para desniveles importantes. Es decir, por una parte, existe la limitación física, la observable en el cuerpo y en el andar, y por otra, los obstáculos que impone el entorno físico construido según convenciones sociales. Y es justamente ahí donde se hace presente la *discapacidad*: en aquello a lo que no puede acceder, de lo que queda excluido.

La *discapacidad*, que aparece como atributo personal, se materializa –en este caso– en la vereda, en la escalera, en la ausencia o el mal diseño de pasamanos, rampas y ascensores, y en la ausencia de transporte público accesible y se expresa socialmente en la ausencia de múltiples ámbitos que no podemos compartir.

INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Desde el *Servicio Social* del H.I.E.A. y C. “San Juan de Dios” adscribimos al *enfoque social* de la *discapacidad* para abordar la problemática. Si bien en los orígenes del servicio éste tuvo influencias de los marcos teóricos higienistas imperantes en la época (década '50), desde la década del '80, nuestra disciplina viene deconstruyendo dicha mirada y generando prácticas enmarcadas en lo que luego se conoce como enfoque social de la *discapacidad*.

Coincidiendo con Eduardo Joly partimos de considerar a la *discapacidad* como una construcción social, algo que se va construyendo a diario por medio de las decisiones o interacciones sociales. La *discapacidad* no es un atributo personal, sino una realidad que se hace presente cuando nos encontramos con obstáculos físicos, culturales o ideológicos que dificultan las relaciones sociales.

Es desde esta concepción y desde la *perspectiva de derechos* que trabajamos por el acceso a la atención y a una vida inclusiva de las PCD teniendo como marco constitucional la Convención Internacional de Discapacidad que desde el año 2006 establece que las personas con discapacidad tienen



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov. BA. Argentina

derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad. La protección de la salud, el derecho al trabajo, a una vida digna, a la educación, a la cultura, a la recreación y al deporte y a los derechos sociales, políticos y culturales son inherentes a la condición de personas.

Desde la disciplina de *trabajo social* trabajamos con esta problemática interviniendo en las Salas de Internación, en la atención de Consultorio de Demanda Espontánea, en la promoción y efectivización de las leyes que enmarcan esta temática, como así también en las Juntas Interdisciplinarias de Evaluación de Discapacidad.

En relación a esto último es necesario mencionar que mediante Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 675 de mayo del 2009 se aprueba el Certificado Único de Discapacidad (CUD) y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad para todo el territorio nacional.

Durante el año 2011, por un acuerdo entre el Servicio Nacional de Rehabilitación y la Provincia de Buenos Aires, se realizaron capacitaciones para la implementación del CUD en los distintos Hospitales y municipios. En la ciudad de La Plata se designa para tal fin a los Hospitales Públicos.

En el H.I.E.A. y C. "San Juan de Dios" se realizó el primer CUD en enero de 2012, iniciando de este modo un proceso de evaluación interdisciplinaria del cual el Servicio Social forma parte desde el inicio.

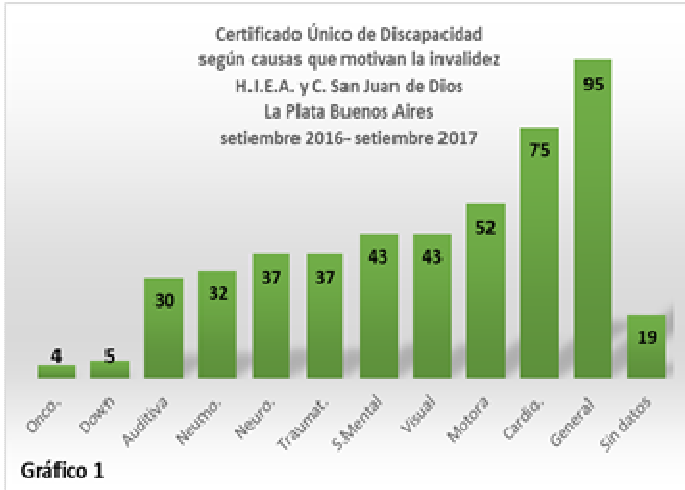
Para el *Trabajo Social* participar de ese espacio implica un desafío permanente ya que nos da la posibilidad de poner en juego nuestra mirada y posibilitar el dialogo con otras disciplinas en pos de abordar la *discapacidad* de forma integral, otorgándole a la persona un lugar de sujeto activo con respecto a la forma de llevar adelante su condición, independientemente de cual fuere el resultado de la evaluación.

Simultáneamente desde la atención por Consultorio Externo de *Servicio Social* se comienza a realizar la orientación a los usuarios para la futura evaluación concibiendo este espacio, no desde lo burocrático como la mera entrega de planillas, sino considerando este momento como una oportunidad de encuentro y escucha en donde puedan emerger otras problemáticas plausibles de ser abordadas desde nuestra disciplina.

Los datos que se presentan a continuación surgen a partir de las orientaciones realizadas en el periodo septiembre 2016 al mismo mes de 2017 y nos sirven para graficar lo dicho anteriormente, lo cual tomamos como elemento para pensar el escenario que presenta la problemática.

En el transcurso de un año se asistieron 421 consultas, de las cuales correspondieron al sexo masculino el 53,7% (226) y al femenino el 46.3% (195).

De los datos observados se puede inferir que la mayoría de las personas entrevistadas presentan una problemática de salud heterogénea con pluripatología (95), consignada bajo la denominación de "general", que incluyen entre las más frecuentes patologías gastrointestinales, diabetes, etc. Entre las causas únicas que motivan limitaciones se encuentran en orden de importancia la problemática de salud cardiológica que registró 75 casos, luego las causas que limitan la movilidad de las personas con 52 registros, salud mental y visual, cada una con 43 casos, entre otras. (Gráfico 1).



Otro dato importante respecto a los pacientes que se acercan al asesoramiento es su procedencia. La gran mayoría estaba domiciliada en La Plata o Gran La Plata. Cuando corresponden a otras localidades, se las orienta para que puedan acceder a la Junta Evaluadora más cercana a su domicilio. (Gráfico 2)

Con este análisis intentamos demostrar el incremento de consultas

respecto de la *discapacidad* a partir de la implementación del CUD, dando cuenta de la existencia de una problemática que permanecía invisibilizada y que adquiere relevancia sanitaria a partir de las consultas que revelan los datos presentados.

Certificado Único de Discapacidad según localidad de procedencia H.I.E.A. y C. San Juan de Dios La Plata Buenos Aires setiembre 2016- setiembre 2017

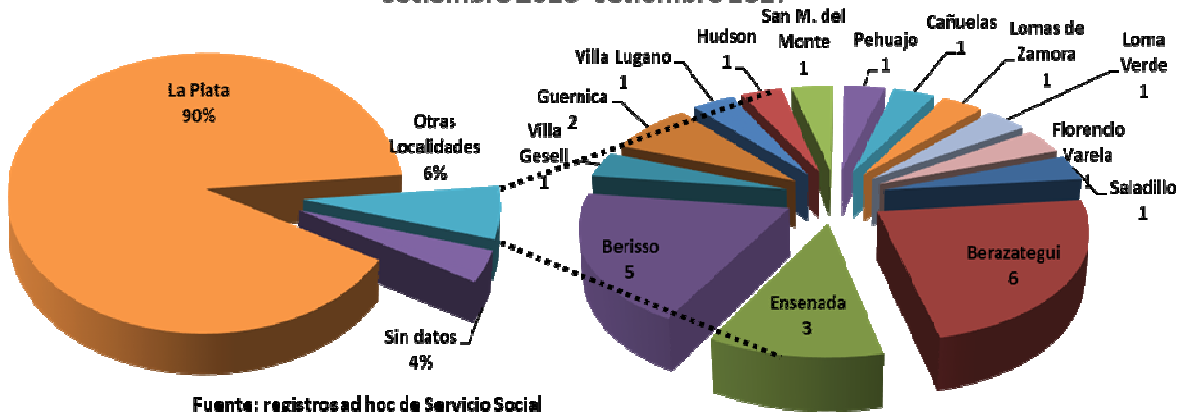


Gráfico 2

El acceso al CUD, en el marco de diversas dificultades que las personas van encontrando para su atención y ante requerimiento del mismo como requisito excluyente, se transforma en una herramienta para garantizar determinados derechos, tales como pase libre de transporte, cupos laborales, cobertura total de obras sociales (medicación, geriátricos, insumos, prótesis, rehabilitación, hospital de día, transporte), etc.

Estas situaciones nos plantean la necesidad de producir respuestas que no se agotan en el acceso al CUD, sino que por el contrario nos demandan, para quienes acceden al certificado, generar una serie de respuestas y acciones articuladas para hacer que este sea un facilitador de atención y en la vida cotidiana de esa persona y, por otro lado, para quienes no se enmarcan en los criterios que definen



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS 
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

discapacidad, el desafío como Servicio implica que nos situemos en la búsqueda de recursos y canales institucionales que puedan brindar atención a la problemática.

Para concluir, podemos decir que, en tanto entendemos a la *discapacidad* como construcción social, pensamos que las respuestas institucionales pueden constituirse en reproductoras de la misma o, por el contrario, pueden acompañar en cuidados que favorezcan procesos donde se visibilice la problemática basándose en los derechos humanos, especialmente en el principio de autonomía, intentando participar como profesionales de la salud en la producción de prácticas inclusivas que garanticen la equidad en el acceso.

BIBLIOGRAFIA

- BERLINGUER, Giovanni. La Enfermedad. Capitulo III. La enfermedad como diferencia. Lugar Editorial. Buenos Aires 1994.
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ONU.2006
- JOLY, Eduardo (2007) La Discapacidad: Una construcción social al servicio de la economía.
- JOLY, Eduardo. Discapacidad y empleo Por el derecho a ser explotados. Le Monde diplomatique / el Dipló / Octubre 2008.
- JOLY, Eduardo. Intervención de, MA en Sociología. Integrante de REDI – Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (rediderechos@yahoo.com.ar), Presidente de Fundación Rumbos (ejoly@rumbos.org.ar). Congreso de Países del Mercosur sobre bioética y Derechos Humanos. Tema: El Derecho a la Salud. Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Cátedra Libre de Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA. BIO&SUR Asociación de Bioética y Derechos Humanos 3 de diciembre de 2010. Salud integral de las personas con discapacidad.
- MUYOR RODRIGUEZ, Jesús. La (Con) Ciencia del Trabajo Social en la Discapacidad: Hacia un Modelo de Intervención Social basado en derechos. En www.trabajosocialmalaga.org número 49. Profesor - investigador Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Almería publicado