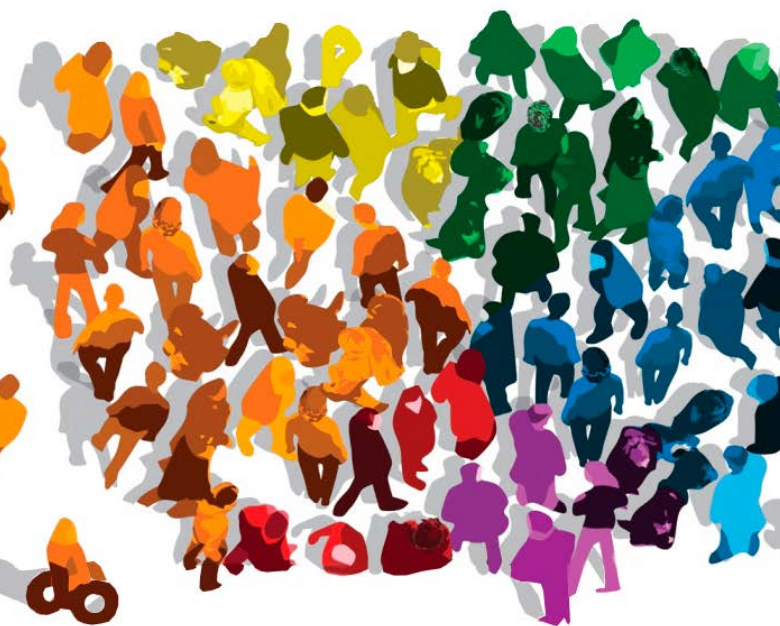


AGENDA DE LA SALUD PÚBLICA ARGENTINA

ENFOQUES,
EXPERIENCIAS E
INVESTIGACIÓN

Ana Rita Díaz-Muñoz
-EDITORA-



SIT SCHOOL FOR
INTERNATIONAL
TRAINING

EDICIONES
ISALUD

Díaz-Muñoz, Ana Rita

Agenda de la salud pública argentina: enfoques, experiencias e investigación / Ana Rita Díaz-Muñoz. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : ISALUD, 2021.
390 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-9413-78-4

1. Salud Pública. 2. Administración. 3. Medicina. I. Título.
CDD 362.10982

ISBN 9789979413784

Diseño y Producción: grupouno.com.ar ediciones | info@grupouno.com.ar

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723

Todos los derechos reservados

Impreso en la Argentina, 2021

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de los editores.

Asimismo, este libro refleja exclusivamente la opinión de sus autores. Su publicación no implica necesariamente que la Universidad ISALUD ni sus autoridades compartan los conceptos u opiniones en él vertidos

UNIVERSIDAD ISALUD

Venezuela 931 - (1095)

C.A.B.A. | Argentina

Tel/Fax 011-5239-4000

www.isalud.edu.ar

 EDICIONES
ISALUD

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
PREFACIO	9
BREVE INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS	13
CAPITULO 1 LA TEORÍA ECONÓMICA Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL: UNA CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS <i>Alan B. Cibils</i>	17
CAPITULO 2 EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DE SU DESARROLLO <i>Ana Rita Díaz-Muñoz - Mónica Levcovich - María Eugenia Royer</i>	41
CAPITULO 3 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA BÚSQUEDA DE SALUD PARA TODOS <i>Valeria Lliubaroff</i>	117
CAPITULO 4 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CLAVE TERRITORIAL: UNA EXPERIENCIA DESDE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA <i>Cecilia Molina</i>	141
CAPITULO 5 REDES, TELESALUD Y COMUNICACIÓN A DISTANCIA: UNA PRÁCTICA FEDERAL EN SALUD PEDIÁTRICA <i>Florencia Ugo - Antonio Luna</i>	163
CAPÍTULO 6 ¿ES POSIBLE HABLAR DE SALUD “MENTAL”? UN INTERROGANTE SOBRE LA NOCIÓN DE SALUD MENTAL Y EL PARADIGMA SUBYACENTE. <i>Lucia Quiroga - Pilar Neira</i>	183

CAPÍTULO 7 **199**
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS DE SU PROMOCIÓN

María Nair Tordo - Silvia Gascón

CAPÍTULO 8 **231**
INEQUIDADES EN SALUD: EL CASO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL EN LA ARGENTINA

Daniela Guberman - Mariana Romero

CAPÍTULO 9 **267**
MALTRATO, VIOLENCIAS Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. APORTES PARA LA PREVENCIÓN

Alejandro Capriati - Ana Clara Camarotti

CAPÍTULO 10 **289**
APORTES PARA LA INVESTIGACIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Sebastián Sustas

CAPÍTULO 11 **307**
ABORDAJES Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ARGENTINA

Romina Ramírez

CAPÍTULO 12 **333**
INVESTIGACIÓN EN IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MISIONES

Martín Gustavo Langsam - Martín Hernán Di Marco

CAPÍTULO 13 **361**
IMPACTOS SOCIALES, SANITARIOS Y AMBIENTALES DEL AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN BARRIOS POPULARES DE BUENOS AIRES

Melina Tobías - Soledad Fernández Bouzo

PRESENTACIÓN

Un libro que encierra el verdadero objetivo de nuestra universidad: TRANSFORMAR EL PENSAMIENTO EN ACCIÓN.

Este libro es resultado de un proyecto colaborativo entre quienes forman parte de las tareas educativas del Programa Salud Pública en Ambientes Urbanos Argentina, que se desarrolla en la Universidad Isalud, en un convenio con SIT Study Abroad de la Fundación World Learning Argentina y capitaliza conocimientos, experiencias y trayectoria de diversos profesionales en el campo de la salud. En ese sentido, da cuenta de la importante contribución de nuestra Universidad a la educación en el país y a nivel internacional, como un proyecto único que reúne a decisores y hacedores de la salud pública en la Argentina, presentes a lo largo y ancho del país trabajando en las más diversas tareas en este campo, promoviendo salud, asistiendo, investigando, traduciendo sus conocimientos a fundamentos para políticas públicas. En esa misma línea, el libro es resultado de una producción académica comprometida con la acción, investigación y enseñanza guiada por el desafío de aportar una mirada crítica, abogar por una salud pública más equitativa e inclusiva, y en definitiva conseguir una Argentina más justa.

Sintetiza aportes de diversas disciplinas y enfoques teórico-metodológicos y visibiliza experiencias y prácticas de lo más diversas que se desarrollan a lo largo del territorio: desde la gestión de las políticas del estado, las enseñanzas-aprendizajes en las aulas de universidades, la tarea de investigadores, de profesionales de salud en diversos ámbitos y niveles y de agentes de la comunidad que producen salud en lo cotidiano.

El libro intenta presentar una Interpretación de la “Agenda de Salud Pública” que interpela la diversidad en las problemáticas de salud abarcadas en ese concepto. Las temáticas fueron seleccionadas no solo por su

probabilidad de ocurrencia sino también por la necesidad y pujanza por ser incorporados en las agendas de salud pública y de investigación que las han explorado o reconocido menos como componentes de ellas además de brindar una visión de temas que desde las propias comunidades se consideran que necesitan urgente resolución.

En este sentido constituye un aporte fundamental en un momento en el cual la pandemia dejó al desnudo fortalezas y debilidades de nuestro sistema de salud, tantas veces citadas, como poco escuchadas. Entre las primeras encontramos una certeza tranquilizadora: aun deteriorado y sobreexigido por una emergencia para la que no estaba preparado, el sistema público y privado de salud conserva grandes reservas de profesionalismo y calidad humana y pese evidentes fragilidades, ofrece respuesta y contención, y especialmente, mujeres y hombres que, aun exhaustos, sin la retribución que merecen, ni todas las herramientas que necesitan actúan con solvencia, entrega, sensibilidad y compromiso.

Y frente a ellas quedaron descarnadamente expuestas las fragilidades en la formación, distribución y condiciones de trabajo del recurso humano; la debilidad de un poder de rectoría jaqueado por una fragmentación territorial devenida de nuestra organización federal, la anárquica organización del sistema de seguridad social y la deficiente regulación del sistema privado, sin casi ninguna integración en redes, que unida a la brutal segmentación de las fuentes de financiamiento colocan al sistema en una crítica situación. En la paradoja de un sistema ubicado entre los de mayor gasto total en salud de América Latina, pero casi técnicamente quebrado en cada uno de sus subsistemas; con un aporte fiscal que resulta uno de los más bajos de la región, y hoy pretende desde ese lugar arrogarse la conducción del mismo, con la ética turbidez de exigirle a las entidades de seguridad social y medicina privada, el cumplimiento de un plan de beneficios que el propio estado no cumple.

Así, el sistema, uno de los de mayor nivel de cobertura de la región, pero profundamente inequitativo, exige reformas sustanciales, y en el marco de una sociedad escindida por “la grieta” y con un marcado desinterés y desconocimiento de sus líderes políticos, este libro aporta miradas fundamentales sobre temas relevantes articulando la investigación con experiencias en territorios. Utilizando perspectivas interdisciplinarias y desde abordajes originales recupera de la voz de las personas que sufren las problemáticas y

valora la participación comunitaria.

El libro es un ejemplo del marco universitario que ofrece Isalud, abriendo sus puertas para conformar una especial experiencia de una comunidad educativa única, privilegio del cual disfrutaban los estudiantes que participan del programa.

No me cabe ninguna duda que este material servirá de orientación y motivación para aquellas personas que se inician en la investigación y en el trabajo en el campo de la salud pública, e interpelará a la comunidad en su conjunto, y no solo a los expertos también cuestionará el concepto de salud pública y aportará a su reinvencción frente a las múltiples crisis que estamos atravesando, humanitaria, sanitaria, ecológica. Tiene también el enorme valor de reflejar la pasión por aprender y aprehender la realidad de nuestro país, desde una mirada externa, y una perspectiva cultural diferente. Desde ella, muchas veces se descubren significados implícitos o miradas censuradas y evidencian y ponen en valor algunas cuestiones naturalizadas o aportes no adecuadamente reconocidos en la práctica, y especialmente el hecho de que más allá de las innumerables dificultades e imprescindibles reformas, en Argentina la salud es considerada un derecho y los servicios son accesibles para todos.

Para nuestra universidad, y para mí como rector constituye un honor formar parte de esta magnífica experiencia.

Ruben Torres
Rector Universidad Isalud

PREFACIO

Este volumen es una celebración de la educación internacional y la investigación colaborativa reflejada en la asociación entre School for International Training (SIT) y la Universidad Isalud, a través de la participación directa del programa semestral de “Salud Pública en Ambientes Urbanos” y del nuevo programa de verano en Buenos Aires, “Epidemiología y Gestión de Servicios de Salud”. Si bien la pandemia actual ha amplificado la retórica del escepticismo sobre la movilidad, la próxima frontera para la educación internacional es un “plan de estudios que enfatice el desafío del siglo XXI de trabajar a través de las fronteras” (Fischer, 2021). Como aclara con fuerza Michael Osterholm, director del Centro de Investigación y Política de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Minnesota, “una institución de educación superior no puede considerarse como tal si no comprende la importancia de la educación internacional” (citado en Fischer, 2021).

A través de la tutoría, el aprendizaje en el aula y en el terreno, las discusiones con compañeros locales y trabajadores de la salud, e incorporándose en el estilo de vida local, los estudiantes de este programa de Salud Pública SIT en Argentina pueden desarrollar habilidades de pensamiento crítico que -junto a sus aprendizajes- aplicarán en un proyecto de investigación independiente o pasantía, comprometido con la participación en la comunidad, que les aportará a su formación académica y social. Su experiencia no sólo valida los resultados de la práctica educativa de aprendizaje a partir de la experiencia de gran impacto, sino que también proporciona información sobre cómo las comunidades de investigación de pregrado desarrollan culturas epistémicas para cuestionar los paradigmas de investigación dominantes y dar forma a nuevos modelos de aprendizaje ético basados en la investigación. Los artículos de este volumen integran aportes de los estudiantes y los muestran plenamente comprometidos con la exploración de estrategias de investigación alternativas mediante la reconfiguración del papel de la emoción, la propia posicionalidad y la experiencia de la “otredad” y la “diferencia”.

A través del compromiso con el trabajo de campo, la conexión emocional consigo mismos y con las estructuras sociales más amplias, a través de la

de esquemas de poder y procesando la incomodidad emocional y la vulnerabilidad a las que los expone esta experiencia educativa, y sin perder de vista los principios éticos, los investigadores de pregrado de SIT en el programa de Salud Pública y Ambientes Urbanos participan en la creación de condiciones que propician comunidades diversas e inclusivas. Su interacción con el campo parece basarse en la autoetnografía y la interseccionalidad, dos de los paradigmas de investigación más convincentes. Mientras que la autoetnografía configura un espacio para el investigador entre el intelecto y la pasión y hace uso del yo para enfrentarse a los complejos y serios problemas globales en evolución, valores culturales, estructuras e historias, la interseccionalidad atiende a las múltiples identidades entrelazadas como la raza, clase y género que se sitúan dentro de las estructuras de poder. Ambas estrategias se sustentan en un modo de pensamiento que opera en múltiples campos de investigación y da lugar a una reflexión que cuestiona ideas preestablecidas y convierte a los estudiantes de investigación en creadores de conocimientos innovadores, interrogadores de su propio privilegio individual y colectivo, y les permite convertirse en ciudadanos globales comprometidos.

Este volumen es contrapuntístico. Se trata tanto de la relevancia de la educación internacional como de la urgencia de un sistema de salud mundial más inclusivo y equitativo. Los sistemas internacionales de educación y de salud han estado bajo presión mucho antes de la pandemia de COVID-19 debido a un sistema de estratificación que discrimina a poblaciones desfavorecidas y deja al aprendizaje y a la atención médica dentro de los límites de una lógica consumista y un lenguaje de la otredad. La pandemia mundial en curso complica la sostenibilidad de los paradigmas de educación y de atención médica existentes, pues restringe la movilidad, socava los sistemas económicos nacionales y mundiales y deja al descubierto las trampas de los sistemas de salud que responden más a la lógica del mercado y la industria que al bienestar de las poblaciones mundiales. El contexto de la pandemia de COVID-19 y los movimientos de justicia social locales y globales brindan la ocasión de replantearse los sistemas y políticas internacionales de educación y salud a través de la óptica de cambios transformadores que inciden en el tejido social, económico y político y en el sistema de relaciones internacionales.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 hemos visto una carrera feroz y egoísta por la compra de vacunas, un retorno contundente del esta-

do como actor central en la organización social, económica y política, una situación cercana al colapso de la salud y la educación en todo el mundo, familias y comunidades devastadas que de la noche a la mañana perdieron sus fuentes de ingresos. Esta pandemia también ha puesto al descubierto las limitaciones del sector privado y ha demostrado su incapacidad (y falta de voluntad) para sustituir el apoyo del gobierno. A medida que el sector privado se retira, las poblaciones mundiales (y el capital) recurren al estado benevolente en busca de rescate. Paralelamente, han surgido resistencias desde abajo, se han construido solidaridades colectivas más allá de las diferencias sociales y se han hecho llamamientos urgentes para un mundo más inclusivo, equitativo y sostenible. Visto desde la óptica de la metáfora del terreno baldío (“parcela baldía”) de Sola-Morales, la crisis engendrada por la pandemia parece un “no-espacio”, un momento suspendido que cuestiona la linealidad y la matriz omnipresente de la modernidad y ofrece un espacio a un tipo diferente de intercambio epistémico.

Este volumen se basa en lo que Willis (2007) denomina “la imaginación etnográfica”. En las contribuciones se utilizan datos etnográficos y supuestos teóricos de modelos inclusivos y equitativos de sistemas de salud. Se basa tanto en las conclusiones interpretativas de análisis de datos de campo como en supuestos conceptuales fundamentados en nuevas epistemes y nuevos modelos de sistemas de salud. Las áreas cubiertas incluyen sistemas y políticas de salud, salud mental, salud materno-infantil, violencia sexual contra niños y niñas, suicidio de adolescentes e impactos del aislamiento debido al COVID-19 en las personas de los barrios populares de Buenos Aires. Las contribuciones también incluyen narrativas de atención, envejecimiento activo y el caso innovador del programa de telesalud pediátrica que brinda consultas y seguimiento remoto de pacientes. Los estudios abarcan enfoques de fronteras interdisciplinarias que se relacionan con el afecto y la cognición, la salud y el bienestar mental, la atención urbana y la atención en lugares remotos e intervenciones estatales y comunitarias. En todo momento, el objetivo subyacente de los investigadores es explorar la interfaz en red entre territorialidad, acceso a la salud y proyecciones para sistemas de atención inclusivos. Si, como concluye Rosenberg (1992: 287), “las epidemias... siempre han brindado ocasión para el juicio moral retrospectivo”, los colaboradores de este volumen exhortan a los estados, profesionales de la salud e investigadores a pensar en un enfoque basado en los derechos humanos para la asistencia sanitaria y los sistemas de salud accesibles, inclusivos

y equitativos para todos.

Said Graiouid
Dean of Faculty
School for International Training

Referencias

Fischer, Karin. (2021). You Don't Know What You Had. *Latitude(s)*, February 21. Accessed: <https://www.getrevue.co/profile/latitudes/issues/making-the-case-edition-381841>

Rosenberg, Charles E. (1992). *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sola-Morales, Ignasi de. (1995). Terrain Vague. In Anyplace, Cambridge, MA: The MIT Press. Willis, Paul. (2007). *The Ethnographic Imagination*. Cambridge. Polity Press.

BREVE INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Con la perspectiva de la educación basada en la experiencia, el programa “Salud Pública en Ambientes Urbanos”, desde el año 2012, ofrece a estudiantes de grado de los Estados Unidos la oportunidad de conocer la situación epidemiológica y la realidad del sistema de salud de nuestro país a través de la teoría, la exploración en el terreno y la investigación. A lo largo de este tiempo el equipo del programa, los docentes, colaboradores e instituciones que formamos parte de esta propuesta educativa nos hemos constituido en una red tejida con la solidez del reconocimiento, la valoración y el afecto que inevitablemente fluyen cuando se comparten generosamente conocimientos, ideales, visiones, consensos o disensos, siempre con la mirada puesta en aportar a la formación de pensamiento crítico de futuros profesionales involucrados con la salud pública. Este libro constituye un fiel reflejo de este trabajo colaborativo.

Desde la visión del programa, pensar la “Agenda de la Salud Pública” implica intentar develar la dinámica política del “campo de la salud” en la que confluyen distintos actores con distintos intereses, recursos y diferentes grados de poder y, consecuentemente, diferente capacidad de definir prioridades y asumir decisiones en torno las cuestiones que deben ser asumidas por el Estado a través del diseño y gestión de las políticas de públicas para dar respuestas a las necesidades de salud de la población. Con esta mirada, los trabajos seleccionados y presentados en este libro buscan dar cuenta de un amplio abanico de actores, voces más o menos escuchadas, con demandas con mayor o menor nivel de estructuración, cuyos problemas se encuentran validados como temas de Agenda o pugnan por ser incorporados en ella.

El conjunto de temas que se abordan son entonces un reflejo de la diversidad del campo de la salud pública y, al mismo tiempo, están atravesados por enfoques comunes: el de derechos y la equidad como criterios rectores de la atención, promoción y provisión de la salud.

El libro parte de interrogar los principios básicos que deberían guiar la formulación de políticas económicas, sociales y de salud, contrastando la perspectiva de la economía neoclásica (neo-liberal o dominante) y el enfoque de derechos, como un marco superador. Siguiendo esa línea, en sucesi-

vos capítulos se analizan las reglamentaciones que avanzan sobre la salud sexual y reproductiva, los derechos de niños, niñas, adolescentes y las personas mayores y se analizan los desafíos para la inclusión de la perspectiva de derechos, género y equidad en la prestación de servicios.

Comprendiendo la necesaria articulación entre la epidemiología y el diseño de políticas y programas de salud, se presenta un cuadro actualizado del perfil epidemiológico de la población argentina y una aproximación general del desarrollo del sistema de protección social y de atención de la salud en el país, así como los desafíos que enfrenta para ofrecer acceso universal.

Se analiza la implementación de políticas, programas y experiencias concretas como el desarrollo de la atención primaria y la organización de la atención en redes de servicios, estrategias clave para lograr ampliar el acceso y hacer más eficiente el uso de recursos. Entre otros ejemplos, el trabajo de la Oficina de telesalud del Hospital Garrahan que refleja una estrategia de respuesta institucional para acercar los servicios a la población y a los profesionales entre sí, las transformaciones en los dispositivos para la atención del consumo problemático de drogas que instan a involucrar la participación comunitaria, los Centros de día para adultos mayores que trabajan para lograr un envejecimiento activo y saludable.

Se enfatiza también el enfoque territorial en la planificación de intervenciones sanitarias. En este sentido se analizan diversas estrategias de trabajo puestas en marcha como la labor de los equipos intersectoriales de OSEP, el destacado trabajo de los agentes sanitarios en distintas provincias, de los equipos de salud que trabajan en la detección temprana del cáncer colorrectal, de los equipos interdisciplinarios que trabajan la salud mental orientados por la nueva Ley, y de los trabajadores de los CAPS y miembros de la comunidad que trabajan para reducir los impactos sociales, sanitarios y ambientales del aislamiento obligatorio en barrios populares.

Asimismo, a lo largo del libro se analizan especificidades con relación a distintas poblaciones y problemáticas - mortalidad materno-infantil, envejecimiento poblacional, daños en la adolescencia (suicidios), abuso infantil, cáncer y distintas vulnerabilidades- desde el marco de los determinantes sociales que permite evidenciar la existencia de grandes inequidades en relación con los factores que condicionan los estados de salud y enfermedad.

Se abordan realidades complejas que requieren múltiples miradas y se privilegian las más innovativas. Como ejemplos, se corre la mirada jurídica

o psicológica o el “de eso no se habla” para abordar el abuso infantil como problema social; se sostiene el aporte de la investigación cualitativa al estudio del suicidio, clásicamente abordado desde lo cuantitativo; se piensa el envejecimiento como construcción social, lo cual permite abogar por un cambio cultural que revalorice la voz de los adultos mayores, sus visiones y necesidades, para la elaboración de políticas.

Abrazando el carácter transformador de la educación se presentan una mixtura de experiencias educativas y aprendizajes de los estudiantes en su exposición al trabajo de distintas instituciones del Estado y la comunidad en la prevención, promoción y atención de la salud. Así, se integran en sucesivos capítulos los aportes que desarrollan los estudiantes en su participación en las actividades en el marco del programa y especialmente en sus trabajos de investigación o pasantía con los que culminan su trayecto formativo en el país.

Queremos agradecer a todos y cada una de las personas e instituciones que han hecho posible la producción de este libro que canaliza los aportes del equipo y los docentes del programa en sus tareas de enseñanza y de investigación, comprometidos en lograr una salud más equitativa. En sus producciones traen la voz y las contribuciones de muchos otros hacedores de la salud pública en variados ámbitos del país: instituciones, trabajadores, estudiantes, y comunidades a quienes extendemos nuestro reconocimiento y profundo agradecimiento. Todos ellos brindan las más ricas lecciones en las que se habilitan saberes, motivaciones, militancias y emociones que se retroalimentan en el proceso de enseñanza, aprendizaje e investigación. El resultado es una experiencia única y comprehensiva de múltiples realidades, de variadas temáticas que se engloban en el concepto de salud pública y de vivencias muy cercanas sobre realidades sociales en las que la salud pública se conjuga en rostros humanos y en tiempo real.

Ana Rita Díaz-Muñoz
Directora Académica
School for International Training

CAPITULO 1

LA TEORÍA ECONÓMICA Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL: UNA CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Alan B. Cibils¹

INTRODUCCIÓN

La pandemia del covid-19 ha tenido múltiples efectos en casi todo el planeta. Entre otras cosas, la pandemia dejó expuesta la falacia de la “utopía del Estado mínimo”², en donde la educación, la salud y demás servicios públicos se han visto fuertemente debilitados luego de años de políticas de ajuste fiscal implementadas en el nombre de la eficiencia del mercado y las políticas macroeconómicas “sanas”. Las crisis agudas de salud pública, especialmente en aquellos países—centrales y periféricos—donde se han privilegiado “soluciones de mercado” por sobre la intervención del Estado, y la profunda crisis económica resultante de la pandemia ponen en cuestión los fundamentos del orden mundial basado en el neoliberalismo.

En efecto, una de las lecciones que la pandemia ya ha dejado es la importancia fundamental del Estado en la promoción y provisión de servi-

1 Investigador docente, Área de Economía Política, Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires, Argentina. Profesor del Seminario sobre “Sistemas de Salud, Políticas y Programas” del programa SIT: “Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos”. Una versión previa en inglés forma parte de los materiales de lectura obligatoria del Programa. El artículo ha sido publicado en la Revista de Investigación en Economía y Responsabilidad Social (RInERS) de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de la Matanza en diciembre de 2020. El autor agradece los comentarios de dos evaluadores/as externos/as, que contribuyeron a mejorar el texto original. Los errores que persistan son responsabilidad del autor.

2 Sojo (1991) usó este término para describir las políticas de la Agencia de Estados Unidos Para el Desarrollo en Costa Rica en los 80s.

cios fundamentales como salud, educación, vivienda, etc., y la importancia de las políticas de Estado en estas cuestiones. Adicionalmente, una amplia gama de académicos, políticos e instituciones internacionales han llamado a implementar políticas que divergen radicalmente del recetario neoliberal para hacer frente a los múltiples efectos de la pandemia. Incluso el Fondo Monetario Internacional (FMI), promotor de las políticas de ajuste por décadas, ha instado a los países a incrementar fuertemente el gasto público y los subsidios al sector privado, dejando de lado, por ahora, la habitual focalización excluyente en el déficit fiscal.³

Asimismo, se ha generado un intenso y rico debate sobre qué cambios serían deseables o necesarios implementar una vez superada la pandemia. En efecto, el claro fracaso de las políticas neoliberales en lo que mejorar la calidad de vida de las mayorías se refiere, ha resultado en muchos cuestionamientos y debates acerca de qué tipo de sistema económico debería reemplazarlo. En este sentido, la crisis económica y social presenta también una oportunidad para una evaluación profunda del neoliberalismo, su endeble sustento teórico, y su pésimo desempeño para las mayorías del planeta.

Es en este contexto que este trabajo se propone contribuir al debate a través de la pregunta: ¿cuáles deberían ser los principios que guían la formulación de políticas sociales y económicas? Para esto, se contrastan la perspectiva de la economía neoclásica (también conocida como ortodoxa, neoliberal o *mainstream* en inglés)—perspectiva hegemónica en la enseñanza de la economía en Argentina y el mundo—con el abordaje basado en los derechos humanos. El enfoque de la economía neoclásica proviene del ámbito universitario y, por lo tanto, se presenta como *científico* y objetivo. Aun así, su punto de partida no es la observación empírica de los hechos económicos de la vida real. Más bien, la teoría neoclásica y las propuestas de política que de ella se derivan parten de una serie de supuestos *a priori*, altamente restrictivos y poco realistas, sobre el comportamiento de los agentes económicos (en ese marco teórico, consumidores y productores) y de los mercados.⁴ Partiendo de estos supuestos, economistas neoclásicos deducen

3 Ver, por ejemplo, FMI (2020); Gaspar, Lam y Raisi (2020); Gaspar y Gopinath (2020); Georgieva (2020) y Werner (2020a, 2020b). Existen también muchas recomendaciones políticas específicamente vinculadas a la pandemia en el sitio del FMI (<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19>).

4 Resumidamente, se supone que los mercados son perfectamente competitivos (es decir, ningún actor tiene el poder de fijar precios), que no existen externalidades ni bienes públicos, y que existe información completa instantánea y gratuitamente disponible para todos los actores (o sea, no existe información incompleta, asimétrica o imperfecta y no existen costos de transacción para adquirir información).

que las interacciones entre agentes económicos llevarán a un equilibrio de los mercados en el que no se podrá incrementar el bienestar de ningún actor sin disminuir el de otro (conocido como óptimo de Pareto). En este mundo poco realista, la intervención estatal (a través de diversos tipos de políticas) sólo puede justificarse si los beneficios son mayores que los costos, siempre medidos en términos individuales y no sociales o de clase.

El abordaje de derechos humanos sobre la formulación de política económica y social tiene sus orígenes en el ámbito de política internacional y en el reconocimiento de las grandes dificultades materiales y profunda desigualdad que sufre gran parte de la población mundial. Este enfoque es promovido por economistas críticos y otros científicos sociales que no comparten el enfoque neoclásico sobre la formulación de políticas sociales y económicas. El enfoque de derechos humanos fundamenta su relevancia en el hecho observado que el funcionamiento de los mercados, sobre todo bajo su forma neoliberal, no cubre todas las necesidades humanas y que por lo tanto la intervención del Estado es necesaria. El punto de partida de este enfoque es la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁵ (DUDH) de 1948 de la Organización de Naciones Unidas, que establece derechos civiles y políticos (artículos 1-21) y derechos económicos, sociales y culturales (artículos 22-28). En el presente trabajo nos focalizaremos en los derechos económicos y sociales, que incluyen, entre otros, el derecho a la seguridad social, al trabajo, al descanso y a las vacaciones remuneradas, a la educación, a un nivel de vida adecuado tal que asegure a individuos y sus familias la salud, a la alimentación, vivienda, vestimenta y seguro en caso de desempleo, invalidez, o vejez.

El objetivo de una política basada en derechos humanos es promover la implementación y cumplimiento de los derechos enumerados en la DUDH, los cuales fueron con posterioridad elaborados con más detalle en una serie de tratados, pactos y convenciones. Sin embargo, aún con la gran cantidad y variedad de documentos a los que suscribe la mayor parte de los países del planeta, el cumplimiento de derechos económicos y sociales no se manifiesta en los objetivos de la política económica o en las condiciones de vida de la mayoría de la población mundial. Esta realidad se ha acentuado desde la década de 1990, cuando la teoría económica neoliberal se convirtió en el paradigma dominante en las universidades, instituciones financieras internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) y en los bancos

5

Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

centrales y ministerios de economía y finanzas de la mayoría de los países. Como resultado, las posibilidades de cumplimiento de los derechos económicos sociales y culturales se han visto considerablemente deterioradas.

El aporte de este trabajo consiste en contrastar los fundamentos teóricos de la formulación de política y social de la teoría neoclásica y del abordaje de derechos humanos. A tal fin examinamos brevemente el marco ortodoxo de formulación de política económica y social, sus objetivos y supuestos subyacentes. A continuación, esbozamos una alternativa superadora para la formulación de política económica y social basada en el abordaje de los derechos humanos. Por último, y como ejemplo de la aplicación del abordaje de derechos humanos, examinamos cómo sería una política de salud desde esa perspectiva de política. Nuestra conclusión es que este último es superior desde el punto de vista de lograr mejoras en el bienestar de individuos y sociedades.

EL ABORDAJE ORTODOXO DE FORMULACIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL

El abordaje de la economía neoclásica parte de una serie de supuestos *a priori* sobre el comportamiento de los agentes económicos: consumidores y productores.⁶ El utilitarismo guía el comportamiento de los consumidores de tal modo que su accionar se explica exclusivamente por la maximización de su propio beneficio o utilidad⁷ en base a preferencias exógenas.⁸ Los productores operan según el principio de maximización de ganancias o minimización de costos. Suponiendo que los mercados son perfectamente

6 En los modelos de los manuales de la economía neoclásica no hay clases sociales ni relaciones de poder. Consumidores y productores actúan en condiciones de igualdad en los mercados, eligiendo libremente qué consumir, donde trabajar y qué producir, sujetos a restricciones presupuestarias y de costos. Como ejemplo de este abordaje, véanse, entre muchos otros, los manuales de microeconomía de Varian (2010), Silberberg (1999) y Mochón y Beker (2008). Para una exposición y crítica de los supuestos de la perspectiva neoclásica ver Hahnel y Albert (1990).

7 En otras palabras, los consumidores actúan de manera perfectamente individualista y egoísta, con el único interés de maximizar su propia satisfacción (utilidad).

8 Contrariamente a lo que indica la evidencia empírica, se supone que los consumidores tienen preferencias que se fijan fuera del sistema económico y que dichas preferencias no cambian con las decisiones de consumo.

competitivos,⁹ que no hay externalidades,¹⁰ y que la información es completa y está instantáneamente disponible, entonces el equilibrio¹¹ de mercado será un óptimo de Pareto lo cual significa que no se podrán lograr incrementos de bienestar para ningún agente sin disminuir el bienestar de otro.¹²

El conjunto de supuestos que subyacen en la economía ortodoxa es restrictivo, irreal y, consecuentemente, altamente cuestionable. Por ejemplo, la evidencia y los estudios empíricos sugieren que los mercados perfectamente competitivos son la excepción y no la regla.¹³ Adicionalmente, la operación de los mercados produce incentivos en el sentido de reducir la incertidumbre a través de la integración horizontal y vertical, tal que la tendencia a la concentración monopólica u oligopólica es un hecho estilizado de las economías capitalistas. A pesar de ello, partiendo de los supuestos enumerados en el párrafo anterior, los economistas ortodoxos postulan que las acciones del Estado (es decir, la implementación de políticas y regulaciones) implican costos y, por lo tanto, una pérdida de eficiencia cuando se lo compara con una hipotética economía sin esas intervenciones. “En la jerga de la economía neoclásica, las acciones del gobierno generalmente ‘distorsionan’ la operación de las economías...” (Balakrishnan y Elson, 2008, p. 2)¹⁴. Según el punto de vista ortodoxo, la intervención del Estado a través de la implementación de políticas sólo puede justificarse si los beneficios exceden los costos, medidos exclusivamente en términos de ganancias o pérdidas de bienestar individual.

Los costos y beneficios de las políticas generalmente se miden en términos monetarios y, en el caso de políticas sociales, en base a su supuesto impacto sobre individuos y no sobre grupos o clases sociales o la sociedad

9 Los mercados perfectamente competitivos son aquellos en los que todos los actores son tomadores de precios y no pueden, de manera individual, cambiar los precios. En otras palabras, no existen monopolios ni oligopolios.

10 Las externalidades, que pueden ocurrir en la producción o en el consumo, son efectos positivos o negativos sobre terceros que no se toman en cuenta a la hora de la determinación de los precios de bienes y servicios (en la economía ortodoxa de manual, los precios se fijan exclusivamente en base a la demanda y oferta individual, agregada). El ejemplo clásico de externalidades negativas es el impacto ambiental del envoltorio (*packaging*) de muchos productos, o el impacto negativo sobre el medio ambiente del uso de combustibles fósiles, por ejemplo, en el automóvil—el precio del automóvil no incluye el daño ambiental (suponiendo que éste se le pudiese asignar un valor monetario) que genera durante su vida útil.

11 Esto también contiene implícito el muy cuestionado supuesto de que el funcionamiento de los mercados tiende automáticamente al equilibrio y que, salvo perturbación externa o interna, los mercados operan en un equilibrio.

12 Ver también Reddy (2011), especialmente la discusión en las páginas 66-67.

13 Esto ya fue señalado por Michal Kalecki, Joan Robinson, Nicholas Kaldor y muchos economistas poskeynesianos, rraffianos y regulacionistas, entre otras corrientes. Ver también Vergés-Jaime (2020).

14 En este trabajo, todas las citas textuales originalmente en inglés han sido traducidas por el autor.

en su conjunto (por ejemplo, el impacto de educación y salud pública de calidad sobre la calidad y perspectivas de vida de los segmentos sociales de ingresos medios y bajos). Cuando miramos la política macroeconómica, la ortodoxia evalúa políticas en base a su impacto sobre la producción global o agregada de bienes y servicios (aproximadamente, el producto bruto interno o PBI). El supuesto es que cuanto mayor sea la tasa de crecimiento del PBI, mayor será el bienestar de la población y que la propiedad privada y la competencia de mercado son las estructuras ideales para lograr el máximo crecimiento.

Estas creencias—y son sólo eso, creencias—han sido cuestionadas tanto teórica como empíricamente. En primer lugar, el crecimiento económico no es la única variable a considerar para el bienestar. Tan importante como el crecimiento es la distribución de sus beneficios—si la distribución es inequitativa, los beneficios del crecimiento escapan a la mayoría. En segundo lugar, la experiencia empírica ha demostrado que hay formas colectivas de propiedad (cooperativas, por ejemplo) o propiedad pública que pueden ser tan eficientes y eficaces, o incluso más, que la propiedad privada en lo que se refiere a la provisión de bienes y servicios. A pesar de la existencia de evidencia histórica y empírica contraria a sus creencias, economistas ortodoxos promueven la privatización de servicios sociales (tales como salud, educación y el sistema previsional), servicios públicos, obras de infraestructura y empresas estatales como objetivos preferidos de política.

Sin embargo, dentro de la ortodoxia algunos economistas tienen puntos de vista menos extremos, reconociendo que los supuestos subyacentes del marco teórico no son una buena representación de la vida real (aún en los niveles más abstractos). Economistas como Joseph Stiglitz (2000) reconocen que la información no es gratuita y que no está instantáneamente disponible para todos los agentes económicos por igual. Según estos economistas, existen asimetrías en el acceso a la información, y el acceso a la misma tiene un costo mayor que cero. También reconocen la existencia de externalidades y comportamientos de productores y consumidores que divergen de los supuestos utilitaristas abstractos e idealizados. Adicionalmente, la existencia de externalidades, bienes públicos e imperfecciones de mercado (oligopolios y monopolios) justifican la intervención del Estado en la formulación de políticas económicas y sociales, ya sea a través de la regulación o de la provisión directa de servicios. Con respecto a los servicios de salud específicamente, estos economistas ven necesaria la función del Estado en el esta-

blecimiento de estándares para los servicios y medicamentos, incluso en la provisión directa de servicios de salud clave como solución a los problemas que las concepciones idealizadas e irreales de los manuales de economía ortodoxa no contemplan.

Las contribuciones de Stiglitz (y otros como él) a la economía del sector público son considerables. De todos modos, es importante señalar que estos autores justifican la intervención del Estado por el hecho de que los mercados y agentes económicos no se comportan como supone, a priori, la teoría ortodoxa. Si este no fuese el caso, entonces la política social y económica del Estado no sería necesaria ya que los mercados por si solos llevarían a resultados óptimos.

Si bien este trabajo contrasta el sustento teórico de la formulación de política económica y social ortodoxa con el abordaje de derechos humanos, quizás sea necesario, de manera escueta y general, incluir una aclaración sobre las escuelas heterodoxas¹⁵. La mayoría de estas escuelas rechazan los supuestos fundamentales de la teoría neoclásica, y por ende su fundamentación para la intervención, o no intervención, del Estado en la formulación de políticas. Más bien, las distintas escuelas heterodoxas abogan por la intervención del Estado para mediar conflictos socioproductivos y para solucionar problemas que resultan del funcionamiento normal de la economía capitalista¹⁶. En efecto, economistas heterodoxos señalan que, según la evidencia histórica, los períodos de más alto crecimiento y estabilidad han sido aquellos en los cuales el Estado ha regulado activamente la actividad económica y los servicios sociales. Estos economistas son críticos de las políticas de privatización y desregulación que promueve la ortodoxia neoclásica y argumentan que estas políticas no conducen al crecimiento económico, a mejorar el bienestar, o a una mejor distribución del ingreso y de la riqueza. Aunque esta es una diferencia fundamental con la escuela neoclásica, la justificación para la intervención del Estado sigue tomando como eje el funcionamiento de la economía, que es sustancialmente diferente del abordaje que se presenta en el siguiente apartado.

15 Usamos el término "heterodoxo/a" en el sentido de Lawson (2006), para aquellas escuelas de pensamiento en economía que, a diferencia de la ortodoxia neoclásica, parten de una ontología social. Se encuentran en esta categoría, poskeynesianos, sraffianos, regulacionistas, marxistas y feministas, entre otros.

16 Estos problemas incluyen, el desempleo, la desigual distribución del ingreso y las crisis económicas y financieras, entre otros.

EL ABORDAJE DE DERECHOS HUMANOS DE FORMULACIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL

El abordaje de derechos humanos sobre la formulación de política económica y social es promovido por economistas críticos o heterodoxos¹⁷ que no comparten el marco teórico ortodoxo ni el abordaje de formulación de políticas que de él se deriva. En efecto, el abordaje de derechos humanos tiene un punto de partida radicalmente diferente del de la economía ortodoxa, utilizando como parámetro “el cumplimiento de los derechos humanos individuales establecidos en la Declaración universal de los derechos humanos” y no el cálculo económico en términos de beneficio individual como la ortodoxia (Balakrishnan y Elson, 2008 p.3). La DUDH (1948) es un documento significativo y asombroso. En sus 30 artículos, establece como derechos humanos básicos una amplia gama de derechos civiles y políticos (artículos 1 a 21) y derechos económicos, sociales y culturales (artículos 22 a 28). De interés particular para este trabajo son los derechos económicos y sociales, que incluyen el derecho a la seguridad social; al trabajo; al descanso y vacaciones pagas; a un nivel de vida adecuado que le asegure al individuo y a su familia “la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”; a seguros en caso de “desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (DUDH artículo 25); entre otros.

Según Sengupta (2001), la DUDH “reflejaba el consenso de la posguerra” basado en lo que el presidente estadounidense Franklin D. Roosevelt describió como las cuatro libertades: la libertad de expresión, la libertad de culto, la libertad de vivir sin temor y libertad de vivir sin necesidad.¹⁸ Es así que la DUDH representa una carta internacional de derechos; “[n]o hubo ambigüedad en esos tiempos sobre la interrelación e interdependencia de los componentes de los derechos humanos” (Sengupta 2001, p. 2527, traducción propia). El mismo Roosevelt afirmó que “la verdadera libertad individual no puede existir sin seguridad económica e interdependencia”.¹⁹

17 Balakrishnan y Elson (2008, p.2) denominan a esos economistas como “progresistas, no-conformistas”. Incluyen diversas escuelas de pensamiento heterodoxo.

18 Estas libertades fueron enumeradas por el presidente de los EE.UU., Franklin D. Roosevelt en 1941 en su discurso de apertura de las sesiones del congreso de ese país. El discurso se conoce como el “Discurso de las cuatro libertades”.

19 Citado en Sengupta (2001).

Los derechos enumerados en la DUDH se desarrollan y profundizan en una serie de pactos, tratados y convenciones en los cuales se detallan más clara y específicamente las responsabilidades y obligaciones de los Estados. Dos de estos documentos son de interés particular para nuestro trabajo: los Principios de Limburgo sobre la implementación del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1986) y las Directrices de Maastricht sobre violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales (1997).

Específicamente, las Directrices de Maastricht establecen tres obligaciones de los Estados en la implementación de derechos. Primero, la obligación a *respetar*, obliga a los Estados a abstenerse de interferir en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Segundo, la obligación a *proteger*, requiere que los Estados impidan violaciones a esos derechos por terceros. Por último, la obligación de *cumplir*, requiere que los Estados tomen las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y judiciales necesarias para garantizar el cumplimiento pleno de estos derechos (Balakrishnan y Elson, 2008). En otras palabras, es la responsabilidad del Estado respetar, proteger y cumplir con la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales. Cada una de estas obligaciones implica que los Estados deben realizar acciones concretas para garantizar el cumplimiento pleno de estos derechos y obtener resultados visibles en ese sentido.

Los derechos enumerados en la DUDH han sido codificados y extendidos, especialmente para sectores poblacionales vulnerables y/o discriminados de la población mundial, en el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1966), la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y la Convención sobre los derechos del niño (1989) entre otros.²⁰

Además de estos pactos y convenciones, la Declaración sobre el derecho al desarrollo (1986) es de particular interés para los países subdesarrollados o periféricos, ya que establece el derecho al desarrollo como uno de los de-

20 Las declaraciones, convenciones, pactos y documentos relacionados se pueden encontrar en el sitio de *internet* del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Derechos Humanos: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/UniversalHumanRightsInstruments.aspx>.

rechos humanos fundamentales. Este derecho se confirmó en la Conferencia mundial sobre derechos humanos de las Naciones Unidas, celebrada en Viena en 1993.²¹ La Declaración y programa de acción de Viena, resultante de la conferencia, establece en su décimo artículo que el desarrollo es un derecho “universal e inalienable y como parte integrante de los derechos humanos fundamentales”. Además, los “derechos humanos y las libertades fundamentales son patrimonio innato de todos los seres humanos; su promoción y protección es responsabilidad primordial de los gobiernos” (artículo primero).

Por otra parte, la Declaración del derecho al desarrollo establece en el primer artículo que el “derecho al desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar del él”. En otras palabras, el desarrollo y la participación en el proceso de desarrollo son ahora derechos inalienables, y son derechos de “todo ser humano”, es decir, son derechos colectivos. El derecho al desarrollo, por lo tanto, va más allá de los derechos económicos, sociales y culturales—todos derechos individuales—, derechos que también están incluidos en el derecho al desarrollo.

Podemos apreciar ahora la principal y radical diferencia entre el abordaje de derechos humanos y la visión ortodoxa con respecto a la formulación de políticas sociales y económicas. El trabajo, vacaciones pagas, vivienda, educación, salud, seguridad social, el desarrollo y un nivel de vida adecuado son, entre otros, derechos humanos básicos estipulados en la DUDH y múltiples acuerdos adicionales, y es responsabilidad del Estado respetar, proteger y cumplir la plena implementación de todos estos derechos. En otras palabras, el punto de partida es que la política económica y social del Estado debe estar orientada explícitamente al cumplimiento de estos derechos, y no pueden ser un mero subproducto de las mismas como pretende la ortodoxia. Es decir, la intervención del Estado en cuestiones económicas y sociales no debe ser justificada en base a “fallas de mercado”, supuestos comportamientos optimizadores y equilibrios y análisis de costo-beneficio. La acción del Estado debe ser el punto de partida prioritario y la garantía de la implementación y pleno cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales (entre otros derechos).

21 Disponible en:
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>.

A pesar de la gran cantidad y profundidad de los convenios y tratados internacionales sobre derechos humanos, en general los derechos sociales y económicos no se han tratado de la misma forma que los derechos civiles y políticos. En general, los países periféricos han tenido posiciones más favorables a la implementación plena de los derechos económicos y sociales y del derecho al desarrollo para así lograr un nuevo orden económico internacional, más beneficioso. Sin embargo, “como algunos de los países industrializados no apoyaban los derechos económicos y sociales, tendrían todavía más problemas con apoyar el derecho al desarrollo” (Sengupta, 2001 p. 2531, traducción propia). No es exagerado imaginar que los intereses económicos y políticos de los países dominantes y de las corporaciones transnacionales trabajan activamente en contra de la implementación de estos derechos, ya que se benefician directamente de la estructura socio-productiva mundial actual.

Sin embargo, también es cierto que surgió una serie de controversias teóricas y de interpretación en torno a estos derechos y su implementación que, según Sengupta, se pueden agrupar en tres grandes categorías: 1) la naturaleza de los derechos humanos (individual vs. colectiva); 2) la necesidad de coherencia entre los portadores de derechos y los que cargan con la responsabilidad de cumplirlos; y 3) la justiciabilidad²² (o falta de justiciabilidad) de los derechos. Presentaremos cada una brevemente a continuación.²³

Con respecto a la primera controversia, Sengupta argumenta que la equiparación de derechos humanos exclusivamente con derechos individuales es equivalente a aceptar la teoría de los derechos naturales, que solo acepta derechos humanos limitados. De acuerdo con esta teoría, los derechos humanos son solamente individuales “basados en libertades negativas, como el derecho a la vida, a la libertad y a la libre expresión, por las cuales la ley prohíbe matar, encarcelar o silenciar a un individuo portador de esos derechos, que se espera sean protegidos por el Estado” (Sengupta, 2001, p. 2532, traducción propia). Los derechos económicos y sociales deben ser garantizados por el Estado mediante acciones positivas (conocidas como libertades positivas) y por lo tanto no se consideran derechos naturales, según ese paradigma. Es más, como el derecho al desarrollo es esencialmente un derecho colectivo vinculado a los derechos económicos positivos, tampoco

22 Justiciabilidad se refiere a los tipos de cuestiones o casos que se pueden presentar ante una corte y sobre los cuales las cortes pueden emitir un fallo.

23 Ver Sengupta (2002) y Sen (2004) para una discusión más completa de estos temas.

se lo considera un derecho humano válido en el marco de los derechos naturales.

Según Sengupta, todos estos argumentos han sido refutados extensamente en la bibliografía. La DUDH está “firmemente basada sobre un fundamento pluralista de legislación internacional con muchos elementos de derechos económicos y sociales, que considera que la personalidad del individuo está esencialmente moldeada por la comunidad” (ibíd.). Adicionalmente, la distinción entre derechos positivos y negativos es incorrecta ya que todos los derechos humanos requieren acciones positivas (promoción y protección) y negativas (prevención y castigo) del Estado. Es, por lo tanto, inválido considerar que los derechos económicos y sociales son distintos de cualquier otro derecho humano.

La segunda controversia, a la que Sen (1999) ha denominado la “crítica a la coherencia”, se puede resumir de la siguiente manera: si un derecho no tiene un actor con la obligación de garantizar y/o proveer ese derecho, entonces el derecho como tal se vacía de contenido y se vuelve inejecutable. Según este punto de vista, muchos de los derechos “positivos”, como los derechos a la alimentación, la educación o a la salud, se vuelven muy difíciles de implementar, poniendo en duda su categoría de derechos humanos.

Sen considera que es posible refutar este punto de vista utilizando la definición kantiana de “obligación perfecta” como un “deber específico de un actor particular por la realización de un derecho”, que contrasta con la “obligación imperfecta” según la cual las demandas se dirigen a cualquiera que pueda ayudar. Por lo tanto, “la realización de un derecho humano requeriría identificar un conjunto de portadores de la obligación de garantizar los derechos y que en la presencia de demandas se esfuercen por colaborar” (Sengupta, 2001, p. 2532-3). Debido a que estas demandas pueden expresarse legalmente (a través de legislación, convenciones y tratados), las obligaciones son vinculantes y, por lo tanto, los derechos económicos, sociales y culturales son efectivamente derechos humanos.

La tercera controversia, sobre la justiciabilidad de los derechos humanos, es claramente un argumento débil. Esta controversia “confunde derechos humanos con derechos legales. Los derechos humanos tienen su sustento en estándares morales sobre la dignidad humana, y tienen múltiples formas de realizarse como función de la aceptabilidad de la base ética de las demandas” (Sengupta, 2001, p. 2533). Esto no significa que se deba descar-

tar o restar importancia a la posibilidad de hacer cumplir los derechos humanos a través del sistema legal; significa que la justiciabilidad es sólo uno de múltiples canales posibles para lograr el cumplimiento de esos derechos.

Más allá de las controversias, ninguna de las cuales es insalvable, lo cierto es que en la mayoría de los países la implementación de políticas orientadas al pleno cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales es inexistente o, en el mejor de los casos, está muy rezagada con respecto a la implementación de los derechos humanos políticos y civiles. El predominio de la ideología neoliberal (ortodoxa) en las instituciones financieras internacionales, bancos centrales y ministerios de economía desde la década de 1990 dificulta, cuando no imposibilita directamente, la implementación de políticas económicas y sociales con un abordaje de derechos humanos. El énfasis monetarista en cuentas fiscales equilibradas o superavitarias, la minimización o eliminación de la política fiscal, y el enfoque exclusivo de la política macroeconómica en el control de la inflación, claramente atenta contra la implementación del enfoque basado en los derechos humanos. Sin embargo, dejar atrás al neoliberalismo no es sinónimo de la implementación de políticas centradas en el cumplimiento de los derechos humanos económicos y sociales. Hace falta, además, reorientar las prioridades de la política, para focalizarse de manera prioritaria en el cumplimiento de estos derechos.

UN EJEMPLO CONCRETO: EL ABORDAJE DE LOS DERECHOS HUMANOS Y POLÍTICAS DE SALUD

Habiendo expuesto resumidamente los fundamentos subyacentes en la formulación de política social y económica para la ortodoxia económica y para el abordaje de derechos humanos, en el presente apartado contrastaremos esos abordajes con respecto a las políticas de salud.²⁴ Presentaremos brevemente la perspectiva de Stiglitz (2000) como ejemplo del abordaje

24 La implementación del rango completo de derechos económicos y sociales ha sido elaborada por un grupo extenso de autores. Ver, entre otros, Harvey (2001) sobre el derecho a la educación y Balakrishnan y Elson (2008, 2011) y Balakrishnan y otros (2009) sobre la evaluación de políticas desde una perspectiva de derechos humanos. Adicionalmente, se ha trabajado considerablemente sobre los impactos del endeudamiento externo y sus crisis sobre los derechos humanos. Ver, por ejemplo, el trabajo del Experto independiente de las Naciones Unidas sobre deuda externa y obligaciones financieras, Lumina (2013). Sobre el mismo tema, véase también Wiedenbrüg (2018a, 2018b).

ortodoxo. Elegimos a Stiglitz porque, si bien es cercano a la ortodoxia, es un exponente moderado de esa perspectiva ya que reconoce la necesidad e importancia de la intervención del Estado en la formulación de políticas públicas. Las posturas más extremas, que Stiglitz no comparte, propondrían que sea el mercado el que provea soluciones para la salud a través de la oferta y la demanda.

Según Stiglitz, existen dos razones fundamentales por las cuales se torna necesaria la intervención del Estado en el área de la salud. En primer lugar, cuando existe desigualdad, que por otra parte es una de las características generales de las economías capitalistas y más aún desde el advenimiento del neoliberalismo, se vuelve necesaria la intervención del Estado para nivelar el campo de juego para todos los agentes.²⁵ Segundo, la existencia de “fallas de mercado”—cuando uno o más de los supuestos básicos de la economía ortodoxa no se cumple—también es necesario que el Estado intervenga. Específicamente, Stiglitz identifica cuatro fallas de mercado que presentaremos resumidamente.²⁶

La primera falla de mercado se produce cuando existe información incompleta o imperfecta (se viola el supuesto de información perfecta, instantánea y gratuitamente disponible para todos) con respecto a servicios y profesionales de la salud. Pacientes y usuarios de los servicios de salud no tienen toda la información sobre la capacitación o las habilidades de sus médicos, ni tienen toda la información sobre empresas farmacéuticas, los medicamentos que producen, o sus efectos o posibles efectos en el caso de ser consumidos. Por estas razones se hace necesario que el Estado intervenga verificando, por ejemplo, mediante el otorgamiento de licencias, que los profesionales estén debidamente formados y que los medicamentos tengan procesos de producción y evaluación que cumplan con los estándares establecidos y que efectivamente produzcan los resultados que predicen quienes los fabrican.

La segunda falla de mercado que identifica Stiglitz es que, como consecuencia de la información incompleta o imperfecta, existe competencia

25 Keynes (1936, p.372) comenzó el último capítulo de su clásico libro escribiendo que “[l]os principales inconvenientes de la sociedad económica en que vivimos son su incapacidad para procurar la ocupación plena y su arbitraria y desigual distribución de la riqueza y los ingresos”. Ver también Piketty (2014) sobre la evolución de la desigualdad en las décadas recientes.

26 Stiglitz realiza su análisis en base al sistema de salud estadounidense, su estructura y características. A pesar de ello, su análisis en base a las desviaciones del modelo y supuestos ortodoxo canónico es extensible a otras regiones del mundo, con los cuidados y adaptaciones que sean necesarias.

limitada (se viola el supuesto de competencia perfecta). Los servicios de salud no son como otros bienes y servicios para los cuales la competencia por precio se considera generalmente beneficiosa para los consumidores. Los servicios de salud son de una gran variedad, complejidad y frecuentemente muy específicos por lo que el precio no es siempre una señal adecuada para los consumidores. La regulación estatal puede compensar estas dificultades que el mercado por sí solo no soluciona.

La tercera falla de mercado que resalta Stiglitz, hablando del sistema de salud estadounidense, es el problema de incentivos que resulta de la heterogeneidad de prestadores de servicios de salud, que pueden ser públicos o privados y, si privados, pueden ser con o sin fines de lucro. Los prestadores privados con fines de lucro funcionan en base a la obtención de ganancias y por lo tanto sus incentivos son en el sentido de reducir costos lo cual puede resultar en servicios de inferior calidad. Los prestadores privados sin fines de lucro no funcionan en base a la obtención de lucro, por lo que pueden ser menos eficientes en el uso de los recursos. Según Stiglitz ambos problemas son el resultado de información imperfecta que el Estado puede corregir produciendo información y poniéndola a disposición de todos los involucrados (prestadores, pacientes, etc.).

Por último, la cuarta falla de mercado que identifica Stiglitz está relacionada con los seguros de salud. Los seguros existen porque los seres humanos tendemos a ser aversos al riesgo. Sin embargo, como el seguro es necesario, aquellos con medios suficientes contratarán un seguro, posiblemente en exceso de lo que necesitan. Por otro lado, aquellos que no tengan los medios económicos suficientes no tendrán seguro o tendrán un seguro insuficiente. Como resultado habrá unos (los menos) que tendrán seguro en exceso y muchos (la mayoría) que no tendrán seguro o tendrán menos de lo que necesitan. Adicionalmente, los seguros son costosos por diversas cuestiones relacionadas a esto último, como por ejemplo actividades riesgosas de los asegurados en exceso, costos burocráticos y el tiempo demandado de los profesionales de salud en el llenado de formularios y presentaciones a las aseguradoras. Como resultado, los seguros son un sistema costoso que provee cobertura muy desigual. Frente a esta situación se vuelve necesaria la regulación estatal de precios y servicios e incluso la provisión directa de servicios básicos.

Por todas estas razones, Stiglitz argumenta que algún nivel de intervención estatal es necesario. Sin embargo, su propuesta se fundamenta en

las divergencias que exhibe el comportamiento de mercados y actores económicos realmente existentes con respecto a los supuestos idealizados del modelo ortodoxo. La existencia de estas divergencias hace necesaria la intervención estatal, especialmente en lo que se refiere a servicios importantes como la salud, ya que los resultados de los mercados se alejan del óptimo. El corolario de este punto de vista, por cierto cuestionable desde una postura crítica, es que la intervención estatal no sería necesaria si los mercados funcionasen como supone la ortodoxia.

Como elaboramos en el apartado anterior, el abordaje de los derechos humanos tiene un punto de partida radicalmente diferente al de la ortodoxia económica: todos los seres humanos tienen derechos cuyo cumplimiento debe garantizar el Estado. La salud es uno de estos derechos, de una lista mucho más larga, y es el deber del Estado garantizar su implementación y cumplimiento. Existe una amplia gama de declaraciones, tratados y convenciones donde se detalla explícitamente cómo deberían proceder los Estados para garantizar la plena implementación de los derechos humanos económicos y sociales, entre ellos el derecho a la salud. Para monitorear y verificar la implementación de los derechos humanos establecidos en el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1966), la ONU creó el Comité de derechos económicos, sociales y culturales (CDESC) en 1985.²⁷ El CDESC tiene reuniones periódicas y publica sus interpretaciones sobre los distintos aspectos del Pacto internacional (bajo el título “Comentarios generales”).²⁸

El derecho humano a la salud es de particular importancia, ya que el pleno desarrollo de los demás derechos económicos, sociales y culturales depende en buena medida de la salud de los individuos. El artículo 25 de la DUDH establece que:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

27 Véase <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CESCR/Pages/CESCRIndex.aspx>.

28 Los Comentarios generales tratan una amplia gama de derechos económicos, sociales y culturales. La lista completa de Comentarios generales se encuentra en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Claramente, en este artículo se expresa una visión amplia del derecho a la salud; no es sólo la ausencia de enfermedad y la disponibilidad de atención médica cuando se está enfermo, sino que se considera un componente fundamental del nivel y las condiciones de vida, incluyendo la alimentación y la vivienda. Se brinda atención particular a los segmentos sociales más vulnerables y a la maternidad e infancia, ya que la buena salud y el bienestar en la adultez depende centralmente de ellos.

En línea con lo anterior, el artículo 12 del Pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales establece que los Estados firmantes deberán implementar medidas para lograr la “reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”. Asimismo, se deberán implementar medidas para lograr “el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente”, como también “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. Por lo tanto, aquí también se considera la salud en sentido amplio, incluyendo las condiciones de vida y de trabajo y su impacto sobre la sociedad en general y dándole un lugar específico a los grupos históricamente discriminados o marginados en las sociedades: las mujeres, grupos étnicos y niños. En el caso de estos últimos, el derecho a la salud es particularmente amplio.

De manera similar, el artículo 24 de la Convención sobre los derechos del niño establece que los Estados parte deben adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil, asegurar asistencia médica y atención sanitaria para todos los niños, enfatizando la atención primaria de salud. Asimismo, deberán “combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”. También se enfatiza la etapa prenatal y la salud materna, una nutrición apropiada, la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental entre otras cuestiones vitales para el desarrollo humano.

El Comentario Nro. 14 del CDESC interpreta el derecho a la salud como “un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud opor-

tuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (CDESC, 2000, inciso 11).

Según el mismo documento, el derecho a la salud incluye cuatro elementos clave: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (CDESC, 2000, inciso 12). Disponibilidad significa que “[c]ada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”. La accesibilidad consta de cuatro componentes: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. La aceptabilidad significa que “[t]odos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. Por último, calidad significa que las instalaciones y servicios médicos y medicamentos deben ser apropiados y de buena calidad.²⁹

Partiendo de estos pactos, convenios y declaraciones internacionales, los que promueven un abordaje desde los derechos humanos han desarrollado una propuesta (conocida como el abordaje basado en los derechos humanos, ABDH, o *HRBA* según su sigla en inglés) específicamente vinculada a políticas para la salud.³⁰ Para ello, se parte de lo expresado en un documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH),

[u]n enfoque de salud basado en los derechos humanos tiene como objetivo específico garantizar el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud. Los procesos de elaboración de políticas de salud y programación han de guiarse por normas y prin-

29 Véase también Sen (2002) y Whitehead (1991) para discusiones específicas sobre la importancia de la equidad en la implementación del derecho a la salud.

30 Véase CDESC (2000), y los documentos sobre el ABDH disponibles en el sitio de *internet* de la Organización Mundial de la Salud y el *National Economic and Social Rights Initiative* (www.nesri.org), entre otros.

cipios de derechos humanos, y aspira a desarrollar la capacidad de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones y a empoderar a los titulares de derechos para que exijan eficazmente sus derechos en materia de salud. (OMS y ACNUDH, 2009, p.2).

De acuerdo con este documento, la eliminación de todas formas de discriminación es central a un ABDH para la salud, con especial atención a la eliminación de la discriminación de género.

Resumiendo, el punto de partida del abordaje de los derechos humanos es que la salud es un derecho humano y que es responsabilidad del Estado garantizarlo e implementarlo. Tomando la amplia gama de acuerdos internacionales y el extenso trabajo elaborado por organizaciones internacionales sobre la implementación de los derechos económicos sociales y culturales en general, y sobre el derecho a la salud en particular, el abordaje de derechos humanos ha elaborado una serie de lineamientos generales para la implementación de este derecho. Hay tres aspectos que sobresalen en todo este trabajo. El primero es que el abordaje de derechos humanos sobre la salud comprende mucho más que el cuidado de la salud específicamente, incluyendo aspectos centrales que hacen al nivel de vida como alimentación, vivienda, trabajo, ambiente, entre otros. El segundo aspecto es que la implementación del derecho a la salud depende claramente de las necesidades y exigencias de los países y las comunidades. El tercer elemento, y quizás el fundamental, es que la acción del Estado es requerida no por las fallas del mercado o divergencias del modelo del manual ortodoxo, sino porque es la responsabilidad ineludible del Estado garantizar el derecho a la salud.

CONCLUSIÓN

En este trabajo hemos comparado los abordajes de la economía ortodoxa y de los derechos humanos sobre la formulación de política económica y social. El abordaje de la economía ortodoxa, partiendo del marco teórico de la teoría económica neoclásica, formula recomendaciones de política basadas en supuestos altamente estilizados e irreales sobre el comportamiento humano y el funcionamiento de empresas y mercados. Partiendo de estos supuestos -y no de la observación empírica- se llega a la conclusión de que la libre operación de los mercados producirá equilibrios que serán óptimos

de Pareto y que cualquier intervención estatal, en un contexto así definido, resultará en la introducción de ineficiencias. De acuerdo con el punto de vista ortodoxo, la intervención del Estado sólo se justificaría cuando ocurran “imperfecciones”, es decir, cuando el comportamiento de los mercados difiera de los supuestos idealizados e irreales de la teoría neoclásica, y si el costo de la intervención del Estado fuese menor a los beneficios, siempre medidos en términos individuales.

El abordaje de los derechos humanos sobre la política económica y social tiene un punto de partida enteramente diferente, ya que toma los derechos establecidos en la Declaración universal de los derechos humanos, y las elaboraciones sobre los mismos que se encuentran en la amplia gama de acuerdos, pactos, convenciones y documentos posteriores. En base a todos ellos, este abordaje propone políticas que prioricen la implementación plena de toda la gama de derechos humanos establecidos en los mencionados documentos, enfatizando el rol del Estado como garante y responsable de su implementación. Para este abordaje son particularmente importantes los derechos económicos, sociales, culturales, y el derecho al desarrollo cuya implementación tendría un impacto significativo sobre el bienestar de las mayorías del mundo pero que llevan un rezago importante en su implementación con respecto a los derechos humanos civiles y políticos.

El abordaje de los derechos humanos busca mejorar las condiciones de vida y el bienestar de todos, al margen de su clase social, etnia, género, o edad. Desde este punto de vista, nos parece un encuadre superior para la formulación de políticas económicas y sociales. Para los que promueven este abordaje, el bienestar no debería depender de la herencia material, social o cultural de los individuos, o de los dones o habilidades que la lotería genética le asigna a cada persona. El objetivo de este abordaje es que todos los seres humanos tengan acceso a lo que necesitan para tener una vida digna y plena. De esta manera, este enfoque diverge claramente del abordaje ortodoxo y neoliberal que ha dominado la formulación de políticas a nivel mundial por varias décadas.

Las múltiples crisis que han resultado de la pandemia del covid-19 nos presentan con la oportunidad de repensar las formas en que quisiéramos que nuestros sistemas económicos se transformen para estar mejor preparados para enfrentar el futuro. En este sentido, un abordaje basado en derechos humanos nos provee una visión y un programa alternativo del rol del Estado, de la necesidad de una vida digna para todos, así como también lineamientos sobre cómo lograrla.

Referencias bibliográficas

- Balakrishnan, Radhika y Elson, Diane (2008). “Auditing Economic Policy in Light of Obligations on Economic and Social Rights”. *Essex Human Rights Review*, 5(1), 1-19.
- Balakrishnan, Radhika y Elson, Diane (2011). *Economic Policy and Human Rights: Holding Governments to Account*. Londres: Zed Books.
- Balakrishnan, Radhika, Elson, Diane y Patel, Raj (2009). “Rethinking Macroeconomic Strategies from a Human Rights Perspective”. *Development*, 53(1), 27-36.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) (2000). Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en
- Gaspar, Vitor; Lam, W.Raphael y Raisi, Mehdi (2020). “Fiscal Policies to Contain the Damage from COVID-19.” *IMF Blog*, 15 de abril.
- Gaspar, Vitor y Gopinath, Gita (2020). “Fiscal Policies for a Transformed World.” *IMF Blog*, 10 de julio.
- Georgieva, Kristalina (2020). “The Next Phase of the Crisis: Further Action Needed for a Resilient Recovery.” *IMF Blog*, 20 de julio.
- FMI (2020). “Policy Steps to Address the Corona Crisis”. March 16. Available at: <https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2020/03/16/Policy-Steps-to-Address-the-Corona-Crisis-49262>.
- Hahnel, Robin y Albert, Michael (1990). *Quiet revolution in welfare economics*. Princeton: Princeton University Press.
- Harvey, Philip (2001). “Human Rights and Economic Policy Discourse: Taking Economic and Social Rights Seriously”. *Columbia Human Rights Law Review*, 33, 363-471.
- Keynes, John Maynard (1936, 1953). *The General Theory of Employment, Interest and Money*. New York: Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Lawson, Tony (2006). “The nature of heterodox economics”. *Cambridge Journal of Economics* 30(4).

- Lumina, Cephas (2013). "Sovereign debt and human rights", in *Realizing the Right to Development: Essays in Commemoration of 25 Years of the United Nations Declaration on the Right to Development*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Mochón, Francisco y Beker, Víctor A. (2008). *Economía, principios y aplicaciones (cuarta edición)*. Buenos Aires: McGraw Hill.
- Organización mundial de la salud (OMS) y Alto comisionado de las naciones unidas para los derechos humanos (ACNUDH) (2009). "Enfoque de la salud basado en los derechos humanos". Disponible en: https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf
- Piketty, Thomas (2014). *El capital en el siglo XXI*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Reddy, Sanjay (2011). "Economics and Human Rights: A Non-conversation". *Journal of Development and Capabilities*, 12(1), 63-72.
- Sen, Amartya (1999). *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- Sen, Amartya (2002). "Why Health Equity?". *Health Economics*, 11, 659-666.
- Sen, Amartya (2004). "Elements of a Theory of Human Rights". *Philosophy and Public Affairs*, 32, 315-356.
- Sengupta, Arjun (2000). "Realizing the Right to Development". *Development and Change*, 31 .
- Sengupta, Arjun (2001). "Right to Development as a Human Right". *Economic and Political Weekly*, 36, 2527-2536.
- Sengupta, Arjun (2002). "On the Theory and Practice of the Right to Development". *Human Rights Quarterly*, 24, 837-889.
- Silberberg, Eugene (1999). *Principles of Microeconomics, (segunda edición)*. Boston: Pearson, 1999.
- Sojo, Carlos (1991). *La utopía del estado mínimo : la influencia de AID en las transformaciones funcionales e institucionales del estado costarricense en los años ochenta*. Managua: CRIES.
- Stiglitz, Joseph (2000). *Economics of the Public Sector, Third Edition*. New York: W.W. Norton & Co.
- Varian, Hal (2010). *Microeconomía: un enfoque actual (octava edición)*. Barcelona: Antoni Bosch editor.

- Vergés-Jaime, Joaquim (2020). “Empirical rejection of mainstream economics’ core postulates – on prices, firms’ profits and markets structure”. *Real World Economics Review*, 93.
- Werner, Alejandro (2020a). “COVID-19 Pandemic and Latin America and the Caribbean: Time for Strong Policy Actions.” *IMF Blog*, 19 de marzo.
- Werner, Alejandro (2020b). “Economic Policy in Latin America and the Caribbean in the Time of COVID-19.” *IMF Blog*, 16 de abril.
- Whitehead, Margaret (1991). “The Concepts and Principles of Equity and Health”. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.
- Wiedenbrüg, Anahí (2018a). “Human Rights, Sovereign Debt and Why States Should Not Keep Their Promises”. *Revista Lationamericana de Filosofia Política*, VII, 5-41.
- Wiedenbrüg, Anahí (2018b). “What Citizens Owe: Two Grounds for Challenging Debt Repayment”. *The Journal of Political Philosophy*, 26, 368-387.

CAPITULO 2

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DE SU DESARROLLO

Ana Rita Díaz-Muñoz¹ Mónica Levcovich² María Eugenia Royer³

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo brinda una aproximación general del contexto y del desarrollo del sistema de salud en la Argentina, con la finalidad de servir de base para pensar las particularidades del sistema de protección y atención de la salud en nuestro país y los desafíos que enfrenta para brindar acceso universal a la salud.

Nos aproximamos al análisis de estos desafíos siguiendo algunas consideraciones o ejes centrales: la salud como derecho, la centralidad del estado en garantizar este derecho, la salud como resultado de determinantes sociales, la existencia de grandes inequidades en relación con los factores que condicionan los estados de salud y enfermedad y la urgencia de resolverlas.

El acceso universal y la cobertura universal han sido definidos por la OPS-OMS (2014) como “la situación en la que todas las personas y las comunidades tienen acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”. Subyace en la meta de alcanzar el acceso o la

1 Directora Académica, programa “Argentina: Salud Pública en Ámbitos Urbanos”, SIT-World Learning.

2 Directora de Economía de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

3 Profesora Titular de Epidemiología, Universidad Isalud.

cobertura universal la consideración de la salud como derecho. En el primer apartado aportamos elementos para entender la trayectoria que ha tenido la construcción de la salud como derecho en el contexto internacional y en la Argentina. En este recorrido reconocemos que una definición amplia de la salud como la propuesta por la OMS, puede ser mejor abordada desde el modelo teórico-conceptual de los determinantes de la salud y, a su vez, que esta mirada nos introduce en el debate sobre la equidad en el acceso a la salud.

Al pensar en el acceso universal, resulta indispensable como contexto la referencia a las necesidades de atención de nuestra población a partir de contar con una “radiografía” actualizada del perfil sociodemográfico y epidemiológico. Esta nos permite situarnos en la perspectiva de la potencial demanda de atención y las necesidades de prevención. En el segundo apartado abordamos aspectos que ayuden a pensar cómo viven, de qué enferman y de qué mueren distintos sectores de la población, aportando algunos ejemplos de las inequidades enraizadas en la pertenencia a distintos grupos sociales, género o generaciones.

Cómo la sociedad argentina responde a los requerimientos para lograr un buen estado de salud a través de la prevención y la atención de la salud de la población: cómo se organizan estas funciones, qué recursos destina la sociedad para esta finalidad, quiénes son los actores centrales de esta respuesta social, qué papel juegan en particular el Estado, el mercado, las organizaciones sociales o corporaciones son las dimensiones que se exploran en el tercer apartado en el que se presenta la estructuración del sistema de salud y en el que se destaca el análisis del gasto en salud, como reflejo del espacio que la salud tiene en la agenda social y se delinean de manera sintética las políticas de estado desarrolladas para alcanzar coberturas más amplias y responder a necesidades de atención y prevención.

Como cierre, presentamos algunos ejes para reflexionar sobre los desafíos del sistema de salud argentino para brindar salud a su población con equidad.

No podemos soslayar el hecho que este trabajo termina de escribirse en el marco de la pandemia COVID-19. La pandemia ha puesto -de manera extraordinaria- a la salud como primera prioridad de la agenda pública. Se trata de una situación que opera como un verdadero laboratorio para observar cómo se pone en práctica la salud como derecho atendiendo a las múltiples dimensiones que implica. En este contexto se hace evidente el rol central del

estado como garante de este derecho, la necesidad de un sistema de salud articulado, que integre a la comunidad, con compromiso y protagonismo; así como la necesidad de construir consensos acerca de las metas a alcanzar en este campo.

LA SALUD EN EL MARCO GENERAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

La consideración de la salud como derecho reconoce como un hito fundante la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (DUDH) de 1948, que establece por primera vez los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales que sustenten una vida sin miseria y sin temor a los que todo ser humano puede aspirar de manera inalienable y en condiciones de igualdad. En el art. 25, que refiere al derecho a un nivel de vida adecuado, se explicita a la salud y algunos de los factores que la determinan; entre otros: la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, e incorpora el derecho a los cuidados y asistencia necesaria a la maternidad y la infancia (Naciones Unidas, 2015).

Una serie de tratados posteriores han establecido que es responsabilidad del Estado respetar, proteger y cumplir con la implementación de los derechos consagrados. Cada uno de estos derechos obliga a los Estados a desarrollar acciones que garanticen su cumplimiento. Existen distintas instancias institucionales que se encargan de definir metas derivadas de compromisos y tratados, acciones de cooperación para concretarlas, así como estrategias de monitoreo y evaluación de su cumplimiento

La respuesta del Estado a las necesidades de salud de una población depende de la voluntad política de priorizar ese objetivo y el nivel de desarrollo marca los límites dentro de los cuales puede actuar, por ello la Declaración del Derecho al Desarrollo (1986), que establece que el desarrollo es uno de los derechos humanos fundamentales es particularmente relevante. Se considera que el desarrollo es un proceso amplio que tiene por objeto mejorar “el bienestar de la población entera y de todos los individuos sobre la base de su participación libre y significativa en el desarrollo y en la equitativa distribución de los beneficios resultantes” (Naciones Unidas, 2011).

LOS DERECHOS HUMANOS COMO FUNDAMENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.

La preocupación por la salud a nivel internacional antecedió a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Un hecho fundamental en la consideración de la salud como derecho fue el acuerdo internacional para crear la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. En sus bases, incorporadas en el Preámbulo de su constitución, se estableció que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Asimismo, entre otros puntos, este Preámbulo precisa que “Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (OMS, 1946).

También tempranamente en nuestro país el derecho a la salud fue considerado como parte de un conjunto de derechos sociales, laborales, civiles, políticos y económicos. La Constitución de 1949, que reformó la Constitución vigente de 1853, se dio en el marco del primer gobierno de Juan Domingo Perón e incluyó entre los derechos de los trabajadores el derecho a la preservación de la salud, el derecho al bienestar, a la seguridad social y la protección de su familia. Asimismo, incorpora la igualdad jurídica del hombre y la mujer, los derechos de la niñez y la ancianidad. En relación con los derechos de la ancianidad, contempla un conjunto de dimensiones que impactan sobre la salud y el bienestar de esta población (salud física y moral, derecho a la asistencia, vestimenta, esparcimiento, entre otros). Esta visión en torno a los derechos que incluyen a la salud tuvo su correlato a nivel de las políticas públicas: en ese período se jerarquiza el rol del Estado en este campo con la creación de un Ministerio de Salud, se amplían y modernizan de manera significativa las instituciones de atención del sector público y el Estado asume un rol protagónico en esta área. Esta Constitución estuvo vigente por un breve período de tiempo, el golpe militar que derrocó al presidente Perón la derogó y restituyó la de 1853. A pesar de ello, en el campo de las políticas de salud fue fundante y abrió un camino certero en la lucha social por los derechos y su reconocimiento por parte del Estado.

La nueva Constitución de 1994 incorporó a la salud de manera explícita

en el art. 42 que establece que “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”. Se trata de una perspectiva diferente, menos enfocada en los ciudadanos como sujetos de derecho, sino en sus derechos como consumidores (Rovere, 2018). Sin embargo, la misma Constitución establece que los tratados internacionales tienen jerarquía superior a las leyes (art. 75. Inciso 22) y con ello da a lugar que en nuestro país las normas establecidas por la DUDH y numerosos tratados que analizamos seguidamente tengan rango constitucional.

La Declaración de DUDH es un marco amplio que da sustento a la demanda de acceso a los servicios y recursos que requiere la salud considerada en sus distintas dimensiones. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ACNUDH, 1966), los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes para asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Asimismo, reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren, entre otras condiciones, un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie; condiciones de existencia dignas para los trabajadores y para sus familias -incluyendo alimentos, ropa, alojamiento y atención médica y servicios sociales necesarios-; la seguridad y la higiene en el trabajo; el descanso, el disfrute del tiempo libre; la seguridad en caso de desempleo y a la educación.

Los derechos contenidos en la DUDH han sido especificados y extendidos a varias poblaciones discriminadas y/o vulnerables, en varios convenios y convenciones, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ACNUDH, 1966), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ACNUDH, 1979), la Convención sobre los Derechos

del Niño de 1989 (UNICEF, 1989), entre otros. Todos estos acuerdos, a los cuales Argentina ha adherido, han aportado marcos más específicos que han servido para sustentar el debate interno acerca de la necesidad de diseñar políticas con alto impacto en las condiciones de salud para atender las necesidades poblacionales y de áreas específicas.

Sobre la base de estos convenios y declaraciones internacionales, los defensores de las políticas públicas basadas en los derechos humanos han establecido una propuesta para un enfoque de la salud con esta orientación. De acuerdo con un documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) de la ONU:

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos apunta específicamente a la realización del derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados. La elaboración y programación de políticas de salud deben guiarse por los estándares y principios de derechos humanos y apuntar a desarrollar la capacidad de las instituciones responsables de hacerlos efectivos y capacitar a los titulares de derechos para reclamar efectivamente sus derechos de salud. (OMS y ACNUDH, 2009)

Entre los mecanismos y medidas diseñadas para monitorear el cumplimiento de los derechos humanos por parte de los Gobiernos se destaca el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, sus siglas en inglés), que fue creado por la ONU en 1985. Este Comité está integrado por expertos independientes, se reúne periódicamente y trabaja sobre la base de documentos que deben presentar los países signatarios del Pacto donde dan cuenta de la aplicación de los derechos establecidos. El análisis del Comité de estos reportes se traduce en observaciones y recomendaciones. Asimismo, este Comité trabaja en la interpretación de distintos aspectos del Pacto (los Comentarios Generales).

Las Conferencias o Cumbres Mundiales de Naciones Unidas, han sido otra importante plataforma internacional para promover y monitorear metas consensuadas para el cumplimiento de derechos. Se destacan, por su relación más directa con dimensiones relacionadas con la salud de la población y los sistemas de atención de la salud, las Conferencias Mundiales sobre la Mujer y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. La Cuarta Conferencia

Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, representó un punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing estableció una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas cruciales, entre las cuales contempló los derechos humanos de las mujeres, la salud y la violencia contra la mujer. De similar manera, la Cumbre Mundial de la Infancia celebrada en 1990 propuso metas directamente ligadas a la salud, entre ellas: reducir las tasas de mortalidad infantil, mejorar el cuidado de la salud materna, reducir a la mitad las tasas de malnutrición, garantizar a todos agua potable y acceso al saneamiento, facilitar el acceso a la educación básica a todos los niños y niñas y mejorar la protección de los niños y niñas.

En la misma línea, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), surgidos de la Declaración del Milenio, aprobados y acordados por todos los Gobiernos en el año 2000, representan los compromisos contraídos por los Estados miembros de las Naciones Unidas para reducir la pobreza extrema y sus diversas manifestaciones: el hambre, las enfermedades, la desigualdad entre los géneros, la falta de educación y de acceso a infraestructuras básicas, así como la degradación del medio ambiente (OMS, 2000). Con propósitos aún más ambiciosos, en 2015, Naciones Unidas lanzó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con metas a cumplirse en 2030. El objetivo 3, propone “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y entre las metas específicas para alcanzar este objetivo plantea “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Naciones Unidas, 2015a).

De manera interesante, estos acuerdos internacionales y los mecanismos de monitoreo sistemático que establecen cumplen un rol relevante de instalar o jerarquizar en la agenda de la política de los países los temas a los que refieren los compromisos asumidos. En nuestro país esto ha dado lugar a la definición de políticas concretas, prestando atención a los diagnósticos sobre la situación de base y su evolución. Para mencionar algunos ejemplos, luego de la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990, el INDEC diseñó una encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales definidas en la Cumbre y propició el análisis de dicha información en un documento que sirviera de base para tal seguimiento (INDEC, 1995). La Plata-

forma de Acción acordada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, fue un impulso para la acción tanto del Estado como de la sociedad civil en las variadas problemáticas que afectan la equidad de género con impacto en las condiciones de vida y salud. Ayudó a hacer más visibles ante la sociedad en su conjunto los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y las variadas formas de la violencia de género; dio marco a la creación de áreas gubernamentales enfocadas en la mujer, y al desarrollo y empoderamiento de las organizaciones de la sociedad civil que promueven sus derechos.

LA BÚSQUEDA DE EQUIDAD

Todo este trabajo impulsado por los distintos órganos de las Naciones Unidas y retomado por los países está atravesado por la búsqueda de equidad. De manera general, la equidad en las oportunidades de hombres y mujeres, prestando especial atención a distintas poblaciones que padecen desventajas o se consideran de mayor riesgo (niños, mujeres, trabajadores, migrantes, refugiados, entre otros colectivos).

¿Qué situaciones se consideran “inequitativas” y deberían ser consideradas objetivos de las políticas de salud? Whitehead (1991) se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero, además, se consideran injustas e inadecuadas. El concepto así definido tiene una dimensión ética y moral, que lo vincula con el marco más general de derechos. Siguiendo un criterio de equidad los Estados requieren velar por reducir las brechas en los resultados en salud de distintos grupos poblacionales, cuando estas brechas se originan en situaciones o condiciones que se considera pueden ser evitadas, son injustas e inadecuadas. Estos grupos poblacionales pueden ser definidos desde el punto de vista social, económico, demográfico o geográfico (OMS, 2011). La literatura sobre salud a nivel poblacional ofrece innumerables ejemplos sobre inequidades con impacto en estados de salud que pueden afectar a distintos grupos sociales y a distintas regiones o áreas dentro de un país y que se originan en distintas condiciones de vida y en diferencias en las posibilidades de acceder a bienes y servicios que inciden de manera directa o indirecta en los resultados en salud. Algunas de estas situaciones quedan reflejadas en estadísticas de morbilidad que se presentan en la próxima sección.

El modelo de “Determinantes Sociales de la Salud” de la OMS (2008), permite identificar una serie de factores o condiciones que pueden explicar el origen de estas diferencias injustas e innecesarias. El modelo define a los determinantes como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, incluido el sistema de salud”. Las circunstancias a las que refiere el modelo son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. El modelo diferencia distintos niveles de determinación desde aspectos macro a aspectos más próximos al resultado en términos de salud. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

A modo de síntesis, dado que la salud es un derecho humano fundamental y que la realización progresiva de este derecho aporta a eliminar las desigualdades que resultan en diferencias evitables en estados de salud y en las oportunidades de desarrollo individual y social, se destaca la importancia de las políticas que se orienten a lograr mayores niveles de equidad.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO: MORTALIDAD, MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO.

La Argentina es un país de contrastes, con fuertes diferencias demográficas, socioeconómicas y culturales entre los grupos poblacionales y las provincias que la componen. Con una población estimada en casi 45 millones de habitantes y con un extenso territorio de más de 2,7 millones de Km², tiene en su totalidad una baja densidad de población (16.2 habitantes por Km² de superficie) pero con una altísima concentración en el Área Metropolitana de Buenos Aires, donde vive el 32 % de la población del país (Cuadro 1).

Su población, en conjunto, presenta un nivel de envejecimiento moderadamente avanzado, con un 11.4% de personas de 65 y más años en el total del país, pero con diferencias regionales considerables ya que ese porcentaje oscila desde un 7.3 % en Misiones hasta un 16.1% en CABA, con las consiguientes consecuencias en los perfiles epidemiológicos. Por otra parte,

el país ha experimentado globalmente una firme tendencia a la disminución en los niveles de natalidad, una mayor esperanza de vida y un creciente envejecimiento de su población, que junto con los cambios en los comportamientos sociales y la emergencia de nuevos factores de riesgo ubican a la Argentina en un estadio avanzado en la transición epidemiológica.

Este proceso implica, en primer lugar, cambios en los perfiles de la enfermedad y la muerte, con un progresivo predominio de las enfermedades no transmisibles y de los accidentes y violencias, a expensas de las transmisibles. Asimismo, se modifica la distribución de la carga de mala salud por edad, con un desplazamiento desde los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. En tercer lugar, este proceso coloca a la morbilidad como problema epidemiológico central, posición antes ocupada por la mortalidad.

Cuadro 01

Indicadores Demográficos

Población estimada año 2019¹	44.938.712
Porcentaje de menores de 15 años²	24,5
Porcentaje de personas de 65 y más años	11,4
Razón de masculinidad de la población año 2019³	96,3
Tasa de natalidad 2018 (por 1000 habitantes)⁴	15,4
Tasa de fecundidad 2015 (por 1000 mujeres de 15 a 49 años)⁵	69,4
Tasa global de fecundidad 2015 (hijos por mujer)⁶	2,3
Tasa bruta de mortalidad 2018 (por 1000 habitantes)⁷	7,6
Tasa de crecimiento demográfico 2016 (por 1000 habitantes)⁸	10,7
Esperanza de vida 2008-20103. Ambos sexos	75,3
Varones	72,1
Mujeres	78,8
Ambos sexos CABA	77,2
Ambos sexos Chaco	72,8

Fuentes:

INDEC, 2020. Proyecciones y estimaciones de población.

Ministerio de Salud DEIS, Estadísticas Vitales, 2018. 3.INDEC, 2020a. Tablas de mortalidad 2008-2010.

- 1 Ministerio de Salud
- 2 Ministerio de Salud
- 3 Ministerio de Salud
- 4 Ministerio de Salud
- 5 INDEC
- 6 Ministerio de Salud
- 7 Ministerio de Salud
- 8 INDEC

No obstante, la permanencia y emergencia de enfermedades infecciosas como el Chagas, el dengue, la tuberculosis, el hantavirus, enfermedades que están relacionadas con entornos ambientales con graves déficits, acerca a la Argentina a lo que Frenk (1995) llamó modelo polarizado de transición epidemiológica: coexistencia de enfermedades pre y post transición con diferentes perfiles epidemiológicos entre las distintas regiones y los distintos estratos sociales, así como marcadas desigualdades en el estado de salud.

Las desigualdades socioeconómicas entre provincias y regiones se ponen claramente de manifiesto en las condiciones de vida de los distintos grupos poblacionales, que a su vez impactan en las inequidades en los estados de salud que presenta la Argentina y se reflejan en indicadores como la esperanza de vida al nacer (Cuadro 1).

Resulta relevante para analizar los indicadores de salud contar con información sobre el contexto en cual vive una población. Cómo se distribuye el ingreso, es un parámetro de equidad y de las diferencias en las condiciones de vida de distintos grupos poblacionales. La condición de pobreza e indigencia marca umbrales entre los cuales los riesgos de enfermar y morir se potencian. Diferencias en los estados de salud también se asocian a los niveles educativos, a las condiciones de la vivienda y al empleo, en tanto variable que determina el acceso a ingresos y a la cobertura de la salud.

En el último trimestre de 2019, el 10% de la población de ingresos más altos se apropiaba del 32 % del ingreso total mientras, que el 30% de ingresos más bajos sólo del 8,6%. Aquellos pertenecientes al decil de más altos ingresos percibían en promedio más de 20 veces que el ingreso promedio del decil de más bajos ingresos. El desempleo afectó al 8,9% de la población económicamente activa en el segundo semestre de 2019. Entre las personas en situación de pobreza, la tasa de desocupación alcanzó al 19,6% (SIEMPRO, 2020).

En el segundo semestre de 2019, la incidencia de la pobreza por ingresos en la población alcanzó al 35,5% y la indigencia al 8,0%, observándose un incremento de la población en situación de pobreza respecto al semestre y al año anterior. La pobreza afecta de manera diferente a las distintas regiones. En un extremo se ubica la Ciudad de Buenos Aires (CABA) con un 13,5% de personas viviendo en condición de pobreza, en el otro el Noreste, Noroeste y el Gran Buenos Aires tienen un alrededor de un 40% de población pobre (INDEC, 2019).

La asistencia escolar entre los 6 y 14 años es prácticamente universal y entre los adolescentes de 15 a 17 años alcanzaba al 97,9% en el segundo trimestre de 2019. La deserción escolar de este grupo era en el promedio del país del 11,6% en el primer trimestre de 2019. Los jóvenes de sectores de población pobre se ven afectados por menores niveles de asistencia (89,3%) y mayores niveles de deserción del sistema educativo (24,6%) (SIEMPRO, 2020). En el segundo semestre de 2019, el 9% de la población urbana vivía en una vivienda inadecuada y el 26,7% en condición de hacinamiento. Estos valores se elevaban al 19,5 % y el 48,2%, respectivamente entre las personas en hogares en situación de pobreza (SIEMPRO, 2020).

MORTALIDAD

La tasa bruta de mortalidad fue de 7,7 por mil en el año 2017 (Cuadro 2). Las tasas ajustadas, que permiten comparar poblaciones con diferentes estructuras por edad y sexo, muestran la fuerte sobretasa de mortalidad de los varones con relación a las mujeres, fenómeno de ocurrencia prácticamente universal.

El nivel de la mortalidad presenta una tendencia descendente. En una serie de 14 años, se observa una tendencia a una disminución constante de la tasa ajustada por edad en el total y en ambos sexos (Gráfico 1).

Cuadro 02

Mortalidad por sexo. Argentina año 2017

GÉNERO	N° DE DEFUNCIONES *	TASA BRUTA DE MORTALIDAD	TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR SEXO
Varones	174.221	8,2	8,1
Mujeres	166.731	7,3	5,1
Total	341. 688	7,7	6,4

+736 casos sin datos de género

Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales, año 2017.

Gráfico 01

Tasas ajustadas de mortalidad por sexo. Total país, años 2004-2017



Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales.

MORTALIDAD POR REGIONES

Al comparar la mortalidad por regiones mediante tasas ajustadas a fin de eliminar el efecto del envejecimiento poblacional en las tasas brutas, se observa que la Ciudad de Buenos Aires y la región Centro son las de menor nivel de mortalidad y Cuyo y el Noreste las más elevadas.

Cuadro 03

Tasas de mortalidad bruta y ajustada por edad según regiones. Año 2017

JURISDICCIÓN	TASA BRUTA DE MORTALIDAD	TASA MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD
CABA	10,5	6,8
Centro	8,1	6,9
Cuyo	7,1	7,5
Noroeste	5,8	7,2
Noreste	6,0	7,4
Patagónica	5,8	7,2
Total del país	7,8	—

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de DEIS, Estadísticas Vitales.

PERFIL DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

Como ya fuera mencionado, Argentina se encuentra en un nivel avanzado en la transición epidemiológica, fenómeno que modifica el perfil de las causas de muerte por el que las enfermedades no transmisibles, es decir las crónicas y las causas externas (accidentes y violencias) superan por su magnitud a enfermedades transmisibles. Así agrupadas las causas de muerte (Cuadro 4), más de seis de cada diez muertes corresponden a enfermedades no transmisibles. Las transmisibles, es decir las infecciosas, sólo representan el 14,5% del total de muertes.

Las causas de muerte más frecuentes son las agrupadas en el capítulo de Enfermedades del Sistema Circulatorio, que fundamentalmente hace referencia a las enfermedades cardiovasculares, un grupo de patologías del corazón y de los vasos sanguíneos que reconocen el exceso de peso, el sedentarismo, la dislipemia y el tabaquismo como sus principales factores de riesgo. Dentro de ellas las de mayor ocurrencia en el año 2017 fueron:

- la insuficiencia cardíaca: Incapacidad del corazón de bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de manera eficiente, con 22.701 casos.
- las cardiopatías isquémicas, enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón, que ocasionaron 22.393 muertes.
- las cerebrovasculares, patologías de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, con 19.922 defunciones.

En conjunto estas tres patologías dan cuenta del 66,9% del capítulo circulatorio.

En segundo lugar en ocurrencia de muertes se destaca el capítulo de los tumores, la gran mayoría de los cuales 95,8% son malignos. En los varones las mayores frecuencias de tumores malignos corresponden a pulmón, con 6309 muertes, que representan el 19,5% de los casos. Esta enfermedad está fuertemente asociada al consumo de tabaco⁴, por lo que estas muertes resultan mayoritariamente evitables. Le siguen en orden de importancia el cáncer de próstata (3.771 muertes) y el de colon (3.468 defunciones), ambas con un importante margen de prevención.

⁴ La American Cancer Society (2020) estima que el tabaquismo es responsable del 80% de los casos de cáncer de pulmón.

Cuadro 04**Mortalidad por causas agrupadas.
Argentina, año 2017**

CAUSAS AGRUPADAS	N° DE MUERTES *	PORCENTAJE
Enfermedades crónicas no transmisibles		
Circulatorias	97.219	28,5
Tumores	65.488	19,2
Respiratorias crónicas	29.883	8,7
Diabetes	8.893	2,6
Enfermedad renal crónica	6.732	2,0
Subtotal	208.215	60,9
Causas externas	19.419	5,7
Total enfermedades no transmisibles	227.634	66,6
Enfermedades transmisibles. Infecciosas*	49.481	14,5
Demás causas	44.029	12,9
Mal definidas	20.544	6,0
TOTAL	341.688	100

*Incluye respiratorias infecciosas.

Fuente: elaboración propia en base a la DEIS, 2017

En Notas técnicas se detallan los códigos de la CIE-10a. que comprenden las categorías de este cuadro.

En las mujeres el cáncer de mama es el que ocasiona el mayor número de muertes por tumores malignos, con 6.049 casos en el año 2017 (20% del total). El cáncer de pulmón, el de colon y el cervicouterino son los siguientes en mayor ocurrencia. Medidas preventivas podrían reducir en forma importante estas defunciones.

El capítulo denominado Causas Externas, que reúne los accidentes y las violencias, tiene amplio predominio masculino, con el 73% de las defunciones. Dentro de los accidentes se destacan los de transporte (4.685 casos). En los casos de violencia intencional prevalecen los suicidios, con 3.222 casos, de los cuales ocho de cada diez corresponden a varones. Los homicidios provocaron 1.730 muertes, con similar alta participación masculina.

Las muertes por causas infecciosas responden primordialmente a las clasificadas como neumonía e influenza, que dieron lugar a 33.504 muertes.

Le siguen las septicemias con 10.308 casos. El SIDA, la tuberculosis y el Chagas, como se detalla más adelante, representan asimismo importantes aportes a la mortalidad por este agrupamiento.

MORTALIDAD PREMATURA

En poblaciones envejecidas, las estadísticas de mortalidad basadas en el número de casos ocurridos suelen disimular problemas de salud, que aunque menos frecuentes, afectan en mayor medida a niños y jóvenes, dando lugar a muertes prematuras. Medidos mediante el indicador “Años de vida prematuros perdidos” (AVPP), en 2017 se perdieron 570 años de vida prematura cada 10.000 habitantes. Con este indicador el orden de causas se altera con relación a la estadística basada en defunciones, siendo las Causas Externas (accidentes y violencias) las mayores generadoras de muertes tempranas.

Las diferencias regionales son nuevamente muy importantes en este indicador. Las más afectadas por muertes prematuras son el NEA, con 704 y el NOA con 639 AVPP cada 10.000 habitantes, valores muy lejanos al otro extremo, el de la Ciudad de Buenos Aires.

Cuadro 05

Años de vida perdida por muerte prematura (AVPP) cada 10.000 habitantes de 0-70 años según capítulo CIE 10^a. Argentina año 2017

CAPÍTULOS	N° DE AVPP *	PORCENTAJE
Causas externas	517.862	22,3
Tumores	413.708	17,8
Circulatorias	293.164	12,6
Perinatales	235.446	10,1
Sist. Respiratorio	197.574	8,5
Congénitas	152.566	6,6
Infeciosas	111.130	4,8
Demás causas	402.915	17,3
TOTAL	2.324.365	100

Fuente: En Notas técnicas se detallan los códigos de la CIE-10a. que comprenden las categorías de este cuadro. Elaboración propia en base a la DEIS, 2017

Gráfico 02

Porcentaje de muertes y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) cada 10.000 habitantes, según causas de muerte seleccionadas. Argentina, año 2017

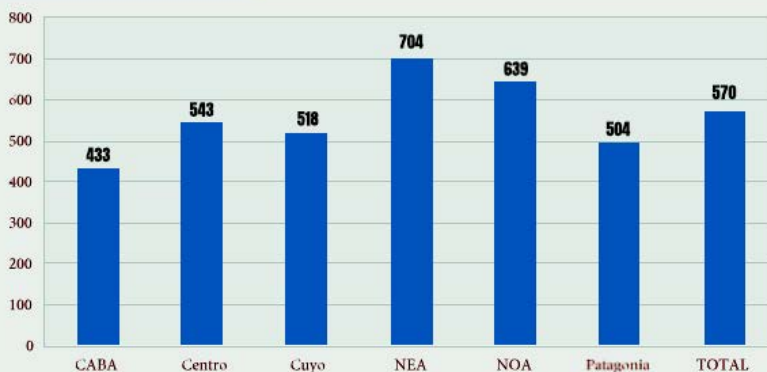


Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, 2017.

Pero ese indicador agregado disimula importantes inequidades al interior del país, como se observa en el Gráfico 5, que presenta tasas por provincia. Los resultados fluctúan entre 6.9 por mil nacidos en Chubut y 16 por mil en Formosa, que significa una diferencia de tasa de 9.1 puntos. O expresado de otra manera, una sobretasa de Formosa del 131.9% mayor que CABA.

Gráfico 03

AVPP (0 a 70 años) por cada 10.000 habitantes, según región. Año 2017



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, 2017.

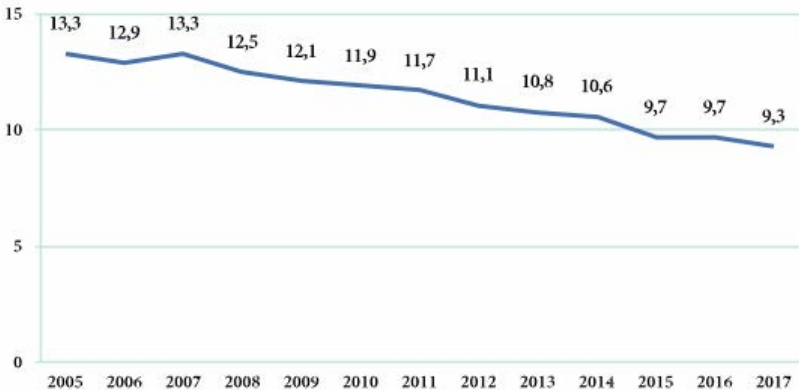
MORTALIDAD DE POBLACIONES CON RIESGOS AUMENTADOS: MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

Los niños pequeños, especialmente los menores de un año, y las mujeres en el proceso del embarazo, parto y puerperio están expuestos a mayores riesgos que en su gran mayoría son evitables, por lo que deben ser objeto de atención prioritaria. Si bien ambas responden a la influencia interrelacionada de factores biológicos, socioeconómicos y ambientales, el acceso a una atención de la salud de calidad es el principal medio para evitar estas muertes, fundamentalmente mediante una adecuada atención del embarazo y del parto como su factor más determinante.

La mortalidad infantil, aunque aún muy elevada en comparación con otros países que alcanzan cifras de 2 o 3 por mil nacidos (Banco Mundial, 2018), presenta en los últimos años un sostenido descenso para ubicarse en una tasa de 9,3 por mil nacidos vivos en el año 2017.

Gráfico 04

Tasas de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos.
Argentina, años 2005-2017

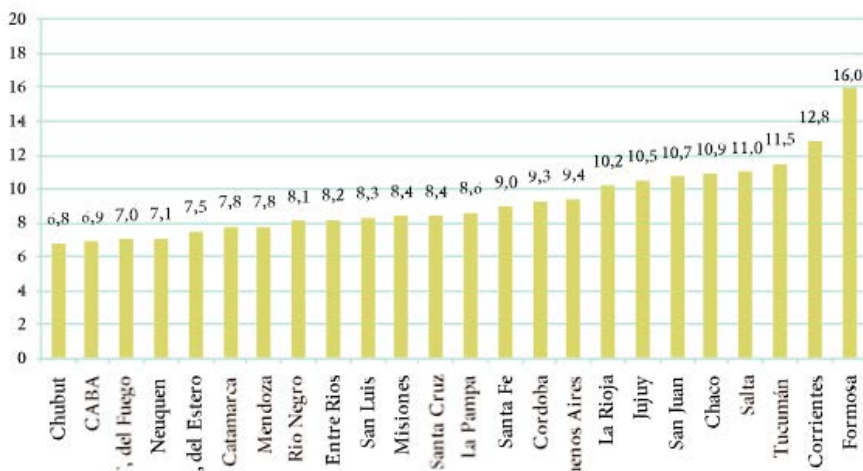


Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales.

Pero ese indicador agregado disimula importantes inequidades al interior del país, como se observa en el Gráfico 5, que presenta tasas por provincia. Los resultados fluctúan entre 6.9 por mil nacidos en Chubut y 16 por mil en Formosa, lo que significa una diferencia de tasa de 9.1 puntos, o expresado de otra manera, una sobretasa de Formosa del 131.9% mayor que CABA.

Gráfico 05

Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, por provincias. Año 2017



Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales

A lo largo del año que comprende la mortalidad infantil se reconocen distintos períodos. La etapa más temprana, la neonatal, abarca hasta los 27 días de vida, con dos componentes: precoz, hasta los 6 días, y tardía desde los 7 hasta los 27 días. La etapa postneonatal transcurre desde el día 28 hasta los 364 días de vida. A medida que la tasa alcanza valores más bajos, los casos suelen concentrarse en las primeras etapas, donde predominan las causas más ligadas al embarazo y el parto. Por el contrario, el período post neonatal, con causas más relacionadas con el entorno, disminuye su participación en el problema.

En el año 2017 en Argentina dos terceras partes de las muertes sucedieron en el período neonatal, con una alta concentración en el tramo de menores de 7 días que reúne la mitad de los casos. En el período post neonatal ocurrieron el 30% (Cuadro 6) de las muertes. Coincidentemente con esa distribución,

más de la mitad de las muertes son por causa perinatal, seguidas en orden de importancia por las anomalías congénitas, como muestra el cuadro 7.

Cuadro 06

Mortalidad infantil según períodos. Argentina, año 2017

PERÍODOS	N°*	%	TASA POR MIL NV
Neonatal precoz (0 a 6 días)	3.260	49,6	4,6
Neonatal tardío (7 a 27 días)	1.290	19,6	1,8
Subtotal neonatal	4.550	69,2	6,4
Postneonatal	2.029	30,8	2,9
TOTAL Mortalidad infantil	6.579	100	9,3

Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales.

Cuadro 07

Defunciones de menores de un año según causas seleccionadas. Argentina, año 2017

	Defunciones	%
Perinatales	3.383	51,4
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	1.032	30,5
Dificultad respiratoria del recién nacido	510	15,1
Sepsis bacteriana del recién nacido	419	12,4
Demás causas perinatales	1.422	42,0
Congénitas	1.864	28,3
Respiratorias	402	6,1
Demás causas	930	14,2
TOTAL	6.579	100

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, 2017.

Aunque en forma más inestable⁵, la mortalidad de las mujeres por embarazo, parto y puerperio presenta también una tendencia descendente, con un valor para el año 2017 de 2,9 muertes cada 10.000 nacidos vivos (Cuadro 8). En su producción predominan las causas obstétricas directas, entre las que se destacan la hipertensión y la sepsis. Le siguen en importancia las muertes maternas por aborto (Cuadro 9).

Cuadro 08**Muertes y razón de mortalidad maternas. Argentina, años 2005-2017**

AÑO	DEFUNCIONES MATERNAS	NACIDOS VIVOS	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (POR 10,000 NACIDOS VIVOS)
2005	279	712.220	3,9
2006	333	696.451	4,8
2007	306	700.792	4,4
2008	296	746.460	4,0
2009	410	745.336	5,5
2010	331	756.176	4,4
2011	302	758.042	4,0
2012	258	738.318	3,5
2013	245	754.603	3,2
2014	290	777.012	3,7
2015	298	770.040	3,9
2016	245	728.035	3,4
2017	202	704.609	2,9

Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales

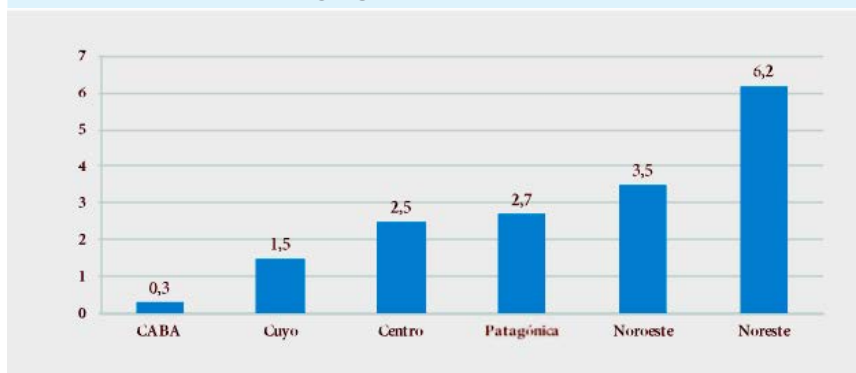
5 El pico de casos del año 2009 se debió principalmente a la epidemia de gripe H1N1 que padeció la Argentina y que provocó un aumento en las muertes maternas por enfermedades respiratorias que actúan como causas indirectas.

Cuadro 09**Muertes maternas según grupos de causa. Argentina, año 2017.**

CAUSAS	NRO. DE MUERTES	%
Embarazo terminado en aborto	30	14,9
Causas obstétricas directas	118	58,4
Trastornos hipertensivos	37	18,3
Sepsis, principalmente en el puerperio	34	16,8
Otras causas directas	47	23,3
Causas obstétricas indirectas	54	26,7
TOTAL	202	100,0

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, 2017.

La distribución inequitativa de este evitable problema de salud se pone claramente de relieve al observar su medición por región, que fluctúa desde un 0,3 en la Ciudad de Buenos Aires hasta un 6,2 por 10.000 nacidos vivos en el Noreste, en cuyo interior se destaca Formosa con una razón de 10,4 muertes maternas por 10.000 nacidos vivos.

Gráfico 06**Razón de mortalidad materna por regiones, por 10.000 nacidos vivos. Año 2017**

Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales.

MORTALIDAD Y FACTORES DE RIESGO

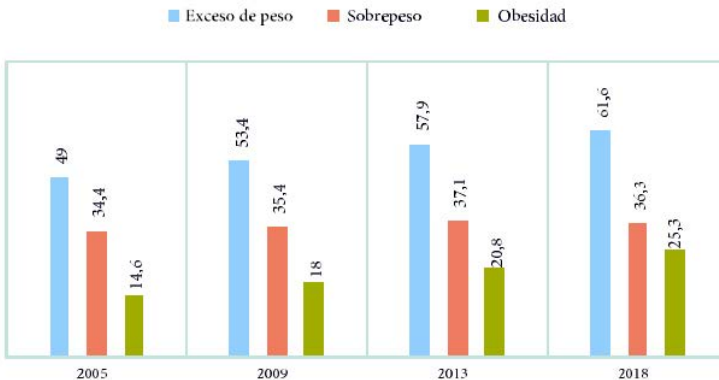
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

EXCESO DE PESO

El exceso de peso es actualmente un problema sanitario de gran envergadura, reconocido por su impacto en la producción de numerosas enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiovasculares y la artrosis. Su medición se realiza mediante el Índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso con la talla³. El indicador “exceso de peso”⁶ tiene dos componentes: sobrepeso (IMC = 25 a menor de 30) y obesidad (IMC igual o superior a 30) En la Argentina el problema es importante y creciente. Ese valor representa un incremento de un 25,7% con relación a la medición del año 2005, se destaca el componente “Obesidad” con un aumento del 73,3% entre esas fechas (Gráfico 7).

Gráfico 07

Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad. Años 2005, 2009, 2013 y 2018 *



*Por autorreporte de peso y talla en población de 18 años y más.

Fuente: elaborado sobre la base de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, 2009, 2013 y 2018

Cuadro 10

Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad según sexo, nivel educativo y quintil de ingreso. Argentina, año 2018.*

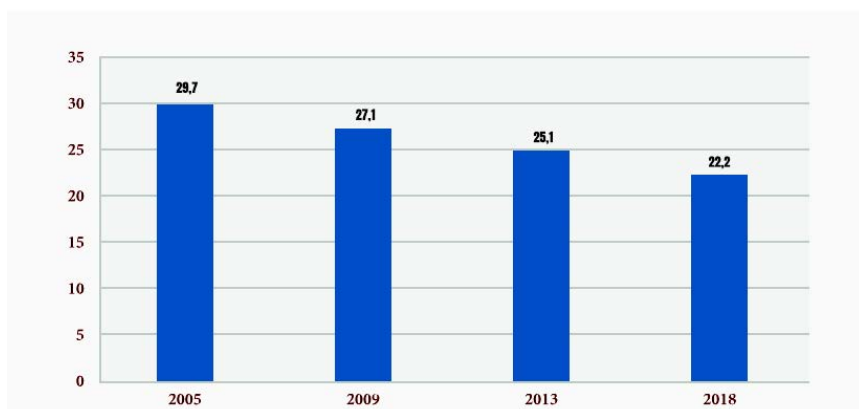
	EXCESO DE PESO	SOBREPESO	OBESIDAD
Sexo			
Varón	68,5	41,9	26,6
Mujer	55,0	30,9	24,2
Nivel educativo			
Hasta primaria incompleta	70,9	37,5	33,4
Secundaria completa y más	56,6	35,0	21,6
Quintil de ingreso			
1	61,8	34,3	27,6
5	55,0	35,4	19,6
TOTAL	61,6	36,3	25,3

* Por autorreporte de peso y talla en población de 18 años y más. Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora.

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

TABAQUISMO

Si bien el tabaquismo tiene una prevalencia elevada en la Argentina, 22,2% en el año 2018, su evolución tiene una firme tendencia declinante como puede apreciarse en el Gráfico N° 8.

Gráfico 08**Consumo de cigarrillos en población de 18 años y más.
Años 2005, 2009, 2013 y 2018.**

Fuente: elaborado sobre la base de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005, 2009, 2013 y 2018

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2018 halló mediante medición física que el 40,5%⁷ de la población de 18 años y más presentaba presión elevada. Su distribución resultó muy heterogénea según edad (aumenta aceleradamente a mayor edad), sexo (49,3% en los varones, y 32% en las mujeres) y es más elevada a menor nivel educativo .

Por autorreporte, entre aquellos que se midieron alguna vez la presión arterial, el 34,7% de esa población declaró haber sido diagnosticada como de presión alta por un profesional de la salud.

DIABETES

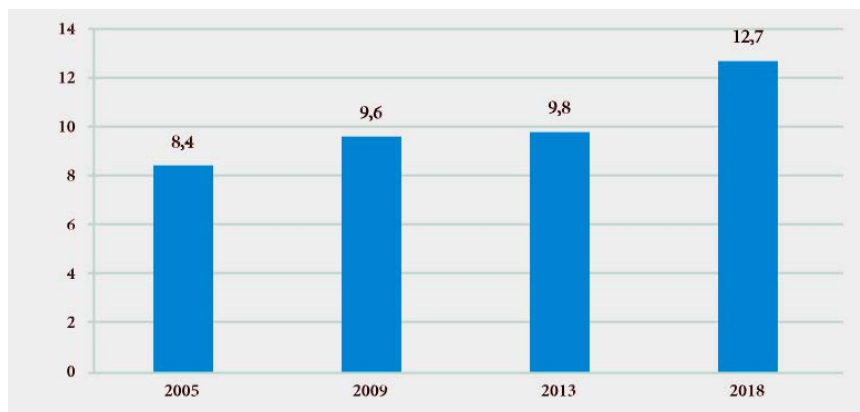
La diabetes (nivel elevado de glucemia en la sangre), es una patología generadora de una importante carga de mala salud tanto por muerte prematura como por sus secuelas ya que puede causar problemas cardíacos, renales y visuales. De la mano de la alimentación inadecuada, el exceso de peso y el sedentarismo, la diabetes ha adquirido características de creciente epidemia mundial.

7 Población de 18 años y más que tuvo presión elevada (mayor o igual a 140/90 mmHg) por mediciones objetivas en el domicilio (ENFR, 2018).

Argentina no escapa a esa tendencia, registrando en 2018 una prevalencia por autorreporte de 12,7% de la población de 18 y más años (ENFR, 2018), que representa un valor 51% mayor que el reportado en el año 2005 (Gráfico 9).

Gráfico 09

Prevalencia de glucemia elevada/ diabetes Años 2005, 2009, 2013 y 2018.



Por autorreporte de población de 18 años y más. Glucemia elevada: igual o mayor a 110 mg/dl

Fuente: elaborado sobre la base de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, 2009, 2013 y 2018.

Cuadro 11

Prevalencia de glucemia elevada/ diabetes según sexo, nivel educativo y quintil de ingreso. Argentina, año 2018

	GLUCEMIA ELEVADA/DIABETES (%)
SEXO	
Varón	11,6
Mujer	13,7
NIVEL EDUCATIVO	
Hasta primaria incompleta	22,9
Secundaria completa y más	10,3
QUINTIL DE INGRESO	
1	13,3
5	11,6
TOTAL	12,7

Por autorreporte en población de 18 años y más. Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora.
Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018.

Este consumo registra diferencias importantes según sexo (26,1% en los varones versus 18,6% en las mujeres), edad (el valor más alto se ubica en las personas de 25 a 34 años, con el 26,9%, y el más bajo en los adultos mayores con 10,2% de fumadores), regiones del país (15,5% en CABA, 24,6% en la región de Cuyo).

Tal como numerosa literatura lo ha establecido (Bardach, et al., 2016) para otras poblaciones, el hábito de fumar en Argentina muestra también una relación inversa con el nivel de ingresos de las personas. La prevalencia en el quintil de ingresos más bajos duplica la del quintil con ingresos más altos (ENFR, 2018).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es considerada el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Es a su vez tributaria de factores de riesgo como el consumo elevado de sal, el exceso de peso, el sedentarismo y el tabaquismo.

Si bien las encuestas poblacionales no son aptas para efectuar un diagnóstico de HTA, la prevalencia de presión arterial elevada proporciona indicios del problema, de su grado de control en las personas con diagnóstico de HTA y permite además comparar con otras poblaciones.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

VIH-SIDA

Si bien la mortalidad por SIDA ha disminuido considerablemente, en 2017 fallecieron por esa causa 1.458 personas, que representa una tasa de 3,3 por 100.000 habitantes. Al interior del país la probabilidad de morir muestra una gran desigualdad con tasas ajustadas por edad de 0,5 por 100.000 habitantes en La Pampa hasta 6,9 en Jujuy (DEIS , 2017).

Se estima que en la Argentina en el año 2018 había 139.000 personas infectadas con VIH, de las cuales un 17% desconocería esa infección. De ellas, unas 59.000 personas se encontraban en tratamiento antirretroviral (Ministerio de Salud, 2019).

En los años 2017 y 2018 se han notificado un promedio de 5.800 casos anuales. La tasa anual por 100.000 habitantes del período 2015-2017 se ubica en 11,8 por 100.000 habitantes. En los infectados predominan ampliamente los varones, registrándose una razón de 2,1 varones por cada mujer (Ministerio de Salud, 2019).

La vía de transmisión preponderante fueron las relaciones sexuales sin protección, tanto en hombres como en mujeres (98,2% en varones, 97,1 en mujeres).

SÍFILIS

La tendencia en los últimos años en la Argentina es a una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual, que han tenido un aumento en sus notificaciones, con una mayor concentración en los grupos de edad más jóvenes. Dentro de ellas se destaca la sífilis por su importante crecimiento⁸.

La sífilis es una infección producida por la bacteria *Treponema pallidum* (TP), que se transmite fundamentalmente por contacto sexual y por transmisión congénita y perinatal. En el año 2018 la notificación de sífilis en población general fue de 51.1 casos por 100.000 habitantes, y la tasa de sífilis congénita fue de 1.5 cada 1000 nacidos vivos, en ambos casos con marcadas diferencias regionales (Ministerio de Salud, 2019).

CHAGAS

De características endémicas y asociada a la pobreza, el Chagas es una enfermedad causada por un parásito, el *Tripanosoma cruzi*, alojado en un insecto llamado vinchuca. La forma más frecuente de contagio es la llamada transmisión vectorial, es decir, por picadura de la vinchuca infectada con el

8 Cambios metodológicos en la vigilancia de la sífilis en el año 2014 (incorporación de la sífilis sin especificar) no permiten establecer conclusiones sobre la tendencia de la incidencia de sífilis en población general.

parásito. También se transmite por transmisión vertical, de la madre al hijo en el embarazo, y en menor medida por vía transfusional.

La vinchuca prolifera fundamentalmente en contextos rurales y en viviendas construidas con materiales inadecuados (paredes de barro, techos de paja donde se aloja el vector), falta de higiene y presencia de animales.

Las personas infectadas pueden sufrir problemas del corazón o del sistema digestivo, produciendo diferentes grados de invalidez o inclusive la muerte. En 2017 fallecieron 481 personas por esta enfermedad.

Enfermedad desatendida, las estadísticas de prevalencia de la infección en la población son sumamente deficientes. Se carece de datos pero se calcula que entre uno y tres millones de personas se encuentran infectadas con el parásito (OPS, 2019). Un 30% de ellas podrían tener alteraciones cardíacas a lo largo de su vida. Las provincias de alto riesgo para la transmisión vectorial del Chagas son Chaco, Formosa, Santiago del Estero, La Rioja, Salta, Mendoza y San Juan.

DENGUE

El dengue, epidemia reemergente, que de manera similar al Chagas está asociada a la pobreza. Es una infección viral reemergente por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género *Aedes*, principalmente del tipo *aegypti*. Es una enfermedad con síntomas similares a la gripe que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos. Aunque es poco común, las mujeres embarazadas pueden contagiar a sus bebés durante el embarazo. El dengue grave, es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica (OMS, 2020).

El año 2016 se caracterizó por grandes brotes de dengue en todo el mundo. En Argentina se registraron 41.207 casos y 10 fallecimientos. En 2019, se desarrolla un nuevo brote de aún mayor magnitud a nivel mundial, con 3.139.335 casos y 1.538 fallecimientos en la Región de las Américas. En Argentina, se registró un número acumulado de notificaciones de 91.412 para la temporada 2019/2020 (entre el 13/8/19 al 22/6/2020)⁹. En ese período se

9 Corresponde al período entre la semana de Vigilancia Epidemiológica No 31 de 2019 y la semana No 23 de 2020.

registraron 25 fallecimientos causados por el dengue. Si se considera el año calendario, solo hasta el 6 de junio de 2020 se registraron 54.674 (Ministerio de Salud, 2020).

No existe una droga o tratamiento específico contra el dengue y la prevención se centra en la eliminación y el control de los criaderos del mosquito *Aedes aegypti* y en las medidas para evitar las picaduras. Es asimismo central la detección y diagnóstico rápido, para evitar su propagación.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, que afecta en su mayor parte los pulmones.

A pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, en la Argentina la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública que produce una carga importante de enfermedad tanto por muerte prematura como por años vividos con mala salud.

En el año 2017 se produjeron 601 defunciones por tuberculosis, que representan una tasa de 1.4 por 100.000 habitantes, con una muy alta variación según regiones argentinas (Cuadro 12). El problema afecta particularmente a los varones, con el 61,7% de los casos.

En cuanto a personas enfermas, en ese año se notificaron 11.695 casos, con una tasa de 26,5 por 100.000 habitantes. El 59% de las notificaciones corresponden a personas de entre 15 y 44 años. Los menores de 20 años representan el 17,9% entre todos los casos notificados (Ministerio de Salud, marzo 2019).

Cuadro 12**Defunciones por tuberculosis según regiones. Argentina, año 2017**

	DEFUNCIONES	TASA POR MILLÓN DE HABITANTES
CABA	39	12,7
Centro	282	11,1
Cuyo	31	8,7
NEA	107	26,3
NOA	108	21,2
Patagonia	28	10,0
Total *	601	13,6

*6 casos sin especificar residencia. Fuente: DEIS, 2017

Fuente: Fuente: DEIS, 2017

NOTAS TÉCNICAS**REGIONES:**

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

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

Noreste Argentino (NEA): Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones

Noroeste Argentino (NOA): Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

CÓDIGOS DE LA CIE-10^a. DE LAS CATEGORÍAS DE CAUSAS DE MUERTE DEL CUADRO 4:

Infeciosas: A00-B99, G00-G03 (meningitis)

Tumores: C00-D48

Respiratorias crónicas: J40-J70 Respiratorias infecciosas: J00-J22

Otras respiratorias: J30-J39, J80-J99. Diabetes: E10-E14

Circulatorias: I00-I99

Perinatales y maternas: P00-P96, O00-O99 Renales crónicas: N03-N08, N18-N19 Causas externas: V01-Y98

Mal definidas: R00-R99

- **Años de vida perdidos prematuramente (AVPP).** Cuadro 5 y Gráficos 2 y 3: se utilizó como límite los 70 años. Ya que fueron calculados usando la edad de las defunciones agrupadas en intervalos de 5 años, los años perdidos fueron calculados restando el punto medio de cada intervalo al valor límite. Los AVPP fueron obtenidos multiplicando la frecuencia de muertes por los años perdidos en cada grupo de edad.

- **Mortalidad materna:** muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se consideraron los códigos CIE-10^a. O00-O99. No se consideraron las muertes tardías.

- **Mortalidad ajustada por regiones** (Cuadro 3): se utilizó como población estándar la de la República Argentina estimada por el INDEC para el año 2017.

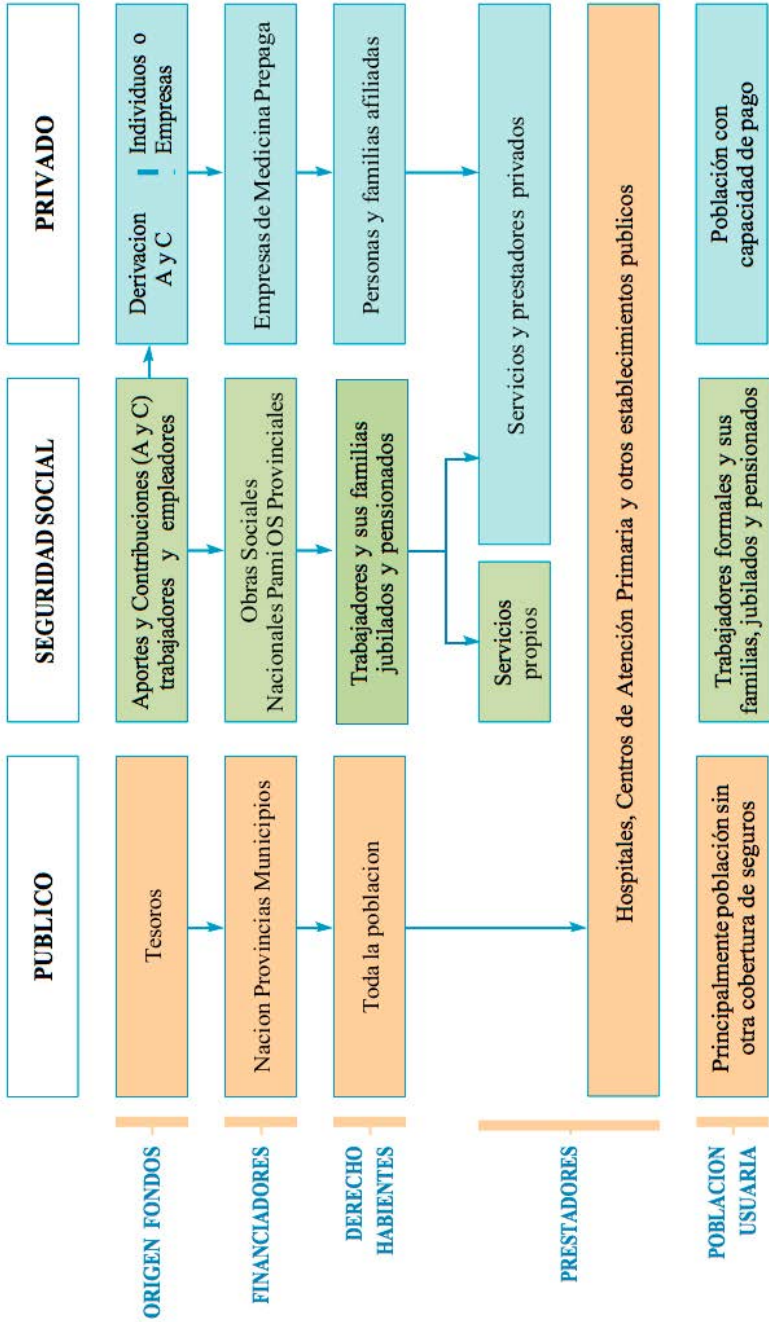
SISTEMA DE ATENCIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

TRAYECTORIA Y RASGOS DE SU ESTRUCTURA

Argentina reconoce una larga trayectoria orientada a consolidar un sistema de atención inclusivo, que cubra las necesidades de salud de su población, desde una concepción amplia de la salud, atendiendo a los distintos factores que la condicionan o determinan. La Argentina ha sido signataria de los tratados sobre DD.HH. y, tal como se describe en la primera sección, la salud tiene reconocimiento como derecho a nivel constitucional.

Si bien con avances, retrocesos, contradicciones y lógicas políticas complejas, en la sociedad argentina el acceso a la salud se instaló tempranamente en la agenda política y en las reivindicaciones sociales. Como parte de un proyecto político económico que intentó un desarrollo autónomo a mediados del siglo XX se institucionaliza un área de gobierno especializada y se crea una estructura pública de servicios de salud, estableciendo las bases para el desarrollo de un sistema nacional de salud, más cercano al modelo organizativo que se desarrolla en el Reino Unido en la postguerra. Paralelamente se alienta a la iniciativa de distintos sectores sociales, particularmente los sindicatos, que jugaban un rol clave en el proyecto político y de expansión económica, dando lugar al desarrollo de instituciones que asumen el rol de aseguradoras de salud dentro del marco de la seguridad social, inspirado en el modelo Bismarkiano. De esa manera se crea un sistema mixto de cobertura a cargo del sistema público y de la seguridad social (Langsam et al., 2019).

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD: Financiamiento, cobertura y prestación de servicios



Suele mencionarse que la principal característica del sistema de salud argentino es su fragmentación, que se origina en la organización de sus fuentes de financiamiento y su correlato en el sistema de provisión de servicios. La segmentación es otra de sus características que se expresa en diferencias en la cobertura y el acceso a los recursos según la diversa pertenencia a grupos socioeconómicos, territoriales o laborales.

La fragmentación reconoce dos vertientes histórico-institucionales. Por un lado, el hecho de que las provincias, que preexisten a la Nación, no hayan delegado en el gobierno federal la responsabilidad de la atención de la salud, lo que supone la existencia de 24 subsistemas. Por otro, como se mencionó más arriba, la génesis del desarrollo del sistema de salud entre el 45 y el 55 del siglo pasado, década durante la cual se invirtió fuertemente en el desarrollo de infraestructura estatal, mientras paralelamente se promocionaba la participación de las organizaciones sindicales en la gestión de la atención de la salud de sus afiliados.

También el sector privado en salud es importante en Argentina, tanto desde el punto de vista sanitario como del económico. Está conformado principalmente por financiadores o empresas de seguros médicos, prestadores de servicios médicoasistenciales, centros de diagnóstico, laboratorios de especialidades médicas, farmacias y empresas de equipamiento e insumos médicos. El seguro privado de afiliación voluntaria surgió en Argentina a principios del siglo XX y sus antecedentes pueden situarse en las mutuales de comunidades de base solidaria o en las agrupadas por oficio o rama laboral.

En este marco general se reconocen, entonces, tres grandes sectores que cumplen roles de financiamiento y provisión de servicios: el público, de la seguridad social y el privado. A continuación, haremos una breve descripción de estos sectores considerando su función de financiamiento y aseguramiento de la atención de la salud de la población.

SECTOR PÚBLICO

En Argentina, todo ciudadano puede ser asistido en las instituciones públicas de salud cuyo financiamiento proviene de recursos del Tesoro (impuestos), como lo muestra el diagrama estos recursos son tanto del Tesoro

nacional, como de los Tesoros provinciales y municipales. Dada la organización federal del país, cada jurisdicción opera con particulares restricciones presupuestarias, aplica sus propias políticas sanitarias y marcos regulatorios para dar respuesta a necesidades de perfiles también diferenciados de demanda. Como resultado, la cobertura es muy diferente, dependiendo del contexto de cada provincia.

De esta manera el Ministerio de Salud (MS) de la Nación detenta un rol acotado, aunque estratégico en la gestión de la política de salud (Rubinstein et al, 2018). Una manera de ilustrar el peso relativo de este nivel jurisdiccional es mencionando que, del total del gasto público en salud, solo el 18,5% corresponde al gobierno nacional. Sin embargo, como se ampliará más adelante, el MS ocupa un importante papel de coordinación, rectoría y distribución de bienes y servicios con carácter compensatorio de desigualdades. Bajo su órbita sólo permanecen unos pocos establecimientos hospitalarios que son total o parcialmente financiados por su presupuesto.

En cambio, el mayor peso del gasto y la provisión corresponde a las 24 jurisdicciones que conforman el mapa federal, conducidos por ministerios y secretarías de salud de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que mayoritariamente utiliza los servicios públicos de salud es la que no cuenta con otro tipo de seguro. En general, se trata de población que vive en hogares con bajos ingresos, trabajadores informales o autónomos no registrados, desempleados o inactivos. Este conjunto representó en el año 2010, año del último censo de población, aproximadamente el 36% de la población total del país (INDEC, 2012) y en el segundo semestre de 2019, según estimación en base a la EPH¹⁰ 32,5% (INDEC, 2020b).

En algunas provincias, como Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza y Santa Fe, también los municipios gestionan servicios de promoción y atención de la salud, en general, establecimientos de baja complejidad.

SEGURIDAD SOCIAL

El subsector de la seguridad social brinda cobertura a trabajadores formales en actividad (en relación de dependencia o autónomos) y jubilados,

10 Este proceso de desregulación de las OS comienza en 1993 (Decreto 9/93) y se pone en práctica a partir de 1997, luego que se reglamenta dicho decreto (Decreto 1141/96).

con sus respectivos grupos familiares, alcanzando en 2017 al 62,7% de la población total y el 41,8% del gasto total en salud (de la Puente et al., 2019). La gestión está a cargo de una gran cantidad de seguros sociales, denominados Obras Sociales (OS), que no constituyen un grupo homogéneo de entidades, sino varios subgrupos altamente segmentados.

PUEDEN DIFERENCIARSE 4 GRUPOS:

1. Las Obras Sociales Nacionales (OSN) de origen sindical reguladas por la Ley 23.660.
2. Otras OSN no alcanzadas por la Ley 23.660 como las del personal de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Poderes Judicial y Legislativo y Universidades Nacionales.
3. Las Obras Sociales Provinciales (OSP).
4. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) más conocido como PAMI (Programa Atención Médica Integral).

El primer conjunto mencionado, que operan en el marco de la Ley 23.660 del año 1989 y cuyo financiamiento proviene de contribuciones patronales y aportes de los trabajadores del 6% y 3% sobre salarios, respectivamente, está conformado por alrededor de 290 instituciones cada una de las cuales agrupa de manera obligatoria a los trabajadores comprendidos dentro de su rama de actividad (Torres et al., 2020). Sin embargo, desde 1997¹¹ este principio de agrupación fue relativizado permitiendo la libre elección o cambio de OSN, con consecuencias sobre la equidad del sistema. A partir de entonces, los trabajadores con salarios altos o con capacidad de completar el costo de una cobertura privada pueden derivar sus aportes eligiendo una OS que cuente con convenio con empresas de medicina prepaga, y de ese modo acceder a la cobertura de seguros privados. La derivación de aportes eliminó el efecto de la solidaridad que permitía a las OSN contar con recursos promedio más elevados y brindar una cobertura similar a todos sus beneficiarios, de manera independiente a lo que aportasen.

Una característica relevante de este subsistema es que exhibe una alta

¹¹ El porcentaje de aporte al Fondo Solidario de Redistribución depende del nivel de remuneración bruta del trabajador.

concentración de afiliados y recursos ya que un 5% de las Obras Sociales absorben más del 50% de los beneficiarios y el 48% de los recursos totales (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Asimismo, se observa una gran dispersión en términos de afiliados y recursos: la mayor parte (57%) de las Obras Sociales tienen un tamaño poblacional por debajo de la media del subsistema (55.170) e ingresos per cápita bajos (Torres et al., 2020). Estas características, se constituyen en otra fuente de inequidad: existen grandes brechas en el ingreso promedio de las entidades y no todas las obras sociales cuentan con la escala de operación requerida y los recursos financieros necesarios para cubrir los costos de la canasta de Prestaciones Médicas Obligatorias (PMO). Se estima que en 2019 sólo un 39% de estas entidades podían cubrir este costo (Torres et al., 2020), por ello desde el estado se diseñan distintas estrategias para compensar estas asimetrías entre las entidades del sistema de obras sociales.

Los aportes y contribuciones sobre los salarios son recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). La AFIP remite automáticamente el 80 o 90% a las Obras Sociales, mientras que el resto de los fondos recaudados integran el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Además de financiar el reintegro de gastos de las OSN en concepto de prestaciones por discapacidad –sistema denominado Mecanismo de Integración– y prestaciones de alta tecnología, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de alto costo, así como medicamentos caros, a través del Sistema Único de Reintegros (SUR), el FSR se utiliza para financiar:

- Un Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO) cuyo objetivo es cubrir a los afiliados cuyos aportes y contribuciones no alcanzan los valores de la cotización mínima mensual correspondiente.

- Un Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), creado mediante Decreto 1609/2012 que distribuye 3% del total de la recaudación correspondiente a los aportes y contribuciones en forma proporcional a la cantidad de afiliados de cada entidad, con un componente que brinda ingresos adicionales a aquellas Obras Sociales pequeñas (menos de 5000 afiliados) que presentan menor nivel de ingreso por afiliado en relación con el promedio del sistema.

- El SUMARTE que distribuye 1,5% de los aportes y contribuciones a las Obras Sociales con afiliados monotributistas, monotributistas sociales y servicio doméstico para compensarlas por los menores aportes que perciben y

- El SUMA65 que distribuye 1,20% de los aportes y contribuciones entre las obras sociales que cuentan con afiliados mayores de 65 años (aquellas que mantienen afiliados a sus jubilados) (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

Se estima que el gasto en salud de las OSN representaba, en 2017, el 51,28 % del gasto en salud de la seguridad social con una cobertura de 15,4 millones de afiliados, lo cual representa el 35% de la población total (De la Puente et al., 2019).

Por fuera de este marco regulatorio de encuentran las Obras Sociales mencionadas en el segundo grupo (Fuerzas Armadas, de Seguridad, Poderes Judicial y Legislativo y Universidades Nacionales) que presentan regímenes diferentes en cuanto a su financiamiento y cobertura. Se trata de entidades que surgieron para brindar atención médica a trabajadores de ciertos organismos o grupos poblacionales específicos y cuentan con financiamiento en función de alícuotas establecidas en resoluciones específicas para cada caso (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

A su vez, las Obras Sociales Provinciales (OSP) brindan cobertura a los empleados públicos que trabajan para los gobiernos provinciales y sus respectivos municipios. Sus fuentes de financiamiento son los aportes salariales de empleados públicos y las contribuciones de la provincia en su rol de empleador. A diferencia de las OSN, reguladas por la Ley 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia OSP a partir de una ley o decreto específico. Si bien en varios casos forman parte de la OSP los jubilados y pensionados de la caja de previsión provincial, y los llamados “afiliados voluntarios”, la mayor parte de la población cubierta corresponde al personal de administración pública y sus familias. Los aportes y contribuciones con los que se financian las OSP varían entre provincias, en un extremo en Entre Ríos el estado provincial aporta 4% y el trabajador el 3%, en tanto en el caso de Salta los aportes son del 6,5% y el 5,5%, respectivamente (Canale et al., 2016). El organismo que nuclea a las OSP es el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) cuyo objetivo primario fue el de establecer una interrelación entre las obras sociales y la coordinación de convenios de atención recíprocos (COSSPRA, 2019).

Las OSP atienden a una población de 7,1 millones de personas (16,1% de la población total) y participan en el gasto de la seguridad social en alrededor de un 25% (De la Puente et al., 2019).

El INSSJP creado por La Ley 19.032 de 1971, es la institución que otor-

ga cobertura mayoritariamente a la población jubilada y pensionada. Es la OS con mayor número de afiliados del país, y como tal constituye una pieza clave en la definición de contratos y mecanismos de pago a prestadores. Los recursos para su financiamiento provienen de los aportes (3%) y contribuciones (2%) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3-6% según el monto de los haberes). También los aportes del Tesoro Nacional han constituido (y lo siguen haciendo) una importante fuente de financiamiento (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Esta OS participa con el 23,1% en el gasto en salud de la seguridad social siendo el seguro del 11,6% de los beneficiarios de este subsistema (5,1 millones de personas) (De la Puente et al., 2019).

SECTOR PRIVADO

Cuando planteamos el rol del sector privado en el financiamiento y cobertura de salud debemos diferenciar dos niveles de participación: el de las familias y su gasto directo para cubrir la adquisición de bienes y servicios relacionados con la atención de la salud y el de las instituciones con o sin fines de lucro como las mutuales o las empresas de medicina prepaga que reciben fondos de las familias y en algunos casos de las empresas para dar aseguramiento a los miembros de los hogares.

Desde el punto de vista del gasto esta corriente de recursos representa al 29,8% del total asignado a salud (De la Puente et al., 2019). Según los datos de la última Encuesta de Gasto de los Hogares (ENGHO) de 2017-2018, el 64% del gasto en consumo de los hogares en la finalidad salud corresponde a adquisición de bienes y servicios mientras que el 36% se asigna al pago de seguros de salud (INDEC, 2019a).

Existen alrededor de 200 seguros privados o instituciones de medicina prepaga en el país, de las cuales las seis líderes concentran más del 50% de los 6 millones de afiliados. Cabe destacar que, según información del Censo de Población de 2010, la mayor parte de los afiliados a este sistema (67%), corresponden a afiliados de OSN que derivan sus aportes (INDEC, 2020c). Hasta muy recientemente los seguros privados se desarrollaron sin rectoría por parte de las autoridades sanitarias, sólo en 2011 se legisló incorporando las empresas de este sector a la supervisión por parte del Ministerio de Salud

de la Nación. La ley 26.682 de 2011 es el marco regulatorio de este conjunto de organizaciones. A través de su reglamentación, la Ley define coberturas mínimas similares a las establecidas para las OS (PMO), condiciones contractuales que protegen a los afiliados y normas organizativas (por ejemplo, registros de prestaciones) que permiten hacer más transparente su gestión en tanto entidades de salud.

LA ORGANIZACIÓN SEGÚN ROLES Y FUNCIONES

EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dada la descentralización de los servicios de atención de la salud, el Ministerio de Salud Nacional cumple un rol de escaso peso en lo financiero, pero central en la rectoría del sistema, la coordinación, la producción de información, la capacitación, la provisión de insumos estratégicos y la compensación de desigualdades.

En el marco de esta distribución de funciones resulta particularmente relevante el Consejo Federal de Salud (COFESA), un organismo que reúne a los Ministros de Salud de todas las provincias y al Ministro de Salud de la Nación en un ámbito que facilita la coordinación, intercambio de ideas y negociación de acuerdos entre las distintas partes.

En 2019, alrededor del 75% del presupuesto del Ministerio de Nación (excluyendo las transferencias a organismos descentralizados) se concentró en el financiamiento de los programas que generan normativa, brindan asistencia técnica y capacitación y distribuyen bienes como vacunas, leche y medicamentos y recursos financieros. Como ejemplo del ejercicio de su rol normativo y financiero, se pueden citar programas que atienden problemáticas específicas ya sea con carácter preventivo o curativo como el de Atención de la Madre y el Niño; Salud Sexual y Procreación Responsable; Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y Lucha contra el SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual; CUS – Medicamentos (antes REMEDIAR); entre otros. Asimismo, el Ministerio de Nación tiene áreas y programas dedicados a la formación de recursos humanos sanitarios y asistenciales y a la generación de información tanto para la vigilancia epi-

demiológica como de estadísticas de salud referidas a recursos, prestaciones y hechos vitales.

Además de esta orientación, algunos programas promueven e incentivan cambios en la organización de la atención de la salud como la formación e incorporación de médicos y otros profesionales (programa de Médicos Comunitarios) con enfoque en la atención primaria y la jerarquización del primer nivel de atención, ampliación de derechos y conformación de seguros provinciales (como el SUMAR).

A nivel nacional es necesario mencionar organismos descentralizados como:

- La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) encargado de la normatización y regulación en las cuestiones de su incumbencia.
- La Administración Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) cuyo objetivo es articular y promover la actividad de los laboratorios de producción pública de medicamentos existentes en nuestro país de forma planificada y centralizada por parte del Estado nacional.
- La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) que desarrolla y coordina acciones de prevención (en sus tres niveles) de la morbimortalidad causada por enfermedades infecciosas y con base genética o nutricional.
- Algunos hospitales de alta complejidad que son parcialmente financiados por el MSN como los hospitales Garrahan, Posadas y El Cruce-Néstor Kirchner.

En relación con planes y políticas, desde el nivel nacional se ha logrado una mayor centralización, en el sentido de planificación y coordinación, atendiendo los aspectos logísticos de muchos programas y planes de salud, especialmente en la provisión gratuita de medicamentos, insumos, leche, etc. En estos procesos se reconocen las iniciativas y la labor del Consejo Federal de Salud (COFESA) (Langsam, Díaz-Muñoz y Cibils., 2019).

En general se puede afirmar que las tendencias centralizadoras se asocian con políticas que han intentado de algún modo resolver las inequidades resultantes de un sistema altamente fragmentado, no sólo por su constitución general (organización en subsectores sin mayor coordinación), sino también las

inequidades que se generan en el contexto federal marcado por el desarrollo desigual de las provincias, que, a su vez, se correlacionan con perfiles socio-demográficos diferenciales (Langsam, Díaz-Muñoz y Cibils, 2019).

PROVINCIAS Y MUNICIPIOS

Las provincias tienen a su cargo la gestión de la mayor parte de los establecimientos públicos de salud de distintos niveles de complejidad en sus jurisdicciones y de la atención de la población sin cobertura de seguros obligatorios o voluntarios, para garantizar el acceso a servicios de salud de toda la población.

Asimismo, las provincias en su carácter de empleadoras –en algunos casos de una cantidad significativa de trabajadores financian y supervisan a las Obras Sociales Provinciales encargadas de brindar cobertura de salud a los empleados públicos, sus familias y en ocasiones a otros ciudadanos que habitan su territorio.

En algunas provincias como Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Corrientes también los municipios asumen esta responsabilidad, en general concentrada en el primer nivel de atención, asociado a su cercanía y conocimiento de los problemas existentes en su territorio.

Además de la gestión de los servicios, las provincias y los municipios ejecutan acciones de promoción y prevención de la salud, en muchos casos de manera coordinada con los programas del nivel nacional. Algunas provincias han desarrollado y gestionan laboratorios de especialidades medicinales públicos.

LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS)

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) regula y controla a la Obras Sociales de la Ley 23.660 y a las empresas de medicina prepaga para garantizar los derechos de los usuarios a recibir las prestaciones de salud acordadas en el marco del sistema. Asimismo, a través de los distintos mecanismos que han sido antes detallados, la SSS administra los recursos financieros del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Este Fondo tiene

el objetivo de mitigar la exposición de las OSN a situaciones financieras en las que no puedan afrontar con sus propios recursos el cumplimiento de la cobertura de sus afiliados.

LAS OBRAS SOCIALES

Las Obras Sociales son las entidades responsables de financiar la atención de la salud de los trabajadores en relación de dependencia, trabajadores por cuenta propia con aportes a la seguridad social y personas jubiladas o pensionadas para el régimen contributivo.

Algunas de estas instituciones además de contratar a terceros poseen servicios prestacionales propios. Otras, establecen convenios por los cuales sus afiliados pueden transferir sus aportes a empresas de medicina prepaga y acceder a una cobertura privada.

EL SECTOR PRIVADO

Podemos reconocer tres funciones que desempeñan distintos actores del sector privado. En primer lugar, como prestadores de servicios: profesionales individuales, establecimientos con o sin internación, centros de diagnóstico y tratamiento. Asumen una gran variedad de formas institucionales (instituciones sin fines de lucro, sociedades anónimas, cooperativas) y en general se agrupan en organizaciones gremiales que los representan. Como ejemplos podemos mencionar las federaciones y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), la de farmacéuticos (COFA), la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME), federaciones y Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECCLISA), la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA), entre otras.

También podemos incluir en este grupo a los productores y comercializadores de bienes como medicamentos y equipamiento médico. En el caso de los laboratorios de especialidades medicinales estos producen e importan remedios que se comercializan a través de droguerías y farmacias. Las principales cámaras que los agrupan son CILFA, CAEME y COOPERALA.

En segundo lugar, este sector asume una función aseguradora a través

de las denominadas empresas de medicina prepaga que ofrecen diversos planes para brindar cobertura de atención médica a población con capacidad de pago para afrontar las cuotas de estos seguros voluntarios. Estas organizaciones pueden ser con o sin fines de lucro, poseer servicios prestacionales propios o no, e incluso estar asociadas a Obras Sociales.

Por último, cabe mencionar que en muchos casos las instituciones que congregan profesionales o servicios de atención médica funcionan como intermediarios entre los financiadores (obras sociales) y sus asociados, interviniendo en la negociación y gestión de la contratación de sus servicios.

EL GASTO ES SALUD

Al describir cada uno de los elementos que constituyen el sistema de salud, desde el punto de vista del financiamiento, hicimos referencia a su contribución relativa al gasto total, al igual que a la cobertura de la población, a fin de dar cuenta de la magnitud de su participación. A continuación, ofrecemos una mirada en conjunto sobre esta cuestión.

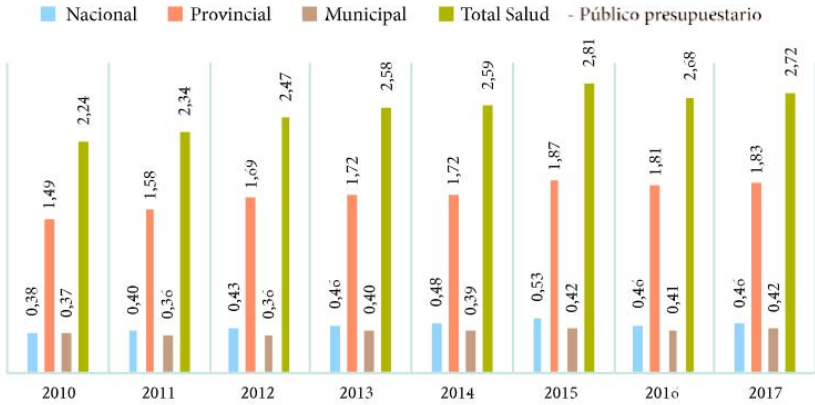
Según estimaciones efectuadas para el año 2017, el gasto total corriente en salud representó el 9,4%, del PBI lo que supuso un gasto per cápita de \$22.822 o U\$S1.378¹² (De la Puente et al., 2019).

El gasto público presupuestario son los recursos que destinan los gobiernos nacional, provincial y municipal en atención de la salud. En caso de transferencias entre un nivel y otro se imputan en el nivel en que se produce el gasto.

En la serie presentada en el gráfico siguiente la relación entre gasto público presupuestario y PBI fue creciendo desde 2010 hasta llegar a 2,81% en 2015 para disminuir a 2,68% y 2,72% en los años subsiguientes. Mientras en promedio este indicador disminuyó un 3,3% la baja fue más pronunciada en el gasto del nivel nacional (casi 12%). En cuanto al gasto de las instituciones de la seguridad social en salud también alcanzó un valor máximo en relación con el PBI en 2015, para descender en los años subsiguientes en un 4,03%, 3,93% y 3,94% respectivamente. En este caso el descenso más relevante se advierte en el INSSJP (12,2%), el de las OSN fue 1,7% y el de las provinciales 3,4%. Cabe aclarar que tanto el gasto presupuestario como el correspondiente a la seguridad social se consideran gasto público según

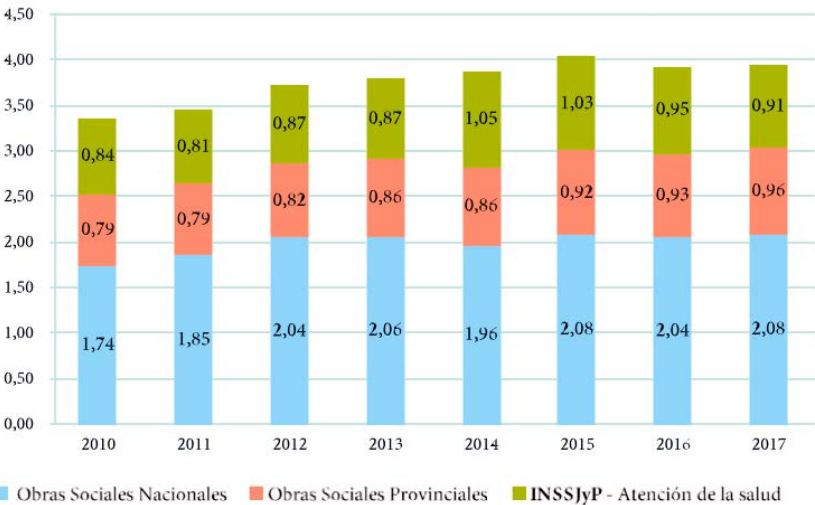
algunas metodologías (Estadísticas de Finanzas Públicas del FMI, Gasto Social del Ministerio de Economía) u obligatorio según otras (como la de Cuentas de Salud -SHA 2011 OMS/OCDE).

Gráfico 10 Gasto público presupuestario en salud por nivel jurisdiccional como porcentaje del PBI, años 2010-2017



Ministerio de Economía (2020)

Gráfico 11 Gasto en salud de la seguridad social como porcentaje del PBI. Años 2010-2017



Fuente: Ministerio de Economía (2020)

En cuanto al gasto de las familias no existe una serie que permita conocer su evolución a lo largo del tiempo. La última estimación del Ministerio de Salud¹³ lo ubica en el 2,8% del PBI con una participación en el total del gasto de 29,8%. Según la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO) de 2017-2018 el gasto de consumo de los hogares correspondiente a salud representa el 6,4%, porcentaje más bajo que en anteriores encuestas, distribuido de la siguiente manera:

Cuadro 13

Gasto de consumo de los hogares en salud como porcentaje del gasto en consumo total, 2017-2018

RUBRO	PORCENTAJE SOBRE GASTO DE CONSUMO TOTAL
Salud	6,4
Productos, artefactos y equipos médicos	2,7
Servicios para pacientes ambulatorios	1,3
Servicios de hospital	0,1
Seguros médicos	2,3
Patagónica	5,8
Total del país	7,8

Fuente: ENGHO 2017-2018, INDEC

El primer rubro desagregado en la tabla anterior incluye fundamentalmente el gasto en medicamentos y el último las cuotas pagadas a empresas de medicina prepaga o seguros voluntarios. El gasto directo de bolsillo, que incluye los tres primeros rubros, representa el 64% del total del gasto en consumo en salud de los hogares y el 19% del gasto total en salud, o sea de las tres fuentes de financiamiento.

En la siguiente tabla se expone la relación del gasto en salud y el PBI para el año 2017 según subsistema y su estructura.

Para tener una referencia sobre el significado de estos números pode-

¹³ La estimación se basa en los aportes y contribuciones recaudados por AFIP y distribuidos a las OSN y a la Superintendencia de Servicios de Salud para incorporarse a los fondos redistributivos.

mos citar la propuesta de resolución Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS/OMS de octubre 2014 que insta a los Estados a que aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud según sea apropiado, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil, y, también sugiere, que avancen hacia la eliminación del pago directo.

En el caso de Argentina el gasto público alcanza al 6,6% del PBI, sin embargo, la mayor parte de este gasto está asociado a la cobertura de las personas empleadas con aportes regulares y por lo tanto no son recursos que puedan utilizarse con fines redistributivos en el total de la población.

Cuadro 14

Gasto en salud según subsistema como % del PBI y estructura del gasto, año 2017.

SUBSISTEMA		% PBI	% GASTO TOTAL EN SALUD
Gasto público presupuestario		2,7	28,7
	Nacional	0,5	5,3
	Provincial	1,8	19,1
	Municipal	0,4	4,3
Gasto de Obras Sociales		3,9	41,5
	Nacionales	2	21,3
	Provinciales	1	10,6
	INSSJP	0,9	9,6
Gasto obligatorio (según CS)		6,6	70,2
Gasto privado		2,8	29,8
Total		9,4	100

Fuente: Elaboración propia en base a DES, Ministerio de Salud.

RECURSOS DISPONIBLES, ACCESO Y EQUIDAD

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

En una primera aproximación a la oferta del sistema sorprende la cantidad de recursos disponibles. Los médicos y camas por habitante muestran niveles muy superiores al promedio mundial, e incluso a los registros de países como Canadá, Reino Unido y Estados Unidos. Esto pareciera ser el síntoma y el resultado de los problemas de eficiencia que aquejan al sector. Distintos factores confluyen para crear ineficiencias en el uso de los recursos, entre ellas la fragmentación de la cobertura y la falta de planificación en la política de recursos humanos del sector (Langsam, et al., 2019).

Contrariamente a la abundancia de médicos, al menos en promedio, sólo se desempeñan en el país 25,8 enfermeras cada 10.000 habitantes. La heterogeneidad de la distribución de los recursos físicos y humanos en las provincias es otro rasgo distintivo de la organización del sistema de salud argentino.

LOS MÉDICOS

Según datos de la Red Federal de Registros Profesionales en Salud, en 2016 el país contaba con casi 40 médicos cada 10.000 habitantes. Sin embargo, la disparidad de este indicador entre provincias es manifiesto ya que por encima del promedio se encuentran la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con 158 médicos cada 10.000 habitantes, las provincias de Córdoba, Santa Fe y Tierra del Fuego con alrededor de 45, mientras que la provincia de Buenos Aires cuenta con 27,4 médicos cada 10.000 habitantes, las provincias de la Región Noroeste 25,5 y las de la Región Noreste 23,4 en promedio (Ministerio de Salud, 2020b).

Esta distribución desapareja entre jurisdicciones se replica al interior de cada una de ellas, ya que se manifiestan dificultades para la instalación de profesionales en las zonas urbanas periféricas o rurales. Entre otros problemas puede mencionarse la falta de médicos con interés de trabajar en el primer nivel de atención con perspectiva de Atención Primaria de la Salud

(APS), la escasez de algunas especialidades consideradas críticas y la diferencia salarial entre provincias que genera deserción en aquellas con menor capacidad de pago.

Por otra parte, la relación entre el número de enfermeras y el de médicos es de 0,65, cuando en Brasil es de 4,52, en Canadá de 3,80, Estados Unidos 3,41, en Gran Bretaña 2,95, España 1,39 y en Cuba 0,95 (OMS, 2020).

ESTABLECIMIENTOS Y CAMAS HOSPITALARIAS

Si bien el número de camas hospitalarias no es un indicador muy potente de la capacidad de respuesta de la oferta a las necesidades de atención, cabe mencionar que hay 5.226 establecimientos asistenciales que disponen en promedio de 37 camas cada 10.000 habitantes. En este caso en CABA casi se duplica este indicador (72,1 camas cada 10000 habitantes) pero hay cierta paridad entre regiones.

Cuadro 15

Cantidad de camas por 10.000 habitantes por región, año 2018

REGIÓN	CAMAS/10.000 HAB.
Región Centro	39,68
Región Cuyo	29,7
Región Noroeste	35,14
Región Noreste	31,4
Región Patagónica	31,07
Total	37,03

Fuente: Fuentes: Elaboración propia en base a Indicadores Básicos 2018, Ministerio de Salud y datos población INDEC

Analizar exclusivamente el número de camas promedio no permite disponer de un panorama adecuado sobre la oferta de servicios y la concreción del acceso de la población a prestaciones adecuadas en oportunidad y calidad. Además de la disparidad en la distribución de centros de atención

primaria de la salud, de establecimientos de creciente nivel de complejidad con personal y tecnología adecuados, se observan deficiencias en la construcción de redes y en la regionalización de algunos servicios que podrían aprovechar escalas más eficientes. A esto se suma, la falta de coordinación entre el sector público y el privado.

COBERTURA Y ACCESO A SERVICIOS

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional y de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios. Sin ello, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar de una población (OPS-OMS, 2014a).

El acceso y la cobertura están relacionados tanto con las condiciones de vida de la población, su nivel socioeconómico y educativo, su inserción laboral, las características de su hábitat, como de la oferta de servicios. Esta oferta debe evaluarse en función de su cantidad, calidad, organización y distribución territorial. Mayor desigualdad se observa en el porcentaje de la población que depende exclusivamente de los servicios de atención médica del sector público estatal.

Cuadro 16**Porcentaje de población con cobertura exclusiva del sector público, año 2010**

REGIÓN	% COBERTURA SOLO SECTOR PÚBLICO
Región Centro	32,7
Región Cuyo	39,0
Región Noroeste	44,6
Región Noreste	50,9
Región Patagónica	30,1
Total	36,1

Fuentes: Indicadores Básicos.2018. Ministerio de Salud.

Esta diferenciación no sólo se manifiesta territorialmente sino también en función del nivel de ingreso de los hogares. Según la EPH del primer trimestre de 2019, el 32% de la población está cubierta de forma exclusiva por el sistema público de salud. Al desagregar por decil de ingreso per cápita familiar, se observa que el 71,8% de las personas del decil de más bajos ingresos (primer decil) y el 50,8% del segundo decil cuentan con sólo con la cobertura pública. Este porcentaje se reduce a medida que se avanza en la escala de ingresos, para llegar a 2,5% en el decil 10.

GASTO PER CÁPITA

Según la estimación del gasto en salud para 2017 y de la población según cobertura de seguros o que depende exclusivamente de los servicios del sector público se podría calcular los recursos disponibles per cápita en cada “fragmento” y “segmento” del sistema. Sin embargo, esta vinculación no es sencilla, toda vez que hay cierta permeabilidad y superposición entre algunos “fragmentos”.

Como mencionáramos en la descripción del sistema, los servicios del sector público están disponibles para toda la población. Teóricamente entonces el gasto ascendía a \$546 por habitante por mes. Ahora bien, los usuarios “obligados” de esta oferta son las personas que no son beneficiarios de al-

gún seguro obligatorio o voluntario. Si solo aquellos utilizaran los servicios públicos el gasto total debería distribuirse entre 15,3 millones (en lugar de los 44 millones de la población total). En ese caso el gasto per cápita de este sector casi se triplicaría. Actualmente no existen datos acerca de qué porcentaje de las prestaciones de los establecimientos públicos corresponden a personas con cobertura de seguros, pero se reconoce que es relevante, por lo que el gasto per cápita debe ubicarse entre los dos niveles señalados.

El gasto per cápita de las OSN y de las OSP era similar en 2017: alrededor de \$1200. Sin embargo, se reconoce que algo más de 4 millones de personas obtienen cobertura de seguros privados a través de la derivación de parte de los recursos que reciben por sus aportes y contribuciones a las OSN. Estas transferencias, cuyo valor se desconoce, no se descuentan del gasto adjudicado a este subsistema. Por lo tanto, el valor per cápita real es menor, sobre todo si se tiene en cuenta que son las personas de salarios más altos quienes realizan esta operatoria y que la contribución promedio entre los trabajadores que cambian de OS es 60% más alta que la de los empleados de salario promedio.

El gasto del INSSJP se ubicaba en un valor más alto que el resto de las obras sociales (alrededor de \$1600), acompañando las mayores necesidades de la población que atiende.

Finalmente, el gasto per cápita de los seguros privados podía establecerse, para el mismo año, en alrededor de \$2.000, según datos no oficiales.

Desde la perspectiva de los fondos disponibles, la relación entre la cápita promedio y el costo del Programa Médico Obligatorio (PMO) puede ser una indicación de la capacidad de las entidades aseguradoras de atender las necesidades de la población a su cargo. En los últimos 10 años se realizaron estimaciones del costo del PMO y el valor calculado para julio de 2019 era de \$1833,81 mientras que el monto promedio disponible por afiliado para todo el sistema de OSN alcanzaba a \$1887,38 (Van der Kooy et al., 2019). Si bien la cápita promedio de la recaudación total de las OSN supera el costo del PMO hay que tener presente que este no incluye el gasto en administración en que incurren las Obras Sociales.

Además, el mencionado estudio señala que solo el 39% de las OSN (114 de estas instituciones) –que representan el 31% de los beneficiarios– tienen ingresos per cápita superiores al monto del PMO estimado, mientras que el 61% restante no alcanza este valor.

EL GASTO DE LOS HOGARES SEGÚN TIPO DE HOGAR

Resulta interesante analizar el diferente comportamiento de los hogares en relación con el gasto en salud según regiones, por un lado, y características del hogar, por otro. En particular, analizar cuál es el peso del gasto en salud respecto del gasto total en consumo de los hogares, y cuál es su estructura interna, dado que el gasto de bolsillo es considerado el más regresivo y supone una mayor exposición a riesgos financieros.

Cuadro 17

Gasto en consumo de los hogares Finalidad Salud según regiones, años 2017-2018

	TOTAL PAIS	REGIONES					
		GBA	PAMPEANA	NOROESTE	NORESTE	CUYO	PATAGONIA
Salud	6,4	7,1	6,7	5,0	3,9	6,3	4,4
Productos, artefactos y equipos médicos	2,7	2,6	3,0	2,7	2,3	3,4	1,9
Servicios para pacientes ambulatorios	1,3	1,1	1,6	1,3	1,1	1,5	1,3
Servicios de hospital	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0
Seguros médicos	2,3	3,3	1,9	0,9	0,4	1,2	1,2

Fuente: ENGHO 2017-2018, INDEC.

Si observamos el gasto en salud de los hogares en las distintas regiones, resalta el hecho de que en el Gran Buenos Aires (GBA) y Región Pampeana

el porcentaje de gasto en esta finalidad resulte más alto que el promedio. Pero solo en GBA el gasto en seguros médicos representa un porcentaje tan elevado del gasto total de los hogares en la finalidad (46,5%). Consistente con el mayor porcentaje de población que sólo cuenta con cobertura pública, el Noreste es la región con el menor peso del gasto de los hogares en salud, el 90% del gasto en salud de los hogares se concentra en bienes y servicios, o sea en gasto directo de bolsillo.

El clima educativo de los hogares es un indicador aproximado de nivel de vida de los hogares, la siguiente tabla nos permite, entonces, valorar el esfuerzo relativo de los hogares según situación social para afrontar gastos en salud.

Si bien son los hogares de muy alto nivel de clima educativo los que presentan el porcentaje más alto de gasto en consumo de salud, son los hogares de menor nivel los que concentran este gasto en los rubros que implican gasto directo de bolsillo (97,1% y 82,8% entre los de nivel muy bajo y bajo, respectivamente).

Finalmente, los adultos mayores están más expuestos a los problemas de salud y si bien en Argentina la cobertura de seguros en este grupo etario es muy alta, también lo es el gasto en salud de los hogares que incluyen personas mayores de 65 años.

Cuadro 18

Gasto en consumo de los hogares Finalidad Salud, según tipo de categoría de gasto y clima educativo de los hogares, años 2017-2018

	TOTAL PAÍS	CLIMA EDUCATIVO				
		MUY BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO
Salud	6,4	6,8	5,8	6,1	7,1	7,2
Productos, artefactos y equipos médicos	2,7	5,2	3,6	2,3	2,5	1,8
Servicios para pacien- tes ambulatorios	1,3	1,3	1,1	1,5	1,3	1,2
Servicios de hospital	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Seguros médicos	2,3	0,2	1,0	2,2	3,2	4,0

Fuente: ENGHQ 2017-2018, INDEC.

Cuadro 19**Gasto en consumo de los hogares
Finalidad Salud, por cantidad de
adultos de 65 años y más, años 2017-2018**

	TOTAL PAÍS	CANTIDAD ADULTOS 65 AÑOS Y MÁS		
		NINGUNO	UNO	DOS Y MÁS
Salud	6,4	5,1	9,5	14
Productos, artefactos y equipos médicos	2,7	1,9	5,1	6,3
Servicios para pacien- tes ambulatorios	1,3	1,3	1,3	1,9
Servicios de hospital	0,1	0,1	0,1	0,4
Seguros médicos	2,3	1,8	3,0	5,4

Fuente: ENGHO 2017-2018, INDEC

Son los hogares con dos o más adultos los que muestran un porcentaje más alto de gasto en salud, en relación con su gasto en consumo total, más que duplican el porcentaje promedio tanto de bienes y servicios como de seguros médicos.

LAS POLÍTICAS DE SALUD

Retomando el concepto amplio de salud y el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, podemos pensar cómo el contexto más general del desarrollo del país y las políticas desplegadas desde distintas áreas de gobierno han tenido un papel en los resultados en salud. En ese sentido, la política económica es central para operar sobre factores estructurales como el empleo, la vivienda, la alimentación, la recreación, el acceso a servicios de salud y otros factores que inciden en la salud de una población.

Las políticas de salud reconocen distintas formas a través de las cuales se operacionalizan (leyes, decretos normas, programas, proyectos) y distinto alcance jurisdiccional (según apliquen al nivel nacional, provincial o municipal) y pueden ser lideradas por distintos actores sociales. Nos referiremos en particular aquí a las políticas sectoriales promovidas desde el Estado na-

cional, en las últimas dos décadas.

Las grandes crisis económicas y sociales por las que ha atravesado el país en las últimas décadas (crisis 2001/2002¹⁴ y actual situación de pandemia) han tenido enorme impacto en las condiciones de vida en general, en la situación de empleo y, por consiguiente, en el acceso a servicios de salud y en la salud de la población. Estas crisis han develado de manera clara la importancia de considerar la salud como resultado de determinantes de distinto nivel, así como la consecuente necesidad de su abordaje desde políticas que articulen las dimensiones económicas, sociales y sectoriales involucradas.

Es de destacar que en el contexto de la crisis 2001-2002, la participación y la organización ciudadana recobró importante fuerza. Esta participación se dio tanto desde lo comunitario y local, como a través de consensos más amplios a nivel provincial y nacional. A partir de la iniciativa de la Iglesia Católica de colaborar con el Estado en la búsqueda de alternativas de salida de la crisis, y con el apoyo de la Oficina de Naciones Unidas para el Desarrollo, se convocó a una “Mesa de Diálogo” en la cual participaron numerosas organizaciones de la sociedad civil. Dentro de este marco se organizaron mesas sectoriales, entre ellas la Mesa del Diálogo del Sector Salud. En tanto, el Ministerio de Salud lideró un “Acuerdo por la Salud”. Acorde con una concepción que plantea como un requisito clave para lograr establecer políticas con impacto la rectoría construida entre múltiples posiciones divergentes y situaciones de poder compartido entre diferentes actores (Gonzalez Garcia et al., 2004) a este Acuerdo fueron convocados los gobiernos provinciales, sindicatos, la Academia de Medicina, organizaciones que agrupan distintas profesiones del campo de la salud, cámaras empresariales del sector y la Iglesia Católica y otros cultos. En el año 2002 se declaró Emergencia Sanitaria y siguiendo la misma línea de construcción de consensos en ese contexto se creó un Consejo Nacional Consultivo en el ámbito del Ministerio de Salud integrado por distintos actores de este campo y organizaciones de la comunidad cuya función primordial fue la de “proponer alternativas para la identificación, formulación, aplicación y evaluación

14 Si bien el desarrollo de Argentina se ha caracterizado por crisis recurrentes, la de 2001-2002 fue particularmente severa. Se trató no solo de una crisis económica, sino, además, política y social. El estallido social que se inicia hacia fines de 2001 puso en cuestión la propia institucionalidad del Estado. El lema “que se vayan todos” expresó la frágil legitimidad de la clase política que quedó expuesta y se expresó, asimismo, en la sucesión de 4 presidentes en un breve período de tiempo. El país se enfrentó a la imposibilidad de pagar la cuantiosa deuda externa en la que se basó la aplicación del modelo de convertibilidad y la caída de la actividad, que registró valores extremos, tuvo su correlato en los indicadores de desempleo, pobreza y la desigualdad.

de las acciones destinadas a paliar las necesidades básicas de la atención de la salud, así como para alcanzar los consensos sectoriales necesarios para la instrumentación de las políticas sanitarias” (Ministerio de Salud, 2002) .

La desocupación y la precarización laboral en el contexto de la crisis del 2001/2002 tuvieron como efecto directo la pérdida de la cobertura de la seguridad social de amplios sectores de trabajadores y sus familias, situación que impactó en el sistema público de salud que debió absorber una creciente demanda. Asimismo, se observaron retrocesos en indicadores básicos de salud, como el quiebre de la curva descendente de la mortalidad infantil.¹⁵

A partir de la crisis de 2001/2002, las políticas sectoriales -con marchas y contramarchas- estuvieron enfocadas en la ampliación de la cobertura, el acceso a servicios, y en garantizar el cumplimiento de derechos. En respuesta a la crisis, entre 2002 y 2005, se diseñaron importantes políticas nacionales que se orientaron a mejorar el acceso a medicamentos esenciales de la población asistida en el sector público (Programa REMEDIAR, luego REMEDIAR +REDES); así como mejorar los resultados de la salud materno infantil (Programa Nacer, luego extendido SUMAR) a través de asegurar la cobertura y el uso más eficiente de recursos. Estas políticas que han tenido fuerte impacto en la organización del sistema de atención de la salud se han desarrollado en consenso entre la Nación y las Provincias, en el marco del Plan Federal de Salud y con la asistencia financiera del Banco Interamericano de Desarrollo el primero y del Banco Mundial en el caso del plan Nacer.

Entre las estrategias desarrolladas se destaca la articulación de las políticas de salud con políticas sociales compensatorias, que cobraron mayor importancia a partir de la crisis. Esta articulación se dio, en particular, con las políticas de ingresos condicionados, como la Asignación Universal por Hijo (AUH) y luego la Asignación Universal por Embarazo (AUE). De manera novedosa, la AUH incorporó como una de las condicionalidades el control de salud y vacunación de niños de 0 a 4 años y niños en edad escolar, junto con el requisito de asistencia escolar. En tanto, la AUE plantea como requisito el seguimiento del embarazo.

Esta estrategia de articulación ha tenido múltiples implicancias. Por una parte, ha sido un avance en la protección de derechos (de salud y de educación) ya que ha permitido ampliar el acceso a servicios preventivos de salud.

15 La TMI que había declinado consistentemente desde 1996, observó una reversión de tal tendencia pasando de 16,3 por mil nacidos vivos en 2001 al 16,8 en 2002.

Asimismo, ha sido el motor para ampliar la oferta y mejorar la gestión. Al promover la demanda, el Estado se obliga a mejorar su oferta (en cantidad y calidad) de servicios para garantizar dicho acceso. Por otra parte, pone en un lugar activo -de demanda- a los receptores de tales políticas. Al analizar estas políticas, Kliksberg y Novacovsky (2015) utilizan el concepto de “co-responsabilidades” en lugar de “condicionalidades”, argumentando que las exigencias en materia de salud y educación obligan en partes iguales tanto a los receptores como al propio Estado.

Otro aspecto para destacar es el papel relevante que se le ha asignado al primer nivel de atención y a la estrategia de Atención Primaria (APS). El fortalecimiento de la APS (mejoramiento y desarrollo de infraestructura, equipamientos e insumos de los Centros de Atención Primaria) fue uno de los consensos del Acuerdo Federal de Salud antes mencionado, y tanto el programa Remediar como el programa Nacer, se enfocan en ese nivel y apelan a esa estrategia, jerarquizando, dinamizando y fortaleciendo el trabajo de los Centros de Salud. Esto resulta clave dado que, en este nivel que es el más próximo a la comunidad, se estima que se pueden resolver un alto porcentaje de los problemas de salud que son motivo de consulta médica, prevenir enfermedades y promover la salud. Los Centros de Salud que cumplen estas funciones, adecuadamente integrados en redes de servicios más amplias, tienen un enorme potencial de generar un uso más eficiente de recursos.

Asimismo, en este período el Estado integró en sus políticas acciones clave en el campo de la salud sexual y reproductiva, de la violencia de género y así como la reducción de inequidades que afectan a distintas poblaciones. En el período se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la órbita del Ministerio de Salud nacional (Ley 25.673/2003) que estableció entre otros objetivos la garantía del acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos y fue fuerte impulso para la consolidación de áreas de salud sexual y reproductiva en las provincias del país. En 2006, se sancionó la Ley de Educación Sexual Integral (ESI) (Ley 26.150) que tiene como objetivo garantizar esta educación a todos los niños, niñas y adolescentes, articulando en sus contenidos aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos involucrados. En la órbita del Ministerio de Educación se ejecuta el Programa ESI en acuerdo con las provincias (Ley 26.485). En 2009, se aprobó la Ley Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en

que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (26.485/09) que aspira a eliminar la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida, afirmando en particular el derecho de las mujeres a una vida sin violencia. En 2015, el MS elaboró el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE)”, que permitió estandarizar las prácticas y garantizar el acceso a la interrupción legal de manera oportuna y segura. La Ley de Matrimonio Igualitario fue aprobada en 2010 y en 2012 se aprobó la Ley de Identidad de Género y la atención integral de la salud de las personas trans y se incluyeron contenidos sobre diversidad sexual en la educación sexual integral.

LA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS Y EL PROGRAMA REMEDIAR

El programa REMEDIAR (luego REMEDIAR +Redes), iniciado en 2002, con el objetivo de brindar cobertura de medicamentos a poblaciones más vulnerables, fue un elemento clave de una política nacional de medicamentos. Esta política, además de la provisión gratuita a la población de menores recursos, incluyó la prescripción de medicamentos por su nombre genérico; la cobertura gratuita y universal de medicamentos antirretrovirales; la coordinación de la producción estatal de medicamentos; la flexibilización arancelaria a bienes e insumos crítico; los acuerdos de precios de venta al público; la ampliación de la cobertura de medicamentos de la seguridad social para patologías crónicas, los precios de referencia y el formulario terapéutico (Ministerio de Salud, s.f.a.).

Se sintetizan algunos de los ejes principales de la innovadora política de medicamentos¹⁶

- a. Provisión pública gratuita de medicamentos a la población sólo cubierta por el sector público a través del programa REMEDIAR. Con ese fin, el Estado nacional adquiere de manera centralizada y distribuye a los Centros de Atención Primaria (CAPS) de todo el país “botiquines” conteniendo medicamentos esenciales.
- b. Competencia por precios y mayor accesibilidad del medicamento. Para ello, y para el conjunto de la población, se sancionó en 2002

16

Langsam, Díaz-Muñoz y Cibils (2019).

la Ley de Prescripción de medicamentos por Nombre Genérico o Denominación Común Internacional (DCI), mediante la cual se introdujo una mayor competencia por precios en un mercado como éste, dominado por oligopolios y monopolios. Consecuentemente, se logró que los pacientes puedan elegir la marca y precio de sus medicamentos a través de una correcta forma de prescribir. Esta medida incentivó la participación de laboratorios más pequeños e impulsó una creciente diversificación de la oferta por parte de los laboratorios más grandes.

- c. Optimización del acceso y la cobertura de medicamentos de los sectores cubiertos por la seguridad social. Con ese objetivo, se modificó y perfeccionó el PMO, estableciendo las prestaciones esenciales que deben garantizar los agentes del seguro de salud y el INSSJyP a sus beneficiarios. Asimismo, se extendió a un 70% la cobertura (antes 40%) sobre el precio de referencia de aquellos medicamentos destinados a las enfermedades de curso crónico, que requieren de modo permanente y/o recurrente del uso de fármacos y que son de gran impacto sanitario. Estos cambios alcanzan a la población cubierta por seguros privados dado que, como ha sido antes mencionado, la obligación de cubrir las prestaciones del PMO se extendió a las empresas de ese sector. Los agentes del seguro de salud reconocen para su financiamiento obligatorio sólo los productos farmacéuticos que han sido previamente definidos e incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional (FTN) en base a criterios de calidad, seguridad, eficacia y costo. Los principios activos incluidos en el formulario atienden el 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria. El formulario terapéutico es una herramienta que permite mejorar el uso racional de los medicamentos a la vez que permite contener el gasto en farmacia y facilita la eliminación de productos anticuados y fórmulas o combinaciones de drogas ineficaces.
- d. Acceso a medicamentos de las personas con patologías de alto costo (VIH/Sida, Cáncer, entre otros), con el objetivo de dar cobertura de medicamentos gratuita a los pacientes con dichas patologías
- e. Ordenamiento y apoyo a la producción estatal de medicamentos. Con este objetivo el MS emprendió una tarea ordenadora de la red

de laboratorios estatales. Tal medida incluye la elaboración de pautas estratégicas para la reconversión de las actividades productivas de las plantas elaboradoras, y también el apoyo técnico brindado desde la ANMAT. Con la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) a fines de 2014 se definió un marco para dar impulso a un mayor desarrollo y una mayor participación de los laboratorios públicos en la provisión de medicamentos para el Programa REMEDIAR.

Si bien el programa Remediar fue implementado como una intervención destinada a enfrentar la emergencia sanitaria, tuvo la visión de impulsar una reforma duradera en el sistema de atención médica, entendiendo que la provisión de medicamentos esenciales a partir de la red de atención primaria puede ser una de las formas más eficaces de reactivar la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. A través del programa se intentó de manera indirecta aumentar el acercamiento de la población a los CAPS, considerando que estos centros son el ámbito que permite generar un mayor impacto sobre la situación sanitaria de dicha población. Los más de 7.000 CAPS, según registros del año 2011 (Ministerio de Salud, 2016) representan una parte considerable de la oferta pública de servicios de salud, realizándose en dichos centros una proporción creciente de las consultas totales del sector público. Esto indica un desplazamiento desde otros niveles de atención acorde con los objetivos del programa.

El programa tuvo continuidad entre 2002 y 2015, financiado con fondos nacionales y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Entre 2016 y 2019 la entrega de medicamentos operó bajo la denominación CUS-Medicamentos, con menor participación de fondos provenientes del préstamo del BID¹⁷. En febrero de 2020 se anunció su relanzamiento.

En su diseño el programa definió distintas etapas de implementación para alcanzar sus objetivos. En una primera etapa del programa se cubrieron 2000 CAPS con unos 6 millones de tratamientos completos. Luego una segunda etapa del programa expandió su cobertura a más de 5000 CAPS con medicamentos para un total de 90 millones de tratamientos. A fines de 2015,

17 El programa se inició con la con la reprogramación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Reforma del Sector Salud (BID N° 1903/OC/AR Y N° 2788 OC/AR. La evaluación de medio término realizada por el SIEMPRO (2004) mostró que el 83% de quienes consultaron y obtuvieron una prescripción se encontraba por debajo de la línea de pobreza.
Reforma del Sector Salud (BID N° 1903/OC/AR Y N° 2788 OC/AR

último año en el que publicaron estos datos, llegó a asistir a más de 15 millones de personas, cubriendo el 90% de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud, 2016). Al relanzarse en el presente año, se planteó como meta de llevar botiquines con 50 medicamentos esenciales y gratuitos a más de 8.000 Centros de Atención Primaria de todo el país, estimando que el programa alcanzaría a 15 millones de personas e incluiría la entrega de entre 170 y 180 mil botiquines hacia el final de 2020 (Página 12, 2020).

Cabe destacar que el diseño de Remediar incluyó además un riguroso control de gestión para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. Este control de gestión se basa en un Sistema de Información diseñado a medida, lo cual permite sistematizar datos para brindar la información requerida para el seguimiento del programa en su conjunto. Un equipo de auditores propios recorre permanentemente los CAPS y supervisan los stocks disponibles en cada centro y el cumplimiento de los procedimientos. La auditoría se complementa con visitas a los hogares de los beneficiarios para verificar que los mismos hayan recibido la medicación en tiempo y forma, así como medir los niveles de satisfacción (Ministerio de salud, s.f.a.). Tanto unidades internas del programa como instituciones externas han realizado evaluaciones que han permitido caracterizar y cuantificar sus logros.

Entre sus logros se destaca su impacto redistributivo, la mayor accesibilidad a los servicios y el fortalecimiento del primer nivel de atención. El programa opera como mecanismo de redistribución de ingresos, dado que las prestaciones se han focalizado en la población sin cobertura de seguro¹⁸, que corresponde a la población de más bajos ingresos, sector que destina en general una mayor proporción de sus ingresos al gasto en salud. En efecto, en 1997, las estimaciones de gasto en salud para el primer quintil de ingresos se encontraban en el entorno del 8%, y eran del 6% para el quinto quintil; para el año 2005, esta proporción era del 6,5% y el 6% entre quintiles extremos; en 2010, aunque el gasto en general se reduce, la brecha vuelve a ampliarse, alcanzando el 6% en el primero y 4% en los dos quintiles de más altos ingresos (Maceira, 2018). Es de destacar que la mayor proporción del gasto en salud de los hogares de más bajos ingresos está destinado a medicamentos (era del 69% en 2003 y del 50% en 2010) (Fernández Prieto,

18 La evaluación de medio término realizada por el SIEMPRO (2004) mostró que el 83% de quienes consultaron y obtuvieron una prescripción se encontraba por debajo de la línea de pobreza.

et al., 2015). Se ha estimado que, al adicionar las transferencias del Programa, el coeficiente de concentración del gasto disminuye, evidenciando que la provisión pública y gratuita de medicamentos contribuye a disminuir la inequidad en salud (política pública de transferencias indirectas) (Ministerio de Salud, 2015).

Asimismo, el programa ha contribuido a hacer más accesible no sólo el medicamento, sino en general la atención de las necesidades de salud para este sector. Al asegurar el acceso al medicamento y promover su uso correcto a través de campañas de comunicación, mejora la percepción sobre la capacidad de respuesta de los servicios por parte de la población y opera como incentivo para efectivizar la consulta y adherir a los tratamientos. Por su parte, contar con este recurso terapéutico fundamental y llevar adelante su gestión según normas que apuntan a su uso más eficiente, acompañada de la capacitación a los equipos locales, fortalece la respuesta del primer nivel de atención.

DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD: PLAN NACER-PROGRAMA SUMAR

En el mismo contexto de crisis y con el objetivo original de asegurar de manera universal e integral la cobertura médico-asistencial y las prestaciones sociales para la mujer embarazada, la mujer en edad fértil y los niños de hasta cinco años, se creó en el año 2002 el Seguro de Salud Materno-Infantil bajo la dependencia del MS. Su creación se enmarcó en el Decreto de Emergencia Sanitaria, que en su artículo 3° estableció que el ministerio coordinaría “las acciones y programas optimizando la utilización de recursos y mejorando la cobertura y calidad de la atención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud” (Poder Ejecutivo Nacional, 2002). Se inició con esta medida un proceso gradual de desarrollo de seguros públicos a nivel provincial y de la Ciudad de Buenos Aires.

El siguiente paso en el proceso se dio en 2004 con el acuerdo con el Banco Mundial¹⁹ para el financiamiento parcial de estos seguros, proyecto

19 El Plan Nacer se financió a través de un Programa de Préstamos Adaptable: la primera etapa en las provincias del NEA y NOA (Fase I) Contrato de Préstamo BIRF-AR 7409 suscripto con el Banco Internacional de Reconstrucción (BIRF) que la segunda etapa, para el resto del país a través del préstamo BIRF AR – 7409. Por su parte, el Programa SUMAR, la ampliación y continuación del Plan Nacer, ha sido financiado por el prés-

denominado Plan Nacer. El Plan fue concebido como “una política federal de desarrollo por etapas de seguros públicos de salud para la población sin cobertura explícita (obra social o seguro privado) cuyo objetivo es explicitar y garantizar la cobertura pública de un conjunto de prestaciones y cuidados priorizados”. Sus objetivos comprenden, asimismo, “mejorar las capacidades de gestión institucional a través de mecanismos de financiamiento basados en resultados entre el nivel nacional y las provincias participantes, y entre las provincias y los proveedores de servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2012).

En una primera etapa se previó su implementación en nueve provincias de las regiones del Noroeste y Noreste, por ser las provincias con indicadores de morbi-mortalidad materna e infantil más desfavorables. En una segunda etapa, a partir de 2007, se fueron sumando al Plan el resto de las provincias del país y la Ciudad de Buenos Aires. La población objetivo se fue ampliando a lo largo de su desarrollo, integrando nuevos grupos poblacionales: niños y niñas de hasta 9 años, adolescentes de 10 a 19 y mujeres de 20 a 64 años que no contaran con cobertura explícita de salud. Entre el 2012 y el 2015 el Programa logra incorporar a toda la población hasta los 64 años, brindando prestaciones específicas para el cuidado del embarazo, la primera infancia, la adolescencia y la adultez. Este proceso de cobertura poblacional culmina en el 2020 con la reciente incorporación de las personas mayores que aún no contaban con cobertura, alcanzando el programa al total de la población que no tiene obra social. Cabe destacar en relación con la población de adultos mayores, que ya se había dado un paso muy importante en 2008 con la moratoria previsional que habilitó a acceder a jubilación y beneficios del INSSJyP a cerca de 3,3 millones de personas entre 2008 y 2016 (PAMI, 2016).

Una vez concretada la adhesión de todas las jurisdicciones del país y consolidada su gestión en todas las provincias, el programa inició un proceso de extensión de su cobertura prestacional. Desde la definición de una cobertura básica en sus inicios, que incluía 80 servicios de atención primaria de salud para la población materno-infantil, esta cobertura se ha ido ampliado consistentemente. En 2010 se incluyeron módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas para la población infantil²⁰ y más adelante nue-

tamo BIRF AR-8062, con participación del financiamiento en menor medida del Estado nacional y las provincias. 20

Investigaciones previas sobre mortalidad infantil por malformaciones congénitas durante el quinquenio 2002-2006 indicaron, según bases de datos poblacionales, certificados de nacimientos y defunciones infantiles sucedidos en la Argentina para dicho período, que aproximadamente 1,18/1.000 niños fallecieron por

vas prestaciones de tratamiento específico de otras patologías prevalentes y ciertas patologías poco frecuentes y de alto costo. Recientemente se decidió la ampliación de nuevas líneas de cuidado y la inclusión de nuevas intervenciones para dengue, COVID-19 y EPOC, y la incorporación de más de 110 prestaciones médicas junto a otras modalidades de atención como el cuidado domiciliario, actividades de salud comunitaria y la telemedicina. Además, la ampliación para toda la población de la cobertura de intervenciones quirúrgicas para pacientes que sufren una cardiopatía congénita.

El paquete de servicios priorizados en el Plan Nacer-Programa Sumar, que son incluidos en un nomenclador único de prestaciones, que se aplica a todo el país, se ha ido asimismo ampliando a lo largo de su desarrollo. La definición de prestaciones priorizadas se basa en consensos entre los principales actores nacionales y provinciales involucrados en su gestión. Este nomenclador se establece para grupos y subgrupos etarios (por ejemplo, mujeres en edad fértil, embarazadas, etc.), para diferentes eventos/ problemas (por ejemplo, parto), y lista los servicios a ser provistos en cada caso (por ejemplo, consulta prenatal, toma de muestra PAP, entre otros). La selección de estos servicios se basa en la frecuencia e impacto en términos de salud y morbi-mortalidad y se sustenta en protocolos aprobados por el MS y los ministerios de salud provinciales.

El Plan Nacer-Programa Sumar representa un modelo innovador de financiamiento basado en resultados en el cual el gobierno nacional financia a las provincias a través de una cápita anual por persona que se ajusta mediante indicadores de desempeño. Inicialmente, el 100% del financiamiento de la cápita del Plan Nacer estuvo a cargo de la Nación, para luego pasar a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual por las provincias, manteniendo siempre una mayor participación en el cofinanciamiento por parte de la Nación, permitiéndole conservar su rol de rectoría en la estrategia iniciada por el Plan Nacer (Langsam, Diaz-Muñoz y Cibils, 2019).

El esquema de financiamiento basado en resultados establece que 60% de esa cápita se transfiere mensualmente a las provincias en función de la inscripción y nominación de la población beneficiaria. El 40% restante está condicionado al cumplimiento de una serie de resultados sanitarios, medidos a partir de indicadores de desempeño denominados trazadoras, y se transfieren de manera cuatrimestral. Como ejemplos de estos indicadores se pueden

mencionar: la calidad de atención del parto, la detección temprana y cuidado integral del embarazo, el cuidado del niño sano y su cobertura en inmunizaciones. Con los recursos obtenidos, los Seguros Provinciales de Salud financian las prestaciones de salud incluidas en el nomenclador del Plan Nacer que son brindadas por los establecimientos públicos de salud. La decisión sobre el uso de los recursos obtenidos por desempeño queda en manos de los equipos de salud en base a distintos modelos. En general son destinados a mejoras edilicias, compra de equipamiento, incentivos para trabajadores del área, capacitación de recursos humanos, todos elementos que permiten mejorar la calidad de la atención. La gestión por resultados y la participación y protagonismo de los equipos son factores claves del fortalecimiento de la gestión local. En el esquema de incentivos, el incumplimiento de metas está penalizado y si una jurisdicción no alcanza el grado de cumplimiento de metas acordado durante un período establecido el Estado nacional puede declarar incumplido el Convenio Marco y suspender las transferencias.

Otro factor que ha contribuido a fortalecer la gestión ha sido la incorporación de la evaluación como un elemento permanente: “desde sus inicios el Programa promovió la generación de equipos multidisciplinarios (médicos, economistas, contadores, sociólogos, politólogos, abogados, entre otros), quienes con sus diferentes métodos de abordajes de las problemáticas, propios de cada disciplina, contribuyen en la producción y reproducción de las prácticas que son performativas de una cultura evaluativa” (Ministerio de Salud, 2016a). La evaluación según indicadores de desempeño supone el seguimiento de protocolos y el registro detallado de las prestaciones, prácticas que pueden aportar a la calidad de la atención y la efectividad en el uso de los recursos. La evaluación no solo se ha enfocado en las prácticas del programa, sino que también en sus alcances y contribución más allá de los aspectos de la operatoria concreta, aportando a una visión de la gestión del sistema en su conjunto.

De esta manera, el programa ha tenido un importante impacto en la cultura organizacional al introducir elementos de una gestión más eficiente como los incentivos, la coordinación interinstitucional para generar redes, la definición de criterios de calidad, la utilización de la información para la toma de decisiones y para la evaluación de desempeño. Asimismo, ha generado una dinámica diferente en el equipo de salud, que se ve involucrado de manera más activa en las decisiones. Otro logro relevante ha sido la generación de acuerdos y de instancias de trabajo conjunto entre el Estado nacional

y las provincias, un marco en el cual los problemas que afectan de manera común a la población del país y la de los grupos de población más vulnerables pueden ser trabajados con una perspectiva integral y de largo plazo.

Actualmente el programa incluye como potenciales beneficiarios a toda la población no cubierta por la seguridad social o seguros privados.

A MODO DE CIERRE

Argentina es un país de grandes contrastes en el que conviven realidades sociales muy diferentes. Como conjunto, el país se ubica en un estado avanzado en el proceso de transición demográfica y epidemiológica, con una firme tendencia a la reducción de la natalidad y la mortalidad, con el consecuente aumento de la esperanza de vida y envejecimiento poblacional. Estas pautas que lo asemejan a países con un mayor grado de desarrollo son el resultado de una ecuación en la que se conjugan realidades extremas y que generan importantes brechas de equidad entre grupos de población. En su perfil epidemiológico se superponen enfermedades del desarrollo y de la pobreza, y hay fuertes disparidades en los perfiles de morbimortalidad entre clases sociales, zonas o grupos poblacionales. Esto plantea el gran desafío de reducir las inequidades, modificando los factores que determinan y perpetúan las situaciones de pobreza y que se constituyen en barreras para su superación.

Al analizar la trayectoria de los derechos humanos en el país podemos ver que distintos acuerdos internacionales suscriptos han representado oportunidades de reconocer, identificar, dimensionar e incorporar en la agenda problemas que generan inequidades en las oportunidades de grupos que padecen desventajas o que son de mayor riesgo, como es el caso de las mujeres y de la infancia. La adhesión a tales acuerdos en muchos casos ha operado como impulso para la definición de políticas y la creación de instituciones que velen por su cumplimiento.

Se destaca que el reconocimiento de la salud como derecho y que el desarrollo de instituciones y políticas públicas activas en esta área ha tenido un temprano desarrollo en el país. Esto no ha significado un camino exento de enormes desafíos. Desde sus orígenes la constitución de un sistema hí-

brido -entre un modelo de sistema nacional de salud y un sistema basado en seguros- generó un desarrollo fragmentado, segmentado e inequitativo.

El esquema federal agrega complejidad al entramado institucional del sector: existen 24 sistemas públicos provinciales. La seguridad social integra alrededor de 290 Obras Sociales nacionales y 24 Obras Sociales provinciales. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, tiene presencia nacional y cubre de manera integral las necesidades de la población de adultos mayores. Aunque concentrado, el sector privado se compone, asimismo, de un gran número de empresas de diferente tamaño y organización.

El Ministerio Nacional cumple un rol central de rectoría del sistema en su conjunto. Si bien su rol financiero es acotado, es desde el Ministerio Nacional que se impulsan políticas, se generan consensos con distintos actores que representan posiciones o intereses frente a temas o problemas sobre los que se decide actuar, coordina acciones, lidera la producción de información, la capacitación, la provisión de insumos estratégicos y de manera muy especial tiene un rol compensatorio de desigualdades e inequidades que se generan en el marco federal marcado por el desarrollo desigual de las provincias. Las políticas sectoriales presentadas

-Programa Remediar + Redes y Plan Nacer-Sumar- de gran impacto en las últimas dos décadas son ilustrativas del papel de liderazgo que el ministerio nacional desempeña.

Argentina cuenta con adecuados recursos para atender la salud de la población. Los médicos y camas por habitante muestran niveles muy superiores al promedio mundial. En 2016 el país contaba con casi 40 médicos cada 10.000 habitantes, pero su distribución es muy desigual entre provincias, algunas como la Ciudad de Buenos Aires concentran una proporción muy superior a ese promedio, en tanto regiones de menor desarrollo relativo -como las del Noreste y Noroeste- tienen un promedio de médicos por habitante muy por debajo de la media nacional. Esta distribución desigual, se da, a su vez, al interior de cada jurisdicción, registrándose dificultades para la instalación de profesionales en las zonas urbanas periféricas o rurales. Un desafío muy importante es la falta de médicos con interés de trabajar en el primer nivel de atención con perspectiva de APS, la escasez de algunas especialidades

consideradas críticas y la diferencia salarial entre provincias que genera deserción en aquellas con menor capacidad de pago. Otra indicación del gran desafío en relación con el recurso humano en el sector es la escasez relativa de enfermeras. Si bien es un problema a nivel mundial, Argentina tiene una de las proporciones más bajas de enfermeros/as por habitante de la región.

La cobertura universal, una de las metas definidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2015, promovida por la OMS/OPS y organismos multilaterales de crédito, es un ideario amplio que ha orientado gran parte de las políticas sectoriales en los últimos años. La estrategia definida por la OPS/OMS en 2014 insta a los Estados a que aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud según sea apropiado, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil, y, también sugiere, que avancen hacia la eliminación del pago directo. En el caso de Argentina el gasto público alcanza al 6,6% del PBI, sin embargo, la mayor parte de este gasto está asociado a la cobertura de las personas empleadas con aportes regulares y por lo tanto no son recursos que puedan utilizarse con fines redistributivos en el total de la población.

Teniendo en cuenta estos parámetros respecto del gasto requerido para el logro de la meta de ampliar la cobertura, la evolución del gasto sectorial constituye una alerta acerca de la necesidad de sostener objetivos de largo plazo no solo desde la enunciación, sino acompañado de la decisión política y recursos correspondientes. Como ha sido analizado, el gasto público presupuestario, con el que se financian los programas de salud y la atención en particular de las poblaciones más vulnerables y de menores recursos, observó una evolución decreciente a partir de 2015, siendo la baja más pronunciada en el gasto a nivel nacional.

También los fondos disponibles por el sector de la seguridad social resultan limitados para brindar la cobertura establecida por el Programa Médico Obligatorio, lo cual resulta particularmente desafiante en un contexto de crisis económica, con gran impacto en el nivel y calidad del empleo. Dada la alta segmentación de este componente del sistema, existen grandes brechas en el ingreso promedio de las entidades y no todas las obras sociales cuentan con la escala de operación requerida y los recursos financieros necesarios para cubrir los costos de la canasta de prestaciones básicas obligatorias.

Frente a estos desafíos, la construcción de un consenso alrededor de la necesidad de asegurar el acceso a servicios de calidad, de propiciar la equidad en el financiamiento y el gasto, de promover la planificación y desarrollo de recursos humanos aparece como un requisito para fortalecer la institucionalidad del sistema y hacer frente a los retos que la estructura y trayectoria del sistema plantean.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNUDH, (1996). Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales. Derechos Humanos, Alto Comisionado de Naciones Unidas por los Derechos Humanos. Recuperado de: [https:// www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx](https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx)
- ACNUDH, (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Derechos Humanos, Alto Comisionado de Naciones Unidas por los Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- American Cancer Society (2020). Tabaquismo. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- Banco Mundial, (2018). Tasas de mortalidad, bebés. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>
- Bardach A., García Perdomo, H.A., Ruano, Gándara R.A., Ciapponi, A. (2016). Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y meta análisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 40(4):263–71.
- Canale, S., De Ponti. H. y Monteferrario, M. (2016) Obras Sociales Provinciales: Indicadores de Consumo y Gasto en Atención Médica, Documentos y Aportes. Publicación semestral de la Facultad de Ciencias Económicas, UNL Año 16. N° 26 (ene–jun). Santa Fe, Argentina.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit A. (2018). Obras Sociales en Argentina: Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. CECE. Buenos Aires.
- COSSPRA, (2019). Noticias COSSPRA. Recuperado de: <http://www.cosspra.com.ar/nosotros/>
- De la Puente, C., De los Reyes, L. y col. (2019): ¿Cuánto gasta Argentina en salud? Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Economía de la Salud (DES).
- Fernández Prieto, A., Cerezo, L., Rezzonico, G. y Luque, P. (2015). Evaluación del Programa Remediar: acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención (PNA) e impacto redistributivo entre la población beneficiaria. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Frenk, J., Lozano Ascencio, R. y Bobadilla, J.L. (1995). La transición epidemiológica en América Latina. Notas de Población No 60, CEPAL, Santiago de Chile.
- INDEC (2020a). Tablas de mortalidad. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-42>
- INDEC (2020b). Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos, Segundo semestre de 2019. Condiciones de vida Vol. 4, n° 6. Informes técnicos Vol. 4, n° 80.
- INSSJP (2019). Portal del Datos Abiertos de PAMI. Recuperado de: <https://datos.pami.org.ar/dataset/padron-afiliados/archivo/29695dfd-eb66-4865-a4ea-ee66d5bbca13> 12/12/19 (datos actualizados a julio 2019)
- Kliksberg, B. y Novacovsky, I. (2015). El gran desafío de romper la trampa de la desigualdad desde la Infancia. Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo. OISSUNTREFF, Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Langsam, M., Díaz-Muñoz, A.R. y Cibils, A. (2019). Cobertura Universal de Salud (CUS) desde la perspectiva de los derechos humanos. Reflexiones sobre su potencial aplicación en Argentina. Ponencia preparada para Latin American Studies Association (LASA). Boston, MA– Mayo 24-27.
- Maceira, Daniel (2018). Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino El Papel de la Seguridad Social. Documentos de Trabajo CEDES 142/201. CEDES, Buenos Aires.
- Ministerio de Economía (2020). Gasto Público Consolidado por finalidad y función. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicaeconomica/macroeconomica/gastopublicoconsolidado>
- Ministerio de Salud de la Nación (s.f.a.). Programa Remediar. Gestión y Resultados de un modelo Innovador en APS. Recuperado de: http://186.33.221.24/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf
- Ministerio de Salud, (s.f. b.). 5 años de implementación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas integrado en el modelo de gestión del Programa SUMAR. Recorridos y aprendizajes de una política de articulación nacional. Programa Sumar. Recuperado de: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento145.pdf>
- Ministerio de Salud (2012). Resolución 1195. Modificación de la denominación del “Programa para la creación de Seguros de Maternidad e Infancia provinciales” (Plan Nacer).
- Ministerio de Salud (2015) Programa Remediar: Acceso a Medicamentos Esenciales e Impacto Redistributivo. 2do Encuentro de Docente Curso Cuidado de Me-

dicamentos en APS, Buenos Aires. Recupe-Gonzalez García, G., Tobar, F. (2004) Salud para los argentinos. Editorial CICCUS, Buenos Aires.

Ministerio de Salud (2016). Acceso a medicamentos e insumos. Estrategia, hechos, gestión. Remediar, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2016a). Generación de una cultura evaluativa en el sector salud: principales resultados de la agenda de estudios y evaluación del Plan Nacer/ Programa SUMAR. Programa SUMAR

Ministerio de Salud de la Nación (2018). Estadísticas Vitales. Información Básica 2017. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Serie 5 N°61, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación-OPS (2019). Indicadores Básicos Argentina 2018 (2020a).

Ministerio de Salud de la Nación e INDEC (2018). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Recuperado de: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

Curso sobre enfermedades vectoriales. Módulo Chagas. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/curso-de-enfermedades-vectoriales-modulo-7-chagas>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC (DSETSHyT) Boletín sobre tuberculosis en la Argentina N° 2. Marzo, 2019

Ministerio de Salud OPS y Desarrollo Social (2019a). Boletín Epidemiológico N° 36. Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC (DSETSHyT). Diciembre, 2019.

Ministerio de Salud de la Nación (2020) Estadísticas Vitales. Información Básica. Serie 5, Años 2000- 2017. (en línea). <http://www.deis.msal.gov.ar//index.php/serie-5-estadisticas-vitales/>

Naciones Unidas (2011). Los 25 años de la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/righttodevelopment/index.shtml#:~:text=El%20documento%20 pionero%2C%20aprobado%20 por,en%20el%20que%20puedan%20realizarse>

Naciones Unidas (2015). Declaración Universal de los derechos Humanos. Edición Ilustrada. Recuperado de: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

- Naciones Unidas (2015a). Objetivos de Desarrollo Sostenible. (en línea). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- Novick, G. (2017). Health Care Organization and Delivery in Argentina: A case of Fragmentation, Inefficiency, and Inequality. *Global Policy Volume 8, Supplement 2*, March 2017. Pag. 93-96
- OMS (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- OMS (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/
- OMS (2008). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado en: https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS – ACNUDH (2009). Un enfoque de la salud basada en los derechos humanos. Recuperado de: https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf?ua=1
- OMS (2011). Cerrando la Brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, 19 al 21 de octubre 2011.
- OPS-OMS (2014). Cobertura Universal de salud. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-co-verage&Itemid=40690&lang=es
- OPS-OMS (2014a) Estrategia para acceso y cobertura universal a la Salud. Hacia el consenso en la Región de las Américas. 53.º Consejo Directivo 66.ª Sesión del Comité Regional. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-s.pdf>
- OPS (2019). Encuentro Nacional de Chagas, 2019: Argentina actualiza estrategia para lograr la eliminación de la transmisión. Recuperado de: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10343:encuentro-nacional-de-chagas-argentina-actualiza-estrategia-para-lograr-la-eliminacion-de-la-transmision&Itemid=226
- Página 12 (2020) Programa REMEDIAR el regreso de “un hoto central en la política de medicamentos”. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/248742>
- PAMI (2016) Presentación en Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires.
- Poder Ejecutivo Nacional (2002). Decreto N° 2724/02 de Emergencia Sanitaria, artículo 5. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/80000-84999/81245/norma.htm>

- Programa Sumar (2014). Una herramienta innovadora de gestión de resultados y recursos para los establecimientos. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Programa Sumar (2016). Generación de una cultura evaluativa en el sector salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Rovere, M. (2018). Derecho a la salud y reforma constitucional. Anuncio charla-debate en centro cultural La Morocha, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.periodicovas.com/derecho-a-la-salud-y-reforma-constitucional/>
- Rubinstein, A., Zerbino, M.C., Cejas, C. y López, A. (2018). Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform, *Health Systems & Reform*. 4:3, 203-213, DOI: 10.180/23288604.2018.14477537
- Secretaría de Gobierno de Salud (2019). Indicadores Básicos – Argentina 2018. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.
- SIEMPRO (2004). Programa REMEDIAR Evaluación de Medio Término. Área Evaluación SIEMPRO-SISFAM. Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación
- SIEMPRO (2020). Sistema de Indicadores Sociales. Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/politicassociales/siempro>
- Torres, R., Jorgensen N. y Robba, M. (2020). Mitos y Realidades de las Obras Sociales. Sofismas y falacias sobre el sistema de seguridad social en salud en Argentina. Ediciones ISALUD, Buenos Aires.
- UNICEF (1989). Convención sobre los derechos del niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convenccion-derechos-ninos>
- Van der Kooy, E., Pezzella, E., Carril, A., Roldán, R.R. y Luzuriaga, J.P. (2019). Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO). 1ª ed. ISALUD, 2019.
- Whitehead, M. (1991) The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, Vol. 6, No. 3, Oxford University Press, Great Britain.

CAPITULO 3

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA BÚSQUEDA DE SALUD PARA TODOS

La prevención y el control de enfermedades son fundamentales para el mejoramiento continuo de la salud de la población. Para ello se deben tomar medidas destinadas a producir cambios en el nivel de vida de las poblaciones marginadas y eliminar las desigualdades evitables e injustas en términos de salud y bienestar individual y colectivo
Favaloro, 1999

Valeria Lliubaroff¹

INTRODUCCIÓN

¿De qué hablamos cuando hacemos referencia a la Atención Primaria de la Salud (APS)?, ¿cómo aparece en el escenario internacional de la salud?, ¿por qué la Atención Primaria de la Salud no debe confundirse con el primer nivel de atención?, ¿cómo se implementa la estrategia de APS?, ¿qué aspectos de la Atención Primaria de la Salud la hacen un concepto y una estrategia fundamental para comprender el Sistema de Salud de la Argentina?... en síntesis, ¿por qué es importante la APS?

El presente capítulo caracteriza la APS. identifica los momentos históricos que fueron construyendo la APS como estrategia en el campo de la salud y analiza el papel que juegan los agentes de salud y los equipos interdisciplinarios o territoriales en su implementación estableciendo el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad,

¹ Coordinadora Académica del programa SIT-World Learning “Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

Al analizar las prácticas en el territorio se introduce el concepto de “campo” -basado en Michael Foucault- para poner de relieve la existencia de intereses encontrados y actores que no se relacionan de manera armónica en la producción de salud (Molina, 2020) y dar cuenta de las múltiples complejidades que caracterizan el sector salud, permitiendo que se pongan en juego los principales capitales -el capital económico, social, cultural y simbólico en el campo de la salud (Spinelli, 2010).

Por último, se analizan visiones críticas sobre la práctica de la APS, a partir de la propuesta de Rovere de deconstruir la APS para perfilarla como una herramienta de transformación social en los tiempos que corren. (Rovere, 2012)

El capítulo se inspira en las lecciones de los docentes y trabajadores de equipos de atención primaria que comparten con nuestros estudiantes sus saberes y ricas experiencias en el terreno. A modo de reconocimiento a ese colectivo, el capítulo incluye la visión del Dr. Néstor Perrone como médico rural en el sur de Argentina y el trabajo del Dr. Ángel Pellegrino con agentes sanitarios en San Carlos, Mendoza. El trabajo de investigación de los estudiantes y las experiencias del programa en el campo se utilizan para ilustrar los conceptos e ideas desarrollados.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El sistema de salud argentino tiene una estructura con características relativamente estables a lo largo del tiempo (fragmentación, descentralización, segmentación, universalidad). Asimismo, el sistema posee un funcionamiento dinámico a partir de la puesta en marcha de determinadas estrategias cuyas finalidades están definidas por las políticas públicas. Una de estas estrategias es la Atención Primaria de la Salud.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en septiembre de 1978, delineó las características principales de la APS y la ubicó en el plano mundial como la estrategia clave para proteger y promover la salud para todas las personas. Así, la APS fue definida en la Declaración de Alma-Ata como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables,

puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central, como del desarrollo social y global de la comunidad... (OMS, 1978, p. VI).

Siguiendo esta definición, ninguna intención de poner en práctica la APS puede dejar por fuera a los individuos y las necesidades y problemas de las comunidades a las que atiende. Asimismo, hablar de APS es siempre hacer referencia al sistema de salud de un país, ya que la APS forma parte integral del sistema sanitario y es el “primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud” (OMS, 1978, p. VI).

Como lo destaca el testimonio de uno de sus pioneros en el país, el Dr. Néstor Perrone, la Atención Primaria, en cuanto estrategia, se inscribe en el ámbito de la planificación y apunta a ser una herramienta que permita un uso más eficiente de los recursos del sistema e impactar su organización general.

El Dr. Néstor Perrone... “Un pionero en el Sur Argentino”

Néstor Perrone se formó como médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1954 y en 1968, se diplomó en Salud Pública. Se ha dedicado tanto a la práctica de la medicina como a la docencia y la investigación y ha colaborado en múltiples publicaciones sobre diversos temas ligados al sistema de salud de la Argentina. Asimismo, ha asumido cargos de gestión como Subsecretario de Salud de la Provincia de Neuquén en 1971, como director de Planificación en la Ciudad de Buenos Aires y luego de la Nación en las décadas de los 80s y 90s. Sus principales áreas de conocimiento son el desarrollo local integrado y participación comunitaria, diseño y organización de programas de Atención Primaria de la Salud, gestión y evaluación de Redes Integradas de Atención de la Salud, entre otras. En pocas palabras, es un hombre de la Salud Pública.

Ha desarrollado una vasta experiencia como médico rural y ha aplicado

la Atención Primaria de la Salud aún antes de la Declaración de Alma-Ata y la conceptualización de la APS. Un colega de un sanatorio privado donde trabajaba lo invitó a Rio Negro, y si bien su idea era ir por un tiempo corto, se quedó más de 10 años.

Al recordar su trabajo en la Patagonia, principalmente en Los Menucos, cuenta que *“era atención médica rural, cuando yo llegué no había nada y me alquilé una casa y empecé a atender ahí a todo el mundo. Era el único médico”*. El Dr. Perrone ponía en práctica el abordaje que luego caracterizó a la APS: *“Cuando yo llegué, no tenía mucha idea de la APS, no había llegado todavía, era espontáneo”*. Con el correr del tiempo, la comunidad de Los Menucos le construyó una casa que se transformó en un Centro de Salud. Allí, junto a una asistente que estudiaba enfermería, *“atendíamos a todos, a los que podían pagar y a los que no”*. Al inicio, no se citaba a los pacientes, las personas acudían ante la urgencia, era parte de las costumbres: *“Era una cuestión cultural, citar a los pacientes era vivido como intrusivo en la vida de las personas”*. Las personas, frente a la necesidad, concurrían a la salita y entonces, se atendía la demanda, sin importar el día ni la hora, el Dr. Perrone era médico todo el día. Luego, se fue instalando en la organización de los servicios la importancia del seguimiento de la salud de las personas, por ejemplo, el control de los niños, de los embarazos.

Ese pequeño Centro de Salud Rural generó trabajo para la comunidad y formación de enfermeras que luego se integraron al equipo de la salita. Como sostiene Olga Pisani (2009), *“logró empoderar a muchos lugareños, pero él también aprendió múltiples cosas, por ejemplo, a decir en mapuche las preguntas básicas que inician un proceso de atención médica, aprendió el silencio, los dos tiempos que tiene el paisano”*. Formó parte de la vida social de Los Menucos y para la comunidad fue un organizador social, además de su médico.

Hoy, esa pequeña salita que lo albergó y, con él, a la experiencia de atención rural, es un Hospital de Tercer Nivel de Atención que lleva su nombre, un homenaje a un hombre que ha dejado marcas y recuerdos muy profundos en la vida de las personas...

Él es un precursor y palabra autorizada para hablar de Atención Primaria de la Salud. *“Siempre se decía que la APS es una atención*

que llega a muchos y cuesta poco. Pero la APS no es barata ni una cosa simple de aprender”, y como él sostiene la participación de la comunidad es esencial y hay que saber cómo promoverla. La APS cambió la concepción de la atención y permitió una planificación global, “por eso se habla de estrategia. Estrategia es un término de la planificación integrada”.

Desde su visión pionera en atención primaria, ve en la aparición de la estrategia de APS, “un cambio en la práctica, una ampliación de la concepción, un foco en la participación de la ciudadanía y un proceso de democratización”.

Entrevista con el Dr. Néstor Perrone – octubre 2020

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia transversal al sistema de salud, que no corresponde a un nivel particular de atención ni a un sector específico del sistema. Se propone principalmente, como objetivos, la promoción y la prevención de la salud. La estudiante Mary Kelly McHugh en su trabajo de investigación, realizado en 2018, en el que explora las perspectivas de los agentes sanitarios sobre los desafíos a los que se enfrentan para cumplir con su trabajo de promoción y prevención de la salud, sintetizó de forma clara la importancia de la APS:

En contraste con los modelos que solamente se enfocan en la prestación de atención explícitamente médica, la estrategia de la APS propuso y popularizó una definición más amplia de la salud; se enfoca en un modelo de prestación que aborda a todos los factores que permiten que la gente alcance su mayor potencial de salud, incluyendo factores biológicos, sociales, económicos, y otros. Por lo tanto, esta estrategia de prestación tiene un enfoque pronunciado en la prevención y la promoción de la salud—todas las acciones que promueven un ambiente sano—, además de la curación de problemas ya existentes. (McHugh, 2018, p.7)

La APS es, entonces, una estrategia superadora del modelo biologicista e individual de salud, que entiende a la salud como parte del desarrollo social y económico de los pueblos y que se vuelve efectiva siempre y cuando promueva la participación social.

Desde la publicación de la Alma-Ata, varias iniciativas han renovado la estrategia de la APS con el fin de reflejar mejor las condiciones y desafíos de salud contemporáneos y el entendimiento de la definición de salud, que

va cambiando en el tiempo.

En 1986, la Conferencia de Ottawa, tomando en cuenta los alcances de La Declaración de la Alma Ata, expandió las metas que expuso ésta última, delineando una iniciativa nueva enfocada específicamente en la promoción de la salud, definida como el proceso de asegurar que todo individuo desarrolle la capacidad de controlar y mejorar su propia salud (OMS, 1986). Para esto, la Carta de Ottawa sostiene una definición amplia de la salud, la cual se describe como “un estado adecuado de bienestar físico, mental y social” (OMS, 1986). Promocionar la salud es asegurar que todas las personas cuenten con el acceso a la educación y los recursos necesarios para identificar sus necesidades y aspiraciones, un aspecto central del cumplimiento de la APS (OMS, 1986).

Luego de casi dos décadas, frente a nuevos desafíos demográficos y epidemiológicos fue necesario repensar cómo dar respuesta a la creciente preocupación por las inequidades existentes, persistentes y cada vez mayores. Fue entonces, en 2005, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigar dichas inequidades.

Entender qué son y cómo operan los determinantes sociales de la salud es fundamental para actuar sobre ellos para lograr la salud para todos. La OMS define a los determinantes de la salud como:

...las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, éstos es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS, 2008)

En base a la definición de determinantes sociales de la salud, en el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: a) mejorar las condiciones de vida cotidianas, b) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y c) realizar medidas y analizar los problemas (OMS, 2008).

Tomando estas recomendaciones, la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud se propuso reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determi-

nantes sociales de la salud. Para ello, entre otras medidas, insta a los estados a que desarrollen y apliquen objetivos y estrategias para mejorar la salud pública centrándose en las inequidades sanitarias, y a que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, y de fortalecer las que prevean el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria, y disponibilidad y el acceso universales a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar (OMS, 2009).

En este intento constante de reflexionar y repensar la estrategia de APS, es importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó en el 2007 un informe titulado “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud.” La meta de este informe fue actualizar la estrategia de la APS para ponerla en el contexto de los desafíos que enfrentan las poblaciones y sistemas de salud de las Américas (OPS-OMS, 2007). En otras palabras, busca desarrollar mejores formas de aplicar los principios de la estrategia con una lógica ligada a las características territoriales de la región (OPS-OMS, 2007).

La Atención Primaria de la Salud debe ser protagonista en los Sistemas de Salud, así como en la formulación de políticas nacionales, estrategias y planes de acción para garantizar la accesibilidad y asegurar la equidad de toda la población. En otras palabras, se debe asegurar la capacidad de los individuos de utilizar los servicios que el sistema ofrece, tanto en términos geográficos, culturales como económicos y que la redistribución de recursos para que cada individuo reciba aquello que necesite para alcanzar un alto nivel de salud forme parte de la agenda de salud de cualquier país.

La APS como estrategia es aplicable en ámbitos urbanos como en áreas rurales, poniendo especial atención a las características y las problemáticas de cada comunidad. El reconocimiento que el sistema de salud es uno de los determinantes sociales de la salud supone, por lo tanto, equilibrar esfuerzos entre las estrategias de acción comunitarias para actuar sobre los determinantes, promoviendo los abordajes de base territorial, la cooperación horizontal local y el abordaje individual de cuidados personales en base a un primer nivel con atención resolutoria de calidad (Molina, 2020).

Dado que la Constitución Nacional Argentina entiende al acceso y la protección de la salud como un derecho para todos los ciudadanos, es fundamental poner atención a la estrategia de APS para asegurar la atención

sanitaria a toda la población. Se necesita un trabajo coordinado entre el Ministerio Nacional de Salud, las provincias y los municipios para poder: a) desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con los distintos programas existentes a nivel nacional inscriptos en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Programas de Enfermedades Crónicas, Programas de Salud Materno-infantil, etc.) o los implementados por los otros subsectores del sistema (por ejemplo, el Programa OSEP Cerca desarrollado por la Obra Social Provincial de Mendoza, para acercar los servicios de la Obra Social a los afiliados); b) reforzar la atención sanitaria provincial y municipal del primer nivel de atención, con el fin de mejorar la accesibilidad de las poblaciones más vulnerables; c) fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud en los sistemas locales de salud - municipios, comunidades, ciudades - a través de la participación de equipos comunitarios, agentes comunitarios y toda otra actividad que implemente el Ministerio (Ministerio Nacional de Salud, 2018).

Los modos en cómo se implementa la APS depende, en síntesis, de la organización territorial, política y administrativa de un país (Molina, 2020a) y toma diferentes formas cuando se integra dentro de las políticas locales en una provincia, un municipio, una comunidad.

LOS AGENTES SANITARIOS

Una figura clave en el equipo de salud y central para la aplicación de la APS es el Agente Sanitario. Así como la Declaración de Alma-Ata define y establece los lineamientos de la APS, da cuenta de la importancia del desarrollo de ésta y establece que,

...se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad. (Declaración de Alma-Ata, 1978, p. VII)

El Agente Sanitario reúne una serie de características que lo ubican como pieza esencial para el cumplimiento y el desarrollo de la APS. Pero ¿cómo esta estrategia de Atención Primaria de la Salud se desarrolla en la práctica y en el día a día con las comunidades y cómo es el trabajo de los Agentes Sanitarios?

Los agentes sanitarios trabajan, en la mayoría de los casos, en los Centros de Atención Primaria (que corresponden al primer nivel de atención de la salud) distribuidos en diversas zonas de las provincias. Son, en muchos casos, al mismo tiempo que trabajadores de la salud, integrantes de la comunidad a la que atienden, y esta característica es central para facilitar el acceso de los individuos al sistema de salud, basándose en la confianza. La idea de “puente” permite pensar, una vez más, en la relación entre la comunidad, los agentes sanitarios y el sistema de salud, ya que los agentes se constituyen como el nexo entre las problemáticas y necesidades de su comunidad y las respuestas y recursos del sistema. En palabras de Alejandra Fernández, tutora de la Tecnicatura Universitaria en Promoción de la Salud de la Universidad de Cuyo, Provincia de Mendoza, “el agente sanitario es el nexo, el brazo -que tiene- de extensión, todos los equipos ...de los centros de atención”. Asimismo, destaca... “forman parte de esa comunidad en la que trabajan, entonces es como actualizar los problemas de la comunidad, en una segunda parte, no sólo porque los escuchan, sino también porque los viven” (Unidiversidad, 2016).

Si bien su figura comenzó a perfilarse en ámbitos rurales, acompañando incipientes elementos de la estrategia de APS, hoy se desempeñan en variados ámbitos geográficos e institucionales y tienen perfiles diferentes en distintos contextos. Son parte de los equipos de salud en áreas rurales y urbanas y se integran de diversa manera y ejercen su rol con mayor o menor apoyo en recursos y tecnologías, colaborando en tareas estrictamente sectoriales (servicios de salud), realizando campañas de promoción y prevención no sólo de enfermedades, sino de las múltiples problemáticas que existen en las comunidades (Consumo Problemático de Sustancias, Violencia de Género, Desnutrición y/o Sobrepeso infantil) junto con otras áreas municipales o provinciales (Saneario, Desarrollo Social, etc.) o integrando equipos intersectoriales (como es el caso de los Agentes que se desempeñan en Centros que integran las áreas de Salud y Desarrollo Social). Los Agentes Sanitarios buscan dar respuestas a las problemáticas de su comunidad, y para lograrlo, tejen redes con municipios, programas, pero también escue-

las, iglesias, centros barriales. Su perfil a lo largo del país es diverso, como lo son los requisitos para el ejercicio y su integración en los escalafones de personal que se desempeña en este campo.

El siguiente testimonio es ilustrativo de la experiencia concreta de la práctica de la Atención Primaria, de la importancia del rol del Agente Sanitario y de su integración en la estrategia de la APS.

El Dr. Pellegrino y la experiencia en la Provincia de Mendoza

Ángel Pellegrino es actualmente decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua, Mendoza, y presidente de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA). Se formó como médico pediatra y sanitarista, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, en Gestión de la Educación Superior y magíster en Administración y Gerenciamiento en Salud.

Con una vasta experiencia en materia de Atención Primaria, su nombre está íntimamente relacionado con el desarrollo y capacitación de los agentes sanitarios en el Departamento de San Carlos, Provincia de Mendoza. El refiere que *“la historia de atención primaria en Argentina es anterior a la declaración de Alma Ata, y tiene sus orígenes en la medicina desarrollada en ámbitos rurales”*. Su experiencia fundante con agentes sanitarios la identifica en Malargüe, al sur de la provincia de Mendoza en el año 1981, *“se empezó a trabajar con Atención Primaria en Malargüe y San Carlos porque eran los departamentos que tenían más alta tasa de mortalidad infantil”*. A partir de los 90’, con la aplicación de la APS, en ambos departamentos la incidencia de mortalidad infantil comenzó a bajar y se puso, por primera vez, por debajo de la media provincial, y esa situación se mantiene hasta el día de hoy.

Su primer acercamiento al trabajo de los agentes sanitarios fue durante su trabajo en la Provincia de Córdoba: *“yo quería hacer pediatría -tenía claro que quería hacer pediatría-. Cuando estuve en Córdoba hice una rotación en salud rural y fui al Hospital Infantil y a San Francisco del Chañar (al Norte de Córdoba, camino a Santiago del Estero) donde estaba el Sanatorio Puente (hospital de Lepra, en ese momento estaba lleno, ahora no). Ahí conocí el trabajo de los agentes sanitarios y mi primera experiencia fue muy enriquecedora, más allá*

de lo traumático”. Acompañado por una agente sanitaria, conoció una familia a cargo de una niña de 15 años que criaba a su hermana de 1 mes y un hermano de 12 años, cuyo padre trabajaba como hachero en la tala de la palma. Aquella experiencia tuvo un verdadero impacto que lo llevó darse cuenta de que *“hacían falta terapeutas infantiles, pediátricos como neonatales, pero también que había gente que debía ocuparse de aquellas personas con dificultades para el acceso a su salud”*. Para él, esta situación fue *“una revelación interna”* y tras su arribo a San Carlos en 1983 como médico de guardia comenzó -a pedido del director del Hospital- una transformación basada en la atención primaria, la capacitación y el trabajo de agentes sanitarios. En sus palabras, *“el hospital no era lo que es hoy, no tenía idea de los agentes sanitarios. Ahí empecé yo con la capacitación de los agentes sanitarios, porque había muchos partos domiciliarios. Primero cartografía y censos, cada agente sanitario tiene un sector a cargo y en ese sector está determinada población y empezamos desde lo rural hacia los centros urbanos, con cartografía y censos de población y el primer programa que pusimos en funcionamiento fue captación y control de embarazadas y comenzaron a hacerse los partos en el hospital (...) después seguimos con control de crecimiento y desarrollo”*.

El Dr. Pellegrino sostiene que la APS necesita de la *“tecnología apropiada”* para su funcionamiento, pero que ésta no refiere únicamente a recursos tecnológicos, sino también a los recursos humanos: *“ninguna tecnología como una resonancia magnética, tomógrafo, etc. va a ser el propulsor de una buena relación médico-paciente...una tecnología apropiada para nuestro país es el **agente sanitario**”*. El rol de los agentes sanitarios es, en su visión, fundamental ya que *“a través de él podés dar cobertura, dar acceso, dar participación ciudadana y ser el vehículo que articule esa red de complejidad creciente en la resolución de los problemas, de acuerdo con la complejidad del problema y del eslabón en el que te toque trabajar”*.

Entrevista con el Dr. Ángel Pellegrino – diciembre 2020

Los agentes sanitarios son parte de las estrategias de acción comunitaria necesarias para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, son parte de la red – muchas veces invisible – de la atención primaria y son quienes facilitan la accesibilidad cultural, geográfica y económica de la comunidad a la promoción, prevención y atención de su salud integral.

LOS EQUIPOS DE SALUD INTERDISCIPLINARIOS Y TERRITORIALES

Los Agentes Sanitarios construyen ese puente entre la comunidad y el proveedor de salud, ya sea un Centro de Atención de la Salud en una zona semi-urbana o rural o un Centro de Salud y Acción Comunitaria en una zona urbana como la Ciudad de Buenos Aires. Pero ¿qué otras formas de organización permiten poner en práctica la estrategia de APS?

La conformación de equipos de trabajo al interior de un centro de salud con profesionales de diversas disciplinas (trabajadores/as sociales, antropólogos/as, sociólogos/as, psicólogos/as, entre otros), rompe con la lógica de organización y respuesta a una problemática como parte de un solo servicio o una única disciplina, y se corresponde con la idea de salud colectiva, como derecho y como hecho social (Battistella, 2018).

Los equipos de salud interdisciplinarios permiten un abordaje real a la complejidad de las problemáticas de una comunidad, aportando múltiples miradas y diseñando soluciones y respuestas integrales, es decir, que incluyen lo sanitario, pero también lo social, lo cultural, lo educativo, lo recreativo, etc. (Battistella, 2018). En muchos casos, articulan con programas nacionales, provinciales y municipales para llevar adelante las acciones que se proponen para y con la comunidad, en términos de promoción y prevención, siempre con la idea de salud colectiva como base de toda intervención.

Hasta aquí se han presentado dos figuras que trabajan para el cumplimiento de la meta de hacer accesible la salud para todos. Para que la estrategia de la APS se implemente, el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad es primordial, y es ahí donde los agentes sanitarios, en la mayoría de las provincias y los municipios, y los equipos territoriales, principalmente en la Ciudad de Buenos Aires, sirven como puente para lograr la accesibilidad y la participación social.

LA ESTRATEGIA DE APS EN LA ATENCIÓN EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS

Con la mirada puesta en hacer más eficiente la labor de los sistemas de atención de la salud, y manteniendo el espíritu de la Declaración de AlmaAta, en el año 2007, la OPS se propuso la revisión de esta estrategia de

APS con el objetivo de reflejar las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población. A partir del estudio de los desafíos persistentes en el desarrollo de la APS y apuntando hacia los mismos objetivos- la equidad y el acceso universal a los servicios de salud- se concluyó que para alcanzar el desarrollo de modelos de atención basados en la APS es necesario transformar la organización y la gestión de los servicios implementando y haciendo funcionar *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS- son un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve. Las RISS requieren de una serie de atributos esenciales, para asegurar la materialización del derecho a la salud a través de acciones integrales con y para las comunidades y personas, dando garantía de acceso, oportunidad, continuidad de atención y cuidados y de calidad de los servicios. (OPS, 2007)

La OPS considera que las RISS son una de las herramientas clave para lograr la cobertura y el acceso universal a la salud. En tanto forma de organización del sistema, las Redes aportan el nexo y la conectividad al enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud. El funcionamiento de las RISS contribuye al objetivo de alcanzar una atención integral, integrada y continua, así como el cuidado apropiado para cada persona, y es el resultado de la articulación de personas y organizaciones, que se involucran y comprometen en la resolución de las problemáticas y las necesidades de los individuos y sus comunidades. Este modelo de gestión apuesta a fortalecer el primer nivel de atención y se basa en los valores que inscriben a la salud como un derecho, en la equidad y solidaridad. (OPS, 2017)

Si la estrategia de Atención Primaria de la Salud es fundamental para asegurar la atención sanitaria a toda la población, la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud es la forma de materializarla y ponerla en funcionamiento.

EL ABORDAJE DEL SISTEMA DE SALUD COMO CAMPO

Hasta aquí se han mencionado las ideas relacionadas a la APS en términos de Sistema de Salud, es decir, como un conjunto ordenado de normas, prácticas y relaciones que regulan el funcionamiento de la atención de la salud. Pero cuando dejamos el concepto de sistema para entender la salud como campo, es cuando aparecen “la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Spinelli, 2010). En otras palabras, el concepto de campo, con base en Pierre Bourdieu (1997) sugiere que los actores, recursos, problemas e intereses se relacionan en espacios sociales (el campo de la salud, en este caso) en los que diferentes agentes luchan por apropiarse y consolidar capitales, y - en función de esos capitales - tratan de construir, profundizar, o producir rupturas de las estructuras del campo (Molina, 2020b).

Entender, por ejemplo, las redes integradas de servicios de salud como una construcción permanente de personas y organizaciones que se articulan, se involucran y se comprometen para resolver cooperativamente necesidades de personas y comunidades (OPS, 2017), es comprender la necesidad de un abordaje más dinámico de una realidad compleja como la atención de la salud.

El enfoque de la salud como sistema necesariamente simplifica una realidad compleja donde los sectores que intervienen no necesariamente persiguen los mismos intereses ni objetivos (Molina, 2020b).

¿Por qué es importante abordar la salud como campo y cómo contribuye a la comprensión de la APS dentro del mismo? Primero, porque en la producción de salud hay intereses encontrados y actores que no se relacionan de manera armónica (Molina, 2020b). En segundo lugar, el análisis con ese enfoque permite desplegar las múltiples complejidades que caracterizan el sector salud, en el que se ponen en juego los principales capitales del campo de la salud: el capital económico, social, cultural y simbólico (Spinelli, 2010). Por su parte, la estrategia de Atención Primaria de la Salud requiere -como se mencionó anteriormente y se describe en la Declaración de Alma-Ata que el gobierno formule políticas nacionales, estrategias y planes de acción a fin de establecer y mantener la atención primaria sanitaria como

parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores, para lo cual es necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles (OMS, 1978).

Pero ¿qué sucede cuando las voluntades políticas no están alineadas con las necesidades del sector salud y cuando los presupuestos destinados al campo de la salud son recortados o bien no alcanzan para dar respuesta a las problemáticas de la comunidad ni de los propios trabajadores? En tal situación los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales se constituyen en problemas sociales, se intensifican y recrudecen sus causas, entre ellas, las desigualdades sociales; la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos; la falta de acceso a niveles básicos de educación, al agua potable y obras de saneamiento básico; la ausencia de una vivienda digna; la carencia de empleo o empleos precarizados, entre otros (Spinelli, 2010).

El abordaje de la salud como campo, abre la puerta a pensar la APS como un campo temático que puede ser analizado e investigado de múltiples y diversas maneras. En otras palabras, el concepto de campo permite analizar a los actores, papeles, intereses y recursos que intervienen en la producción de servicios de salud para lograr una comprensión más acabada de la salud y un abordaje más dinámico sobre lo que implica el acceso a la salud.

UNA MIRADA CRÍTICA A LA ESTRATEGIA DE APS

La propuesta de Rovere en su artículo “Atención Primaria de la Salud en Debate” (2012) es deconstruir la APS para perfilarla como una herramienta de transformación social en los tiempos que corren. La meta de la Salud para Todos en el 2000 acordada en Alma-Ata aún no ha sido alcanzada y en la búsqueda de lograr dicho objetivo resulta útil repensar el concepto y las características de la APS para rescatar sus mejores aportes y adaptarlos a las problemáticas y necesidades actuales.

Rovere (2012) sostiene que la APS tal como fue concebida hasta ese momento ha recolectado deudas con diversos actores y áreas que participan en el campo de la salud, y, por mencionar algunas, se pregunta cuánto se ha

avanzado en articular la salud y las problemáticas del medio ambiente, los migrantes, la violencia familiar, las adicciones, el embarazo en la adolescencia, los procesos de envejecimiento, niños y niñas en situación de calle, prostitución, población carcelaria, entre otras. Rovere se pregunta esto en el 2012 y se puede afirmar que han existido avances en materia de salud en los problemas mencionados, pero aún la meta no ha sido lograda y el camino hacia el logro de la equidad requiere de una verdadera y fuerte voluntad política para impulsar los cambios y tomar las medidas necesarias.

La APS conlleva en su definición un significado de integralidad y justicia social, pero precisa del compromiso político de los gobiernos para lograrlo. Esto implica darle voz e incentivar la participación de las comunidades, apelar a “la redistribución del poder y la capacidad de decisión que son factores claves para una verdadera participación transformadora” (Feo, 2012, p.354). Esta participación será la que permita la construcción de una estrategia de atención primaria de la salud acorde a las necesidades. Al mismo tiempo, es indispensable que el modelo de formación de profesionales y técnicos de la salud priorice una formación más integral, solidaria y humana, que permita desarrollar sistemas universales de salud y nuevos modelos de atención (Feo, 2012).

Si se quiere recuperar la premisa y el compromiso de Salud para Todos, debe haber un compromiso político de fortalecer y reorientar los sistemas públicos de salud “hacia la universalidad y la integralidad, y confrontar el pensamiento médico hegemónico, centrado en la enfermedad, para pasar a uno que permita comprender y actuar sobre los determinantes reales de la salud” (Feo, 2012, p. 354).

La reflexión y las experiencias educativas en torno a la Atención Primaria de la Salud son componentes importantes en el plan de estudios del Programa de SIT “Salud Pública en Ambientes Urbanos” y han sido una gran motivación para encarar la APS en su diversidad y múltiples posibles abordajes.

Los estudiantes tienen la posibilidad no sólo de aprender teóricamente sobre aspectos fundamentales del sistema de salud de la Argentina, sino también observar y experimentar en la práctica cómo se aplica la estrategia de APS y cómo los agentes sanitarios son los grandes protagonistas.

Es el caso de las actividades en el terreno en las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Tucumán, el concepto permite enmarcar la experiencia y deja lugar a las vivencias. Los estudiantes tienen la posibilidad de visitar

Centros de Atención Primaria, conversar con profesionales, conocer el perfil epidemiológico de las comunidades, sus problemáticas y necesidades, pero también observar cómo los agentes sanitarios trabajan, con qué recursos cuentan, acompañarlos en sus tareas, entre ellas, la típica ronda por las viviendas de las familias que atienden.

Los temas que integran el campo de la APS son muy variados, desde la exploración más general de la APS como estrategia, pero también su papel en la ampliación de la accesibilidad, el rol los agentes sanitarios, su integración en los distintos niveles de atención de la salud, y la atención en red. Cada uno de estos temas ha sido abordado desde diferentes perspectivas y actores, por ejemplo, los trabajadores de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los agentes sanitarios, los miembros de la comunidad, las poblaciones de migrantes, distintos profesionales del sistema de salud. Esta variedad de perspectivas ha incluido además el desarrollo e implementación de políticas abordando la experiencia de programas municipales, provinciales y/o nacionales, entre otros.

Una breve muestra de algunos de los trabajos permite dar cuenta de las diferentes temáticas que han sido exploradas y que pueden inspirar nuevos abordajes dentro del campo de la APS:

Annika Dhawan (2020) abordó desafíos de la prevención y el tratamiento de la diabetes, desde la perspectiva de trabajadores de primer nivel de atención en la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), una zona sur que se caracteriza por un bajo nivel de desarrollo, con un alto porcentaje de población de bajo nivel socioeconómico. A partir de entrevistas a profesionales de salud que trabajan en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en el Conurbano, la estudiante pudo dar cuenta de las diferencias entre la ciudad y la provincia, en términos de provisión y acceso a los medicamentos, pero sobre todo pudo identificar los desafíos similares a los que deben enfrentarse los trabajadores del primer nivel de atención. Algunos de estos desafíos refieren al perfil de alta vulnerabilidad de los pacientes, otros a la organización de los servicios, como la falta de recursos provistos por el Estado para promover la educación de la salud, la falta de personal específico para tratar la enfermedad y la falta de tiempo para dedicar a cada paciente, dada la alta demanda. En su trabajo dio cuenta de las distintas perspectivas de los profesionales y destaca la importancia de las iniciativas de los equipos de los centros de atención primaria,

como talleres comunitarios, para la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes.

Kelly McHugh (2018) exploró las perspectivas de los agentes sanitarios acerca del apoyo que reciben para cumplir con su trabajo de promoción y prevención de la salud, desde el punto de vista de los agentes de salud de la Provincia de Mendoza, basado en su experiencia de trabajo. A partir de entrevistas tanto con agentes sanitarios como con representantes del Ministerio de Salud, la estudiante pudo delinear el contexto en el que el Programa de Agentes Sanitarios Provincial se encontraba en un momento de transición, debido a la promulgación de la primera ley que formalizaba el rol de los agentes sanitarios en el sistema de salud de la provincia. En su trabajo, se valora la oportunidad de darle voz a los agentes sanitarios en lo que respecta a los diferentes factores que éstos identificaban como obstáculos para el desarrollo de su trabajo: recortes presupuestarios y falta de insumos, salarios insuficientes, inestabilidad del puesto para los no contratados y, en algunos casos, falta de articulación con otros trabajadores de salud, entre otros. Pero no sólo incluyó la perspectiva de los agentes sanitarios sobre los desafíos de su trabajo, sino también la satisfacción y orgullo que sentían por poder ayudar a la comunidad, un elemento clave para comprender su labor y aporte.

Morgan Livingston (2016) exploró el funcionamiento de un equipo territorial interdisciplinario que se desempeña con el apoyo municipal en la promoción de la salud comunitaria enfocada en la salud del niño en el CAPS Cóndor y Andes Maipú, Mendoza. Para indagar las prácticas de promoción de la salud comunitaria llevadas adelante por el equipo, la estudiante realizó entrevistas que buscaban describir el funcionamiento del abordaje territorial del equipo de salud en la promoción de la salud familiar con la participación de la comunidad. El estudio permitió dar cuenta que tanto la voluntad de los miembros que lo integran, así como los aportes y el apoyo que brinda el Centro de Salud Cóndor y Andes, resultaban elementos clave para la efectividad de la acción del equipo. El trabajo destacó la importancia de las relaciones basadas en la confianza del equipo con los miembros de la comunidad para implementar los proyectos y para animar la participación de la comunidad.

Meredith McInturff (2016) en su investigación caracterizó la utilización de unidades sanitarias móviles en el subsector público del Sistema Provincial de la Salud de Tucumán (SI.PRO.SA) como dispositivos para la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud. A partir de entrevistas y observa-

ciones durante su trabajo de campo, la estudiante encontró que los tráileres sanitarios son recursos importantes para la accesibilidad de la comunidad a los servicios de salud. Los tráileres proveen distintos servicios de atención médica (salud de la mujer, enfermedades crónicas, estudios diagnósticos, rehabilitación) y promueven las actividades de distintos programas salud y prevención de enfermedades. Además, al acompañar el recorrido de estos tráileres, la estudiante observó la posibilidad de atender a las poblaciones vulnerables complementando los servicios de salud tradicionales. El trabajo puso de relieve la importancia para el cumplimiento de la estrategia de APS de contar con estos dispositivos con capacidad para reducir la demanda en los centros de salud, que provee servicios a una gran cantidad de personas satisfaciendo las necesidades de una población dinámica y mejorando la accesibilidad a los servicios de salud en Tucumán.

La temática de la facilitación del acceso a servicios de salud de los tráileres fue retomada en 2020 por el estudio de Carol Terán. Carol se enfocó en el acceso y uso de imágenes para la detección del cáncer de mama en Tucumán y se propuso investigar la relación entre el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud para la detección temprana del cáncer de mama. Al igual que Meredith, tuvo la oportunidad de conocer el trabajo del Tráiler Sanitario de la Mujer, y tomó la experiencia para dar cuenta del rol en la prevención de una enfermedad concreta. Carol dedica un apartado de su trabajo para desarrollar el trabajo del tráiler e incluir las ideas de accesibilidad y la vulnerabilidad de las comunidades a las cuales visita, coincidiendo con los resultados del trabajo de Meredith.

Es destacable que en muchos casos los estudiantes toman como referencia un trabajo de investigación realizado antes por otro estudiante, cuya temática coincide o se asemeja a su interés. Esto da lugar a nuevas miradas sobre un mismo tema en donde los problemas que se construyen, los objetivos que se definen y los resultados que se alcanzan del proceso de investigación son diferentes. La originalidad no resulta de elegir un tema nunca investigado, sino lograr que temáticas ya abordadas puedan ser estudiadas desde otra perspectiva y nuevas preguntas de investigación permitan guiar el trabajo en otras direcciones, abordando otras dimensiones. Esta continuidad en el abordaje de temas está guiada por la idea del campo de la Atención Primaria de Salud como un espacio complejo, en el que convergen relaciones, actores e intereses.

A MODO DE CIERRE

El recorrido hasta aquí realizado permite volver al inicio e intentar recapitular alrededor de algunos de los ejes que guiaron el presente artículo.

Para cumplir con el objetivo de abarcar la mayoría de las necesidades sanitarias de todos los individuos y familias de la comunidad, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, la APS necesita recursos, articulaciones y decisiones. En tal sentido es una estrategia que requiere inscribirse en una adecuada planificación y contar con el compromiso de todos los involucrados que su abordaje demanda.

En su aplicación es fundamental registrar y conocer las problemáticas del escenario social en el cual se busca implementar. Las características de zonas geográficas, de las comunidades y de situaciones individuales delimitan los contextos, problemáticas y cuestiones particulares que deben ser tomadas en cuenta por los equipos de salud. La mirada de la salud como campo aporta una mejor comprensión de tales contextos considerando los distintos intereses, disputas y acuerdos entre los actores que conforman dicho campo.

La necesidad de dar respuesta a esas múltiples problemáticas y determinantes sociales de la salud requiere, asimismo, la formación de equipos interdisciplinarios en todos los niveles. Dentro de esos equipos es fundamental el rol de los agentes sanitarios, que son quienes acercan la cobertura de salud a la comunidad, creando lazos afectivos y de confianza. A ellos, como figura central, se les suman los equipos territoriales que aportan distintas miradas a los problemas de las comunidades que recorren, para diseñar posibles soluciones.

La APS no es un abordaje para aplicar de manera exclusiva en el primer nivel de atención, muy por el contrario, en tanto se construye como estrategia, es transversal a todo el sistema de salud. La promoción de la organización de servicios en red ha sido pensada como una iniciativa para renovar la APS. Las redes diseñadas como un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa, son apoyo fundamental para lograr transversalidad en la aplicación de la APS.

Los intentos de renovación y actualización de la estrategia a los nuevos escenarios han aportado nuevas miradas y herramientas, sin embargo,

hay deudas con la Salud Pública por parte de los gobiernos que demandan ser saldadas. Una aplicación consistente de la APS aun requiere una mejor adaptación a las necesidades de las poblaciones y mayor integración en el sistema de atención.

La enseñanza de la Salud Pública incluye miradas diversas, múltiples aristas y miles de caminos para recorrer. La APS es una de las más interesantes, ya que invita a una exploración más integral del campo de la salud. Dado que su aplicación requiere de una decisión política y un compromiso en fortalecerla y orientarla hacia el cumplimiento del acceso integral y universal a la salud, demanda una comprensión del contexto social más general.

La APS sigue vigente como estrategia central para lograr el acceso universal a la salud. A más de 40 años de Alma-Ata y de su aparición en la escena de la salud a nivel mundial, aún puede guiar - como expresa el Dr. Perrone - “un cambio en la práctica, una ampliación de la concepción, un foco en la participación de la ciudadanía y un proceso de democratización”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OPS-OMS (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Osvaldo Artaza Barrios, Coordinador, OPS, Buenos Aires.
- Battistella, G (2018). Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y Análisis de Situación CESAC 41. Presentación para el Programa SIT- Salud Pública en Ambientes Urbanos. “Sistemas de Salud, GCBA”, Buenos Aires.
- Dhawan, A. (2020). Análisis de los desafíos que enfrentan trabajadores de primer nivel de atención en la prevención y tratamiento de diabetes en la zona sur de la Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo “Atención Primaria de Salud en Debate”. *Saude em debate*, 36 (94), pp. 352 – 354. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a06v36n94.pdf>
- Livingston, M. (2016). “Los aportes del equipo territorial interdisciplinario con el apoyo del centro de salud de Cándor y Andes para la promoción de la salud comunitaria enfocada en la salud del niño en Maipú, Mendoza, Argentina”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- McHugh M.K. (2018). “Articulación y apoyo del programa de los Agentes Sanitarios de Mendoza: de la teoría a la práctica”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”. Publicado en la Revista ISALUD, 14(69), 71-80.
- McInturff, M. (2018). “Estrategias de mejora de la accesibilidad a los servicios de salud: El caso de las unidades sanitarias móviles del Sistema Provincial de Salud (SI.PRO.SA) de Tucumán”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Programas y acciones: Promoción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/atencioncomunitaria/programasacciones>
- Molina, C. (2020a). “Matrices para analizar a los actores, papeles y recursos que intervienen en la producción de servicios de salud”. Presentación para el programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

- Molina, C. (2020b). “Nociones para analizar el sector salud y la atención primaria en clave territorial”. Presentación para el programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- OMS (1978) Declaración de Alma Ara, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de: www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS (2009). Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
- OMS (2020). Atención Primaria Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- PAHO (2007). La Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Pellegrino, Ángel (2020, 3 de diciembre). Entrevista a el Dr. Ángel Pellegrino.
- Perrone, Néstor (2020, 16 de octubre). Entrevista a el Dr. Néstor Perrone.
- Pisani, O. (2009). Historia para armar. (Conversaciones con un sanitarista). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS, Buenos Aires.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saude em debate*. 36, (94), Pp 327-342. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v36n94/a03v36n94.pdf
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3):275-293. Buenos Aires, Septiembre-diciembre. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n3/275-293/es>
- Teran, C. (2020). “El acceso y uso de imágenes para la detección del cáncer de mama en Tucumán, como una herramienta para la prevención y detección precoz en el sector público”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Unidiversidad (en línea). ¿Qué son los agentes sanitarios? Entrevista a Alejandra

Fernández, Tutora de Tecnicatura Universitaria en Promoción de la Salud, Universidad de Cuyo: Unidiversidad [archivo de video]. Recuperado de http://www.unidiversidad.com.ar/que-son-los-agentes-sanitarios?utm_campaign=tv&utm_term=50 (Fernández).

CAPITULO 4

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CLAVE TERRITORIAL; UNA EXPERIENCIA DESDE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

Cecilia Molina¹

INTRODUCCIÓN

Los factores que determinan la salud de las poblaciones, como el acceso a los alimentos, al agua o al trabajo seguro, se expresan de manera particular en los territorios. Las relaciones entre los financiadores, los proveedores y los usuarios que confluyen en los sistemas de servicios de salud también presentan importantes variaciones según los espacios sociales en que se despliegan esas relaciones. El territorio impacta tanto en las condiciones de vida de los sujetos y en sus posibilidades de acceso a los servicios de salud como en la configuración de la atención sanitaria (Chiara, 2015).

La salud pública tradicional entiende al territorio como una entidad político-administrativa o como el ambiente biofísico en el que pueden estar presentes “factores de riesgo” que propician enfermedades. Tomando distancia de ese planteo, las ciencias sociales conciben el territorio como el espacio vivido, como el lugar donde se construyen procesos de identidad, vínculos, representaciones del mundo y prácticas sociales transformadoras, además de posibilitar la producción y apropiación de las condiciones materiales que permiten la existencia (Molina Jaramillo, 2018).

Cuando se planifican intervenciones sanitarias, el enfoque territorial permite reconocer desigualdades entre poblaciones que residen en distintos

¹ Docente Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo y Coordinadora del Área de Gestión Poblacional de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza. Profesora invitada del Seminario sobre “Sistemas de Salud, Políticas y Programas” del programa SIT: “Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

espacios sociales. De allí que para avanzar en la equidad es imprescindible “dar cabida a la comprensión de los modos de hacer salud, enfermar y morir que se asientan en los lugares donde se construye la vida” (Molina Jaramillo, 2018, p. 2).

Si bien lo antes planteado no despierta grandes controversias conceptuales, la manera en que las diversas dinámicas territoriales influyen en las necesidades, en sus manifestaciones, en las demandas y en las respuestas sanitarias están poco problematizadas en las organizaciones de seguridad social en Argentina. Con frecuencia, el territorio se considera un “accidente” (Tobar, 2010) y las aseguradoras definen sus prioridades financieras y asistenciales desde perspectivas que desatienden las especificidades epidemiológicas, demográficas y sociosanitarias de los territorios locales.

El propósito de este capítulo es presentar una estrategia que se desarrolla desde 2016 para adoptar el enfoque territorial en la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) de Mendoza, Argentina, y los avances y las limitaciones encontradas para gestionar la salud de sus asegurados en base a esta perspectiva. Integran el equipo de trabajo profesionales de las ciencias sociales, promotores territoriales de salud y médicos de familia para quienes las familias y sus entornos de vida inmediatos (no los individuos) son las unidades de intervención.

Un punto de partida en la tarea es concebir la salud como parte del desarrollo social, lo cual conduce, necesariamente, al trabajo intersectorial (Tobar, 2008). Se asume que la colaboración intersectorial “permite alcanzar resultados en salud de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario puede lograr actuando en solitario” (Universidad Nacional del Nordeste, 2010).²

A la vez, el trabajo intersectorial es inherente a la promoción de la salud, entendida como el proceso que “permite a las personas incrementar el control sobre su salud, controlando los factores que determinan la salud y de ese modo mejorar su salud y ser capaces de tener una vida activa y productiva” (OMS, 1998).

La estrategia de promoción de la salud, tal como se concibió en la reunión internacional de Ottawa, se vale de enfoques participativos. Son los

2 Esta, como otras conceptualizaciones del capítulo, han sido recuperadas de Del Barrio et al. (Comps.) (2018). Glosario de términos para el trabajo territorial en salud: compartiendo conceptos para la tarea diaria.

sujetos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones quienes deben involucrarse y crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos:

En términos más sencillos, fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garantizan el acceso a los servicios de salud o políticas que generan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles. (OPS, s.f.)

Dos caminos para hacer operativo el enfoque de la promoción de la salud que resultan centrales en la tarea son la estrategia “Salud en todas las políticas” (Ståhl et al., 2006) y la perspectiva salutogénica, que enfatiza el valor de los activos sociales y las capacidades locales para promover la salud de los sujetos, las familias y los barrios (García et al., 2019).

Salud en todas las políticas (STP) se basa en los principios de la promoción de la salud desarrollados en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978) y en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986)³. Toma en cuenta de manera sistemática las implicaciones de las decisiones que diferentes áreas de política pública tienen sobre la salud, asumiendo que muchos de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud dependen de políticas que van más allá de los ministerios de salud. Por eso, la estrategia propicia que la salud de las poblaciones sea contemplada desde diferentes sectores (agroindustria, medio ambiente y vivienda, por ejemplo) y desde diferentes niveles de gobierno (nación, provincias, municipios).

Los activos sociales para la salud, por su parte, son los recursos –individuales o colectivos– que “potencian la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar” (Hernán et al., 2007, p.16). Un centro de jubilados, una radio comunitaria, un grupo de vecinas que se organizan para caminar juntas pueden ser activos para

3 El enfoque de STP fue desarrollado en la Declaración de Adelaida del 2010 sobre Salud en Todas las Políticas. Más recientemente, en 2011, la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2011a) y la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (OMS, 2011b) avanzaron en el esclarecimiento del rol de STP en relación con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

la salud. El mapeo de los activos para la salud presentes en los pequeños territorios busca interpretar la realidad “más allá del enfoque de riesgo”. Es una herramienta que identifica los aspectos positivos de los sujetos y los grupos, con sustento en la perspectiva “salutogénica”, que pone en valor y facilita las opciones de vida saludables, que es lo que persigue, en definitiva, la promoción de la salud.

Los enfoques antes presentados comparten la idea de que para lograr equidad en salud se deben conocer en profundidad y abordar las desiguales condiciones de vida que inciden en la salud de los sujetos individuales y colectivos. Estos requisitos se evidenciaron como claramente necesarios a partir de la pandemia de coronavirus. Las consecuencias socioeconómicas del aislamiento social que se decretó en Argentina en marzo de 2020 y el desarrollo de respuestas sanitarias para limitar los daños que desencadena la epidemia global han dejado al desnudo, como quizás nunca antes, las desiguales posibilidades de procurar cuidados entre regiones y entre distintos sectores sociales y los límites de la mirada biomédica. Esta mirada, cuyos rasgos centrales son el biologismo (se apoya en la ciencia que estudia a los seres vivos), el foco en el individuo-paciente y los aspectos curativos, es decir la preocupación por atacar solamente a la enfermedad (Menéndez, 1988), subestima los aspectos políticos, sociales y ambientales que influyen en la salud de los sujetos, las familias y las poblaciones. Es propósito de este escrito presentar brevemente las adecuaciones que el equipo de trabajo de la obra social desplegó en la emergencia sanitaria tratando de ir más allá de este enfoque restrictivo de la salud.

El capítulo se organiza en tres apartados. En primer lugar, se sintetiza el contexto de la experiencia: la seguridad social, las especificidades de las obras sociales provinciales, el sistema de salud de Mendoza y la OSEP. Luego se exponen las características y desafíos de la estrategia territorial en salud y se resumen las adaptaciones realizadas a partir de la irrupción del COVID-19.

EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DESDE EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

LAS OBRAS SOCIALES EN EL SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA

Las obras sociales, en nuestro país, son parte de un sistema de salud que se caracteriza por la fragmentación y por la desigualdad en el financiamiento y en la provisión de los servicios. Como se profundiza en otros capítulos de este texto, la organización de la salud en Argentina “se diferencia de los sistemas de protección social europeos que brindan cobertura universal a través de seguros públicos y/o sociales, sin importar las capacidades de pago de las familias o la inserción laboral de sus miembros” (Cetrángolo y Goldschmit, 2018, p.3).

Pero también presenta particularidades respecto de los sistemas de seguridad social de países latinoamericanos como Costa Rica o Uruguay, que –teniendo fuentes de financiamiento y de provisión mixtas– han avanzado en reformas tendientes a equiparar coberturas. Argentina, en cambio, mantiene un patrón divergente en el acceso y la cobertura de salud. (Cetrángolo y Goldschmit, 2018)

El subsector de las obras sociales tiene a cargo de 60% de la población y alberga grandes diferencias según la inserción de los asegurados en el mercado laboral formal, el tipo de seguro que los protege⁴ y la jurisdicción en la que residen. Esta multiplicidad de coberturas es causante de inequidades. Cada financiador dispone de diferentes recursos y estos se relacionan con el ingreso promedio de los contribuyentes. “Si bien existe un piso prestacional llamado Programa Médico Obligatorio, no siempre se cumple o las prestaciones no se brindan en tiempo y forma” (De Ponti et al., 2016, p. 2).

La organización político-administrativa argentina complejiza el problema de la equidad en salud. Indicadores sanitarios básicos reflejan a las claras desigualdades según dónde reside la población. A menor desarrollo económico de provincias y municipios, hay mayores demandas sanitarias insatis-

4 La seguridad social en Argentina está compuesta por las obras sociales nacionales, por regímenes especiales como las obras sociales del personal de las Fuerzas Armadas, de seguridad y universitarias, las obras sociales provinciales (OSP) y el PAMI (jubilados). Estas instituciones son responsables de 4,1% del PBI de los recursos del sector (Cetrángolo y Goldschmit, 2018 p.7).

fechas. “La consecuencia es que las zonas con mayor necesidad de atención sanitaria son las que menos financiamiento de la seguridad social cuentan, sumado a la escasez de recursos públicos” (Del Ponti et al., 2016, p. 2).

En este escenario heterogéneo y desigual, las obras sociales provinciales (OSP) –entre ellas la OSEP– tienen como fin garantizar el acceso igualitario a la salud al universo de los trabajadores estatales, provinciales y municipales y sus grupos familiares, que en su totalidad representan el 16 % de la población del país. Este segmento de aseguradoras se orienta por el principio de solidaridad, según el cual cada afiliado aporta con relación a su ingreso y recibe según las prestaciones que necesita⁵. Más allá de este rasgo en común, las OSP no asignan el mismo nivel de recursos a la atención de la salud de los trabajadores estatales y sus familias, tanto por las diferencias existentes en los salarios de los empleados públicos entre jurisdicciones como por las contribuciones de los estados provinciales. La cartera de prestaciones también difiere según la OSP. En general, estas organizaciones manejan sus recursos de manera independiente de los ministerios de salud de sus respectivas jurisdicciones. No obstante, suelen estar sujetas a las políticas de empleo e ingresos locales y a las restricciones fiscales de los gobiernos provinciales. A la vez, en ocasiones son auxiliadas por los gobiernos provinciales para atender los déficits de funcionamiento (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

En pocos casos, entre ellos Mendoza, las OSP extienden la protección a los estatales jubilados del estado provincial e incorporan afiliados en calidad de “voluntarios”, quienes pagan cuotas definidas por la organización y, a diferencia de las obras sociales nacionales, sus afiliados no tienen libertad de elección para su aseguramiento.

La situación descripta se traduce en diferencias en el acceso, el tipo y calidad de prestaciones que brinda cada OSP, a semejanza con lo que sucede con el conjunto de la seguridad social en el país. Revertir esta situación supone reorientar políticas, recursos y procesos y librar batallas que posibiliten avanzar en un sendero de mayor equidad a largo plazo, situación que no es fácil, dado el calibre de los intereses de la industria farmacéutica, los prestadores públicos y privados y las organizaciones profesionales, por mencionar algunos de los intereses en juego (Cetrángolo y Goldschmit, 2018, p. 27).

5 Las 24 obras sociales provinciales están agrupadas en el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), institución civil sin fines de lucro que coordina acciones para garantizar cobertura de salud a 7.200.000 afiliados (COOSPRA, 2021).

LA PROVINCIA DE MENDOZA Y EL PAPEL DE LA OSEP EN EL SISTEMA DE SALUD LOCAL

Mendoza es una de las 24 provincias argentinas y, por número de habitantes y nivel de desarrollo relativo, es la quinta del país. Está situada en el Centro-Oeste de la República Argentina, al pie del cerro Aconcagua, y limita con la República de Chile. Tiene una superficie de 150.839 km², una población de 1.741.610 habitantes según el Censo de población de 2010, y su tasa de alfabetización alcanza al 97,8 % (INDEC, 2012). Desde el punto de vista administrativo, la provincia se divide en 18 departamentos, organizados por regiones⁶, y cada departamento se organiza en distritos. Las ciudades y los cultivos están emplazados en zonas de oasis y gran parte del suelo es desértico. Mendoza tiene una matriz productiva diversificada, infraestructura turística de relevancia, industria metalmecánica y recursos naturales. Se destaca por su producción agrícola, la industrialización de materias primas como vid, frutas y hortalizas y por ser la principal productora y comercializadora de vinos del país. Cuenta con 8 universidades, 7 institutos universitarios, 74 de educación superior y más de 2.700 escuelas de nivel inicial, primario y medio.

En cuanto a los indicadores sanitarios, Mendoza registró entre 2016 y 2018 una mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos, que es inferior a la tasa nacional de 9,3 por mil en el mismo período (DEIS, 2020). Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2018, el 59,1 % de la población tiene algún tipo de seguro (OSEP, PAMI o prepaga) y el 40,1 % depende exclusivamente del subsector público de la salud (DEIE-Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas del Gobierno de Mendoza, 2019).

Como en todo el país, en Mendoza el subsector público de salud está integrado por servicios y programas que dependen de los estados nacional, provincial y municipales. Cada uno responde a diferentes autoridades y nada los compromete en lo formal para coordinar acciones para avanzar en equidad. En su condición de prestador directo de servicios, el sector público local aglutina en unos pocos centros el mayor porcentaje de camas de la provincia, y concentra la oferta de servicios de emergencia y de internación de salud mental, geriatría y pediatría de alta complejidad. En las regiones más

⁶ Una de las regionalizaciones más empleadas es la que agrupa en el Área Metropolitana a los departamentos de Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú, Luján de Cuyo; en la región Este, a Junín, Rivadavia y San Martín; Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz; Centro-Oeste: San Carlos, Tunuyán, Tupungato, y Sur: San Rafael, General Alvear y Malargüe.

alejadas de Mendoza capital, el sector público tiene el monopolio de estos servicios.

Con una menor cantidad de camas, distribuidas en muchos establecimientos, altamente concentrados en los departamentos de Gran Mendoza, los prestadores privados están sobre todo orientados a la atención ambulatoria, a la internación de complejidad intermedia (partos, cirugías de corta estancia) y a servicios con la mejor relación inversión-rentabilidad.

El subsector de la seguridad social, que financia sobre todo servicios que presta el sector privado, comprende en Mendoza, como en el resto de Argentina, a las obras sociales sindicales, al PAMI y a la obra social provincial. La OSEP y el PAMI son los responsables de la atención médica del 29% de la población (DEIE, 2019). Por volumen de afiliados y peso en el mercado, las dos aseguradoras tienen alta incidencia en el escenario local y suscriben convenios para atender a sus afiliados en la red hospitalaria pública⁷.

LA OBRA SOCIAL PROVINCIAL

Dos de cada diez mendocinos tienen OSEP. Tanto por su cantidad de asegurados como por sus vínculos con el subsector público, la obra social provincial tiene un rol protagónico en la salud en Mendoza. A tono con el principio de solidaridad que la orienta, enfrenta el desafío de brindar servicios equitativos y de calidad a una población de casi 400.000 personas que presenta una gran heterogeneidad en cuanto a ingresos, posibilidades de acceso a los servicios, expectativas y demandas. Concretamente, según registros de OSEP el ingreso mensual bruto promedio del afiliado titular en actividad era en junio de 2019 de 790 dólares estadounidenses y el ingreso (en bruto) promedio del titular jubilado es de 630 dólares. En los extremos, los trabajadores judiciales de mayor rango perciben 5.550 dólares y los municipales tienen mayoritariamente ingresos por debajo de la canasta básica total. Una particularidad de la OSEP respecto de otras obras sociales es que desarrolla un sistema de provisión mixta de servicios: tiene tres hospitales, un centro odontológico, programas y sedes departamentales de su propiedad y al mismo tiempo contrata prestaciones con privados y con servicios del estado provincial. La composición de la provisión de servicios médicos no presenta un patrón único. Mientras más lejos de los centros urbanos viven

⁷ La proporción de asegurados respecto de la población total presenta variaciones que van del 13 % a 39 %, según departamento. 24 % de los titulares tienen otro seguro, además de OSEP.

los afiliados, más dependen de la oferta privada y pública con la que OSEP conviene prestaciones. Tal situación complejiza el acceso a los servicios y la gestión de la organización (Molina, 2019).

Aplica para la OSEP lo que señala de manera más general Chiara (2016):

La política institucional en su implementación se ve atravesada por los perfiles de morbi-mortalidad y las particularidades de los mercados (ambos varían según regiones de la provincia), por mecanismos de compraventa de servicios de salud que difieren según sea la prestación y por la dinámica que los actores imprimen en cada territorio, en función de la particularidad de sus intereses, perspectivas y capacidades de reclamo (p. 19).

En lo que hace a su perfil demográfico, los afiliados de OSEP constituyen una población con una marcada tendencia al envejecimiento⁸, lo cual supone desafíos sanitarios y sociales. Es significativa la proporción de adultos mayores que viven solos. Esta realidad tensiona los dispositivos de cuidado, ya que muchos requieren de apoyo social para poder tramitar prestaciones de salud. Por otra parte, y en sintonía con la feminización que se verifica en los servicios públicos y que es característica del sector docente, se trata además de una población con más mujeres que varones, por lo cual la salud de la mujer es un tema fundamental.

LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE TERRITORIAL POBLACIONAL EN LA OSEP

La obra social provincial tiene sedes y subsedes en los 18 departamentos de la provincia. En el Gran Mendoza comenzó a desarrollar desde hace 15 años Unidades de Atención Familiar aglutinadas bajo un programa denominado OSEP Cerca, que procura dar respuestas asistenciales y preventivas a los problemas prevalentes de los afiliados. Si bien estos dispositivos evitan desplazamientos, no siempre procesan ni son receptivos a las particularidades locales ni diseñan estrategias ajustadas a las realidades de sus poblaciones a cargo, demanden o no demanden atención.

En base a este diagnóstico, a principios de 2016 se creó el área de In-

8 Cerca del 13 % de la población afiliada supera los 65 años de edad. En departamentos urbanos del Gran Mendoza, la proporción de adultos mayores trepa al 20 %. Y en otros alejados de Gran Mendoza, como Malargüe, no llega al 10 % del total.

vestigaciones Sociosanitarias y Abordaje Poblacional, cuyo propósito es contribuir a la configuración de un modelo prestacional de OSEP que sea receptivo a las necesidades sociosanitarias de la población afiliada. El objetivo del área es promover la integración de respuestas con base territorial y una de sus estrategias ha sido incorporar promotores territoriales de salud cuya tarea es hacer de puente entre la organización y la población a través de intervenciones orientadas a las familias que favorezcan la integralidad y continuidad de los cuidados. Entre sus funciones, el área se encarga de analizar las condiciones sociales y sanitarias del padrón de afiliados, identificar y movilizar los activos y las redes de recursos de base territorial con potencialidades para resolver necesidades, favorecer el acceso a las líneas de cuidado priorizadas por la organización y producir información relevante para la toma de decisiones asistenciales en diferentes niveles de la organización: directivos, gerentes regionales, coordinadores de programas, equipos del primer nivel de atención⁹.

En relación con las sedes y subsedes regionales, los OSEP Cerca y los programas (materno infantil / adulto mayor / prevención del cáncer femenino / atención de enfermos crónicos), que en teoría operan como primer contacto o puerta de entrada al sistema de salud (Vignolo et al., 2011), son funciones del área de Investigaciones Sociosanitarias y Abordaje Poblacional: colaborar en la detección y gestión de problemas puntuales entre los afiliados disminuyendo barreras para el acceso a los servicios, en la identificación y búsqueda activa de afiliados en situaciones de riesgo sociosanitario y en la ampliación de la cobertura de los servicios y programas. El horizonte es favorecer la accesibilidad, entendida como lazo social entre el sistema de salud y los usuarios (Carballeda, 2013), en nuestro caso, los afiliados y, especialmente, las barreras socioculturales y administrativas. Las primeras se relacionan con las características culturales y la posición social de los usuarios que condicionan el contacto con los servicios, mientras que

9 La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnico y administrativo, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo con su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado. Vignolo et al. (2011) definen niveles de atención como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población en términos de problemas de salud por resolver” (p.12). Se distinguen tres niveles: el primer nivel de atención que es el más cercano a la población y no es sinónimo de atención primaria de la salud (APS). La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles, desde el primero hasta los servicios de alta complejidad en el tercer nivel. El segundo nivel de atención son los servicios que ofrecen los hospitales y establecimientos donde hay pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Tercer nivel de atención: resuelven problemas poco prevalentes, patologías complejas que demandan procedimientos especializados y de alta tecnología. Por ejemplo, un centro de diálisis.

la accesibilidad administrativa alude a la simpleza o complejidad de los requisitos burocráticos que conlleva tramitar y recibir servicios (Del Barrio et al., 2018).

El equipo y sus tareas. La propuesta de trabajo del área es desarrollada por sociólogos, trabajadores sociales, médicos de familia, comunicadores sociales y promotores territoriales de salud. Estos últimos se asignan a distritos y barrios priorizados, en distintos puntos de la provincia, en base a criterios de vulnerabilidad institucionalmente acordados. La tarea central de los promotores es actuar como puente entre las familias aseguradas y la organización. Parte de sus funciones es relevar y actualizar información sociodemográfica y de utilización de servicios, en especial en situaciones de riesgo, e implementar estrategias para favorecer la continuidad de los cuidados y minimizar barreras de acceso. Asimismo, sistematizan la información sociosanitaria referida a las familias que les son asignadas y articulan recursos presentes en los territorios que operan como activos para la salud. Coordinan con equipos departamentales, con Unidades de Atención Familiar (UAF) y con los programas prioritarios.

Técnicas para la obtención de datos. En los relevamientos en terreno se emplean cuestionarios (a las unidades familiares), entrevistas (a informantes y a referentes de organizaciones con base territorial) e información secundaria previamente analizada. Con base en los registros informatizados que proveen el Padrón de afiliados y el Sistema de Salud de OSEP, se mapean las desigualdades de ingresos de los titulares, se caracteriza demográficamente a los afiliados, se identifica la utilización o no de servicios por grandes grupos de edad y se nominaliza a las familias a contactar. Esta información se plasma en hojas de ruta, que ordenan la estrategia de relevamiento por zona. El cuestionario tiene un bloque en el que se indagan determinantes sociales de la salud familiar (características de las viviendas, riesgos ambientales a las que están expuestas, sistemas de transporte, carga laboral de los integrantes) y bloques con preguntas específicas para identificar problemas de salud y cuidados asociados en niños, mujeres en edad fértil, adultos mayores y asegurados con discapacidad. El formulario tiene soporte en un aplicativo que posibilita la carga *on-line* a través de *tablets*. Los promotores clasifican a las familias según niveles de vulnerabilidad, disparan alertas y despliegan intervenciones, cuando es necesario, con apoyo de mesas interdisciplinarias que intervienen en la resolución de situaciones críticas. Por personas y familias vulnerables entendemos a aquellas que,

por distintos motivos, “no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse a impactos desfavorables y, por lo tanto, se encuentran limitadas en el ejercicio de sus derechos” (Araujo González, 2015, p.90).

Técnicas para la sistematización y el análisis de datos. Los resultados de los cuestionarios se vuelcan en una base de información que alimenta el tablero de comando de la OSEP y los análisis de situación de salud locales (ASIS). Esta herramienta permite identificar y priorizar problemas de salud presentes en los territorios relevados y desarrollar acciones que contribuyan a su solución, incorporando los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de los grupos (Pría Barros, 2006). Los informes de salud barriales y distritales se completan con mapeos de activos para la salud (García et al, 2019). Las situaciones de vulnerabilidad identificadas se registran en una herramienta informática denominada Trello, que permite organizar y jerarquizar las intervenciones de los equipos de salud, de otras áreas de OSEP y de organizaciones de política social.

Instrumentos para difundir información en diferentes niveles de decisión. La información que se produce tiene diferentes destinatarios. Los análisis de situación de salud (ASIS) de barrios y distritos se vuelcan en la biblioteca virtual de la *web* de OSEP para que sean accesibles a gestores y a equipos de salud locales. Los diagnósticos de situación por segmentos poblacionales (niños de 1 a 14 años, por ejemplo) se transfieren a los responsables de los programas prioritarios y a sus referentes territoriales. La información agregada que permite dar cuenta de perfiles de población a tener en cuenta en el momento de planificar o convenir servicios con terceros se incorpora al tablero de comando de la organización.

Producción de información para la toma de decisiones. Este eje de trabajo resulta clave para que distintos niveles de la organización –responsables de convenios, de planificación, gestores territoriales, programas, hospitales propios, equipos de salud de proximidad– incorporen progresivamente la lógica territorial/poblacional. Se elaboran informes sobre perfiles socio-demográficos, nóminas y patrones de utilización por zonas y por segmentos de afiliados que, siendo población teórica, no se vinculan con los servicios. Por ejemplo, adolescentes con discapacidad o trabajadores de reparticiones públicas determinadas. Esa información se convierte en reportes que permitan identificar la consistencia entre la oferta de prestaciones convenida por OSEP en los territorios y la disponibilidad y acceso real a los servicios.

ALGUNOS AVANCES Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

- Se ha relevado de manera directa a cerca de 10 mil familias de más de 70 distritos en 13 de los 18 departamentos de Mendoza y a afiliados titulares en sus lugares de trabajo (Dirección de Hidráulica, Departamento General de Irrigación, Ministerio de Economía, áreas de obras públicas y delegaciones municipales, entre otros). A partir de los relevamientos, se ha intervenido de manera directa con quienes necesitaban vincularse con servicios de la obra social, se ha brindado información y se han elaborado informes poblacionales de barrios, distritos y reparticiones.
- Se han compartido los informes poblacionales con los equipos de salud y las sedes territoriales próximas a donde viven y/o trabajan los afiliados, poniendo énfasis en las características de los afiliados menos vinculados con los servicios de la organización
- Se ha confeccionado una Guía de Recursos Sociosanitarios, que plasma recursos institucionales, provinciales y activos locales que pueden contribuir a promover salud. Este material se actualiza cada seis meses y está disponible para todo el personal a través de la intranet de OSEP.
- Se coordinan intervenciones sistemáticas con las líneas de cuidado priorizadas en la política asistencial de OSEP para la búsqueda activa de sus poblaciones objetivo. Estas intervenciones apuntan a mejorar el impacto de los programas. Expresiones de estas articulaciones son, por ejemplo, la que se instituyó con el programa Ser Mujer, con cuyos integrantes se acordó trasladar quincenalmente a aseguradas desde localidades alejadas al centro de atención de la Mujer ubicado en la Ciudad de Mendoza, donde en una misma jornada realizan todos los estudios diagnósticos para la detección precoz de cáncer femenino. La instancia se completa con la participación de talleres de Salud Reproductiva y/o Violencia de Género. Parte de las mujeres a las que se convocó realizaron por primera vez en su vida estudios como la mamografía.
- Se han dado pasos hacia la intersectorialidad. Los ASIS permiten identificar problemas socioambientales, habitacionales y educacionales que condicionan la salud de los afiliados y que involucran decisiones de poder político provincial y municipal. A modo de ejemplo, se desencadenaron acuerdos con la Dirección Provincial de Transporte para tener

información de primera mano sobre los recorridos de micros que conectan a afiliados con centros asistenciales y con la Dirección de Escuelas para favorecer la inserción escolar de adolescentes no incluidos en el sistema educativo.

- Como desafíos, advertimos que la aproximación a las familias como unidades de análisis y de intervención ha tensionado intercambios de información y coordinación de actividades entre servicios y programas de la organización focalizados, que tienden a desplegar acciones fragmentadas.
- La relación con las Unidades de Atención Familiar y con las sedes regionales, que son los dispositivos del primer nivel de atención de propiedad de la Obra Social, están condicionadas por la predisposición diferencial de los equipos de trabajo a integrar a sus tareas la figura del promotor de salud y a incorporar requisitos del enfoque poblacional, como la búsqueda activa de asegurados con criterios de vulnerabilidad y la responsabilidad por las poblaciones de referencia que no expresan demandas. Asumir este nuevo enfoque supone revisar lógicas de trabajo internas, como los modos en que circula la información clínica y administrativa y las relaciones verticales y horizontales entre programas, servicios y áreas que deciden sobre los recursos de la obra social y sus formas de llegada a los asegurados. Interpretamos que a los servicios, programas y áreas administrativas de OSEP les cuesta correrse de lógicas instrumentales donde el eje es el individuo (o una parte de su cuerpo) descontextualizado y aceptar que la mediación de un promotor territorial, en contacto directo con los modos como las familias perciben y tramitan la salud de sus integrantes, puede interrogar sus prácticas y sus rutinas. Entendemos que, al operar como nexos entre las necesidades de salud de las familias, los servicios (en especial los del primer nivel de atención) y los recursos locales con incidencia en los determinantes sociales de salud, la tarea de los promotores territoriales es clave para avanzar en el enfoque. Pero ellos no pueden trabajar solos ni aislados. Como señalan Cabral y Abramovici (2018), es importante que los equipos profesionales puedan ser receptivos a los saberes y metodologías que despliegan los promotores y que claramente desbordan la biomedicina.

EL TRABAJO TERRITORIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA¹⁰

El aislamiento social producto de la epidemia global de coronavirus exigió cambiar la modalidad de intervención del equipo atendiendo al nuevo contexto. Como ya se señaló, antes de la pandemia, la inserción en los territorios se realizaba de manera presencial a través de las promotoras territoriales. El confinamiento afectó esta manera de relacionarnos y obligó a reorientar las prioridades. Para afrontar las nuevas tareas, resultó clave el conocimiento previo acumulado sobre las condiciones de vida de la población afiliada y las asimetrías en el acceso a la obra social. Esta información se combinó con el Relevamiento del impacto social de las medidas del aislamiento dispuestas por el Poder Ejecutivo Nacional (Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, marzo 2020) y otros informes que inspiraron un viraje en nuestras rutinas, una vez asumidas las diversas posibilidades de afrontar el aislamiento.

Nuestras preocupaciones iniciales convergieron con el planteo de Morgan y Rose (2020), quienes sostienen que las personas necesitan ayuda y apoyo para vivir y “la cruel ironía de la situación actual es que la pandemia y las restricciones posteriores generan ansiedad y miedo y al mismo tiempo nos privan de los apoyos naturales ofrecidos por familiares y amigos”¹¹.

Es por esto por lo que decidimos actualizar los activos comunitarios con potencialidades para sortear limitaciones en la emergencia (Betancur Loaiza et al., 2020) además de implementar contactos de tipo telefónico con segmentos de población vulnerable. En primer lugar, nos ocupamos de adultos y adultas mayores y de las familias con niños, de los barrios más vulnerables, y por fortalecer de manera presencial la tarea de los equipos del primer nivel de atención en los OSEP Cerca. Procuramos brindar orientación y contención a la población considerada de mayor riesgo, resolver situaciones críticas potenciando los vínculos institucionales ya creados y colaborar en el acceso a servicios (de salud y otros).

10 En este apartado se recupera el escrito difundido por el equipo de trabajo en la Plataforma de Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Cuyo (Del Barrio et al., 2020).

11 La traducción es propia.

SOBRE LAS NUEVAS MANERAS DE RELACIONARNOS CON LA POBLACIÓN AFILIADA

Nuestra primera tarea fue intentar transmitirles tranquilidad a los adultos mayores, contarles cómo estaban funcionando los servicios de la obra social y acercarle información que pudiera resultarles de utilidad para evitar desplazamientos innecesarios. Los contactos telefónicos fueron el medio para orientar y/o realizar distintos trámites: pedidos de recetas, planes especiales, subsidios por discapacidad, acceso a vacunas, entre otros. Algunas llamadas eran cortas, sólo para hacer una pregunta de fácil respuesta. Pero muchas devinieron en largas charlas en donde no solamente orientamos sobre gestiones o recordamos medidas de prevención y cuidado; escuchamos de manera activa, contuvimos a las personas angustiadas, identificamos limitaciones para respetar el aislamiento y ayudamos a superarlas. Esto último implicó llamar a hijos e hijas, contactos con vecinas y vecinos, puentes con servicios de salud cercanos, y la identificación y transmisión de recursos de proximidad, como farmacias barriales. Aprendimos a explicar cómo pagar servicios por la *web* y a asistir a los mayores en los pasos de estos trámites, y facilitamos números de teléfonos de organismos relacionados con el cobro de las jubilaciones, Banco Nación y PAMI, que eran temas de su interés. La escucha activa fue nuestro motor para la acción.

El papel de los equipos del primer nivel de atención. Los servicios de salud de proximidad juegan un papel muy importante en la emergencia sanitaria. Dado que en general son desconocidos por una parte de población, se informó sobre la posibilidad de resolver necesidades a través de estos centros accesibles al domicilio propio o del familiar que realiza los trámites. Muchos adultos mayores han podido desplazarse caminando y han resuelto necesidades e incluso se han comunicado con posterioridad con el área manifestando su agradecimiento por orientarlos a servicios que les resultaron amigables y de calidad.

La comunicación en emergencia. Entendemos que la comunicación, en salud, es una estrategia clave destinada a informar y empoderar a los ciudadanos y que no sólo se comunica en salud a través de los medios masivos. Las conversaciones que tienen lugar en una consulta médica, la forma en que se construye y transmite una cartilla de servicios o se elabora un cuestionario implican cuestiones comunicacionales. La comunicación para la salud privilegia las vincularidades entre los sujetos, individuos y actores sociales (Díaz y Uranga, 2011). Para que la comunicación para la

salud sea efectiva, entonces, es necesario reconocer las condiciones de vida de los destinatarios y su contexto. Debido al exceso de información y a la poca claridad sobre lo que circulaba en diferentes medios en las primeras semanas de confinamiento, se creyó oportuno generar un producto comunicacional con información verificada, actualizada y ordenada con destino a los afiliados a los que contactamos. Con ese fin, se construyó una Guía de Recursos, que contiene información que se actualiza diariamente, que incorpora inquietudes emergentes y que nos ha servido de insumo para nuestras comunicaciones. Actualmente la guía tiene más de 60 páginas y es trabajada por las comunicadoras del equipo. Si bien surgió para un público específico, progresivamente es utilizada por otras áreas de la Obra Social.

Las inquietudes y demandas de la población. Al comienzo del aislamiento, en marzo de 2020, la mayor preocupación de los afiliados contactados se relacionaba con la continuidad de tratamientos por patologías crónicas u otras no relacionadas con la COVID-19. ¿Se suspenden las consultas con los médicos/as de cabecera en cuarentena?; ¿se van a reprogramar? o ¿qué hacer cuando se terminen los medicamentos?, ¿quién nos los acerca? “No nos va a matar el coronavirus, nos van a matar todas las otras enfermedades que tenemos...”, decían, a medida que se suspendían o reprogramaban servicios. Con el paso de las semanas –si bien las estrategias de afrontamiento de la vida cotidiana se fueron afianzando y la “nueva normalidad” se fue aceptando–, muchos afiliados comenzaron a manifestar su cansancio por no poder “moverse”, salir a hacer compras, estar con sus seres queridos, tener sus espacios de ocio habituales, con expresiones de malestar e incluso ansiedad o angustia.

Seis meses después de que se declarara la emergencia y circulación comunitaria del virus, las tareas del equipo devinieron en acompañamiento a operativos barriales para tratar enfermos crónicos, refuerzo a las Unidades de Atención Familiar, que progresivamente se despoblaron de sus médicos (porque se los destinó a los consultorios de enfermedades respiratorias); orientación presencial y telefónica sobre acceso a los servicios, entre otras. Como plantearon Arcidiácono y Perelmiter (2020) la cuarentena reconvirtió la presencia del Estado y tensionó a sus trabajadores para recurrir a la creatividad y la coordinación informal para continuar las tareas. En este día a día se borraron fronteras entre jefes y operarios, entre lo personal e institucional, entre Estado y sociedad.

A MODO DE SÍNTESIS

Adoptar el enfoque de trabajo que hemos presentado posibilita hacer sistemáticamente visibles en el interior de la organización de salud las desiguales condiciones de vida de su población a cargo y las brechas en el acceso a los servicios que se vinculan con las diferentes posiciones y arraigos de los afiliados en el territorio.

Creemos que si bien contribuimos a que se comprenda que los espacios donde se vive y/o se trabaja condicionan las relaciones de los afiliados con los servicios que brinda la OSEP, queda camino por recorrer para que la obra social, en su conjunto, revise sus prioridades de financiamiento, de gestión y su organización asistencial atendiendo a las particularidades de los territorios y de los afiliados que los habitan. Constatamos que investigar y transferir resultados en la línea que planteamos no desencadena automáticamente procesos para poner en sintonía oferta con necesidades (Gómez et al., 2006). Por un lado, porque apostar por una estrategia territorial en el contexto de un sistema de provisión altamente fragmentado, con cuidados discontinuos y poco equitativos (Giovanella et al., 2015) supone una fuerte revisión de los principios desde los que operan todos los actores de ese sistema, incluso los asegurados. Por el otro, porque la decisión de regular la oferta en base a necesidades, en vez de habilitar servicios de manera indiscriminada –condición básica de los modelos de gestión territorial (Tobar, 2010)–, implica reorientar políticas y recursos y revisar lógicas centradas en la oferta y en el combate de enfermedades puntuales y construir redes de trabajo que posibiliten la coordinación asistencial.

En síntesis, pensamos que es necesario seguir trabajando para que la organización de la seguridad social pueda superar lógicas instrumentales donde el eje es el individuo descontextualizado y adaptar sus servicios y rutinas a las especificidades territoriales y los modos particulares desde los que las familias y los colectivos perciben y tramitan la salud de sus integrantes.

Referencias Bibliográficas

- Araujo González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades en Población* 11(21): 89-96.
- Arcidiácono, P. y Perelmiter, L. (2020). Asistencia en modo remoto. Cien días que sacudieron al estado. *Revista Anfibia*. Recuperado de: www.revistaanfibia.com
- Betancur Loaiza, D., Vélez Álvarez, C. y Sánchez Palacio, N. (2020). Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado* 16, (1):138-151.
- Cabral N. y Abramovici, D. (2018). Salud y promoción territorial: reflexiones a partir de una experiencia con promotoras de salud. *Revista de Políticas Sociales* 5, (6): 131-136.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2018). Las obras sociales y otras instituciones de la Seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. Fundación CECE. Recuperado de: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/obras-sociales-argentina.pdf>
- Chiara M. (2016) Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 15, (30): 10-22.
- Chiara M. (Comp.) (2015). Gestión territorial integrada para el sector salud en Magdalena Chiara [et al.]. 1a ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 (marzo 2020). Gabriel Kessler (Coord.) Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN con el Apoyo del Consejo de Decanos de Facultades de Ciencias Sociales y Humanas (Codesoc), la Asociación Nacional de Facultades de Humanidades y Educación (ANFHE) y la Red de unidades ejecutoras de ciencias sociales y humanas de Conicet.
- COOSPPRA (2021). Institucional, Qué es COOSPPRA. Recuperado de: <https://coosppra.com.ar/nosotros/#:~:text=El%20Consejo%20de%20Obras%20y,a%20sus%207.200.000%20afiliados.>
- Del Barrio, J., Cecchini, V., Silva, C., Grinberg, C., Molina, C. (2020). “Trabajar en salud durante la pandemia. Nuevos aprendizajes y prácticas”. Publicado en la Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de:

<http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/trabajar-en-salud-durante-la-pandemia-nuevos-aprendizajes-y-practicas->

- Del Barrio, J. Grinberg, C., Molina, C. (Comps.). (2018). Glosario de términos para el trabajo territorial en salud: compartiendo conceptos para la tarea diaria. Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza, Libro digital, ISBN 978-987-46903-0-2.
- De Ponti, H., Canale, S., Monteferrario, M. (2016). Fragmentación de cobertura de servicios de salud. El caso de las Obras Sociales Provinciales. Ponencia presentada en las Jornadas de economía de la salud 2016/ XXV Jornadas internacionales / XXVI Jornadas nacionales “Crisis económica, inversión y sustentabilidad del sector salud en Latinoamérica y Caribe” 7, 8, y 9 de septiembre 2016 Universidad ISALUD. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Díaz, H, Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista Comunicación y Salud. Vol. 1.
- Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS) (2020). Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-5-estadisticas-vitales/>.
- Dirección de Estadística e Investigación Económica (DEIE) (2019) Encuesta de Condiciones de Vida 2018, Ministerio de Economía, Infraestructura y Energía, Gobierno de Mendoza. Recuperado de :http://www.deie.mendoza.gov.ar/bac-kend/uploads/files/2019-12-18_12:50:26_INFORME%20ECV%202018.pdf.
- Carballeda, A.J (2013) La accesibilidad y las políticas de salud, en: C. Krmpotic, M. Mitjavila y MM Saizar (editoras). (Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires. Miño y Dávila.
- García, M.H., Miota, A., Barranco Tirado, J., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S.; Lafuente Robles, N. (2019). Salud Comunitaria Basada en activos. Guía breve. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública y Servicio Andaluz de Salud.
- Giovanella ,L., Fidelis de Almeida, P.,Vega Romero, R, Oliveira, S., Tejerina Silva, H. (2015) Panorama de la Atención Primaria de Salud en América Latina: concepciones, componentes y desafíos *Saúde Debate* 39 (105) p. 300-322.
- Gómez, R.D., Orozco, D., Rodríguez, F., Velázquez, W. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión *Re. Fac. Nac. Salud Pública* 24 (2), 105-118.
- Hernán, M., Morgan, H. y Mena, A.L. (2007). “Formación en salutogénesis y acti-

- vos para la salud". Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monografía EASP N° 51. ISBN 978-84-695-7462-1
- INDEC (2012). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos. Serie B n° 2. - 1a ed. - Buenos Aires. INDEC, 2012.
- Menéndez E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988; 451-464.
- Menéndez, E. (1990). El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis. En E. Menéndez, Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica (pp. 83-117). México, Alianza Editorial Mexicana.
- Molina, C. (2019) A contrapelo. El tránsito para adoptar la lógica poblacional y territorial en una organización de la seguridad social de la provincia de Mendoza, Argentina. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional de sistemas de salud. Bogotá Colombia 16 Mayo 2019.
- Molina Jaramillo, A. (2018) Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. Cad. Saúde Pública 34 (1): e00075117.
- Morgan, C. & Rose, N. (2020) Mental health and social change in the time of COVID Centre for Society & Mental Health Recuperado de : <https://www.kcl.ac.uk/mental-health-and-social-change-in-the-time-of-covid-19>.
- Nutbeam, D. (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sidney, Australia. OMS. Ginebra.
- OMS-OPS (Sin fecha). Promoción de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- OMS (1978) Declaración de Alma Ara, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de: www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS(2011a). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado

- de: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- OMS (2011b). Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/66/L.1>
- Pría Barros, M.C. (2006). Análisis de la situación de salud en áreas pequeñas. En: Martínez Calvo S, Carabaloso Hernández M, Astráin Rodríguez ME, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Arocha Mariño C, et. Análisis de la situación de salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas p.105-22
- Soratti, C. (2007). Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. El Rol del Ministerio de Salud de la Nación- Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie seminarios Salud y política pública.
- Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen E. & Leppo, K. (Edits). (2006) Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tobar F. (2010). Gestión territorial en salud en: Magdalena Chiara y Javier Moro (Comp.). Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano. Páginas 15 a 44. Recuperado de: http://www.fsg.org.ar/20140328_Gestion_territorial_en_salud.pdf
- Tobar, F. (2008). Cambios de paradigma en Salud Pública. XII Congreso del CLAD. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.fsg.org.ar/maestria_pdfs/3.pdf
- Universidad Nacional del Nordeste (2010). Glosario de Promoción de la Salud. Facultad de Medicina. Cátedra Atención primaria de la salud, epidemiología e informática II.
- Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C, & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

CAPITULO 5

REDES, TELESALUD Y COMUNICACIÓN A DISTANCIA: UNA PRÁCTICA FEDERAL EN SALUD PEDIÁTRICA

Florencia Ugo¹ Antonio Luna²

Cuando uno levanta la vista encuentra un montón de gente que está replicando actividades y que nos está enseñando. Estamos recibiendo lo que cada uno de los nodos de la red aporta. A mí me parece que esto que era un sueño, una utopía (...) deja de serlo precisamente porque se han realizado los resultados.

Castelli, 2017.

INTRODUCCIÓN

En este escrito recorreremos el desarrollo de la red de telesalud pediátrica de la Argentina. Esta tuvo su origen en 1997 a partir de la creación de la primera Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) del país en el Hospital de Pediatría Garrahan de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha OCD inició una experiencia de comunicación para la consulta de segunda opinión y seguimiento de pacientes a distancia, cimiento del primer programa institucional de telesalud en Argentina (Carniglia et al., 2010).

1 Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Psicóloga Institucional de la Coordinación de Redes y Comunicación a Distancia del Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. Profesora invitada del Seminario sobre "Sistemas de Salud, Políticas y Programas" del programa SIT: "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos". En nota 2 agregar : : Profesor invitada del Seminario sobre "Sistemas de Salud, Políticas y Programas" del programa SIT: "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

2 Coordinador de Redes y Comunicación a Distancia del Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. Profesor invitado del Seminario sobre "Sistemas de Salud, Políticas y Programas" del programa SIT: "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos"

La OCD se ideó como una respuesta-estrategia institucional a la necesidad de establecer un nexo permanente, simple, eficaz y gratuito con equipos de salud de todo el país (Carniglia et al., 2010) y permitió la generación de redes colaborativas (Rovere, 2006) entre instituciones públicas de salud en las que se potenciaba el accionar de cada nivel asistencial. En la actualidad existen más de 300 OCD distribuidas en todas las jurisdicciones, que promueven una cultura de telesalud en red, instalando la atención a distancia como una tercera modalidad de atención, junto con la ambulatoria y la internación.

A su vez, el trabajo colaborativo llevó a expandir la tarea propiamente asistencial a otras de gestión de prácticas y conocimientos, educación y en ocasiones investigación, lo que señala no sólo la dimensión de esta red federal de telesalud sino también su crecimiento sostenido a lo largo de más de dos décadas. El escrito incluye algunas dimensiones contextuales para luego profundizar en la trayectoria de la red tanto desde sus objetivos y actores como desde herramientas teóricas que profundizan su comprensión. El recorrido nos lleva a conceptualizar —basándonos en una reflexión a partir de nuestra propia práctica— la telesalud y la comunicación a distancia como una perspectiva amplia de los saberes y cuidados mediados por tecnologías de la información y la comunicación. Finalmente, incluimos algunos desafíos centrales que hemos afrontado y nuevos aprendizajes que generamos.

Desde la lógica intersaberes que promovemos como ética de trabajo, enlazaremos la historia de esta red de salud con sistematizaciones y aprendizajes de pasantes e investigadores del Programa de SIT “Argentina: Salud pública en ambientes urbanos”, que han participado de ella.

ALGUNAS “CLAVES” CONTEXTUALES PARA ACERCARSE A LOS OBJETIVOS DE LA RED

Adentrarnos en esta red requiere explicitar algunas características de sus actores institucionales y también otras contextuales.

En Argentina la salud es un derecho constitucional y deber del Estado. Este Estado Federal está integrado por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las 24 jurisdicciones son unidades político-administrativas que tienen la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. La Ciudad de Buenos Aires concentra un alto porcentaje tanto de profesionales formados en diversas áreas como de instituciones de salud

de mayor complejidad del país, por lo que muchas personas llegan a la Ciudad —pese a las grandes distancias— en busca de atención especializada.

El Hospital Garrahan fue inaugurado el 25 de agosto de 1987 en la Ciudad de Buenos Aires y es centro público de referencia nacional para niños, niñas y adolescentes —de toda Argentina y también de países limítrofes— desde su nacimiento hasta los 16 años, con patologías cuya resolución precisa elementos de diagnóstico o tratamientos de alta complejidad. En sus orígenes fue pensado como un centro de atención especializada, presencial e intramuros con gran desarrollo de tecnologías. Es una institución autárquica, con doble pertenencia jurisdiccional, por un lado, del Ministerio de Salud de la Nación y por otro del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quienes aportan el 80% y el 20% de su presupuesto respectivamente. Este marco limitó la influencia de cada una de las jurisdicciones fortaleciendo su modelo. Fue proyectado según un modelo no tradicional en la organización de instituciones hospitalarias públicas, basado en la atención interdisciplinaria de los pacientes por cuidados progresivos de acuerdo con su gravedad y complejidad. Su organización es matricial³—diferente a la organización hospitalaria por especialidades—, lo que favorece una atención integral a través del trabajo conjunto de médicos clínicos, especialistas y profesionales de diversas disciplinas. Además, cuenta con horario de atención extendido de 8 a 16 horas y desarrolla acciones de promoción y protección de la salud en terreno (Schejter, 2011).

En 2017, con motivo de su 30°. Aniversario el Hospital Garrahan realizó una publicación que dimensiona su tarea de cuidado. De ella destacamos que en sus primeros treinta años atendió 7.417.086 consultas externas, 1.867.348 emergencias, 39.718.154 estudios de laboratorio, 3.539.668 estu-

3 La organización matricial es una estructura de mando doble que comparte el uso de recursos, aloja flexibilidad para desarrollar nuevas actividades, coordinar interdependencias múltiples y producir conocimiento (Schejter, 2011). En dicha organización los equipos de trabajo realizan tareas asistenciales en diferentes áreas del hospital a partir de un organigrama que establece la existencia de dos grandes ramas: una geográfica y otra técnica, ambas con dependencia de la Dirección del Hospital. La primera está constituida por las coordinaciones de los distintos espacios geográficos de atención: internación organizada por cuidados progresivos: CIM (Cuidados Intermedios y Moderados) y unidades de cuidados intensivos, atención ambulatoria y centro quirúrgico, roles novedosos que implican responsabilidad sobre la conducción de la atención interdisciplinaria con profesionales de diferentes servicios. La segunda rama está compuesta por los servicios con saberes especializados —clínicos y quirúrgicos— divididos según el modelo tradicional de organización (Schejter et al., 2004). Rodríguez (2017) aclara que en este modelo el *dueño de la cama* es el paciente y no los servicios, ya que las camas de internación no corresponden al servicio o a internación quirúrgica, sino que se trata de lugares que pueden brindar a ese paciente cuidados intermedios o intensivos. En la práctica, el modelo de organización matricial es más explícito en las áreas de internación (Schejter, 2011).

dios de imágenes, 241.020 cirugías y 2.246 trasplantes, lo que lo convierte en el centro del país con más trasplantes pediátricos. Más de 4.000 personas trabajan en él (Hospital Garrahan, 2017).

En lo relativo a las distintas provincias del país, en cada una hay uno o dos hospitales de cabecera, algunos pediátricos y otros generales con servicios de pediatría, que cuentan con la mayor complejidad provincial y al que refieren los efectores de atención secundaria y primaria. Sin embargo, en las capitales provinciales no siempre pueden resolverse de manera directa los problemas de salud más complejos de su población. Esto hace que la red de comunicación a distancia resulte indispensable para favorecer los cuidados según los niveles de complejidad requeridos por cada niño, niña y adolescente, como se desarrollará posteriormente. Según un testimonio recabado por Christian Olivier en una entrevista (investigador del Programa SIT durante 2019):

Nosotros tenemos una extensión muy grande como país y una geografía bastante compleja con lo cual hay muchos lugares que si bien tienen una atención presencial están muy lejos de los centros especializados. Entonces la posibilidad de conectarlos hace que el sistema sea más solidario.

Otro actor institucional de esta red es la Fundación Garrahan, organización no gubernamental que desde marzo de 1988 apoya las tareas de atención, docencia e investigación, capacitación en recursos humanos y educación continua del Hospital Garrahan y de las distintas regiones del país. En el caso de la red de OCD la unión estratégica entre el Hospital y la Fundación siempre resultó fundamental para su desarrollo conceptual y organizativo. Sumado a esto, desde 2002 se cuenta con la colaboración de las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, que participan en la gestión del Programa que nuclea la red, por un lado, a partir del presupuesto hospitalario, así como también con la provisión de equipamiento y sobre todo con la implementación de la Plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia, cuya primera versión data de 2017 y se basó en los desarrollos iniciados por el Hospital en 2013-14.

LA RED DE TELESALUD: TRAYECTORIA, OBJETIVOS Y ACTORES DE LAS OCD

En 1997 el Director Médico Ejecutivo del Hospital Garrahan, Mauro Castelli, idea la creación de la OCD de dicho hospital, cimiento inicial de la red de telesalud y comunicación a distancia pediátrica. Entre los motivos que condujeron a esta iniciativa se destaca que un alto porcentaje de pacientes del interior del país llegaban al Hospital Garrahan sin referencia de sus lugares de residencia, como demanda espontánea, por lo que muchas veces realizaban una gran cantidad de kilómetros para llegar a Buenos Aires sin, por ejemplo, tener un turno garantizado. Sumado a esto, las consultas que realizaban podían resultar tardías y en otros casos innecesarias o inadecuadas para servicios de alta complejidad. La falta de programación adecuada de la consulta generaba demoras en la resolución de los problemas y perjuicios a las familias, que podrían haberse evitado (Carniglia et al., 2010). En adición a estas problemáticas, los pacientes dados de alta no siempre contaban con contrarreferencias⁴ adecuadas para continuar los cuidados en su lugar de origen.

En este contexto era necesario ofrecer una atención continuada y también ordenada, que pudiera garantizar el acceso de los pacientes a los servicios que cada uno de ellos necesitaba, preferentemente lo más cerca de su lugar de residencia. En una primera etapa, las mejoras tecnológicas en la comunicación que comenzaban a consolidarse con el cambio de siglo —mayor acceso a la telefonía y fax y los comienzos de Internet y las videoconferencias— se presentaron como una oportunidad para avanzar con la idea de mantener conectados a los centros asistenciales del país con el Hospital Garrahan. Además, permitieron proyectar programas de educación a distancia para grandes grupos y promover el diálogo entre colegas para intercambiar información sobre pacientes en común y dar comienzo a un programa de telesalud (Carniglia et al., 2010).

Los objetivos iniciales de la OCD fueron promover las consultas a distancia entre profesionales, generar contrarreferencias adecuadas, propiciar el seguimiento conjunto y coordinado de los pacientes con los equipos de salud locales y facilitar las gestiones en favor del paciente. Con el crecimiento de la red de OCD estos objetivos se ampliaron, añadiendo:

4 Conviene aquí aclarar los conceptos de referencia y contrarreferencia. La **referencia** es la transferencia formal de un paciente de un centro a otro de un nivel de mayor complejidad. La **contrarreferencia** es el retorno de responsabilidad e información al centro de menor complejidad. Esto permite la disminución de la sobreutilización de centros de atención de mayor nivel de complejidad en casos que no lo requieran y la promoción del uso de centros de atención primaria.

- Promover la resolución local de los problemas y la atención según niveles progresivos de complejidad,
- Fomentar la regionalización de la atención,
- Colaborar con referentes provinciales y
- Favorecer la formación continua.

La OCD surgió entonces como una respuesta institucional, oficial y sistemática⁵, a la necesidad de establecer un vínculo eficaz y constante entre equipos de salud de todo el país, potenciando el accionar de cada nivel (Carniglia et al., 2010). Esto condujo a que la OCD del Hospital Garrahan desarrolle diversas acciones tendientes a formalizar las redes preexistentes de atención de la salud, poniendo el acento fundamentalmente en la comunicación, los vínculos y las relaciones entre los diferentes integrantes de los equipos de salud públicos del país. Así buscó garantizar a los usuarios (equipos de salud y comunidad principalmente) el acceso a diferentes prestaciones.

La primera OCD comenzó este vínculo con diferentes centros asistenciales del país, punto a punto, a través del uso de la tecnología disponible en el momento, el telefax. Probablemente uno de los mayores aciertos para el desarrollo de la modalidad fue la consolidación del binomio médico-administrativo como equipo de telesalud. Su trabajo conjunto y coordinado resultó central tanto con las diferentes áreas y servicios de la institución como con otros centros asistenciales del país. Esta organización coordinada de la gestión constituyó al administrativo de la OCD como nexo fundamental para la resolución integral de las problemáticas del equipo de salud extramuros y de pacientes y contribuyó a incorporar a la vida institucional la idea de responder consultas de segunda opinión de sitios remotos (Luna, 2010).

En los primeros años las consultas de equipos del interior se fueron incrementando, provenientes de hospitales de diferentes niveles de complejidad, lo que condujo a la necesidad de modificar el estilo radial de comunicación, punto a punto, en que todos consultaban de forma directa al Hospital Garrahan—sin importar su nivel de complejidad—. Así se visibilizó la

5 Hasta este momento el intercambio posible era telefónico, informal y asistemático entre médicos de provincias y médicos del Hospital Garrahan en función de vínculos personales-profesionales previos, sin que quedara registro de esas comunicaciones.

importancia de fortalecer el nivel de resolución local a través de un modelo de redes intraprovinciales que respetaran los niveles progresivos de complejidad y se formuló un proyecto piloto en la provincia de Jujuy, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Carniglia et al., 2010), promoviendo una articulación multicéntrica. Esta prueba piloto mostró en un primer tiempo una escasa participación de los referentes de la provincia en la transferencia del modelo, aun disponiendo de los recursos tecnológicos necesarios. Un trabajo de indagación llevado adelante por un equipo de Psicología Institucional halló entonces que existían barreras comunicacionales e interpersonales, además de las tecnológicas (Cegatti y Schejter, 2004). Esto puso de relieve la “importancia de considerar la necesidad de establecer vínculos interpersonales basados en la confianza” (Carniglia et al., 2010, p. 304). Otro aprendizaje fue que era necesario conocer al interlocutor y también que las experiencias cara a cara, presenciales, facilitaban en los momentos iniciales la predisposición posterior para realizar consultas a colegas (Carniglia et al., 2010).

A partir del trabajo y los aprendizajes construidos con los referentes de la provincia de Jujuy se pudo reestructurar la organización, contemplando y respetando las lógicas locales, y comenzó a proyectarse la transferencia de la experiencia a otras provincias ya como Programa de Comunicación a Distancia. Luego de la prueba piloto con la provincia de Jujuy la red dejó de ser radial, punto a punto, y para consultar debieron respetarse los niveles de complejidad creciente, es decir que las consultas que comenzaron a llegar al Hospital Garrahan fueron las de los hospitales de mayor complejidad de cada provincia. Al interior de cada provincia la consulta podía comenzar desde cualquier nivel hacia el inmediato superior y si no se le podía dar respuesta a la consulta en la provincia, recién ahí se consultaba al Hospital Garrahan. La red respondía consultas no urgentes, ofreciendo respuesta en menos de 72 horas.


Así, y a través de una estrategia de estímulo al desarrollo regional, se promovieron e instalaron modelos similares a la OCD Garrahan en diferentes efectores de salud del país con el fin de optimizar la comunicación entre profesionales y administrativos para la gestión de la consulta a distancia, siempre respetando y fortaleciendo los niveles progresivos de complejidad (Savignano et al., 2019). Tal como expresó en su informe final Sofia Ricciardi, pasante del Programa SIT durante 2019, “las teleconsultas respetan los niveles de complejidad de los hospitales públicos pediátricos para transitar la red de una

manera organizada y eficiente”. En términos de la OPS (2012) se trata de una estrategia de integración vertical de servicios, es decir que articula servicios clínicos a nivel organizacional contemplando los niveles de complejidad.

En este punto es relevante incorporar algunos aportes teóricos de Mario Rovere (2006). Este sanitarista argentino teoriza las redes enfatizando su carácter vincular, de legitimidad, de “descubrimiento” del otro y también de articulación de heterogeneidades a partir del recorrido de los distintos niveles que hay que transitar para su construcción. Estos niveles son el reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación y se definen por los diferentes tipos de vínculo presentes, tal como se esquematiza en la tabla 1.

Tabla 01. Niveles de la construcción de una red y valores

Niveles de la red	Valores
5. Asociación Se comparten objetivos y proyectos basados en la asociación.	Confianza
4. Cooperación Se comparten actividades y/o recursos con los interlocutores.	Solidaridad
3. Colaboración Se genera ayuda esporádica.	Reciprocidad
2. Conocimiento ¿Quién es y qué hace el otro?	Interés
1. Reconocimiento El otro existe y es un interlocutor.	Aceptación



Nota: Reelaboración propia a partir de la teorización de Mario Rovere (2006).

En la práctica lo primero que debe suceder y sobre lo que se trabaja en la red de telesalud es en reconocer a los interlocutores como tales, desde el respeto de su subjetividad y sus saberes-experiencia. Desde allí se puede avanzar al nivel 2 en que se entra en contacto con ese otro desde el interés, ¿quién es esa persona y qué hace? Allí empieza a entablarse un vínculo de colaboración, en que esporádicamente se ayudan el uno al otro. Ese marco de reciprocidad

genera condiciones para empezar a compartir actividades y recursos, de forma cooperativa, ya con mayor sistematicidad. En el siguiente y último nivel los objetivos y los proyectos son comunes, hay confianza y asociación entre los interlocutores iniciales. Los niveles descriptos generan una secuencia compleja en que cada uno es apoyo del siguiente, comenzando en el nivel 1 y avanzando hacia el 5, sin saltar ningún nivel y avanzando de abajo hacia arriba. Como señala Rovere (1999), “colocamos los niveles desde abajo hacia arriba (el reconocimiento es el cimiento sobre el cual se basa el conocimiento, el tercer nivel, el de colaboración se apoya en el segundo, el cuarto, el de cooperación, en el tercero, etc.) también para señalar que a cualquiera de estos niveles hay que sostenerlos. Si uno no los sostiene se caen” (p. 25). Comprender esto es necesario para la organización y monitoreo de los grados de profundidad de una red, en los que puede identificarse su movimiento durante su construcción, sostenimiento y fortalecimiento (Rovere, 2006).

Los administrativos de la red fueron desde los inicios quienes realizaban las comunicaciones en cada consulta y así construían vínculos y, en consecuencia, redes, avanzando desde el reconocimiento de nuevos interlocutores hacia los niveles siguientes. Los viajes en terreno que se realizaron a partir de la experiencia con Jujuy también resultaron determinantes en este sentido, estructurando y fortaleciendo los niveles 1 y 2, capaces entonces de sostener los niveles siguientes, más complejos.

En relación con esto Paula Escott, pasante del Programa en el año 2018, destacó en su informe final que en el trabajo de las oficinas de la red pediátrica se pone de manifiesto la importancia que tienen los vínculos en la cultura argentina, por lo que describir el trabajo en red sólo en términos de referencia y contrarreferencia empobrece su dimensión y posibilidades. Escott también enfatiza que la confianza —valor presente en el nivel 5 de asociación— procede de los vínculos solidarios y que el sentido de los viajes en terreno, de conocer a los médicos y administrativos para compartir trabajo y actividades sociales, como un almuerzo, facilita luego la tarea. Es decir, que ese encuentro profesional y personal a la vez generó vínculos de confianza, fundamentales para el armado de una red. Masoud Rezvani, quien realizó su pasantía en 2017, acentuó que diferentes variables —tecnológicas, culturales y comunicativas— construyen la confianza entre los equipos de salud y que esta impacta en la calidad de las consultas virtuales; cuando la confianza no se alcanza las consultas se hacen más difíciles, la comunicación se empobrece y el cuidado general del paciente se ve afectado.

La lógica de trabajo en red configura una estructura para la vinculación con el afuera y también para generar nuevas formas de vinculación con el adentro de la propia institución (Savignano et al., 2019). En el caso de las provincias, la red propició además la conexión de los efectores y los equipos de salud dentro de ellas. Es decir que el Programa de Comunicación a Distancia y Telesalud que se generó a partir de las acciones, necesidades y potencias de los efectores incluyó una expansión tanto extramuros como intramuros, tanto nacional como provincial, en el que se articularon instituciones, recursos humanos, recursos tecnológicos y procesos.

A partir de la prueba piloto con Jujuy, los aspectos relacionados con el trabajo en red empezaron a tener cada vez mayor relevancia y a potenciar su actividad, fortaleciendo la interrelación entre diferentes instituciones de salud, académicas y educativas del país. Esto condujo a que se transmita el sentido de este hacer en los servicios y unidades que componen la red OCD, y que se acerquen inquietudes, preocupaciones, propuestas, ideas, iniciativas de los distintos centros (UNESCO, 2005). Así se posibilitó la extensión de la red hacia las personas e instituciones mediante la comunicación y se consolidó el protagonismo de todos los nodos. Como señala Rovere (2006), la red puede tener nodos de mayor densidad, pero no tiene propulsión solo desde un lugar específico, son todos los nodos los que conforman y mueven la red. Sumamos a esto palabras de Mauro Castelli (2017) que apuntan a la temporalidad de este proceso. Él expresaba que mientras la red creciera no había qué preocuparse por la velocidad, en tanto estuvieran claros los objetivos y se pudiera alcanzar la meta. Así, desde sus inicios, la red de OCD impulsa nuevos procesos de atención y de gestión para lograr en forma eficiente sus objetivos.

Actualmente la OCD-Telesalud del Hospital Garrahan se compone de tres dimensiones centrales que, con las particularidades propias de cada OCD y su realidad local, se replican en el resto de las provincias: la teleasistencia, la teleeducación y la telegestión.

La **teleasistencia** implica la prestación de servicios de salud a través de consultas a distancia entre profesionales, teleseguimiento de pacientes acompañados por el equipo de salud local en la zona de residencia del paciente y telediagnóstico, que permite que los pacientes eviten traslados largos e innecesarios, por ejemplo, al enviar muestras para estudios a hospitales de mayor complejidad. En el caso del Hospital Garrahan se cuenta con la posibilidad de interconsultar a 40 especialidades. Las consultas pueden

ser *asincrónicas* entre equipos de salud mediante una plataforma digital con entorno ciberseguro —la Plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia— provista por el Ministerio de Salud de la Nación, o *sincrónicas* a través de un consultorio virtual por videoconferencia. Aquí se puede apreciar cómo el avance de la tecnología impactó en las posibilidades de atención, mostrando un proceso de adaptación continua, que quedó aún más de manifiesto a partir de la pandemia por Covid-19, como abordaremos posteriormente.

La **teleeducación** facilita y promueve la educación continua en salud para todos sus actores a través de videoconferencias. Se ofrecen cursos, talleres, transmisión de ateneos, encuentros, jornadas y congresos virtuales que usan las tecnologías de las OCD. También hay programas de *telementoring* y *telecoaching*⁶. Es importante resaltar que las formaciones se realizan para diferentes agentes involucrados en salud, como promotores de salud y administrativos, además de las formaciones más tradicionales y habituales dedicadas a médicos.

Mediante la **telegestión**, se trabaja en la asesoría o diseño conjunto de servicios de gestión y modelos organizacionales en telesalud, manejo y adquisición de tecnologías para su implementación, acompañamiento en la puesta de marcha de programas en diferentes áreas de la salud, diseño de procesos, acuerdos para buenas prácticas en telesalud. Las actividades más usuales que se abordan con las provincias en esta dimensión se relacionan con reuniones virtuales en las que se consensuan programas de capacitación, programas de atención por patologías y/o especialidades tanto provinciales como regionales y, luego de su implementación, seguimiento de los resultados. El diseño e implementación de programas de estas características incluye gestiones que pueden trabajarse fluidamente de manera virtual cuando la red es más compleja y profunda (niveles 4. cooperación y 5. asociación).

La potencia de los encuentros virtuales, acortando grandes distancias geográficas, facilitan el trabajo en red. Descubrir nuevos usos de la telesalud en definitiva resulta una experiencia de aprendizaje para sus participantes e invita a repensar las propias prácticas. En este sentido, y tomando aportes de Merhy (2006), en esta red mediada por tecnologías de la información y la

⁶ Las prácticas *telementoring* y *telecoaching* utilizan modelos de capacitación y acompañamiento profesional a distancia. En la primera un profesional es supervisado por su "mentor" mediante la observación a distancia de las prácticas asistenciales. En la segunda, de manera interactiva y dinámica, se desarrollan las capacidades y habilidades del "practicante" al observar, a distancia, las prácticas realizadas por su instructor.

comunicación vemos que además de estas tecnologías “duras”, materiales, también se hacen presentes con enorme relevancia las tecnologías “blandas”. El autor las llama así ya que intervienen en los procesos relacionales de encuentro entre trabajadores de salud y entre estos y los usuarios, es decir, territorios tecnológicos no materiales que incluyen saberes necesarios para generar productos singulares y para organizar acciones humanas también en su dimensión subjetiva. Así, estas tecnologías se expresan en los procesos relacionados con los actos de salud, en los procesos de trabajo y en la capacidad de los grupos humanos de generar —y gobernar— nuevas modalidades de producción del cuidado. Es decir, desde esta concepción de red de salud, la producción de cuidados se realiza con los aportes de todos los integrantes, como trabajo vivo en acto, de manera permanente y hacia direcciones no siempre previstas (Merhy, 2006).

La red nacional de OCD-Telesalud Pediátrica, en la actualidad está conformada por 316 OCD distribuidas en todo el país, lo que muestra su desarrollo. Su objetivo central sigue siendo brindar una atención óptima a los pacientes, lo más cerca posible de su lugar de residencia, promoviendo la referencialidad de la atención y contribuyendo a la gestión del conocimiento compartido.

TELESALUD Y COMUNICACIÓN A DISTANCIA: UNA PERSPECTIVA AMPLIA DE LOS SABERES Y CUIDADOS MEDIADOS POR TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Para profundizar y complejizar el desarrollo previo, es importante contemplar que, desde nuestra perspectiva, el campo de la salud es intersaberes, por lo que pensar y actuar en términos de salud ofrece una perspectiva más amplia que una predominantemente “médica”. Las prácticas de salud integran capacidades y desafíos de sus diferentes actores lo que resulta fundamental también para tender al cumplimiento integral del derecho a la salud. En la experiencia de la red que estamos desarrollando el término de telesalud resulta más abarcador y representativo de la diversidad que requieren las prácticas de cuidados, incluyendo así a todos los actores del equipo de salud desde la especificidad de su rol.

Nos interesa recuperar lo expresado por la unidad de telemática para

salud de la Universidad de Calgary en 2004 al proporcionar una definición para telesalud, telemedicina y e-salud como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para proporcionar servicios de salud, *expertise* e información más allá de las barreras geográficas, sociales y culturales (citada en la Secretaría de Salud, s. f.). Previamente, la Organización Mundial de la Salud había puesto su foco exclusivamente en la telemedicina, entendiéndola como la provisión de servicios de salud en los cuales la distancia es un factor crítico y en que los profesionales de la salud usan la informática y la tecnología de las comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o daños, así como para la formación permanente de los profesionales de la salud y para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de la comunidad en la que viven (WHO, 2010). Si bien su nombre sostiene la hegemonía de la medicina en el campo de la salud, la definición en sí misma muestra mayor amplitud con la inclusión de los diferentes profesionales. Sin embargo, como adelantamos precedentemente, la red es sostenida también por el personal administrativo y por los técnicos que facilitan al resto del equipo el uso de las nuevas tecnologías.

Incluir estas consideraciones nos permite observar el dinamismo del concepto. Este evolucionó de estar asociado principalmente con el uso de las telecomunicaciones para mejorar la calidad de asistencia en zonas remotas, hacia una noción entendida como una nueva forma de hacer y organizar los servicios de salud incluyendo a los diferentes actores para facilitar el acceso a los cuidados.

Rovere (2006) incorpora la relevancia del capital social de cualquier institución de salud e invita a reflexionar sobre esta variable vital, refiriendo así a la legitimidad de la red. En este sentido, las redes son un medio, una forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente. Esta noción incluye la dimensión afectiva, no se trata sólo de redes diseñadas intelectualmente, sino que son redes integrales: emocionales e intelectuales (Rovere, 2006). En este sentido es importante considerar de dónde se parte y a quién se recurre. Se conectan personas, en algunos casos las instituciones, pero una vez que esa conexión se genera, para la red todos valen lo mismo y así empiezan a generarse nuevas formas o vínculos para que la gente pueda hacer cosas parecidas sin perder los niveles de autonomía (Rovere, 2006). Las redes hablan el lenguaje de los vínculos y visibilizan aquello que el sistema social piensa como poco valioso o no importante, como por ejemplo

el vínculo personal, el rol administrativo o la revaloración de lo público (Najmanovich, 2018).

Retomando el rol de los administrativos en esta red, destacamos el valor crucial de este recurso humano a la hora de construir vínculos de confianza entre los equipos de salud. El personal administrativo de las OCD opera como conector de vínculos, en este sentido sus habilidades implican un conocimiento tácito y específico, que se genera sobre la base de una actitud de servicio sostenida⁷, y se desarrollan simultáneamente con la consolidación de la lógica de redes para la atención de pacientes, fin mismo del transcurrir de las instituciones de salud (Luna, 2010). Su manera de trabajo, comprometida y también valorada por todo el equipo de salud al jerarquizar sus saberes, se transfirió a programas nacionales, como es el caso del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas del Ministerio de Salud de Nación.

En la experiencia de la red de OCD, la historia de vínculos se establece a partir de seguir la secuencia de una consulta a distancia, lo que genera y profundiza una concepción de redes sostenida por un sentimiento de pertenencia y de identidad de grupo que retroalimenta la “necesidad de redes” y dicha pertenencia, excediendo al centro en que se trabaja y generando compromiso con la tarea. Así, la consulta por cada paciente, sin importar de donde provenga, recibe una atención similar y coherente. En este sentido, y siguiendo a Campos (2009), el compromiso de los trabajadores con las necesidades de los usuarios permite producir nuevos modos para la gestión del cuidado en salud, como es el caso de esta red. El crecimiento de la red fortaleció un nuevo colectivo, interdisciplinario⁸, de trabajadores de la telesalud, potenciándolos, lo que facilita su compromiso ético al revitalizar el encuentro humano en defensa de la vida, individual y colectiva.

Se incluyen aquí las reflexiones de dos estudiantes del Programa SIT luego de haber realizado su pasantía en telesalud. Ellos consideraron algunas características de la telemedicina en Estados Unidos, concepto más difundido en ese país. Para Paula Escott (2018) las redes provinciales y nacional en salud argentina resultaron relevantes de comprender. Antes de su pasantía “no entendía la importancia porque no tenemos muchas redes

7 Se fomenta además una práctica de educación continua en y por el trabajo con el objetivo de optimizar la tarea a través de una propuesta de capacitación que certifica el conocimiento explícito de la red administrativa de las OCD y valora su lugar tanto laboral como personal.

8 El equipo de OCD-telesalud Garrahan está constituido con un equipo médico-administrativo, con técnicos e ingenieros, licenciado en Políticas Públicas, psicólogas institucionales y comunicadores sociales.

en los Estados Unidos, o si hay redes son más pequeñas porque la mayoría son privadas”, señalando que no suele haber conexiones formales entre instituciones o proveedores sino algunas conexiones personales entre médicos. Para Christian Olivier (2019) la percepción más habitual en Estados Unidos es que la telemedicina implica una interacción médico-paciente por web. En contraposición señala que para la red de OCD, la telesalud es una red/comunidad de profesionales que tienen así la oportunidad de tener una segunda opinión. Destaca que una red de salud es un grupo de personas, profesionales y centros de salud que comparten las mismas metas. Para ambos estudiantes la telesalud en red es una ventaja para mejorar el acceso equitativo a la salud pediátrica y también permite un uso más eficiente de los recursos del sistema público de salud. Sumamos a esto las reflexiones de Cohen (2019) quien en su informe final destacó que la telesalud facilita el acceso a servicios de salud en áreas donde la atención no es abundante y que además permite que el Hospital Garrahan brinde servicios de salud no sólo en Buenos Aires.

DESAFÍOS

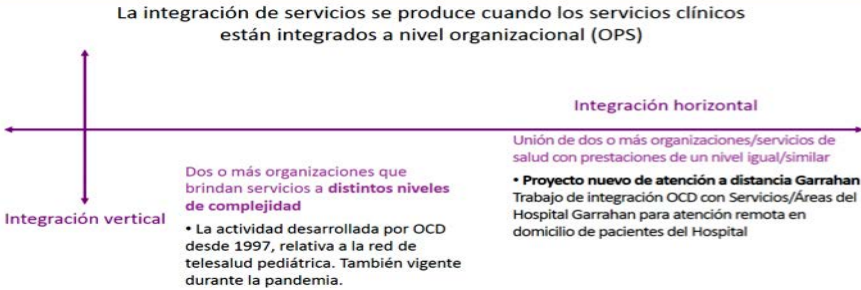
El dinamismo de la telesalud como práctica de cuidados en red relativamente reciente plantea diferentes desafíos. Por un lado, requiere captar los intereses y necesidades de los equipos de salud, de los pacientes y de la comunidad para generar recomendaciones para su desarrollo futuro. Además, demanda identificar problemas comunes relativos a la práctica de telesalud en los planos asistencial, educativos, de gestión e investigación. Percibir estos intereses, necesidades y problemas permite una adaptación en contexto, atenta también al avance y disponibilidad de las nuevas tecnologías, capaces de posibilitar nuevas prácticas. En este sentido, y siguiendo a Najmanovich (2018), el potencial del trabajo en red no tiene límites y avanza junto con los problemas, las nuevas soluciones y las propuestas que surjan por lo que abren muchos mundos en el mundo ya existente. Otro desafío es que estas transformaciones efectivamente sean colaborativas y compartidas aprovechando la sinergia común; en palabras de Rovere (2006) el desafío es aumentar la capacidad resolutive de la red, avanzar en un modelo de gestión participativo que integre las diversidades, democratice el sector salud y mejore la equidad en el acceso a los servicios, en la distribución de riesgos y en

la distribución del saber y del poder.

La pandemia por COVID-19 generó nuevos desafíos y, en el campo de la telesalud, produjo el mayor salto en términos de teleconsulta sincrónica en estos 23 años de actividad. Desde la Coordinación de Redes y Comunicación a Distancia del Hospital Garrahan y en consonancia con el Programa Tele-COVID de la Coordinación de Telesalud dependiente de la Secretaría de Equidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolló por primera vez una estrategia para la atención remota en domicilio de los pacientes del hospital considerados dentro de grupos de riesgo.

La experiencia y recursos de la OCD resultaron esenciales para el diseño e implementación de una estrategia de integración horizontal (EIH) (OPS, 2012) con los Servicios y áreas del Hospital Garrahan. Así, en la EIH al menos dos servicios de salud prestan coordinadamente servicios de un nivel igual o similar. Esta estrategia, como se puede ver en la Figura 1, se añade a la de integración vertical (OPS, 2012), que es la propia de la red de OCD vista precedentemente, por niveles de complejidad.

Figura 01: Integración de los servicios de salud desde la telesalud



Nota: Producción OCD-Telesalud Garrahan.

Para la implementación de la EIH se planificaron consultorios virtuales y se diseñaron dos procesos tendientes a unificar la tarea para todos los servicios del hospital. Se recurrió a la Plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia y a un sistema de video consultas ciberseguro y gratuito, generándose un Consentimiento Informado para consulta virtual, revisado y adecuado por el Comité de Ética Hospitalario. Así fue posible el contacto directo de los profesionales con los pacientes y sus familias para continuar los cuidados, evitando traslados y circulación no indispensable.

Es importante resaltar que, en los casos en que resultó necesario, se arbitraron los medios y permisos de circulación para la concurrencia al hospital priorizando la atención presencial.

La pandemia sin duda ha dado un impulso sin precedentes a la comunicación a distancia en diferentes ámbitos, entre ellos el de la telesalud y ha potenciado desafíos. Uno de ellos es lograr achicar la brecha de conectividad que existe en diferentes zonas de Argentina para democratizar el acceso. Además, será necesario continuar trabajando en un marco legal y ético, para que el Estado garantice y controle las buenas prácticas en la telesalud, desarrollo ese aún incipiente en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Campos, G. W. de S. (2009). *Método Paideia: Análisis y cogestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Carniglia, L., D'Onofrio, S., Pérez Lozada, E., Hammermüller, E., González, J., de Castro Pérez, M. F., Gamba, L., Albizuri, N., ProcakPsarós, C., Schjeter, V., Cegatti, J., Selvatici, L., Ugo, F., De Raco, P., Jesiotr, M., Quintana, S., He-kier, F., Luna, A., Cámara, A., Aliaga, L. (2010). Comunicarse a distancia. Reflexiones sobre una práctica en salud. *Medicina infantil*, 17(3), 302-308.
- Castelli, M. (29 de agosto de 2017). *Presentación del Curso universitario de gestión de servicios de salud para administrativos con orientación en redes y nuevas tecnologías* [panel]. I Jornada de Telemedicina. X Jornadas Interdisciplinarias Hospital de Pediatría Garrahan. Hospital de Pediatría Garrahan, Buenos Aires, Argentina.
- Cegatti, J. y Schejter, V. (2004). *Evaluación cualitativa de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia del sistema de salud de la provincia de Jujuy y su relación con el Hospital Garrahan*. Fundación Hospital de Pediatría para el Programa de telemedicina en apoyo al establecimiento de redes de servicio, OPS.
- Cohen, T. (2019). *Sistema de Salud Público Pediátrico desde la Práctica de Tele-Salud: Una pasantía en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan*. [Informe final]. SIT Programa Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos, ISALUD.
- Escott, P. (2018). *Las mejoras del acceso a la atención de salud para los niños a través de la red nacional: Pasantía realizada en la Oficina de Comunicación a Distancia del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan*. [Informe final]. SIT Programa Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos, ISALUD.
- Hospital Garrahan. (2017). *30 años de un gigante que sigue soñando*. Edición especial con motivo de su 30º. aniversario. Buenos Aires. Hospital Garrahan
- Luna A. (2010). *La importancia estratégica del Recurso Humano Administrativo en la construcción de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia: El caso del Hospital Garrahan*. [Tesis de licenciatura no publicada]. Universidad Tres de Febrero.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Najmanovich, D. (10-11 de noviembre de 2018). *Todo lo que usted quería saber sobre redes...y no se atrevía a preguntar*[Conferencia]. I Congreso Internacional

- Redes y Comunicación a Distancia en Salud, Hospital Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Olivier, C. (2011). *El Sistema de TeleSalud en el Hospital Garrahan: la perspectiva de los profesionales de la salud sobre el uso de este recurso*. [Informe final]. SIT Programa Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos, ISALUD.
- OPS. (2012). *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*. Washington DC: OPS.
- Rezvani, M. (2017). *La telemedicina y cómo la relación médico-médico puede influir en la relación médico-paciente*. [Informe final]. SIT Programa Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos, ISALUD.
- Ricciardi, S. (2019). *La Red Nacional de Telesalud: Pasantía realizada en la Oficina de Comunicación a Distancia del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan*. SIT Programa Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos, ISALUD.
- Rodríguez, J. (2017). "Encuentro de medicina infantil. "Haciendo hoy, proyectando el futuro. Gestión de Demanda *Medicina Infantil*, XXIV (4), 344-346, Hospital Garrahan, Buenos Aires. Recuperado de: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_4_344.pdf
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.[Archivo PDF]. <https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Mario-Rovere-REDES-EN-SALUD.pdf>
- Rovere, M. (2006). *Redes en Salud: Los grupos, las instituciones, la comunidad*. Rosario: Municipalidad de Rosario, Secretaría de Salud.
- Savignano, M. C., Castelli, M., Kassab, S. y Luna, A. (2019). Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Más de 20 años construyendo telemedicina. *Revista española de comunicación en salud*, 10(1), 62-69. doi: 10.20318/recs.2019.4471
- Schejter, V. (2011). *Condiciones institucionales para la producción de conocimiento interdisciplinario en la Alta Complejidad Pediátrica: El caso del Hospital Garrahan*. [Tesis de Doctorado no publicada]. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Schejter, V., Halac, A., Lejarraga, H., Greco, C., Álvarez, P. y Filkelstein, L. (2004). El clínico pediatra en la alta complejidad. Un trabajo de campo. *Archargentpediatr*, 102(6), 451-460.
- Secretaría de Salud (s. f.). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Telesalud*. [Archivo PDF]. https://www.who.int/goe/polices/countries/mex_telehealth.pdf

UNESCO. (2005). *Hacia las sociedades del Conocimiento*. París: UNESCO.

World Health Organization (WHO) (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009*. (Global Observatory for eHealth Series, 2), Geneva, WHO.

CAPÍTULO 6

¿ES POSIBLE HABLAR DE SALUD “MENTAL”? UN INTERROGANTE SOBRE LA NOCIÓN DE SALUD MENTAL Y EL PARADIGMA SUBYACENTE.

Lucia Quiroga¹ Pilar Neira²

INTRODUCCIÓN

En el siguiente artículo se trabajarán conceptos centrales para la comprensión y abordaje de diversas problemáticas en salud. Partiremos desde el concepto amplio de salud, para pensar cómo la salud mental se incluye allí. ¿Es posible hablar de Salud Mental por separado de la noción de Salud? Desplegaremos un interrogante a lo largo del artículo sobre el concepto de salud y el paradigma subyacente de la dualidad mente-cuerpo que la misma parece incluir.

La dualidad mente-cuerpo como modo de estudiar y comprender al ser humano ha generado grandes debates que, por momentos y en algunos espacios, han perdido lugar en los últimos tiempos. Esta situación genera la necesidad de poder repensar la multiplicidad de factores puestos en juego cuando se habla de la salud. El cambio de paradigma, que implica complejizar la mirada sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado de los seres humanos, delimita nuevos modos de ejercer la práctica que, hasta el día de hoy, conviven y dialogan constantemente con el modelo médico hegemónico.

Nos preguntaremos, entonces: ¿cuál es el concepto de Salud con el que se trabaja en nuestro país?; ¿cómo es entendida la salud desde las normativas vigentes, los servicios educativos y asistenciales?; ¿de qué modo pensar

1 Psicóloga clínica en el Servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital Alemán y en consultorio privado. Ex Coordinadora de Asuntos Estudiantiles y de Familia del programa. “Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

2 Psicóloga clínica en el Hospital de Día de “Proyecto Suma” y en consultorio privado.

la Salud Mental en relación con los diversos modos de conceptualizar la salud?; ¿qué tiene el campo de la psicología para ofrecer en este entrecruzamiento de discursos y prácticas? Dentro de la psicología, ¿qué aporte puede pensarse desde el psicoanálisis como una práctica singular, entre otras posibles en el ámbito “psi”?

En el recorrido intentaremos dar cuenta de temáticas afines que fueron investigadas y trabajadas a lo largo de los últimos años por los estudiantes dentro del Programa de “Salud Pública en ambientes urbanos” de SIT Study Abroad. Entre ellas, los estudiantes han indagado diversas dimensiones de la salud mental humana, contemplando en algunas oportunidades la especificidad en nuestro país y población, como ser la multiplicidad e injerencia de los espacios terapéuticos en la población argentina. La amplitud de ejes abordados capta la riqueza del campo de la salud mental: depresión postparto, trastornos alimentarios, trastornos mentales, prevención y promoción en salud mental, trabajos en poblaciones diversas, análisis de dispositivos de atención en los distintos niveles del sistema de salud, etc.

SALUD INTEGRAL: UN DERECHO. ACEPCIONES QUE DELIMITAN PRÁCTICAS

“En salud es imposible no intervenir; se lo hace hasta por omisión. Entonces, el desafío es cómo intervenir. Cómo lograr prácticas donde se entrecrucen saberes y discursos, y en las que se encuentre como núcleo la potencia de la vida”.

(Stolkiner, A., 2013)

Conocida es la definición que da la Organización Mundial de la Salud sobre “salud” no sólo como ausencia de enfermedad sino como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2006). Esta acepción invita a ampliar la mirada sobre el modo de intervenir desde el campo de la psicología contemplando no sólo los recursos destinados a la atención sino todos aquellos que buscan promover y promocionar la salud de la población. Hablaremos entonces del proceso salud-enfermedad-cuidados, entendiendo que es en sí mismo dinámico y complejo; y que requiere por tanto del entramado de diversos discursos, prácticas, estrategias y políticas. La salud

requiere ser entendida como proceso social y colectivo, en tanto que las políticas estatales diseñan y determinan desde la formación de los profesionales hasta la asignación de recursos y su distribución, tanto a nivel territorial como poblacional. Es interesante tener en cuenta que, en nuestro país, las instituciones que mayor cantidad de profesionales forman en el ámbito de la salud son públicas, que un amplio porcentaje de estudiantes y profesionales provienen de Universidades Nacionales y desarrollan su formación profesional y clínica en instituciones públicas (hospitales, centros de atención primaria, etc.). A modo de ejemplo, la distribución de vacantes en el sistema de formación de Residencias de Psicología Clínica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dentro del sistema sanitario se distribuye casi en su totalidad (40 vacantes aproximadamente) entre los hospitales públicos quedando escasas vacantes (aproximadamente menos de 10) para formarse en instituciones privadas.

A lo largo de la historia y en distintos modelos de salud alrededor del mundo, subyace el debate sobre la consideración de la salud como derecho o mercancía, lo cual delimita el modo en que se piensa e interviene concretamente (o no) en el campo de la salud. En Argentina, la salud es un derecho. Tal como lo señala la estudiante Mikayla O'Bryan (2017) en el trabajo que desarrolló a partir del análisis de la población infanto-juvenil con discapacidad mental en CABA, en tanto la salud es un derecho, el acceso al cuidado y promoción de la salud, debe garantizarse equitativamente, lo cual implica que debe ser accesible para toda la población (tanto administrativa como geográfica y culturalmente). La accesibilidad ha sido abordada, a su vez, por Ellen Broaddus (2018) en su investigación sobre el acceso al sistema de salud de las personas que requieren tratamiento por depresión o ansiedad entendiendo que el hecho de “ser accesibles” implica el modo en que los servicios de salud pueden acercarse a la población superando las barreras que pueda haber entre ambos: población y sistema sanitario. La accesibilidad es, en definitiva, una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a las personas (Carballeda, s.f.).

Entendemos al Sistema de Salud como todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud (Bonazzola, 2010). Este “sistema” en Argentina es un sistema mixto, encontrándose fragmentado en tres subsistemas: público, obras sociales y prepagas; entre los cuales existe, en muchas oportunidades, escasa articulación difi-

cultándose tanto la accesibilidad al sistema de salud, así como la posibilidad de garantizar la continuidad de dicha atención de cuidado. El subsistema público tiene a su cargo principalmente la salud de todas aquellas personas que no cuentan con otro tipo de cobertura por parte de los otros subsistemas. Sin embargo, no hay restricción real en su uso: es universal. Con esto queremos decir que cualquiera sea la cobertura que tenga una persona, puede elegir atenderse en el subsistema público y este debe responder a la demanda de la población. Dicho subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando -en el caso de la Ciudad de Buenos Aires- el primer nivel (Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153, 1998). Lo principal, desde la reglamentación vigente, y según lo establece su artículo 1ro, “será garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin” (Ley 153; Art 1ro, 1998).

Por otra parte, La Ley Básica de Salud establece que el acceso y utilización de los servicios deben ser equitativos con el fin de evitar y compensar desigualdades sociales y zonales adecuando las respuestas a las diversas necesidades (Ley 153, Art. 3, inciso h, 1998). La salud quedará enlazada entonces, desde una mirada amplia e integral, a la concreción de derechos y la satisfacción de diversas necesidades como vivienda, trabajo, educación, entre otras. La integralidad implica atender no sólo los aspectos físicos sino también los sociales y mentales, entre los cuales existe un intercambio y conjugación compleja y dinámica.

¿CÓMO PENSAR LA SALUD MENTAL DESDE LA “NUEVA” LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26.657?

“Nunca como en estos tiempos, el futuro de la salud mental y la organización disciplinaria de sus cuidados dependen de los rumbos del Estado, de la conformación de lo público y de la respuesta que la sociedad y la cultura tengan para estas direcciones.”

(Galende, E., 1997)

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010) no se trató sólo de una “nueva” reglamentación a nivel nacional, sino que sentó las bases para poder dar lugar progresivamente a un cambio de

paradigma en el modo de pensar a la salud, particularmente a la Salud Mental. Es decir, un cambio en la forma de entender y abordar el padecimiento mental de las personas. Sus basamentos parten desde una perspectiva de derechos humanos abandonando el modelo tutelar para reemplazarlo por una concepción de los usuarios como sujetos de derecho. La inclusión de diversos aspectos de la vida de las personas, en su sentido amplio que incluye no sólo aspectos psicopatológicos sino el acceso a diversos derechos y la satisfacción de múltiples necesidades como vivienda, trabajo, hábitat, educación, etc., que exceden a aquellos aspectos vinculados únicamente a la “atención/asistencia”. Se pone de manifiesto que, para la plena implementación de la ley se hace necesario un cambio que trascienda la esfera sanitaria, requiriendo de políticas públicas que acompañen el diseño de dispositivos y se cuente con los recursos necesarios para que esto sea posible.

Podría decirse que en sus orígenes la figura del “loco” estaba automáticamente enlazada con las representaciones de “peligrosidad” y “enfermedad”, concepciones que aún hoy en día persisten en diversos sectores de nuestra sociedad. El aislamiento y el encierro asilar eran representaciones coherentes con el modo mediante el cual se proponía su abordaje, es decir, que las palabras que se utilizan no son inocentes, sino que definen actos, delimitan prácticas. En esta línea acordamos con lo expuesto en el escrito “¿Cómo revertir el estigma? Dispositivos comunitarios y reforma del modelo asilar”, de Rossetto y equipo, en el cual ubican que una de las grandes causas que impiden el adecuado abordaje del padecimiento mental son el estigma y el prejuicio que la sociedad le asigna al “enfermo mental” (De Lellis et al., 2018).

Una persona puede sufrir un padecimiento mental, sin embargo, el diagnóstico necesario muchas veces en el proceso de atención/cuidado debe ser siempre situacional y no convertirse en una etiqueta identificadora de por vida. La Ley Nacional de Salud Mental proclama el derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; y a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable (Ley 26.657, Art. 7, 2010). Esto marca un posicionamiento claro en contra del estigma y la discriminación, los cuales constituyen juicios de orden moral que además varían según el tiempo y la cultura. Las actitudes sociales negativas hacia las personas con padecimiento mental traen aparejadas repercusiones dañinas y complejas, y constituyen una barrera para el acceso al ejercicio de sus derechos. En otras palabras, no es la discapacidad resultante de con-

diciones de enfermedad o de sufrimiento psicosocial la que quita sentido a los seres humanos, sino una decisión discriminatoria tomada por otros (Saraceno, 2002).

La estudiante Lydia Lewis (2017) trabajó en torno a las representaciones y la estigmatización social en población diagnosticada con esquizofrenia. Al respecto, menciona:

El estigma frecuentemente se manifiesta como la exclusión social, que puede tener efectos negativos en la calidad de vida del sujeto y puede reducir la búsqueda de atención. Los padecimientos mentales son uno de los diagnósticos en salud más estigmatizados. Las dos áreas principales en las que se encontró el estigma fueron la búsqueda laboral y en los medios de comunicación. El estigma social puede disminuir la búsqueda de atención, aumentar la exclusión social y deteriorar relaciones familiares entre otros aspectos fundamentales de la vida. Todas esas formas de estigma (estereotipos negativos, prejuicios, y discriminación), contribuyen a una situación extrema de exclusión social que tiene un efecto negativo en la calidad de vida de una persona con padecimiento mental. (Lewis, 2017, pág. 8)

Retomando lo planteado por la ley 26.657, si bien consideramos que queda un largo camino por recorrer para su efectiva y plena implementación, marca un importante avance en materia de Salud Mental dado que se ha enmarcado en la perspectiva de derechos humanos del paciente. Las dificultades de este proceso quedan expresadas en palabras de la estudiante Ellen Broaddus en su trabajo citado anteriormente, del siguiente modo:

los trabajadores señalaron que, aunque las leyes de salud mental nacionales y provinciales son extremadamente fuertes y progresistas, no se están implementando de manera eficiente. Especialmente, enfatizaron en la falta de inversión en atención primaria y centros de post-internación. (Broaddus, 2018, pág.29)

A su vez, esta ley incluye por primera vez en nuestro país a los consumos problemáticos como materia de estudio y abordaje desde el campo de la Salud Mental (Ley 26.657, Art. 4, 2010). Dicha problemática dejará de ser pensada exclusivamente desde el discurso jurídico y penal para abrir paso a la pregunta clínica respecto del consumo. Cabe destacar que una gran cantidad de estudiantes del programa han desarrollado sus investigaciones tomando distintas dimensiones de esta problemática: consumo de paco en la

población, consumo en mujeres embarazadas, dispositivos de rehabilitación para adolescentes con consumo problemático, análisis sobre las percepciones de los profesionales que trabajan con consumo problemático, entre otras.

Finalmente, nos interesa mencionar que la ley ha destacado el rol del equipo interdisciplinario y del psicólogo en el mismo, homogenizando las responsabilidades éticas y profesionales de diversas disciplinas afines al campo que antiguamente solían enmarcarse en los lineamientos del modelo médico-hegemónico.

Al respecto, la estudiante Taisa Vasilkova, quien realizó en 2017 su trabajo de investigación, centrado en la promoción y prevención en el Área de Salud Mental en el primer nivel de atención en Mendoza, indagó sobre la ley y su implementación destacando, entre otras cosas, el lugar que la ley le da al trabajo interdisciplinario e intersectorial. Esto significa que se da un proceso de integración entre diversas teorías, métodos o saberes incluyendo distintos agentes formales e informales de salud (médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, agentes sanitarios, administrativos, etc.) con el objetivo de poder garantizar la calidad de las prácticas en salud. La interdisciplina se pensará como el intercambio dinámico de dichos campos, cuyo liderazgo quedará definido en función del problema o diagnóstico situacional y no en función de la especificidad técnica. Es necesario que esto se acompañe de un abordaje intersectorial, articulando los distintos recursos, sectores y niveles del Estado y la sociedad. Integrar la salud mental en la atención primaria de la salud, tal como lo menciona Taisa Vasilkova (2017) en su trabajo, es uno de los desafíos más grandes de la reforma del sistema de salud, no solo en Argentina sino en todo el mundo.

PSICOANÁLISIS: UNA DE LAS CORRIENTES TEÓRICAS PSICOLÓGICAS CON MÁS RAIGAMBRE EN NUESTRO PAÍS. ¿UNA ÉTICA PARA PENSAR EL PADECIMIENTO SUBJETIVO?

El psicoanálisis convive con diferentes prácticas y con distintas disciplinas, sin embargo, ofrece algo distinto. La escucha analítica puede generar espacios de interrogación en el sujeto que permitan un desarrollo de tratamientos que pongan en primer término el trabajo de los conflictos inconscientes que subyacen a los síntomas y posibilitar cambios en la posición

subjetiva. Esto no necesariamente entra en contradicción con otros abordajes, que en muchos casos son imprescindibles, y de eso se trata la interdisciplina. La comprensión psicodinámica, que toma como eje las formaciones del inconsciente, es aquella que posibilitará la movilidad en relación a algunos temas estructurales para cada persona. Cada cuadro psicopatológico es particular. El psicoanálisis trabaja con el sufrimiento psíquico escuchando aquellas singularidades que dependen de la historia de cada individuo y de su posición subjetiva.

Si bien no nos detendremos a detallar el recorrido histórico del psicoanálisis a nivel local, sí intentaremos dar cuenta del lugar que dicha praxis tiene en nuestros días y desmitificar algunos de los prejuicios, preceptos y representaciones sociales que se tienen de él. Por ejemplo, del psicoanálisis “lacaniano” se tiene la idea del “analista mudo”, o que sólo puede haber un analista allí donde hay un diván. Desde nuestra práctica, sabemos que psicoanálisis hay cada vez que exista la oferta de una escucha analítica; aún en los pasillos de un hospital, durante la caminata de una zona rural, etc. Eric Laurent en su libro *Psicoanálisis y Salud Mental* plantea:

Quando hay seis meses de espera en un consultorio público, en un centro de salud mental público, ¿se va a decir que el único tratamiento son cincuenta minutos? No, hay que responder a la demanda de la gente, pero desplazándola. Encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo; se trata más bien de que sea alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable. (Laurent, 2000, p.20)

La atención psicológica tiene una fuerte aceptación en nuestro país formando parte de la cotidianidad de las personas e incluso siendo temática de conversaciones corrientes de todo tipo. Esta aceptación se condice con un dato que es cuanto menos curioso. La estudiante Batsheva Honig (2016) investigó sobre el uso de terapias psicológicas en mujeres jóvenes en CABA. Citando el trabajo de Alonso y Klinar (2014) aporta un dato interesante al referir que la Argentina es líder mundial en psicólogos per cápita, con 198,01 psicólogos por 100.000 habitantes, siendo en CABA la proporción aún mayor dado que se estima hay un psicólogo cada 83 habitantes.

Dentro de sus variadas corrientes o marcos teóricos, es conocido que el psicoanálisis tiene una larga historia y raigambre en la Argentina. Como lo menciona la estudiante April Hopcroft en su trabajo “(Des)cuidando a

quienes nos crían: Una exploración cualitativa del abordaje para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (2020): “Durante el siglo XX (el psicoanálisis) tuvo un papel destacado en el desarrollo del campo de la salud mental y más ampliamente de la cultura argentina, con una persistente influencia en la formación de las distintas especialidades profesionales” (Hopcroft, 2020).

Por otro lado, la estudiante Batsheva Honig (2016) menciona entre sus conclusiones, en el trabajo anteriormente citado respecto a las terapias psicológicas, que: “El psicoanálisis es la estrategia de terapia más popular. En general, para la población de la muestra, las terapias psicológicas son aceptadas y ampliamente utilizadas durante toda la vida”. En dicho trabajo tanto los profesionales entrevistados como los pacientes destacan que el psicoanálisis es la corriente más utilizada en Argentina. ¿Es este el psicoanálisis clásico freudiano del 1900? Sin duda no lo es, y del mismo han surgido diferentes escuelas y pensadores.

Un psicoanalista es quien puede dar lugar a la/s pregunta/s del sujeto en su singularidad, a lo más propio de sí, en el que el sujeto no se reconoce y nada sabe de él, solución de compromiso que tiene su asidero en lo inconsciente. Consideramos que el psicoanálisis además de romper con la dualidad mente-cuerpo tiene mucho que ofrecerle al campo de la salud: la escucha como componente necesario de un acto en salud y como forma de hospedar, alojar al otro y a la pregunta (Stolkiner, A., 2013).

Esto diferencia al psicoanálisis de otras corrientes teóricas en que se puede apelar a ciertas generalidades diagnósticas o planes de tratamiento que no alojan la singularidad de cada paciente. La estudiante Batsheva Hoing (2016) en su trabajo de investigación también relata, a partir de entrevistar a psicólogas, las diferenciaciones diagnósticas que se hacen desde el psicoanálisis y el diálogo de estas con el mundo médico/psiquiátrico y las demandas burocráticas de las obras sociales en relación con el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV o DSM V). Una de las profesionales entrevistadas refirió al respecto: “El psicoanálisis trabaja con la posición del sujeto, trabaja con un discurso que da cuenta de la posición del sujeto. Entonces, interesa mucho más poder ubicar algo de esto, eso es lo que va a dar el diagnóstico, más que el DSM 4. (F.G.)”.

Un gran avance de la Ley 26.657 tiene que ver, entre otras cosas, con el

lugar del psicólogo en el equipo de salud y el trabajo interdisciplinario. ¿Por qué un psicólogo -y pensándolo desde el marco teórico del psicoanálisis, un analista- es importante dentro de instituciones (públicas o privadas) y dentro de un equipo interdisciplinario? Porque justamente no podemos separar la mente del cuerpo, el síntoma somático del síntoma físico, ni ver a un niño con dificultades en la escuela fuera de su entorno familiar y psico-social, por ejemplo. Es por ello por lo que se debe poder trabajar en conjunto entrecruzando los distintos saberes y prácticas dentro de las instituciones de salud.

Del recorrido realizado se desprende la variedad, riqueza y complejidad que podemos encontrar en el campo de la Salud Mental. Varios estudiantes dentro del programa sobre Salud Pública han elegido temas que se encuadran dentro del abanico de la salud mental, pudiendo pensar la salud como el inter-juego entre diversas dimensiones, entre ellas la mental y la social. Entre las variadas temáticas y perspectivas -además de las mencionadas- incluyeron investigaciones en relación con la discapacidad, violencia de género, suicidios, trastornos de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia), depresión y TEA (Trastorno del Espectro Autista).

Entre las investigaciones dentro de la psicopatología infanto-juvenil se encuentra el trabajo de Sara Twadell (2016) quién abordó el tema de la detección del Autismo en el Área Metropolitana de Buenos Aires y se preguntó por las cuestiones que pueden retrasar un diagnóstico. Esta investigación describe la importancia de realizar un diagnóstico temprano del Autismo y tiene la meta de identificar y explicar las barreras que existen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en el proceso de diagnóstico temprano del autismo. El desarrollo del trastorno puede observarse desde el primer año de vida, sin embargo, el promedio de edad para el diagnóstico es de 3,1 años en Argentina. Esto retrasa el comienzo de los tratamientos para mejorar la salud de los niños y el bienestar de la familia. Entrevistó a profesionales como pediatras, neurólogos y psicólogos y a su vez realizó entrevistas con padres que tienen hijos con autismo. Madison Leahy (2018) trabajó sobre las percepciones del equipo de salud en CABA sobre la implementación de programas estatales de bulimia y anorexia en adolescentes. Indagó en los programas gubernamentales, en el papel de éstos y el acceso a los recursos (y sus dificultades) a través de la implementación estatal. Allen Luo (2020) abordó la temática de suicidios en los jóvenes y adolescentes en Argentina y EE. UU., describió las tasas de mortalidad por suicidios según sexo y edad, identificando los factores de riesgo y ubicando las acciones que

toma el Estado para abordar esta problemática. Allen destacó que, dentro de la población de jóvenes, la tasa de suicidio en los varones es mayor que en las mujeres; especialmente aquellos que tienen entre 15 y 24 años de edad.

También han despertado el interés de varios estudiantes las temáticas de **salud materno-infantil**, la **violencia** y **discapacidad**. April Hopcraft (2020) abordó el tema de la depresión posparto; el proceso de diagnóstico, prevención y tratamiento, indagando las percepciones de los profesionales de salud que trabajan con el tema de la DPP sobre las fortalezas y limitaciones de la estrategia actual. Margaret Anne Newman (2017) realizó su investigación sobre la violencia contra las mujeres, indagando en los dispositivos de asistencia en salud mental para esta problemática y en su funcionamiento. Se puso énfasis en los CIM (Centro Integral de la Mujer) que son centros comunitarios especializados en la asistencia o prevención de la violencia contra las mujeres. Se exploraron estrategias de atención grupal y se analizaron las percepciones de los profesionales sobre la disponibilidad de estos dispositivos y el efecto terapéutico de los mismos. Eva Gontrum (2018) trabajó sobre los desafíos que enfrenta una institución de la Provincia de Mendoza llamada “Instituto Terapéutico Naranjito” que brinda servicios de salud a personas con discapacidad y sus familias. A partir del caso de esta institución, la investigación analiza cómo en los últimos treinta años la concepción tradicional de discapacidad ha cambiado considerablemente y cómo esto implica un cambio en prácticas de rehabilitación para personas con discapacidad desde una perspectiva biopsicosocial más amplia.

REFLEXIONES FINALES

Hemos expuesto a lo largo del escrito cuál es el concepto de Salud en nuestro país desde el cual trabajamos, y a partir del cual pensamos la clínica. No es posible hablar de un paciente con un dolor físico, un paciente con un padecimiento mental o de un “caso social” de forma fragmentada, sino que pensamos la salud como integral, teniendo siempre en cuenta la multiplicidad de factores en las que ese sujeto se encuentra inmerso (dimensiones físico-psico-sociales). Desarrollamos cómo un nuevo paradigma que incluye dicha complejidad está teniendo lugar hoy en día encontrándose en pleno proceso de desarrollo y en diálogo constante con el viejo modelo médico hegemónico. Si bien queda camino por recorrer, especialmente res-

pecto al diseño de dispositivos y disposición de recursos para implementar las normativas vigentes en materia de salud mental, los servicios educativos y asistenciales se encuentran de-construyendo y construyendo nuevos discursos y prácticas.

Ahora bien, desde el psicoanálisis particularmente, es la escucha analítica la que permite alojar el padecimiento subjetivo, en su singularidad. Son muchos los casos que llegan a la consulta justamente cuando “no se encuentra respuesta médica” a determinadas dolencias. Dar espacio a una pregunta puede posibilitar un alivio sintomático. De igual modo creemos que esta visión, esta apertura a la escucha singular, enriquece el trabajo interdisciplinario de cualquier equipo de trabajo. Consideramos necesario poder repensar nuestras prácticas desde este lugar, donde las disciplinas dialogan y trabajan en conjunto por y para un mismo paciente, donde las limitaciones de una determinada disciplina o especialidad pueden abrirse al intercambio y la sinergia del trabajo con otros.

La diversidad de temáticas que investigaron estudiantes del Programa, tal como los presentados a lo largo del escrito, ilustra de manera significativa la variedad de disciplinas que se engloban dentro del concepto de salud, y la necesidad de poder trabajar, estudiar e investigar pensando a la salud como un concepto amplio con una mirada que integre mente y cuerpo y comprenda los problemas de salud mental en el contexto social y cultural.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, M. & Klinar, D. (2014) Los psicólogos en Argentina: Relevamiento Cuantitativo 2014. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Citado en Honig (2016)
- Bonazzola. P. (2010). “Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio”. Mimeo. Recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>
- Broadus, E. (2018). “Las perspectivas de los trabajadores sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el AMBA: un estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Carballeda, Alfredo J.M (s.f). “La accesibilidad y las políticas en salud”. Recuperado de: http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf
- De Lellis, M., Possetto, H., Rebottaro, C y Rossetto, J. (2018). “¿Cómo revertir el estigma? Dispositivos comunitarios y reforma del modelo asilar”. 2018. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/368475351/De-Lellis-y-Itroscomo-Revertir-El-Estigma-Dispositivos-Comunitarios-y-Reforma-Del-Modelo-Asilar>
- Galende, Emiliano.(1997). “De un Horizonte Incierto-Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual”. Buenos Aires. Paidós Ed, 1997.
- Gontrum, E. (2018). “Los desafíos que enfrenta la Intitución Terapeutica Naranjito en brindar servicios de salud a personas con discapacidad y sus familias: Un estudio de caso en la provincia de Mendoza”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Honig, B. (2016). “El uso de terapias psicológicas en mujeres jóvenes en CABA”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Hopcroft, A. (2020). “(Des)cuidando a quienes nos crían: Una exploración cualitativa del abordaje para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

- Laurent, E. (2000). *Posición del psicoanalista en el campo de la Salud Mental en Psicoanálisis y Salud Mental*. Ed. Tres Haches.
- Leahy, M. (2018). “Percepciones del equipo de salud sobre la implementación de programas estatales de bulimia y anorexia y su impacto en adolescentes en CABA”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Lewis, L. (2017). “Un análisis de las representaciones sociales y la estigmatización social en torno al padecimiento de la esquizofrenia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 153. (1998). Recuperado de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_de_salud_153.pdf
- Luo, A. (2020). “Suicidios en los jóvenes y adolescentes en Argentina y EEUU”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- Newman, M. (2017). “Violencia contra las mujeres: las estrategias de atención grupal de los servicios de salud mental en los Centros Integrales de la Mujer de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la perspectiva de los profesionales”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- O’Bryan, M. (2017). “Una investigación de la calidad de los servicios de atención en el sistema público para la población de 0 a 14 años con discapacidad mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la Perspectiva de Profesionales”. Trabajo final de investigación presentado al programa “SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.
- OMS. (2006). “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1#:~:text=LOS%20ESTADOS%20partes%20en%20esta,social%2C%20y%20no%20solamente%20la
- Saraceno, B. (2002). “La ciudadanía como forma de tolerancia”. Revista de la Fundación CCSM Congresocatalan de Salud Mental Nro. 1 2002. Pág.3 Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/840f/f44c4ddcd350a-3737b3e265970cd39bfb363.pdf>

- Stolkiner, A. (2013). "*Que es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud*". en "Escuchar las Infancias. Alojamiento singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos. Editorial Noveduc, Bs. As. 2013.
- Twadell, S. (2016). "Detección del autismo en el AMBA: qué factores pueden retrasar un diagnóstico?". Trabajo final de investigación presentado al programa "SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos".
- Vasilkova, T. (2017). "Promoción y prevención en el Área de Salud Mental en el primer nivel de atención: estudio del caso del departamento de Maipú, Mendoza". Trabajo final de investigación presentado al programa "SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

CAPÍTULO 7

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS DE SU PROMOCIÓN

Maria Nair Tordo¹ Silvia Gascón²

INTRODUCCIÓN

En 2002, Dr. Kofi A. Annan, entonces Director General de la Organización Mundial de la salud (OMS), introducía una nota de advertencia sobre la necesidad de incorporar plenamente en la agenda de los países de nuestra región el tema del envejecimiento poblacional, planteando que:

Desde la celebración de la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, el mundo ha cambiado [...]. En aquel entonces, el envejecimiento de la población era un problema que afectaba [...] a los países desarrollados, mientras que hoy en día también está cobrando verdadero protagonismo en los países en desarrollo. [...] En la actualidad, somos conscientes de que una transformación demográfica de tamaño magnitud tiene profundas repercusiones en todos los aspectos de la vida de las personas y las comunidades, así como en los planos nacional e internacional. (OMS, 2003)

El aumento de la población mayor es un hecho y una tendencia que se observa e impacta a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en los en vía de desarrollo. Este proceso denominado envejecimiento poblacional o demográfico se refleja en el cambio de la estructura de la población por edades, con un aumento sostenido de la proporción de población en los grupos de mayor edad y una reducción de la de los grupos más jóvenes.

1 Docente de posgrado de la Universidad Isalud. Referente institucional, Universidad Para Adultos Mayores (UPAMI)-La Plata. Docente del Seminario "Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud Universidad" del Programa SIT "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

2 Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología y del Centro de Envejecimiento Activo de la Universidad Isalud. Docente del Seminario "Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud Universidad" del Programa SIT "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

Este proceso, que reconoce sus raíces en la disminución de la fecundidad y en cambios en la calidad de vida de la población y en los progresos en la atención sanitaria, es un reto para las sociedades y para las políticas públicas: ¿cómo integrar en el imaginario colectivo estos nuevos grupos de personas de mayor edad, valorando su potencial y reconociendo y atendiendo sus limitaciones?, ¿cómo evaluar e integrar en las políticas públicas los requerimientos para asegurar una vida saludable a los grupos de personas mayores en crecimiento?

Expresando la fuerza de este proceso se suele referir al mismo como una “revolución”. La “revolución de la longevidad” es tal porque impacta a toda la población y no solo al segmento de adultos mayores en crecimiento, implica que hay que añadir años a la vida en general, lo cual tiene impacto retroactivo en todas las etapas de la vida. Desde la perspectiva de las políticas públicas demanda pensar en las repercusiones de atender las necesidades de una población que no sólo vive hasta los 60, sino más allá de los 80 y 90, con la consiguiente extensión de la vida útil de los adultos y sus desafíos para alcanzar un estado saludable y protegido (ILC-Brasil, 2015).

El presente capítulo pone en contexto el proceso de envejecimiento poblacional a nivel global y en Argentina, destaca los desafíos que representa para las sociedades y los individuos, y caracteriza los aspectos demográficos que confluyen en crear el perfil particular del proceso en Argentina. Con el foco puesto en lograr una comprensión de los factores culturales y políticos que influyen en la calidad de vida de la población de adultos mayores, el capítulo distingue los procesos individuales y sociales del envejecimiento y analiza visiones sobre el envejecimiento, los estereotipos y prejuicios, y cómo éstos marcan la vida de los adultos mayores y permean las políticas. Por último, se analizan estrategias desarrolladas para aportar al envejecimiento activo y saludable, analizando el Proyecto de OMS de Ciudades Amigables con la Edad y las propuestas de Centros de Día en la Ciudad de Buenos Aires. El capítulo recupera experiencias y testimonios de estudiantes del programa que ayudan a ilustrar la mirada de un “otro” a este tema clave que apela a la salud pública: cómo hacer más saludable la vida que se expande, respetando los derechos de las personas mayores.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN EL MUNDO

El envejecimiento poblacional es el resultado de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente el descenso de la mortalidad y de la fecundidad³. Un conjunto de factores culturales, sociales y económicos confluyen en determinar estos cambios. El descenso de la fecundidad puede asociarse con el aumento del nivel educativo y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, con el aumento de la edad a la primera unión, con nuevos ideales en relación con el tamaño de la familia, entre otros. En tanto el descenso de la mortalidad, que se expresa en el aumento de la expectativa de vida de la población, es asociado a mejoras en la calidad de vida en general, a la incorporación de hábitos de vida saludable, al desarrollo de tecnologías sanitarias que han permitido el manejo más eficaz de la prevención, detección y tratamiento de enfermedades.

En general se habla de “una sociedad en proceso de envejecimiento” cuando la proporción de habitantes mayores de 65 años representa más del 7% de la población total. Laslett (1989) consideró una estructura etaria “verdaderamente envejecida” a la que supera el 12,5% de personas de 65 años y más, sobre el total de la población (citado en Redondo, 2012). Las estimaciones de Naciones Unidas indican que en 2020 el 9,3% de la población del mundo pertenecía a ese grupo de edad y las proyecciones indican que ese porcentaje se elevará al 11,7% en 2030 y al 19,9% en 2050. Este promedio se compone de situaciones extremas. En 2020 – siguiendo estimaciones de Naciones Unidas- Japón era el país más envejecido con un 28,4% de su población de 65 años y más y Nigeria en otro extremo sólo un 2,6% de su población alcanzaba los 65 y más años. En América Latina y El Caribe en 2020 el 9% de su población se ubicaba en esa categoría y las proyecciones estimaban que ese grupo poblacional llegaría a representar el 12% en 2030 y se elevaría al 19% hacia 2030 (Naciones Unidas, 2019).

El límite de edad a partir del cual se considera que una persona es adulto mayor varía según países, relacionándose este límite con el propio avance en el proceso de envejecimiento y con el nivel de desarrollo de las socie-

3 La fecundidad expresa la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período de tiempo y la cantidad de población de mujeres en edad fértil en el mismo período en una población determinada. La Tasa Global de Fecundidad es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieron sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

dades. Los países de América Latina y el Caribe no tienen una definición homogénea de la población adulta mayor, esto depende muchas veces de cómo se ha desarrollado el proceso de envejecimiento y la edad en la cual las personas acceden a la jubilación o retiro del mercado de trabajo. Algunos países categorizan como persona mayor a las de 60 años y más, mientras que otros las consideran a partir de los 65 años. Algunos organismos como la Unión Europea, la OMS y otros organismos de Naciones Unidas al presentar sus estadísticas e informes sobre envejecimiento consideran el límite de edad de 65 años y más; otros de especial interés para la región como CEPAL consideran el límite de 60 y más.

Al intentar comparar aún dentro de un mismo país y contando con parámetros adecuados, es importante considerar la heterogeneidad de situaciones dentro de un colectivo que pertenezca a un mismo grupo etario, ya que

....es importante reconocer que la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. Existen considerables variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas mayores de la misma edad. Los responsables políticos deben tenerlo en cuenta cuando diseñen políticas y programas para sus poblaciones de personas ancianas. (OMS, 2002, p. 75)

La región de América Latina y el Caribe se encuentra en la antesala de un cambio sin precedentes. En valores absolutos, “la población de 60 años y más, compuesta en la actualidad por unos 76 millones de personas, tendrá un período de amplio incremento que la llevará a alcanzar las cifras de 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075” (Huechuán y Rivera, 2019, p. 8). El fenómeno del envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe, atravesará a todos los países, incluidos los más pobres.

Todos estos datos ponen en evidencia la necesidad de planificar y diseñar políticas que respondan al proceso de envejecimiento poblacional, de acuerdo con las características generales y particulares de cada uno de los países latinoamericanos. En la región, la población desarrolla su vida en un contexto signado por la desigualdad social, la pobreza que afecta a amplios sectores y modelos económicos que generan desempleo y exclusión en general. El conocimiento de la situación demográfica es una herramienta que, usada pertinentemente, puede fundamentar e impulsar cambios significati-

vos en las políticas para la población en general y particularmente para el colectivo de personas mayores.

Este nuevo entramado demográfico, en el que se verá involucrada la población mayor de América Latina y el Caribe, nos invita a pensar:

- en la protección social, que deberá responder a las demandas de una población en continuo cambio, en donde las familias, el mercado y el Estado deberán establecer nuevas relaciones, sin pasar por alto los principios de igualdad y dignidad de las personas mayores;
- en la adecuación de los sistemas de salud, sobre todo, en los servicios de atención, las prestaciones específicas y la adquisición de medicamentos, de modo que sean accesibles, adecuados y de calidad;
- en los sistemas de cuidados para atender las necesidades de cuidado personal y tareas de la vida diaria que trae aparejada la dependencia.

Cabe destacar que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, de la cual muchos países son signatarios, explicita en su artículo primero, que el objeto de esta

...es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (OEA, 2015)

De este modo, los Estados deben garantizar que la implementación y /o diseño de políticas destinadas para la población mayor, estarán atravesadas por los principios de igualdad, solidaridad, dignidad y autonomía.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN ARGENTINA

El caso de Argentina se enmarca en las tendencias antes señaladas sobre el envejecimiento poblacional a nivel regional y global. Si retomáramos los estándares señalados por Lastett (1989), nuestro país se ubica en la categoría de población envejecida con un 11,5% de población de 65 y más en 2020. Siguiendo proyecciones poblacionales en 2026 este porcentaje llegaría al

12,5% e ingresaríamos en el ranking de los países con una estructura etaria “verdaderamente envejecida”.

A efectos de diseño de políticas resulta relevante el grupo poblacional de 60 años y más. En 2010 el 14,5% de la población del país pertenecía a esta categoría de edad. Las estimaciones indican que en 2020 este grupo representaba el 15,7% de la población total, en tanto las proyecciones prevén que en 2040 serán el 20,6% de la población del país (INDEC, 2013).

Según estimaciones de INDEC⁴, la población de Argentina en 2020 era de 45.376.763 habitantes (INDEC, 2013), de los cuales 7.130.382 son personas de 60 y más años. El índice de masculinidad dentro de este grupo de edad permite visualizar el mayor peso que tienen las mujeres dentro de esta población debido a la sobremortalidad masculina que se observa en todas las edades y cómo este peso aumenta a medida que se avanza en esta etapa vital.

Cuadro 01

Índice de masculinidad. Argentina, 2020

GRUPOS DE EDAD	VARONES	MUJERES	ÍNDICE DE MASCULINIDAD
60-64	894.882	1.007.778	88,8
65-69	758.547	899.331	84,3
70-74	590.824	757.455	78,0
75-79	399.139	575.975	69,3
80-84	236.567	405.126	58,4
85-89	119.991	251.592	47,7
90-94	46.560	125.138	37,2
95-99	11.906	39.738	30,0
100 y más	1.899	7.934	23,9

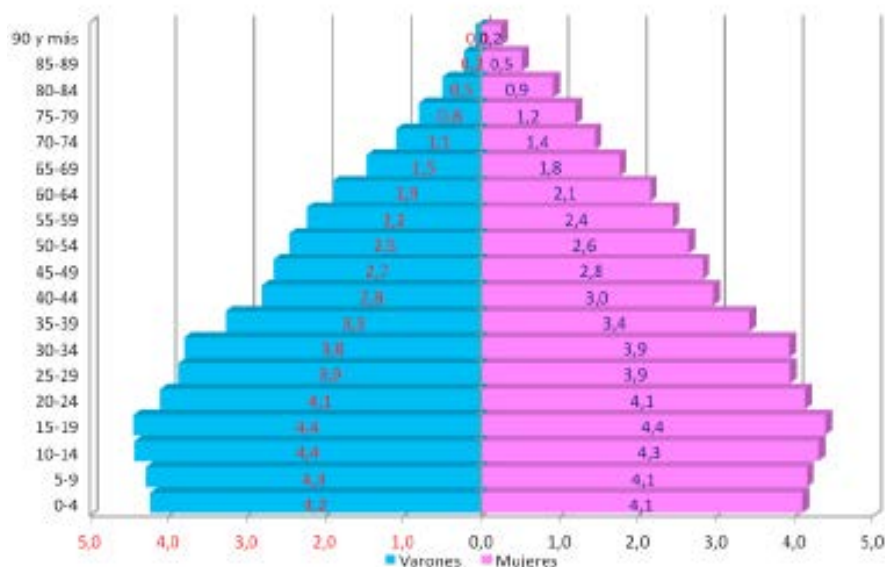
Fuente: Elaboración propia en base a Datos de Proyección del Censo 2010, INDEC (2013)

4 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Las siguientes pirámides de población permiten visualizar como se proyecta el proceso de envejecimiento poblacional en la Argentina en el período 2010-2040 y la situación de distintos grupos de edad y género. La observación de la dinámica demográfica expresada en estas pirámides nos permite anticipar los desafíos futuros para atender necesidades de la población según grupos etarios. Se destaca la significativa reducción de la base y el ensanchamiento de la cúspide. Los menores de 15 años pasan de representar el 26% en 2010 al 20% en 2040. Se destaca el hecho que esta reducción es casi completamente absorbida por el crecimiento de la población de más de 65 años que pasa de representar el 10,15% en 2010 al 15,2 del total de la población del país en 2040.

Figura 01

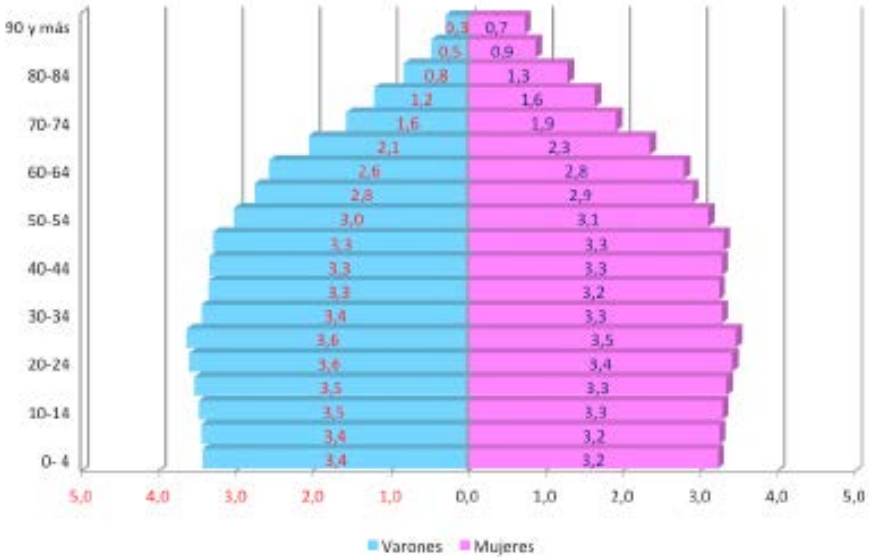
Pirámide poblacional. Argentina, 2010



Fuente: INDEC (2012). Censo 2010

Figura 02

**Pirámide poblacional.
Argentina, proyección 2040**



Fuente: Elaboración propia en base a Datos de Proyección del Censo 2010, INDEC (2013)

Por su parte, si se analiza la relación entre la población de 15 a 64 años considerada como población económicamente activa (PEA) y la población que depende -en términos teóricos- de dicha población activa (grupos de 0 a 14 y de 65 y más años), a través del Índice de dependencia potencial, tenemos otra medida que alerta sobre los cambios necesarios en los sistemas de protección. Mientras en 2010 el índice era de 55,6 inactivos sobre 100 activos, en 2040 se proyecta un índice de 54,7% (INDEC, en línea a). Si bien esta reducción es alentadora, pues indica el aumento de la población en edades productivas, el análisis de su real implicancia en términos de política demanda diferenciar la situación de jóvenes y mayores, dos poblaciones con necesidades diferenciadas. Mientras el índice de dependencia de jóvenes (0 a 14) respecto de adultos activos se reduce de 39,6% en 2010 a 31,1% en 2040, el de la población mayor aumenta de 15,9% a 23,6% en el mismo período. Estos indicadores marcan de manera clara la importancia que adquiere el desarrollo de sistemas de protección para responder a las necesidades de una población de mayores en crecimiento.

Los ritmos del envejecimiento poblacional en Argentina se puede analizar a partir del seguimiento de la tasa global de fecundidad, la tasa de natalidad y la esperanza de vida al nacer.

Según datos de Torrado (2003), la tasa global de fecundidad en el período 1991-2001 alcanzó los 2,9 por mujer, mientras que para el período 2001-2010 fue de 2,35 (Redondo, 2012). La proyección para 2020 es de 2,18 y para el año 2040 se proyecta una tasa global de fecundidad de 1,98 hijos por mujer (INDEC, 2013). Según Torrado, la inmigración europea contribuyó a esta declinación, ya que fue portadora de pautas reproductivas propias de un proceso de transición demográfica más avanzada. Mas recientemente abonaron a este proceso distintos cambios sociales por los que atravesó la mujer, entre ellos el acceso a la formación profesional, el desempeño en el mercado de trabajo, el acceso a la anticoncepción, etc., características que han sido muy destacadas en los sectores medios urbanos de la población argentina.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer -medida síntesis de la mortalidad- para ambos sexos en el año 2000 fue de 70,0 años para los hombres y 77,5 años para las mujeres, en el año 2020 fue de 74,9 para los varones y 81,4 para las mujeres, mientras que la proyección del 2040, indica una ganancia de años mayor en la población de varones. Esto reduciría la brecha entre sexos de 7,5 años de sobrevida menor de los hombres en 2000 a 6,3 años en 2040, cuando los varones alcanzarían 78,4 años y las mujeres 84,7 (INDEC, en línea b).

Cabe destacar que el proceso de envejecimiento en Argentina asume características diferenciales, según los distintos estratos sociales y regiones. La población mayor con mejores posibilidades de acceso a la seguridad social, al sistema de salud y más recursos socioeconómicos, tecnológicos y educativos, se encuentra concentrada en la zona central del país y el litoral y sobre todo en las zonas urbanas.

Según estimaciones de INDEC para el año 2020, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reside el mayor porcentaje de población de 60 años y más (21,4%), seguida por La Pampa (17,5%), Santa Fe (17,3%), Córdoba (16,7%), provincia de Buenos Aires (16,2%) y Entre Ríos (16,1%). Entre las menos envejecidas se encuentran las provincias de Santa Cruz (9,7%) Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (9,9%), Misiones (11,6%) y Salta (11,9%) (INDEC, 2013).

En todo este recorrido de datos, lo que se pretendió fue dar cuenta de las principales características del proceso de envejecimiento poblacional que transita la Argentina. De acuerdo con las estimaciones del INDEC, en base al CENSO 2010, para el año 2040 habrá por primera vez más personas mayores de 60 años y más, que menores de 15 años. En particular, se prevé un mayor crecimiento de la población de personas de 80 años y más, en donde la cohorte de personas centenarias se multiplicará por 15 con respecto al año 2010 (INDEC, 2013).

Todos estos indicadores, permiten no sólo comprender el proceso demográfico, sino también, son una herramienta valiosísima al momento de diseñar, planificar e implementar políticas económicas, de salud, educativas y sociales, porque da lugar a interpretar y entender las necesidades reales de la población. La revolución de la longevidad demanda pensar en calidad de la vida que se extiende, la dependencia que se genera por la carga de mala salud y en el rol clave del cuidado y es una alerta para los sistemas de salud y de protección social. En este sentido resulta fundamental pensar el envejecimiento desde una perspectiva social y en estrategias creativas para promover la salud y el bienestar de las personas mayores.

ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL Y LA VEJEZ COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Históricamente, el envejecimiento ha sido observado desde explicaciones biomédicas, enfocándose en cómo envejecen los cuerpos y la adaptación que eso requiere. El envejecimiento individual, en tanto, es el que experimenta como paso del tiempo cada sujeto, esto quiere decir, que cada sujeto ve y construye subjetivamente el paso del tiempo.

Si bien el envejecimiento y la vejez están asociados con el paso del tiempo, socialmente, se la define a través de procesos que aluden a tres edades: la edad cronológica, la edad fisiológica y la edad social. La primera refiere a la edad en años, la segunda al proceso de envejecimiento físico (pérdida de capacidades funcionales como la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular, la fuerza, la visión y audición), mientras que la tercera, alude a las actitudes y conductas que se espera de una persona de acuerdo con la sociedad en la que vive y se desarrolla.

El proceso de envejecimiento no puede categorizarse de forma unifor-

me. Hay diversos modos de envejecer, como proceso individual comienza con la vida misma, pero se hace presente en un determinado y sorpresivo momento, único, particular singular de cada sujeto. En el proceso de envejecer y el reconocerse envejecido, el sujeto se enfrenta a la realidad de procesar y elaborar las dimensiones de un tiempo acotado, esto es, el tiempo del ahora y el tiempo que le queda (por vivir). Desaparece la ilusoria sensación de inmortalidad. Un cuerpo, con cambios físicos, se torna en una imagen desconocida, que se hace presente y exige al sujeto su reapropiación y la adopción de nuevas funciones y/o roles.

La vejez y el envejecimiento también son construcciones sociales, esto significa, que no existe una imagen o idea que defina universalmente y para siempre lo que significa el envejecimiento. El medio social, es el que crea la imagen de las personas mayores a partir de las normas e ideales humanos de cada época, y estas representaciones son apropiadas por la sociedad, por las propias personas mayores, sus familias y la sociedad en su conjunto. Decimos que la vejez, es una construcción social, debido a que cada civilización (Occidente - Oriente) determina a partir de ciertos atributos y/ o modelos lo que ésta significa. Esta construcción social surge en un contexto, una cultura, un tiempo determinado, representa un discurso propio de cada época y sociedad particular. Estas representaciones van a determinar las formas de comunicación, el modo de relacionarse entre los sujetos y un código de valores común que va a designar el ser persona mayor.

En este sentido, la vejez puede ser, tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo con su condición y posición dentro de la sociedad. Esto remite a la conjugación de la edad con otras diferencias que condicionan el acceso y disfrute de los recursos y oportunidades tales como el género, la clase social o el origen étnico (Huenchuán, 2011).

Lo que caracteriza entonces al colectivo de personas mayores en la vejez, es la diversidad cultural, heterogeneidad y la desigualdad social.

La diversidad cultural implica el reconocimiento que existen diferencias entre las personas mayores que se relacionan con el contexto cultural en el que han desarrollado su vida, y estas diferencias muchas veces se acentúan hacia el interior de cada país, entre sectores sociales, sexos y etnias.

En cuanto a la heterogeneidad, ésta se cristaliza en las biografías y la

edad. Algunas personas viven vidas longevas y otras mueren anticipadamente. Algunas viven en la mayor pobreza, otras disfrutan de una vejez dorada. Algunas cuentan con redes familiares de apoyo, otras sufren el mayor de los abandonos. Algunas gozan de respeto y reconocimiento mientras que otras pierden prestigio y lugar en la sociedad. Unas gozan de excelente salud que les permite ser autoválidos o independientes, incluso a una edad avanzada, y otras dependen de la ayuda de terceros para sus actividades diarias. La heterogeneidad puede relacionarse con herencia genética o las decisiones personales.

En tanto, la desigualdad social refiere cómo los determinantes sociales de la salud a los que han estado expuestos a lo largo de su ciclo de vida les han dejado huellas que se consolidan cuando llegan al último tramo de la vida. La Organización Mundial de la Salud (2009), define a estos determinantes como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”. Por ejemplo, el tipo de trabajo realizado, la cobertura de seguridad social y salud, el nivel de educación alcanzado, las redes de apoyo social, el género, son factores que producen diferencias evitables e injustas a lo largo de toda la vida que se cristalizan en la edad mayor y que están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición. La OMS plantea que “estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2015).

LOS ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS

Cada sociedad enfatiza de forma particular ciertos roles asociados a un determinado ciclo, expresados en normas, valores y modos de conducta aceptados para sus integrantes (Toledo, 2010). En todas las sociedades circulan modelos de envejecimiento y de vejez, éstos pueden estar cargados de atributos tanto positivos como negativos. Los positivos, posibilitan el desarrollo de las personas mayores, mientras que los negativos, se configuran como obstaculizadores.

Específicamente, en cuanto a los prejuicios, se los define como preconceptos o juicios de valor que se instalan de manera anticipada con relación a una persona o situación; por lo general son negativos y dan sustento a las prácticas discriminatorias. Operan de manera inconsciente, no se los somete

a cuestionamientos, ni se comprueba su veracidad, distorsionan la percepción e involucran el aspecto afectivo de la conducta, al generar, por ejemplo, sentimientos de hostilidad, desprecio, miedo, desagrado, etc. (INADI, s.f)⁵. Los estereotipos, por otro lado, son definidos por la Real Academia Española como la “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable” (RAE, en línea), lo que da cuenta que los estereotipos, al igual que los prejuicios, son construcciones sociales.

En la vejez, los estereotipos habituales en múltiples contextos son usados como elemento de discriminación y muchas veces con intereses ocultos que buscan el poder de un grupo sobre otro.

Una de las primeras personas en definir la discriminación hacia las personas mayores en 1969, fue el psiquiatra Robert Butler, quien señaló al conjunto de actitudes negativas hacia los ancianos y el proceso de envejecimiento como *ageism*, en español, *vejismo* (Whittington, 2014). Específicamente, lo definió como el conjunto de actitudes negativas, socialmente estereotipadas, prejuicios mantenidos por la población en detrimento de la vejez, la ancianidad y el proceso de envejecimiento como un ciclo de la vida asociado a enfermedad, padecimientos y soledad. En Argentina, el psiquiatra y psicoanalista Salvarezza (2002), caracteriza al vejismo como una conducta compleja, determinada por la población para devaluar consciente e inconscientemente el estatus social de la ancianidad. Uno de los estereotipos más arraigados en la sociedad es el *edadismo*, este término refiere a “los estereotipos, los prejuicios y la discriminación contra las personas debido a su edad” (OMS, en línea).

En la actualidad, las sociedades occidentales, influenciadas por los medios y las nuevas tecnologías de la comunicación, priorizan la imagen de lo bello, lo joven, lo proactivo, por lo que la vejez y el envejecimiento, quedan asociados a la idea de decrepitud y pérdida. Estas concepciones negativas, pueden resultar perjudiciales en las personas mayores, tanto a nivel colectivo como en lo personal. Las consecuencias de estas miradas negativas pueden conducir a que la población mayor quede excluida de la sociedad, comunidad y de la vida familiar, así como pueden afectar su autopercepción, condicionando la salud mental y física.

Los prejuicios mantenidos socialmente generan una visión unidimensio-

5 INADI: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación Argentina.

nal, un diálogo que es transmitido de generación en generación que condena a la vejez a un período de involución, donde tiene lugar una ruptura de valores anteriores, un rencor a todo lo que refleja la ancianidad (Salvarezza, 2002).

Los prejuicios que se encuentran más arraigados socialmente al concepto de vejez son:

- *Como etapa pasiva de la vida:* puede encontrarse dos formas, algunas veces se generaliza en considerar a las personas mayores por su sola condición de edad como pasivos, aislados, sin deseos de integrarse socialmente y por otro, se los asocia por el retiro jubilatorio, a personas “pasivas”, consideradas improductivas. Se enfrentan así a la desvalorización social por no cumplir con roles activo-productivos y de lucro.
- *Como sinónimo de enfermedad:* suele reducirse la vida de las personas mayores a un problema médico, aun cuando pueden o no experimentarlos, y si los experimentan éstos no necesariamente afecten su salud funcional o inhiban o limiten el desarrollo normal de las actividades diarias. Este prejuicio muchas veces incide en la enajenación al sujeto de sus propias decisiones, restándole su capacidad de elección.
- *Las personas mayores son como niños:* a diferencia de un niño, una persona mayor toma sus propias decisiones, por lo que considerarlos como niños es infantilizarlos, descalificar sus propias ideas y opiniones. Puede suceder que algunas personas mayores presenten conductas regresivas o infantiles, pero esto se debe a que pueden padecer alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica.
- *Como etapa asexualada:* el deseo aparece con el nacimiento y desaparece sólo con la muerte. Las personas mayores pueden tener una vida sexual activa y la sexualidad no se reduce sólo al acto sexual, sino que se apoya en el sentirse deseado y desear al otro.
- *Son rígidos y estructurados:* las personas mayores tienen capacidad de transformar sus actitudes, comportamiento o estilo de vida. Cuentan con recursos para adaptarse a diferentes situaciones, a partir de la experiencia por los años vividos, el camino recorrido y las estrategias de las que disponen para utilizar para nuevos aprendizajes y enseñanzas.

- *Las personas mayores se resisten a los cambios:* este grupo etario no está exento de desear cambios que les permitan alcanzar un mayor bienestar. De allí que sea prejuicioso pensar que se trate de un segmento etario sin permeabilidad al cambio. Pueden ser flexibles y adaptarse a nuevas situaciones.
- *Como una etapa de empobrecimiento intelectual y sin posibilidad de aprender:* este prejuicio se apoya en la creencia de que todos los mayores padecen dificultades intelectuales, de aprendizaje y problemas de memoria. Es un error confundir los deterioros patológicos, con el declive intelectual propio del proceso del envejecimiento cerebral. Las personas mayores cuentan con recursos suficientes para mejorar sus habilidades y adquirir nuevos aprendizajes durante toda la vida.

La rigidez de los prejuicios lleva a la degradación de la subjetividad, entendida como la particularidad de una persona, más allá de pertenecer a una edad, raza o condición social. De este modo, se deja de preguntar al sujeto sobre sus deseos y se les supone respuestas anticipadas, generalizadas como “todos los mayores” creen, hacen o desean.

La contracara de los estereotipos negativos hacia las personas mayores es la valoración positiva atribuida a la sabiduría, la experiencia, la bondad, entre otras. Esta visión, caracteriza a las personas mayores desde una posición positiva, sin embargo, no deja de ser un estereotipo, debido a que no todas las personas mayores responden necesariamente a estos parámetros de valoración.

Romper con los estereotipos y los prejuicios hacia la vejez, implica aceptar que hay muchas maneras de envejecer, que no sólo es posible avanzar hacia una idea determinada de persona mayor, sino que dependerá de la persona en concreto, de su carácter, de sus experiencias, de la educación recibida, del contexto en que se encuentre, de sus preferencias, hábitos y costumbres, etc. Es decir, implica concebir a las personas mayores como un grupo social heterogéneo, formado por personas diferentes entre sí, con problemas, preocupaciones y necesidades diferentes (Fuentes Gómez-Calcerrada y Navarro Cortés, 2012).

REVISIÓN DE ESTEREOTIPOS DESDE UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA

Resulta interesante aquí recuperar aprendizajes de una experiencia educativa, acerca del envejecimiento como construcción social desde la mirada de estudiantes participantes en actividades desarrolladas en contacto con la realidad de personas mayores.

El módulo “Envejecimiento y Salud” del Programa Salud Pública en Ambientes Urbanos aporta a los estudiantes claves para entender el fenómeno social de envejecimiento poblacional e individual, así como su relevancia para el análisis epidemiológico y el diseño de políticas de salud. Partiendo de reconocer que uno de los principales problemas que enfrenta la población de adultos mayores es la discriminación y la homogeneización, el trabajo del módulo incorpora la reflexión sobre los procesos de envejecimiento contemplando los condicionantes sociales, culturales y políticos y, especialmente, la perspectiva de derechos. Una estrategia pedagógica utilizada consiste en complejizar la mirada de los estudiantes sobre la población envejecida, en primer lugar, invitándolos a reflexionar sobre sus imágenes, valoraciones y experiencias en relación con las personas mayores, con el propósito de reconocer estereotipos vigentes y diferencias culturales. Algunas de estas ideas compartidas por los estudiantes ponen en evidencia la homogeneización: “tienen vidas similares”, “después de cierta edad, todos tienen algo de demencia”, “envejecer implica pérdidas que restan felicidad, se pierden amigos, maridos/esposas...”, “la edad conlleva enfermedad”, “los adultos mayores aman a los niños”, “los adultos mayores se vuelven como niños nuevamente”, entre otros conceptos. Luego de esta sensibilización acerca de sus percepciones, los estudiantes tienen la oportunidad de acercarse de manera experiencial a las problemáticas reales de las personas mayores, desde una voz en primera persona en el diálogo sobre experiencias de vida con adultos mayores que participan de un Centro social y asistencial de la Ciudad de Buenos Aires. Los estereotipos comunes basados en sus experiencias previas, principalmente familiares, se contrastan finalmente con las percepciones que surgen de esta experiencia de diálogo. De manera general, los estudiantes podrán pensar cómo los estereotipos operan para invisibilizar a esta población y se pueden plantear un cambio de mirada para enfocarse más en lo que los adultos mayores pueden hacer, en lugar de sus limitaciones, poniendo en cuestión la fuerte asociación prevalente en el imaginario colectivo entre vejez-inactividad. Los siguientes son testimonios de algunas de estas reflexiones⁶:

6 Las reflexiones y testimonios que se comparten aquí fueron registrados a través de una encuesta y entrevistas realizadas en septiembre de 2020.

“Mi percepción de la población mayor principalmente refería a las experiencias de mis abuelas y otras personas mayores cercanas. A los 12 años tuve la oportunidad de participar como voluntaria en un asilo con mi grupo de “Girls Scouts”, pero sólo recuerdo que los adultos mayores me resultaban graciosos y que estaban muy aislados dentro de ese centro. El trabajo en asilos en Estados Unidos es muy estigmatizado por la sociedad como un trabajo desagradable. Por otro lado, en mis cursos de salud pública siempre me enseñaron que el factor más importante de la enfermedad es la edad, por lo que asociaba directamente vejez con enfermedad. También es la imagen que circula en las publicidades y los medios de comunicación donde el adulto mayor sólo es pensado como receptor de objetos o servicios relacionados con la salud, en lugar de personas activas que viajan o realizan alguna actividad interesante. Después de participar en el módulo Envejecimiento y Salud” y visitar el Centro de Día en Buenos Aires, mi percepción sobre los adultos mayores definitivamente cambió y se amplió. Me hizo pensar, por ejemplo, en el hecho que los adultos mayores son parte importante del poder de la mayor parte de las naciones, pero que si siguen activos no se los piensa como adultos mayores, sino como “el presidente”, “el diputado”. Aprendí que muchos pueden vivir una vida feliz, saludable y socialmente activa. También que las problemáticas que enfrentan no solo refieren a la salud-enfermedad, sino que son más diversas y se vinculan con las condiciones sociales y con las emociones. Por ejemplo, el aislamiento es uno de los problemas más graves que enfrenta esta población, y, en este sentido, considero que la comunidad y el gobierno tienen la responsabilidad de apoyarlos. Por último, aprendí también que es importante escuchar sus propias voces para entender los problemas que enfrentan y diseñar políticas”. (Erica Harp).

“Reconozco que tenía algunas ideas generalizadas sobre los adultos mayores, como que su principal problema son las enfermedades, los problemas cognitivos o las dificultades de movilidad, que se basaban principalmente en las experiencias de mis abuelos. Reflexionando sobre esas ideas, que funcionan como estereotipos, pienso que a mayor escala tienen la función de excluir a las personas mayores y “sacarlas de la vista”. Personalmente pensar sobre estas cosas me ayudó a correr el foco de lo que los adultos mayores “no pueden hacer” hacia una mirada más positiva sobre todo lo que son capaces de hacer. Sin embargo, tampoco considero que sea adecuado generalizar visiones positivas sino apreciar la diversidad que existe. Especialmente interesante para la salud pública, en paralelo con identificar tendencias en la población

envejecida, es reconocer la diversidad en el plano individual que existe dentro de esa población. En este sentido, entender que las diferencias en estatus socioeconómico y experiencias de vida se traducen en diferencias en su estado de salud y calidad de vida durante la vejez. Dialogar directamente con adultos mayores fue especialmente importante para entender los problemas que discutimos en la clase. Aún recuerdo y valoro mi conversación con un hombre mayor participante del Centro que había trabajado toda su vida como enfermero y cómo me sensibilizó su soledad. Por otro lado, mi experiencia en Buenos Aires y el contacto con adultos mayores que eran parte de las familias anfitrionas del programatambién contribuyó a ampliar mi visión, y, algo que noté, es lo integrado que están las personas mayores a la vida y dinámica familiar cotidiano”. (Will Canavan)

“Basándome en la experiencia de uno de mis propios abuelos tenía la fuerte impresión de que los adultos mayores tendían a aislarse. Participar en las actividades del Programa sobre envejecimiento y salud, me hizo repensar el grado en que los sistemas crean barreras para que las personas mayores se involucren en la vida cívica y social. Siendo una estudiante de la salud con un fuerte interés en la equidad, siempre trato de pensar en las formas en que los sistemas limitan la agencia, pero no había aplicado antes ese marco a los adultos mayores por lo que aprecie que habláramos de las inequidades específicas que sufre esta población. Conversando con adultos mayores, pude percibir estas desigualdades en distintos planos, desde lo inaccesible que puede ser para ellos transitar por espacios públicos de la ciudad que presentan aceras agrietadas y escaleras, la discriminación laboral a aquellos que quieren y pueden seguir trabajando, la variabilidad en el acceso a la seguridad social de acuerdo con si han sido trabajadores formales y de que rubro, entre otros temas”. (Kelly McHugh)

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE, UN MARCO PARA LA ACCIÓN

El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de los años ‘90, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache & Kickbusch, 1997).

Este concepto parte de una concepción amplia de la salud, no limitada a la ausencia de enfermedad, y tuvo la fuerte intención de abogar por la participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales o civiles de las personas mayores. Por lo tanto, no establece solo objetivos de salud sino también de participación y seguridad económica, ya que los tres están inexorablemente ligados.

Se enmarca también en una perspectiva de “curso de vida” para crear una base de continuidad en las políticas que optimice la calidad de vida desde el nacimiento hasta la muerte y para alentar el compromiso de todos los grupos etarios. Curso de Vida es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior (Blanco, 2011).

El envejecimiento activo fue definido como el proceso de optimización de las oportunidades *de salud, participación y seguridad* con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS, 2015). En los últimos años a los conceptos de salud, participación y seguridad, se sumó el de educación permanente, para señalar la necesidad de continuar aprendiendo a lo largo de toda la vida, en un mundo en el que los cambios son de una magnitud impresionante.

El concepto de envejecimiento activo y saludable, no se restringe a la actividad física o a la posibilidad de seguir trabajando, sino a las oportunidades de participación, de inclusión en actividades familiares, sociales, cívicas, de voluntariado, etc. Y tampoco se acota a determinada edad o estado de salud, por el contrario, incluye a las personas frágiles o dependientes exigiendo para ellos los mismos derechos de acceso a la salud, a un ingreso digno, a la participación y a la educación.

De esta manera apela a que las personas mayores que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, y comunidades. El envejecimiento activo promueve acciones preventivas, restauradoras y paliativas.

Finalmente, la OMS aborda el envejecimiento activo basándose en los derechos enunciados en los “Principios de la Organización de las Naciones Unidas en favor de las Personas Mayores” (ONU, en línea), enfoque que va más allá de una perspectiva basada en las necesidades.

Si bien el concepto es amplio, el último informe de la OMS (2015) retoma el concepto de envejecimiento saludable, y define el “envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”, de tal manera que la persona pueda continuar realizando aquellas acciones que son importantes para ella. Incluye las características físicas y psicológicas de las personas, y de las características de los entornos que van a influir positivamente o como obstáculos de esa capacidad.

Propone cuatro cuestiones claves para tener en cuenta para la formulación de políticas públicas: reconocer la diversidad, asumir un enfoque centrado en las personas, reducir la inequidad, garantizar el derecho a elegir y envejecer en el lugar que les resulte adecuado.

Los dos documentos, el de la OMS y el de la ONU, enfatizan la importancia de los entornos para garantizar un envejecimiento activo y saludable y proponen por lo tanto un enfoque integral e intersectorial para la formulación de políticas públicas destinadas a las personas mayores. El proyecto de Ciudades Amigables con la Edad es un buen ejemplo de cómo promover la activa participación de las personas mayores en la sociedad.

CIUDADES AMIGABLES CON LA EDAD⁷

La Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores (Age Friendly Cities, (AFC)) es un proyecto promovido por la Organización Mundial de la Salud. Nace como respuesta a dos tendencias características de la población mundial contemporánea: el progresivo envejecimiento de la población mundial y el proceso de urbanización. Se fundamenta en la comprensión que los cambios que suponen estas tendencias son de gran impacto en las condiciones de vida la población adulta mayor. La iniciativa presenta como objetivo promover que las ciudades adapten sus estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con

7 En este apartado nos basamos en numerosos informes elaborados acerca del diseño del proyecto y su implementación en diferentes etapas. Ver Gascón (s.f. , 2005. 2007), Gascón y Redondo (2015).

diversas necesidades y capacidades y apela a la decisión y compromiso político como condición necesaria para su puesta en marcha.

La iniciativa adopta como marco conceptual el paradigma del envejecimiento activo y saludable, el enfoque de derechos y de curso de vida. Tomando como base estas perspectivas, una ciudad amigable con los mayores reconoce la gran diversidad que existe entre las personas mayores, promueve su inclusión y contribución en todos los aspectos de la vida comunitaria, respeta sus decisiones y elecciones al respecto de sus estilos de vida; y prevé y responde con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento. En una ciudad amigable con los mayores, existe una cultura de inclusión compartida por las personas de todas las edades y niveles de aptitud.

En síntesis, la OMS la define como aquella en las que “las políticas, servicios y estructuras, así como el entorno físico y social, están diseñados para apoyar y hacer que la persona mayor permanezca activa, es decir que viva con seguridad, goce de buena salud y participe plenamente en la vida comunitaria” (OMS, 2007).

La implementación del proyecto consiste en la realización de una investigación a modo de Diagnóstico, y el desarrollo posterior de un Plan de Mejoras.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en una investigación que integra múltiples aspectos que afectan a la vida de cualquier ciudad, que son sintetizados en ocho dimensiones a indagar: transporte, habitación, espacios al aire libre y construcciones urbanas, apoyo comunitario y servicios de salud, comunicación e información, participación cívica y empleo, respeto e inclusión social, y participación social.

El estudio parte de la comprensión de que para indagar las características que presenta una ciudad con relación a la población de adultos mayores, es esencial ir a la fuente: los residentes de edad avanzada de la ciudad, otorgando un papel protagónico a los adultos mayores, asignando relevancia a sus necesidades, percepciones y opiniones, y propiciando su participación ante los cambios necesarios en el entorno y la toma de cualquier decisión que les afecte.

Para lograr la participación real de la ciudadanía, principalmente de las personas mayores, la OMS (2005) propone una metodología detallada en el Protocolo de Vancouver, basada en la realización de grupos focales, en los que se debate y recoge la opinión de las personas mayores y de otros grupos relevantes en este ámbito de trabajo, como son las cuidadoras y cuidadores de personas mayores y las proveedoras y proveedores de servicios.

PLAN DE MEJORAS

El segundo objetivo es formular un Plan de Mejoras, basado en el diagnóstico previamente realizado. Requiere un enfoque integral e intersectorial, dadas las múltiples dimensiones que aborda, evitando la visión parcial de los problemas. La puesta en marcha de este proyecto requiere una decisión política en el más alto nivel, para liderar el trabajo intersectorial, fijar áreas de acción metas e indicadores, que permitan evaluar su cumplimiento. El Plan Estratégico va proponiendo soluciones de corto plazo, al mismo tiempo que avanza en la construcción de consensos sobre los asuntos a encarar en el mediano y largo plazo, siempre con la participación y asunción de responsabilidades por parte de los diversos sectores o áreas municipales y grupos sociales, de manera coordinada.

DESARROLLO DEL PLAN

Las personas mayores a través de un “grupo motor” participan en cada una de las etapas: diagnóstico, ejecución, evaluación y seguimiento. Para asegurar dicha participación se estimula la conformación de instancias participativas, tales como Consejos de Adultos Mayores o Consejos intersectoriales de Ciudades Amigables u otros, según la estructura municipal de que se trate.

El éxito de este modelo de planificación estratégica consiste en el poder de anticipación, la iniciativa y la reacción oportuna al cambio, sustentando sus actos no en arbitrariedades sino con un método, plan o lógica, con claros objetivos y la definición de los procedimientos adecuados para alcanzarlos. En definitiva, tiene un valor agregado para el gobierno local ya que deja instalado un modelo de formulación de política pública basada en la coherencia, la integralidad, la coordinación y la transparencia.

Para las personas mayores su participación en las distintas etapas del proyecto significa una posibilidad de reducir los niveles de exclusión a los que se ven expuestas por las diferentes dificultades del entorno, así como la baja visibilidad que tienen sus problemas y necesidades. Al ofrecerles un espacio de genuina participación, promueve el empoderamiento y ejercicio activo de los ciudadanos mayores en la defensa de sus derechos y en la capacidad de influir en todas las decisiones que se tomen y afecten sus vidas.

HACIA UNA RED NACIONAL DE CIUDADES AMIGABLES

La primera iniciativa global “Ciudades Amigables con la Edad” se llevó a cabo en el año 2007 en 32 ciudades seleccionadas alrededor del mundo. En el año 2020, la Red Global de Ciudades Amigables, ha alcanzado la adhesión de más de 540 ciudades de todas las regiones del mundo.

A nivel nacional, en Argentina tuvo como primera unidad de análisis a la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, siendo la Universidad ISALUD la institución nacional responsable de llevar a cabo el estudio. En el año 2018, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) se constituyó en el primer programa de América Latina afiliado de la Red de Ciudades Amigables y en este marco asesora a municipios y provincias para sumarse al programa. La ciudad de La Plata, seis municipios de la provincia de Mendoza, el Municipio de Vicente López, la Ciudad de Buenos Aires, el Municipio de San Martín y General Pueyrredón se han sumado a la red y se encuentran en distintas fases del proyecto. Mientras que muchos otros municipios del conurbano bonaerense y del interior del país han demostrado su interés en sumarse a esta red.

COINCIDENCIAS DIAGNÓSTICAS

A continuación, se sintetizan algunos resultados sistemáticos de los grupos focales con adultos mayores en las distintas ciudades de Argentina en las que se implementaron estudios.

Como principales obstáculos para la participación se señalan la inseguridad derivada de la criminalidad, las veredas rotas y la falta de mantenimiento de los espacios verdes, la inadecuación del transporte público, tanto por el recorrido como por las características de las unidades, la falta

de cumplimiento de las normas básicas de tránsito, y la inaccesibilidad de los edificios.

También se registra opinión unánime de desventajas sobre los servicios de salud disponibles para las personas mayores, en sus tres modalidades de cobertura: público, obras sociales y privado. En este caso se señalaron dificultades en el acceso a los servicios de salud, especialmente por el cobro de co-pagos tanto en las consultas médicas, como en los medicamentos.

Estas dificultades se agravan en el caso de las personas mayores de bajos ingresos y de más edad quienes en una significativa mayoría quedan conminados a no salir de sus barrios o de sus casas, si no pueden solventar el apego de un transporte privado.

También es recurrente el sentimiento de “ser usados políticamente” y no ser consultados a la hora de tomar decisiones sobre temas que les conciernen.

En los últimos años, se han incrementado las opiniones de las personas mayores en relación con lo que se denomina “maltrato tecnológico”. La imposición de realizar trámites online, la utilización de cajeros automáticos, call center y otros dispositivos para los que no han recibido oportunidades de aprendizaje.

EXPERIENCIAS DE PROMOCIÓN DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

En la ciudad de Buenos Aires, tanto desde Estado como de la sociedad civil, se han desplegado experiencias que se enmarcan en el paradigma del envejecimiento activo y saludable. A continuación, se comparten dos propuestas que forman parte de los casos de estudio en el marco del módulo Envejecimiento y Salud, experiencias que complementan contenidos teóricos en la formación de los estudiantes del Programa Salud Pública en Ambientes Urbanos de SIT.

CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Los Centros de Día para Personas Mayores es un proyecto dependiente de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores (SECISPM) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha Secretaría trabaja para

contribuir a envejecimiento activo, flexible y adaptable a los cambios sociales. En este sentido, promueve la inclusión social de los adultos mayores y busca garantizar el cumplimiento de los derechos y la asistencia integral de las personas mayores.

En ese marco, los Centros de Día están destinados a adultos mayores auto válidos de 60 años y proveen atención diurna, en espacios propios y de la comunidad, con los objetivos de: atender la problemática psicosocial de los adultos mayores favoreciendo la integración con sus pares; desarrollar programas recreativos y culturales que optimicen la utilización del tiempo libre; contribuir al establecimiento de nuevas redes sociales; desarrollar acciones de atención primaria de la salud; estimular el intercambio intergeneracional y la extensión comunitaria; y generar espacios que favorezcan la autogestión y la participación.

En los Centros de Día las personas mayores desayunan, almuerzan y meriendan juntos. Participan de actividades reflexivas, recreativas, culturales, corporales y cognitivas, como: yoga, tai-chi, teatro, tango, plástica, música, historia, estimulación de la memoria, computación, gimnasia, recreación, musicoterapia, salidas culturales y recreativas, actividades deportivas y campamentos. Asimismo, pueden obtener orientación psicológica, social y jurídica.

En síntesis, los Centros de Día, ubicados a lo largo de toda la ciudad, son espacios que trabajan enfocados en favorecer la autonomía y el envejecimiento activo de las personas mayores y representan un proyecto alternativo a la internación de las personas mayores en hogares de residencia permanente.

CENTRO INTEGRAL DE ADULTOS MAYORES “JOFESH” - AMIA

La Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA) es una organización social de la Ciudad de Buenos Aires, que trabaja desde 1984 en la promoción del bienestar y el desarrollo individual, familia e institucional de la vida judía en la Argentina, sosteniendo los valores del pueblo judío y afianzando el sentido de Comunidad.

Entre sus programas sociales se encuentra el Centro Integral de Adultos Mayores “Jofesh” destinado a para personas mayores de 60 años con capacidad para valerse por sí mismas. A través de una propuesta social, cultural

y recreativa integral, se promueve el envejecimiento activo, la participación social y comunitaria, y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores. Jofesh, que significa “libertad” y también “esparcimiento”, fue uno de los primeros Clubes para Adultos Mayores de la Comunidad Judía.

El Centro Integral ofrece una amplia grilla con 40 talleres regulares a lo largo del año y diversas actividades especiales, donde se trabaja en las áreas de Movimiento, Estimulación sensorial y cognitiva, Música, Arte, Tecnología, Expresión, Reflexión y Vinculación con la naturaleza. Funciona diariamente y cuenta con la participación de un promedio semanal de 300 adultos mayores.

Testimonios de estudiantes del Programa sobre la labor de los Centros de Día que destacan su aporte a la integración y bienestar de los adultos mayores:

“Al visitar el centro de día y conversar con los adultos mayores, percibí que tales lugares de reunión son esenciales para su bienestar físico y mental. Los Centros de Día proporcionan un lugar para hacer amigos y socializar, comer una comida caliente, ejercitar sus capacidades físicas y mentales y descubrir nuevos hobbies como aprender informática. En síntesis, los centros facilitan a los adultos mayores una comunidad de apoyo y revitalizan su participación en distintos proyectos, disminuyendo el aislamiento en esta etapa de la vida”. (Jessica Barmine)

“Los adultos con los que hablé en el Centro de día me comentaron que se benefician de asistir al centro por la interacción social que les permite, las clases que les ofrecen...una de las mujeres compartió que luego de la muerte de su esposo a veces se sentía sola y triste en casa y que gracias al centro ella tiene una comunidad de amigos”. (Erica Harp)

“Me sorprendió mucho el sentido de comunidad del Centro de Día. Algunos de los participantes habían asistido durante largos períodos de tiempo y habían llegado a conocerse bastante bien, parecían un grupo bien afianzado. Me llamó la atención especialmente el relato de una mujer que había estado asistiendo al centro porque vivía cerca de allí, al mudarse de barrio decidió seguir asistiendo, aun cuando eso significaba que tenía que movilizarse en transporte público. A pesar de que el viaje le creaba

ansiedad, no quería dejar de ver a sus amigos allí y quería continuar participando de las actividades...claramente el centro era parte de su rutina".
(Laine Kotosky)

A MODO DE CIERRE

A pesar de la relevancia de los impactos y de las consecuencias pre-visibles del progresivo envejecimiento de la población mundial y de los continuos avances del proceso de urbanización, aún no se ha tomado debida cuenta de las implicaciones de este nuevo escenario, de sus posibles alcances, ni de las profundas transformaciones que deberían encararse para dar respuestas efectivas a los desafíos del envejecimiento poblacional. Se manifiesta una notoria pasividad para elaborar políticas públicas innovadoras, intersectoriales y centradas en las necesidades y preferencias de la población mayor. Por su parte, las personas mayores exhiben creciente conciencia acerca de sus derechos a hacerse escuchar y a participar activamente en todas las esferas de la vida ciudadana.

Existen visiones negativas y positivas acerca del envejecimiento, los más pesimistas instalan el envejecimiento como un nuevo problema social, mientras que los optimistas, lo toman como una ventana de oportunidades y como un éxito, debido a que gradualmente la humanidad ha logrado extender la expectativa de vida. Sin embargo, así como es un logro, también es un desafío, porque la población está envejeciendo rápidamente y las personas mayores exhiben creciente conciencia acerca de sus derechos a hacerse escuchar y a participar activamente en todas las esferas de la vida ciudadana.

La transición epidemiológica no constituye un proceso lineal, las enfermedades crónicas han aumentado, las enfermedades y las muertes por causas evitables, tanto crónicas, como transmisibles persisten, como es el caso del COVID-19 que ha dominado la escena en el último año. Los servicios de salud siguen centrándose en las enfermedades agudas y existe un escaso o casi nulo desarrollo de dispositivos socio-sanitarios preventivos y enfocados en las personas mayores dependientes. Como se observó en las proyecciones de población, los grupos de mayor edad muestran una proyección de crecimiento. La población de adultos mayores necesita ser considerada en

su diversidad, a través de la promoción de su participación en las decisiones, así como requiere de cuidados integrados e integrales.

Estamos actualmente en una revolución del envejecimiento, que reclama un cambio radical en la consideración de las necesidades de las distintas edades y en los sistemas de servicios sociales y de salud. Se hace imperioso crear políticas socio-sanitarias donde se aborden las diversas situaciones de sociales y de salud, desde una mirada integral que permita identificar aspectos propios del envejeciendo individual y de la vejez como construcción social. Existe una alta presión sobre las familias para que cumplan con las funciones de seguridad y protección, pero limitados recursos y escasa comprensión de los cambios que limitan sus posibilidades de cumplir con tal rol. Se plantea la necesidad pensar políticas que contemplen los derechos de la población mayor y que fortalezcan estrategias y dispositivos que les permita envejecer en un contexto de mayor equidad.

Referencia Bibliografica.

- Blanco, M. (2011): El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 5, núm. 8, enero-junio, 2011, pp. 5-31. Bs. As.
- Butler, R. N. (1969): Age-ism: Another form of bigotry. En: *The Gerontologist*, N° 9, 243-246.
- Fuentes Gómez-Calcerrada, J. y Navarro Cortés, N. (2012). Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional. *Envejecimiento en red*. Gobierno de España.
- Gascón S. (s.f.) “Ciudades Amigables con las personas Mayores en la región Latinoamericana”. *Helpage América Latina*. Recuperado de: <http://www.helpagela.org/silo/files>
- Gascón, S. (2007). *Ciudades y Comunidades amigables en Latinoamérica. Como ser una comunidad amigables con las personas mayores- IMSERSO*. Madrid, España.
- Gascón, S. (2008). *Ciudades Amigables con la edad. Aplicación del protocolo de Vancouver a la ciudad de La Plata*. En *Serie de estudios Isalud*. Ediciones ISALUD.
- Gascón, R. y Redondo N. (2015). The implementation of Age Friendly Cities in three districts in Argentina. En E. T. Garon., *Age Friendly Cities an Communities in International Comparision* .Editoral Springer.
- Gascón, S. (2016). *Políticas Sociales y Adultos Mayores en Argentina. En Repensar la Inclusión Social. Políticas Públicas y sociedad civil en la Argentina (1991-2016)*.Capital Intelectual y Tzedaka.
- Global Age WatchIndex (2015). *HelpAge International*, PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK. ISBN 978-1-910743-00-3
- Huenchuan S. y Rivera E. (eds.), (2019) *Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (LC/MEX/SEM.245/1)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019.
- Huenchuán, S (2011). *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1: Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile.

- ILC-Brasil (2015). *Envejecimiento Activo- Un marco político en respuesta a la revolución de la longevidad*. Obtenido de <https://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/>
- INADI (s.f). Discriminación por Edad, Vejez, Estereotipos y Prejuicios. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Argentina. <https://www.conabip.gob.ar/sites/default/files/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios%20PARA%20CLASE%201.pdf>
- INDEC, (en línea a) Cuadro 20 Índice de dependencia potencial. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-999-Censo-2010>
- INDEC (en línea, b) Tabla de Mortalidad 2000-2001. Recuperado de [WebINDEC - Población / Tablas de mortalidad / Tablas de mortalidad](#)
- INDEC (2013). *“Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: total del país.”* - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, ISBN 978-950-896-431-1
- Kalache & Kickbusch. (1997). *A Global Strategy for Healthy Ageing*. World Health. ageing. *World Health, 50* (4), 4 - 5. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330616>
- Laslett, Peter (1989). *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. Cambridge. Massachussets. Harvard University Press. 1991 Edition. Citado en Redondo (2012)
- Ley 27.360 (2015). Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores-Aprobación. Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/275347/norma.htm>
- Naciones Unidas (2019). Informe *“Perspectivas de la Población Mundial 2019: Aspectos Destacados*. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Junio 2019. New York. Recuperado de: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf
- ONU (en línea). Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Recuperado de: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Organización de Estados Americanos (OEA), (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (en línea) Temas de Salud. Envejecimiento y ciclo de vida recuperado de <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/es/>
- Organización Mundial de la Salud, (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”. En: Rev. Esp. Geriátría y Gerontología 2002; 37(S2): 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2003). “Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” (Prólogo). Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Naciones Unidas. Madrid 2002.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Vancouver Protocol. Age Friendly Cities Project Methodology. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/publications>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Ciudades Amigables con los Mayores: Una guía*. Obtenido de <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Comisión sobre determinantes de la Salud. ISBN: 978 92 4 356370 1.
- Organización Mundial de la Salud (2015). “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. ISBN 978 92 4 356504 0.
- Real Academia Española (RAE) (en línea), Diccionario esencial de la lengua española. Recuperado de: <https://www.rae.es/desen/estereotipo>
- Redondo, N. (2012): El envejecimiento demográfico argentino y la situación social de los adultos mayores al finalizar la primera década del siglo XXI. En: Revista Población, Año 4, Número 8, marzo de 2012. ISSN: 1852-074X
- Salvarezza, L. (2002). Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires. Paidós.
- Toledo, A. (2010): Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. Revista Electrónica de Psicología Social “Poiésis”. ISSN 1692-0945 N° 19 – Junio de 2010.
- Torrado, S. (2003): Historia de la familia en la Argentina moderna (1870 – 2000). Cap. 7. Ediciones de la Flor. Buenos Aires. ISBN: 9789505152650.
- Whittington, Frank. J (2014) From Ageism to the Longevity Revolution: Robert Butler, Pioneer: The Gerontologist Vol. 54, No. 6, 1064–1074 doi:10.1093/geront/gnu100

CAPÍTULO 8

INEQUIDADES EN SALUD: EL CASO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL EN LA ARGENTINA

Daniela Guberman¹ Mariana Romero²

SECCIÓN 1. ¿QUÉ ES LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA? ¿POR QUÉ ES UN ÁREA TEMÁTICA RELEVANTE EN LA ARGENTINA?

INTRODUCCIÓN

El campo de la salud sexual y reproductiva es un campo conformado recientemente. Su primera definición data de finales de la década del 80. Unos años más tarde, la definición y sus alcances fueron convalidados por el consenso de los países que integran las Naciones Unidas en los documentos relativos a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 (NU, 1995) y en la Conferencia Internacional sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 (NU, 1996). En su operacionalización se incluyen aspectos relativos a la sexualidad, la reproducción, los cánceres genitales y de los órganos reproductivos, la violencia de género, las infecciones de transmisión sexual, entre otros.

La salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (OMS, en línea (a)). Esta definición hace explícitas la capacidad de las personas de

1 Licenciada en Geografía (UBA). Investigadora IIGEO-UBA.

2 Médica, Mg en Ciencias en Salud Reproductiva. Investigadora CONICET-CEDES. Docente del Seminario “Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud Universidad” del Programa SIT “Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

“disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos” (OMS, en línea (a)) y la capacidad y libertad para decidir procrear, cuándo y con qué frecuencia hacerlo.

Reconociendo el espectro y la integralidad del campo, a la vez que respondiendo al propósito de esta publicación, abordaremos en este capítulo algunos conceptos fundamentales sobre la morbilidad materna e infantil y se aplicará el modelo de determinantes sociales para analizar cómo se expresan los distintos determinantes sociales cuando deben proveerse servicios de salud desde una perspectiva de género, de derechos y de equidad (Romero et al., 2010). Asimismo, se considerarán algunos de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil en el caso específico de la Argentina, con el objetivo de analizar las diferencias regionales que estos fenómenos presentan a escala subnacional.

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA COMO DERECHOS

De acuerdo a la OMS, se entiende a la salud reproductiva como el completo estado de bienestar y no la sólo la mera ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas a los procesos reproductivos, que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (OMS (a), en línea).

Al mismo tiempo, define a la salud sexual como el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Ésta necesita de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como también de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OPS, 2018).

En la Argentina, con la reforma constitucional de 1994 se incluyó el artículo 75 inciso 22 a la Constitución Nacional. En este artículo, el Estado incorpora con rango constitucional tratados y convenciones internaciona-

les, entre ellos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; reconociendo así el derecho a la autonomía reproductiva y al goce de los derechos incluidos en la salud sexual y la salud reproductiva. Estos derechos son una parte fundamental del derecho a la salud en particular e integran de manera interdependiente a todos los derechos humanos. El Estado argentino tiene la obligación internacional de respetar y garantizar el más alto nivel posible de salud sexual y salud reproductiva.

Esto implica velar por el cumplimiento de numerosas legislaciones nacionales que acompañan convenciones internacionales. Algunos ejemplos se refieren a la ley nacional 23.179 (1985), en la que se propone adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, ley nacional 23.849 (1990); que indica respetar y garantizar el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; ley nacional 26.378 (2008), que promueve el respeto y el derecho de todas las personas con discapacidad a acceder en condiciones de igualdad a una atención de salud de la misma calidad.

Argentina adoptó en 1994 el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (N.U., 1994), comprometiéndose a asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva y a propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia. También a atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

En 2013, Argentina adoptó el Consenso de Montevideo, que dio seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población de El Cairo, reafirmando su compromiso de promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.

LEY NACIONAL N° 25.673: CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

En el año 2002 la sanción de la Ley 25.673 dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Al año siguiente, se reglamentó la ley y se puso en funcionamiento una política pública nacional específica basada en los derechos sexuales y reproductivos, enmarcada en una política que recuperaba el rol del Estado en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Al año siguiente, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) para lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos en la ley. Entre otras metas estableció la garantía para la población al acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos. Desde ese momento, hasta la actualidad se consolidaron los programas de salud sexual y reproductiva en todas las provincias y se incrementó el número de establecimientos sanitarios en todos los niveles de atención que brindan servicios de salud sexual y reproductiva. Se estima que más de 6.000.000 de mujeres accedieron de manera gratuita a los métodos anticonceptivos entre 2003 y 2011 (Kanterewicz et al., 2015).

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable estableció, como objetivo central, la disminución de las desigualdades que afectan la salud sexual y reproductiva de la población. La metodología para reducir las brechas de atención fue mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, incluyendo la priorización en:

- Acceso universal y gratuito a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Igualdad de oportunidades.
- Calidad de la atención.
- Redistribución de recursos materiales y simbólicos.

Posteriormente, siguieron numerosas leyes que garantizan y amplían derechos sexuales y reproductivos, entre ellas, la ley de matrimonio igualitario, la ley de parto respetado, la ley de identidad de género y muy recientemente, la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL: CÓMO ACOTAR Y POR QUÉ

Cuando definimos un tema de interés hacemos el ejercicio operativo de representar un recorte arbitrario de la realidad que nos interesa en ese momento. Así, plasmamos en un marco conceptual o teórico las dimensiones que incorporará nuestro trabajo, así como las que quedarán por fuera, cuáles son las relaciones entre las dimensiones seleccionadas y cómo influyen en nuestro objeto de interés. El marco teórico, define el tema, indica las dimensiones que se contemplarán a lo largo de la investigación y la articulación entre las mismas. Su propósito es explicitar el recorte realizado de una parte de la realidad, que es compleja y multidimensional y también define y orienta las preguntas que nos guiarán a lo largo del proceso de investigación, a través de la estrategia metodológica que se seleccione acorde al tema que se abordará.

Como todos los modelos, estas son herramientas conceptuales que orientan el pensamiento y las acciones sobre un problema. La OMS, en su modelo de determinantes sociales busca explicar e interpretar el proceso salud-enfermedad a través de visibilizar y comprender las inequidades en calidad de vida y salud, así como orientar las intervenciones, reconociendo jerarquías y responsabilidades diferenciales importantes. A través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, creada en 2005, la OMS busca fomentar la equidad sanitaria en políticas y programas, así como mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas. (OMS (b), en línea)

En este capítulo, se seleccionó el modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal propuesto por UNICEF. Este modelo plantea que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados: los inmediatos (que provienen del individuo), los subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y las jurisdicciones) y los básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco fue concebido para valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como para la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal (UNICEF, 2008).

Factores inmediatos: los factores congénitos, las conductas de cuidados de la salud, las enfermedades infecciosas y el estado nutricional.

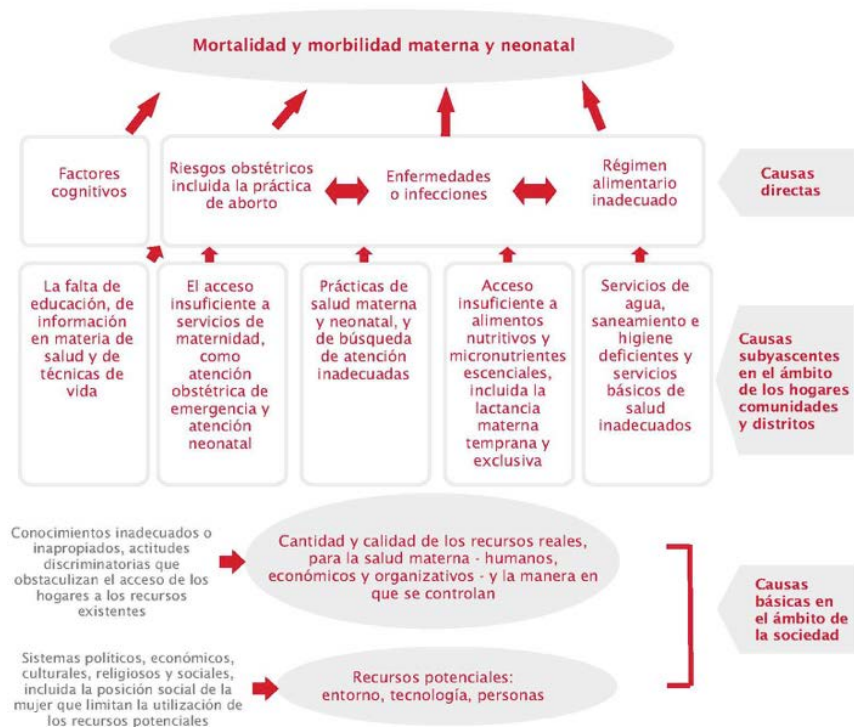
Factores subyacentes: la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados, la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, condiciones medioambientales deficientes, servicios de atención primaria de la salud inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal.

Factores básicos: la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género.

Según este modelo, la limitación en el acceso a servicios de salud de calidad, un problema que afecta a muchas mujeres, es un factor particularmente crítico. El estado de salud de la mujer embarazada y el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad son también factores que determinan la salud y la supervivencia neonatal.

Si se espera reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal se requiere el respaldo y la garantía de los derechos de las mujeres y las niñas. Si los esfuerzos sólo se dirigen a las intervenciones sanitarias que abordan las causas inmediatas y subyacentes de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, como disminuir la desnutrición materna, prevenir las enfermedades infecciosas, mejorar las instalaciones y las prácticas relativas a la higiene, el resultado será sólo parcial si las mujeres y las niñas viven en un contexto social en el que no se respetan sus derechos. Ampliar la cobertura de los servicios puede resultar insuficiente si las mujeres y las niñas carecen de acceso a bienes o servicios esenciales por barreras culturales, sociales o familiares (Romero et al., 2010).

Figura 01. Modelo conceptual de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal



Fuente: Romero et al. (2010)

Otra lectura posible, es que el marco propone una primera capa más externa a cada uno de los sujetos, llamada **nivel macro**. Allí vemos la cantidad y calidad de los recursos reales y potenciales e incluye variables y condiciones presentes en la sociedad. Este nivel atraviesa todas las dimensiones, pero está más distante de los sujetos que van a enfermar o morir. Luego, una capa intermedia, el **nivel meso**, que incluye las condiciones presentes en las comunidades u hogares donde viven los sujetos. Hablamos de lo relacionado a la educación, al acceso a salud, prácticas de la población respecto de la atención de salud, a variables relacionadas con la posibilidad del acceso a alimentos, nutrientes, prácticas de lactancia materna, entre otros. También a

servicios de agua segura o servicios de saneamiento que son comunes a esa sociedad y están insertos los sujetos. Finalmente, una tercera capa: el **nivel micro**, que son las condiciones inmediatas a los sujetos. Son algunos factores relacionados con el conocimiento, con riesgos obstétricos o enfermedades que afectan directo al sujeto y que son el eslabón final de la mortalidad y la morbilidad.

Estas capas atraviesan de forma transversal todas las otras variables. También podríamos ver este marco conceptual de una forma vertical. Así, identificamos factores individuales, culturales o normativos que atraviesan a cada nivel.

¿CÓMO MEDIR EL ESTADO DE SALUD? INDICADORES

Un **indicador de salud** es habitualmente una medida numérica que provee información sobre una situación compleja o evento. En general, resume una situación y puede ser un *proxy* del estado general de una realidad que puede ser vista de distintas formas. Los indicadores son estadísticas seleccionadas que tienen el poder de resumir y representar un grupo de estadísticas o de brindar datos ponderados como medidas indirectas de la información faltante. Los indicadores se expresan en términos de números absolutos, razones, proporciones, tasas, promedios o variables categóricas. Existen varios tipos de indicadores como los indicadores de proceso, de resultado y los trazadores.

Los **indicadores de proceso** miden el desarrollo de las actividades vinculadas a la prestación de servicios o generación de productos. Hacen énfasis en la ejecución de actividades y la forma de realizarlas. Permiten contar con información de la organización y funcionamiento de las dependencias, centros de salud, prácticas realizadas, etc.

Los **indicadores de resultado** muestran los logros obtenidos con relación a los objetivos y metas planteados. Es posible distinguir entre resultados intermedios y resultados finales o de impacto. Algunos ejemplos de indicadores de resultado: proporción de partos atendidos por personal entrenado y de impacto, reducción de la tasa de mortalidad neonatal.

Los **indicadores trazadores** refieren a un concepto de uso habitual en epidemiología, se lo considera como un indicador que sintetiza un conjunto

de hechos y procesos. Se trata, por lo tanto, de indicadores representativos de un conjunto de variables y no de una variable o dimensión particular.

USO DE LOS INDICADORES

Entre los usos de los indicadores, podemos identificar los siguientes tres como los principales: identificar necesidades, monitorear la implementación de medidas y evaluar la efectividad o el impacto de un programa.

En términos de **identificar necesidades**, los indicadores contribuyen a elaborar un diagnóstico y así determinar el estado actual de la salud en una población o subgrupo específico para poder observar en qué áreas se deben desarrollar programas o se requieren mejoras. También permiten identificar situaciones críticas en relación con un fenómeno. En esta categoría consideramos, por ejemplo, indicadores que informan la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas, la incidencia de casos de violencia contra la mujer o la tasa de mortalidad infantil por infecciones respiratorias.

Para dar seguimiento a la implementación o resultados de un programa, los indicadores cumplen la función de **monitoreo**: de esta forma, permiten discernir si están de acuerdo con lo propuesto o monitorear los compromisos de una política. Es decir, permite ver cuán cerca o cuán lejos estoy del objetivo propuesto en el programa. Por ejemplo, si estoy llevando a cabo un programa para disminuir las enfermedades de transmisión sexual, una dimensión a considerar sería ver qué porcentaje de adolescentes tiene información adecuada y proponer una serie de talleres. Un indicador de monitoreo sería medir el alcance de los talleres que se llevaron adelante respecto de los talleres propuestos.

En un plan de monitoreo, la selección y definición de los indicadores es un eje estratégico ya que son un insumo necesario para la toma de decisiones. Siguiendo el documento técnico del sistema de monitoreo del Plan ENIA: “Tal como lo define el Manual de UNICEF, los indicadores son ‘señales’ de la consecución o el cambio relacionados con un resultado previsto. Ofrecen un medio sencillo y fiable de medir el logro de los efectos, resultados e impactos a fin de calcular el desempeño de un programa o una inversión” (Plan ENIA, 2019, p.12).

Finalmente, los indicadores también cumplen la función de **evaluar** la

efectividad y el **impacto** de un programa cuyo propósito es mejorar la salud y/o alcanzar objetivos específicos.

En todo plan o programa los indicadores requieren una línea de base y una meta. Estos parámetros nos permiten medir la efectividad de un proyecto, programa o plan en función de los objetivos planteados. Se considera línea de base a la situación anterior a una intervención y meta a los resultados a los que se aspira llegar. En este sentido, algunos ejemplos pertinentes de evaluación serían: cuánto ha disminuido el aborto entre adolescentes al aplicar un plan de provisión de métodos anticonceptivos o cuánto disminuyó el bajo peso al nacer ante un programa que busca que las madres tengan una mejor nutrición.

CUALIDADES QUE DEBE TENER UN INDICADOR

Ética: La recolección, procesamiento y presentación de los datos preservan los derechos de los individuos. Debe contemplar la confidencialidad, la libertad de elección en proporcionar el dato y el consentimiento informado.

Sensibilidad: debe reflejar cualquier cambio que se produzca en la tendencia del factor bajo estudio.

Confiabilidad: reportará el mismo valor si la medición es repetida en la misma población al mismo tiempo. Este ítem es muy importante ya que si tengo que hacer reiteradas mediciones en el tiempo debo tener la seguridad de que la comparabilidad y confiabilidad del valor que tengo será alta.

Claridad: el indicador debe ser simple, no presentar ambigüedades y su valor debe ser sencillo de interpretar en términos del estado de salud.

Existen en la Argentina distintas fuentes de información de estadísticas de salud, cuyas referencias se encuentran en nota al pie.³

3 Estadísticas vitales - Ministerio de Salud: Dirección de Estadísticas e Información de Salud: Deis; Objetivos de Desarrollo Sostenible - UNICEF: Objetivos y metas de desarrollo sostenible – Desarrollo Sostenible; Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios provinciales y Organización Panamericana de la Salud: Indicadores Básicos | Deis; Organizaciones de la sociedad civil: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva; Observatorio de la Deuda Social Argentina - UCA: Observatorio de la Deuda Social Argentina.

SECCIÓN 2. ¿QUÉ DETERMINANTES SE PONEN EN JUEGO AL ANALIZAR LA SITUACIÓN MATERNO-INFANTIL EN LA ARGENTINA?

MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL: DETERMINANTES Y DEFINICIONES

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil comprende el fallecimiento de los menores de un año. Se clasifica como **neonatal** cuando es desde el nacimiento hasta los 27 días y **postneonatal** cuando es desde los 28 días hasta el año. La mortalidad infantil neonatal se considera **precoz** si es entre los 0-6 días y **tardía** si es entre los 7-27 días de vida.

Las causas de la mortalidad neonatal se relacionan con condiciones congénitas perinatales o de la atención de la salud que pueden estar vinculadas a la salud de la mujer durante el embarazo, a los cuidados recibidos durante el embarazo, a la atención durante el parto y la atención del niño durante los primeros días de vida. Por otro lado, en el caso de la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas sobre la salud del niño. Aquí se consideran los cuidados, la nutrición, las infecciones, la deshidratación y los accidentes, entre otros factores.

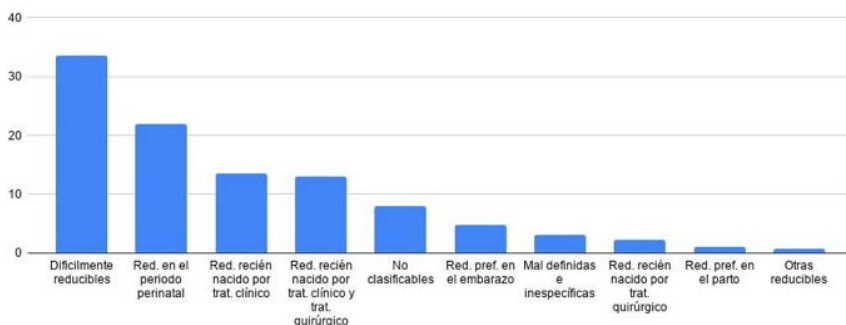
La mortalidad neonatal se relaciona con causas que ocurren en el nacimiento o que tienen origen en condiciones del embarazo o la atención de la mujer durante el embarazo. Incluyen condiciones congénitas, cómo fue atendido el parto y cómo fue atendido el bebé en los primeros días de nacido. En el caso de las causas de tipo postneonatal, tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas que la salud y el desarrollo en el primer año de vida.

La mortalidad neonatal es proporcionalmente mayor cuanto más baja sea la mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales. La mortalidad postneonatal es proporcionalmente mayor cuanto más alta sea la mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con deficientes condiciones socioeconómicas y culturales.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

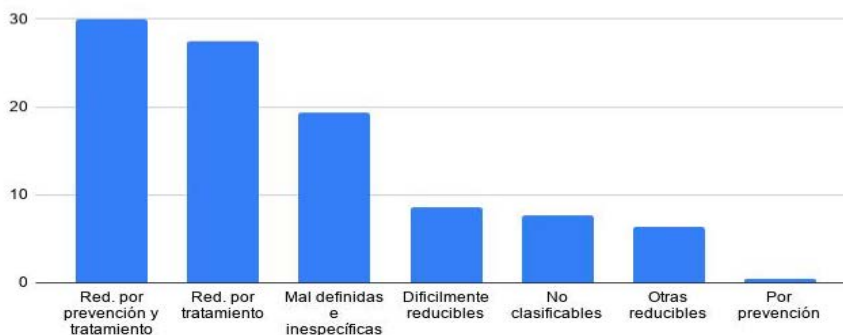
Existen diferentes causas de muerte para el periodo neonatal y postneonatal, que pueden clasificarse en dos categorías según criterio de reducibilidad. Estos criterios pueden ser especialmente útiles para orientar las intervenciones en salud. En primer lugar, las causas **reducibles** incluyen aquellas defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud. En segundo lugar, las causas **difícilmente reducibles** incluyen defunciones que en la actualidad no son reducibles, atribuibles a una malformación congénita, a una enfermedad durante el embarazo, o a deficiencias en el trabajo de parto.

Figura 02. Distribución porcentual de las muertes neonatales según criterios de reducibilidad. Argentina, año 2018



Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

Figura 03. Distribución porcentual de las muertes postneonatales según criterios de reducibilidad. Argentina, año 2018



Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

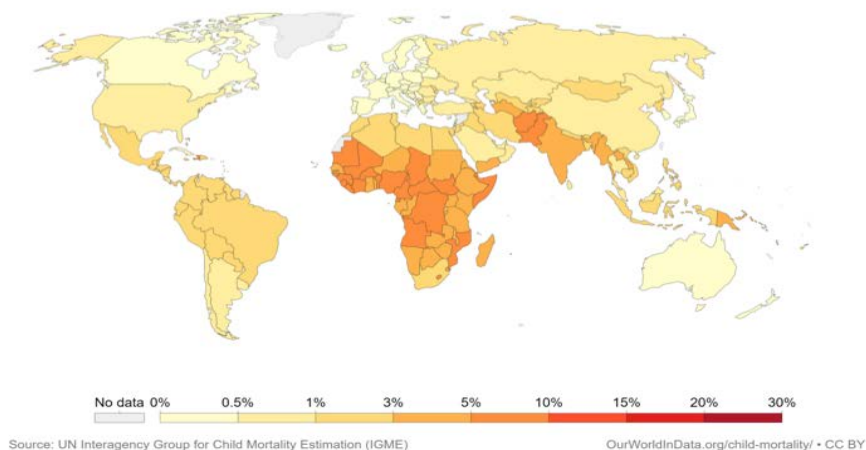
Como se puede observar en la figura 2, las causas categorizadas como difícilmente reducibles representan más del 30% de las defunciones neonatales. Por otro lado, en la figura 3 podemos notar que en el caso de las defunciones postneonatales, esa misma categoría presenta valores por debajo del 10%, siendo el grupo de causas categorizadas bajo el título reducibles por prevención y tratamiento, las que representan el valor más alto (30%).

Es importante destacar que los valores registrados para las defunciones neonatales indican que, a pesar de las intervenciones realizadas, hay 3 de cada 10 recién nacidos que presentan condiciones que difícilmente puedan revertirse con los recursos disponibles al momento del parto y los días subsiguientes. Por el contrario, en lo que respecta a la mortalidad postneonatal, los valores se asemejan a los registrados en países desarrollados. Podemos ver que la misma categoría registra valores mucho más bajos, siendo las causas reducibles las de mayor representación, lo que permite un espacio para trabajar aún más en el fortalecimiento del sistema de salud y los sistemas de asistencia social que resguarden y favorezcan condiciones de desarrollo críticas en los primeros meses de vida.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil es el indicador utilizado para medir la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida, por cada 1.000 nacidos vivos, en un año determinado. En el numerador se encuentra el número de muertes de menores de un año de edad registradas en la población de un área geográfica específica durante un año dado. En el denominador, se registra el número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año. La tasa se calcula por mil nacidos vivos.

Figura 04. Mapa. Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos. Año 2017



Fuente: Our World in Data (en línea).

Como se puede observar en el mapa de la figura 4, que muestra la incidencia de la mortalidad infantil en porcentaje, podemos notar la disparidad geográfica de esta variable. Mientras que los países más desarrollados de América anglosajona, Europa occidental y una gran parte de Asia y Oceanía cuentan con valores favorables, existe una fuerte sobrerrepresentación de esta tasa en el continente africano, especialmente de la región de África subsahariana. En lo que respecta a América Latina y el Caribe, las disparidades también son notables, especialmente entre Canadá, Estados Unidos y países del cono sur en contraste con países de América Central, Caribe y norte de América del Sur.

Según el informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2008 elaborado por CEPAL, todos los años mueren alrededor de 10 millones de niños antes de cumplir 5 años de edad (CEPAL, 2011). Un gran número de estos fallecimientos ocurren en países en desarrollo y se producen como resultado de enfermedades evitables. Asimismo, la mortalidad infantil está estrechamente vinculada a la pobreza y los avances en esta materia han sido más lentos en la población de los países pobres y en la población más pobre de los países con más recursos. Según el informe, “la mejora de los servicios públicos de salud es un elemento clave, en particular el acceso a agua pota-

ble y a un mejor saneamiento. La instrucción, especialmente para las niñas y las madres, puede salvar la vida de muchos niños” (CEPAL, 2011, p. 5).

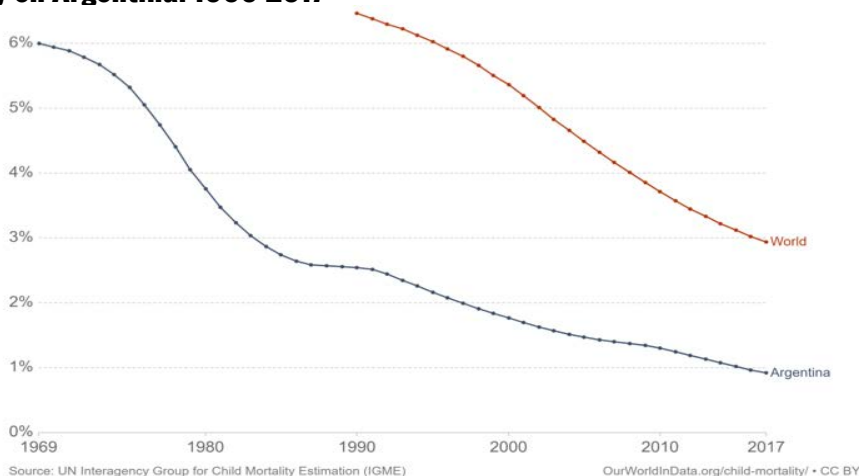
Siguiendo los valores del informe de CEPAL mencionado anteriormente, aproximadamente 27,5 niños por cada mil nacidos vivos mueren antes de los cinco años, mientras que en los países desarrollados se registran 6 niños que mueren antes de los cinco años, por cada mil nacimientos.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA ARGENTINA

Argentina ha observado una tendencia general de descenso en la tasa de mortalidad infantil, como se puede observar en la figura 5. Esta dinámica se replica en la tasa de mortalidad neonatal y postneonatal y coincide con la evolución también a escala mundial.

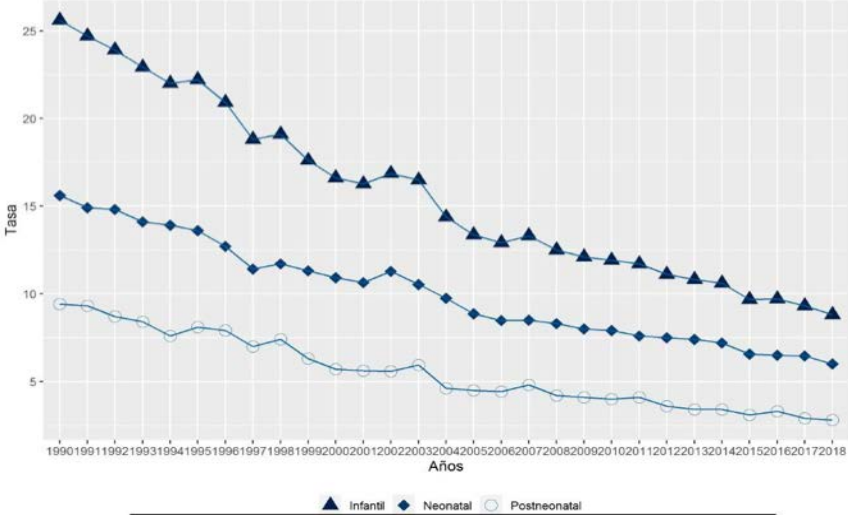
Al observar las tasas de mortalidad neonatal actualizadas a 2017, se destaca que la misma presenta valores muy altos en algunos países de la región Caribe como Haití (26,27), Dominica (26,43) y República Dominicana (20,51). En este contexto, la Argentina presenta una tasa promedio (6,22), con valores por debajo del promedio regional para América Latina y el Caribe (UNICEF, en línea). Sin embargo, y como se ha evidenciado a lo largo de este trabajo, es importante revisar las diferencias a escala subnacional.

Figura 05. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en el mundo y en Argentina. 1969-2017



Fuente: Our World in Data (en línea)

Figura 06. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal por 1.000 nacidos vivos. Argentina, 1990-2018

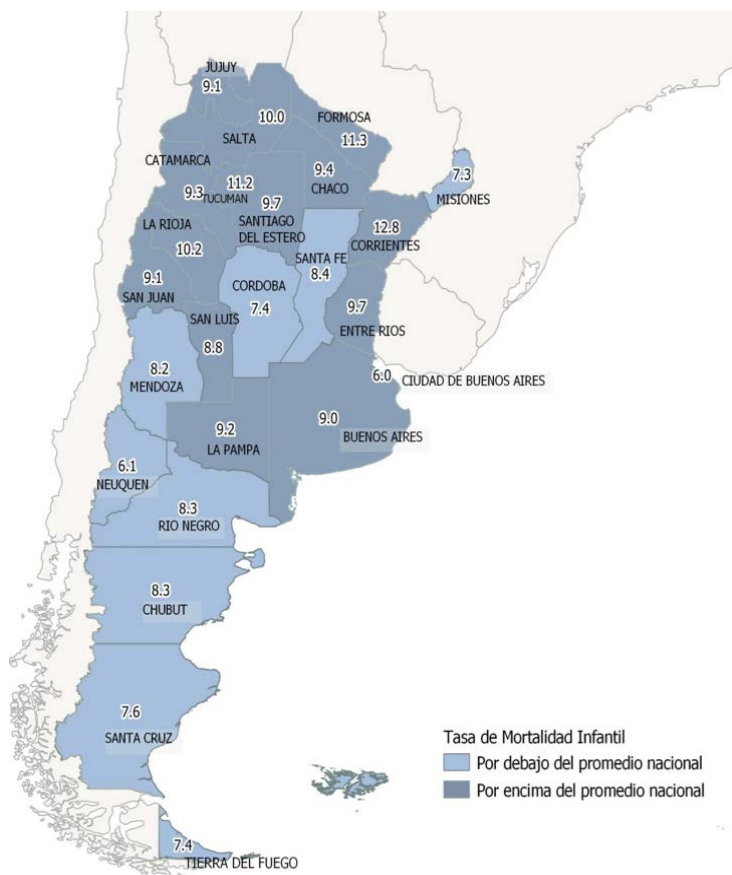


Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

Argentina ha logrado una mayor reducción en aquellas causas que dependen de condiciones generales, inmunizaciones y enfermedades infecciosas, mientras que no en aquellas que dependen de detección temprana de patologías congénitas o tratamientos de complejidad en el parto y días subsecuentes. Es así como podría decirse que la mortalidad infantil tiene un comportamiento similar a la de un país desarrollado porque la mortalidad infantil neonatal es el componente que se mantiene más alto. Si bien Argentina ha mejorado las condiciones de vida, y en consecuencia la mortalidad postneonatal es baja, no estamos siendo lo suficientemente efectivos en la reducción de la mortalidad neonatal.

La Figura 7, a continuación, muestra la distribución de la tasa de mortalidad infantil en la Argentina, según valores del año 2018 proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. A simple vista podemos apreciar que se encuentran valores por encima del promedio nacional (8.8 defunciones cada mil nacidos vivos, año 2018) principalmente en provincias de las regiones NOA, NEA y Cuyo, siendo los valores más elevados los de Corrientes, Formosa y Tucumán y los más bajos correspondientes a Ciudad de Buenos Aires y Neuquén.

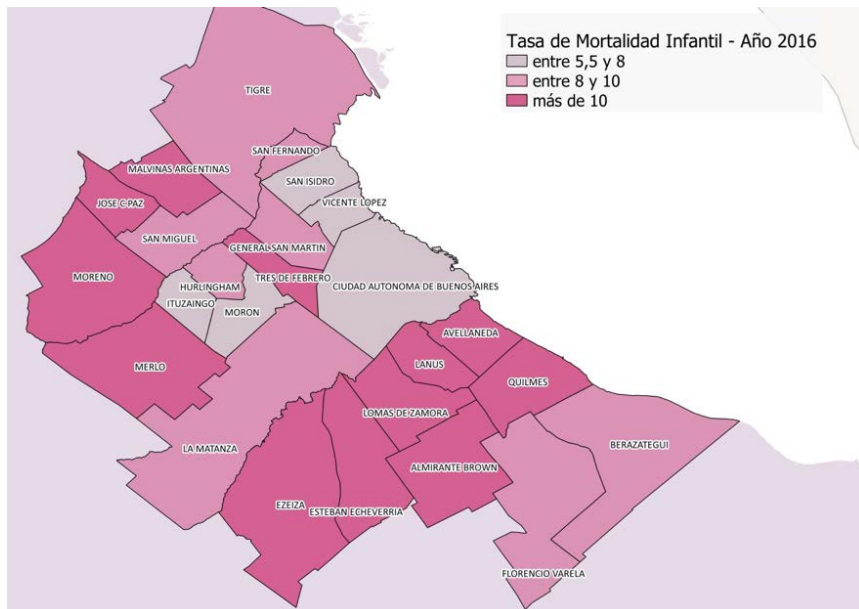
Figura 07. Tasa de Mortalidad Infantil, por 1.000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre. Argentina, 2018



Fuente: Elaboración propia con base a DEIS, 2019.

A continuación, se puede apreciar en detalle los valores de la tasa de mortalidad infantil para el Gran Buenos Aires, el aglomerado más denso del país. Nuevamente podemos destacar la heterogeneidad interna entre los partidos que conforman este conjunto, en el cual las jurisdicciones al sur y noroeste presentan los valores más elevados.

Figura 08. Mapa. Tasa de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos vivos. Gran Buenos Aires. Año 2016



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía y Finanzas Provincia de Buenos Aires, 2016 y Ministerio de Economía y Finanzas GCBA, 2016.

MORTALIDAD MATERNA

Según la OMS, la **mortalidad materna** es

la muerte de una mujer durante el embarazo o en un plazo de 42 días a partir de la terminación del embarazo, independientemente de la duración o lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, con exclusión de causas accidentales. (OMS, 2012, p. 9)

CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna se clasifica en **defunciones obstétricas directas e indirectas**. Se consideran directas cuando resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación -embarazo, trabajo de parto, parto y

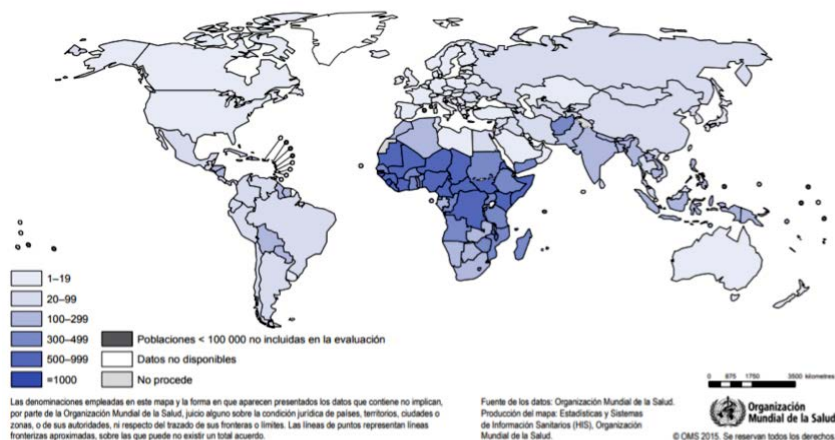
puerperio-, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas -por ejemplo, abortos inseguros, sepsis puerperales o hemorragias posparto, que sólo pueden atribuirse al proceso reproductivo-. En las causas directas, es la complicación del estado de gestación la que la lleva a la muerte. Las causas de defunciones obstétricas indirectas son aquellas que resultan de una condición o enfermedad preexistente o de un problema de salud que se agrava durante el mismo, o que dada la condición de embarazo se opta por interrumpir el tratamiento de determinada condición.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

La razón anual de mortalidad materna es el cociente entre el número de defunciones por causas maternas en un área geográfica dada durante un año y el número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año. El índice habitual es por 100.000 nacidos vivos, pero en algunos países con tasas moderadamente bajas se aplica 10.000 nacidos vivos. Si bien frecuentemente se habla de tasa de mortalidad materna, para ser rigurosos, debemos hablar de razón de mortalidad materna, dado que el numerador no está estrictamente incluido en el denominador como debería ocurrir en una tasa.

En la figura 9 se puede ver el mapa de razón de mortalidad materna a escala global, con valores actualizados al 2015. Nuevamente encontramos el mismo patrón relevado para la tasa de mortalidad infantil: la región de África subsahariana registra los valores más altos en contraste de los países más desarrollados que poseen los valores más bajos.

Figura 09. Mapa. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Año 2015



Fuente: OMS (2015).

Las estimaciones de razón de mortalidad materna, por regiones, según datos de la OMS (2015), esclarecen aún más la situación: del total de 303.000 muertes maternas, 302.000 corresponden a países en desarrollo frente a 1.700 de países desarrollados. Las muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos (es decir, la razón de mortalidad materna) es de 239 en países en desarrollo y de 12 en países desarrollados. En términos regionales, América Latina y el Caribe tiene una RMM de 67. Es importante destacar los valores altísimos de países como Haití (359) en contraste con Puerto Rico (14) y la Argentina, de 52 muertes cada 100.000 nacidos vivos.

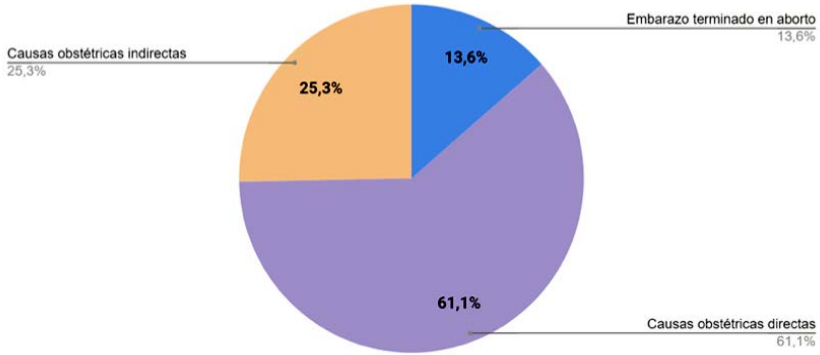
Si bien una conclusión rápida podría ser que se observa un comportamiento similar al de la mortalidad infantil, las diferencias y el peso relativo de los países en desarrollo en la contribución a la razón de mortalidad materna global es desproporcionadamente más relevante. Pocos indicadores de salud muestran diferencias tan marcadas entre regiones.

En lo que respecta a las causas, a nivel global, más de una cuarta parte (27%) de la mortalidad materna es consecuencias de hemorragias o de causas obstétricas indirectas. Por aborto, a nivel global, es del 8% (Say et. al, 2014).

En el caso de Argentina, la Figura N° 10 da cuenta de la distribución de

causas de la mortalidad materna. Como se puede observar, la distribución porcentual de las causas de muertes maternas muestra que 6 de cada 10 fallecimientos se agrupan como causas obstétricas directas (61.1%), mientras que el 25% corresponde a causas obstétricas indirectas y, en tercer lugar, por embarazos terminados en aborto inseguros.

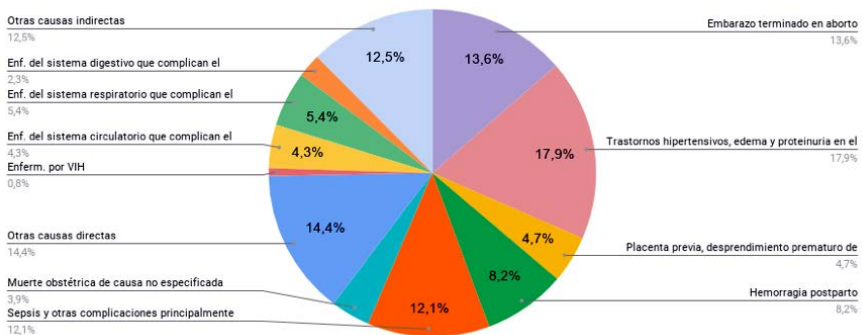
Figura 10. Distribución porcentual de las causas agrupadas de mortalidad materna en la Argentina. Año 2018 (N= 257)



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

A continuación, en la figura 11, se desagregan las proporciones específicas para las categorías que conforman las causas obstétricas directas e indirectas.

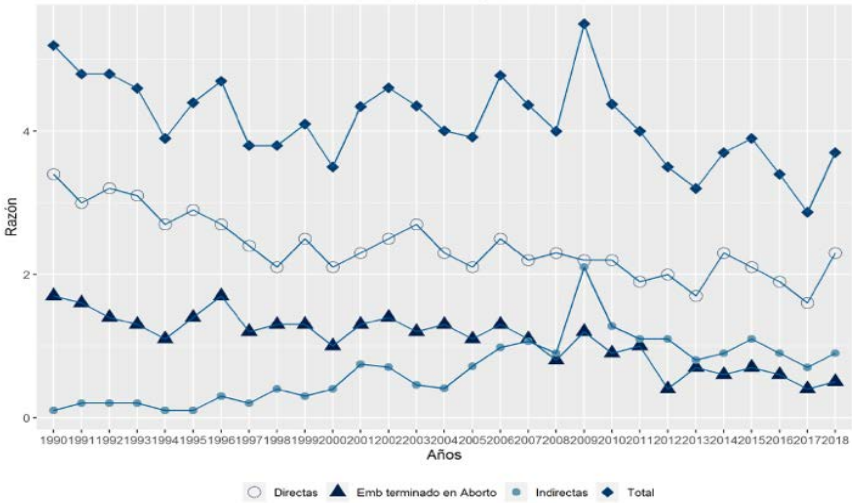
Figura 11. Distribución porcentual de las causas de mortalidad materna (obstétricas directas e indirectas) en la Argentina. Año 2018 (en valores absolutos, N=257)



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

Como se puede observar en la Figura N°12, a diferencia de la mortalidad infantil, la mortalidad materna en la Argentina ha tenido, en general, una tendencia amesetada con algunas fluctuaciones, particularmente en 2009 atribuible a las muertes maternas por H1N1. En los últimos años se observó una tendencia al descenso pero que no se consolidó dado un nuevo aumento en 2015 y 2018.

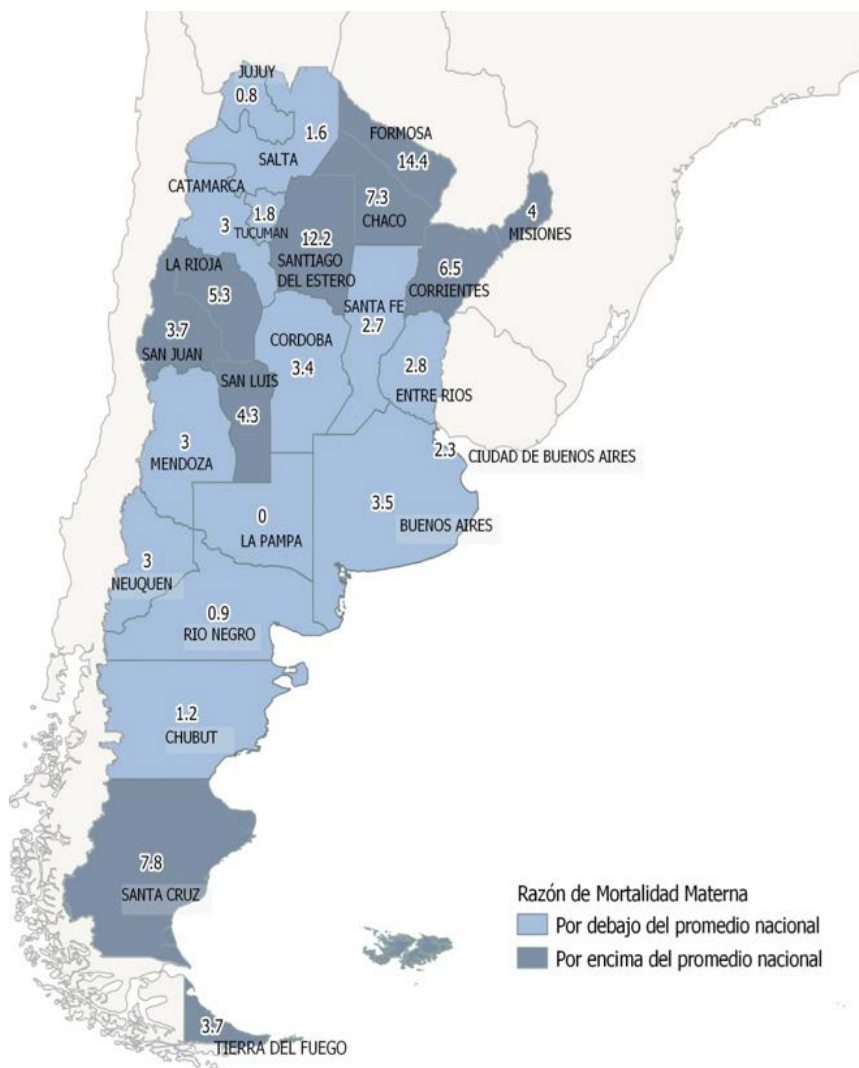
Figura 12. Razón de Mortalidad Materna Total y por grupo de causas, por 10.000 nacidos vivos. Argentina, 1990-2018



Fuente: DEIS (2019). Estadísticas Vitales.

En el siguiente mapa (Figura N°13) podemos ver la incidencia de la mortalidad materna para las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Podemos notar que 10 provincias presentan valores por encima del promedio nacional (3.7 x 10.000 nacidos vivos), siendo Formosa y Santiago del Estero las jurisdicciones con valores más altos: 14.4 y 12.2 por 10.000 nacidos vivos, respectivamente. Entre los distritos con valores más favorables, debemos destacar a la provincia de La Pampa, que no registra casos de mortalidad materna, y cuyo valor es 0 en 2018.

Figura 13. Razón de Mortalidad Materna, por 10.000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre. Argentina, año 2018

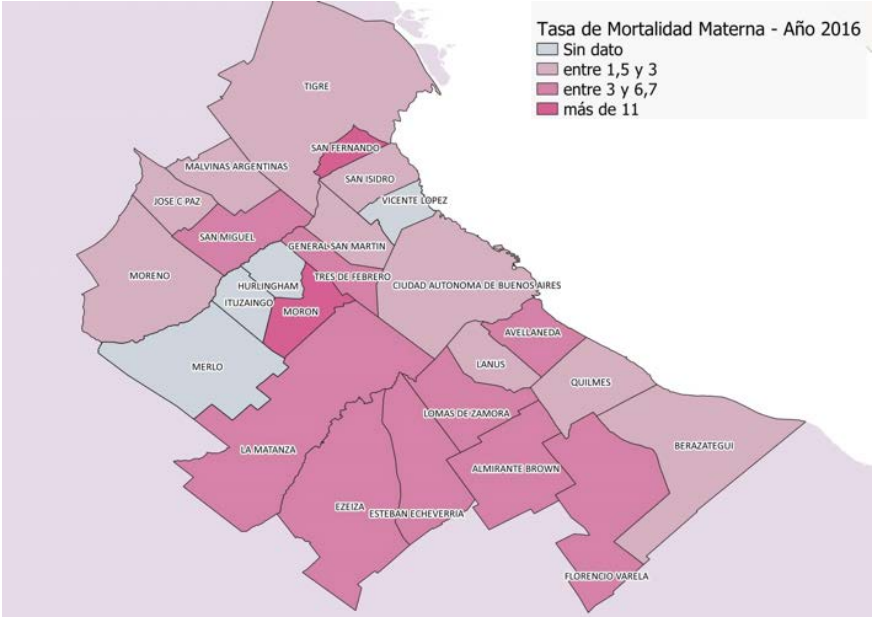


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

En relación con los valores de la razón de mortalidad materna para el Gran Buenos Aires (Figura N°14), en línea con los análisis precedentes en el siguiente mapa podemos visualizar una fuerte heterogeneidad entre distritos. Aproximadamente la mitad de los distritos que presentan datos se

encuentran por debajo del promedio nacional. Por otro lado, los partidos de Morón y San Fernando presentan valores muy altos, superando los once puntos.

Figura 14. Mapa. Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos. Gran Buenos Aires, año 2016



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía y Finanzas Provincia de Buenos Aires, 2016 y Ministerio de Economía y Finanzas GCBA, 2016.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORTALIDAD INFANTIL

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

El 25 de septiembre de 2015, en el 70° periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los líderes mundiales acordaron un programa de diecisiete objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Estos objetivos, seguimiento de los Objeti-

vos de Desarrollo del Milenio, profundizan el compromiso de los gobiernos como del sector privado, ONGs y a la sociedad civil en su conjunto. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en un plazo de 15 años desde su establecimiento, es decir hacia 2030. Dentro de los ODS se plantean estrategias que, directa o indirectamente, se proponen reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil (ONU, ODS, en línea).

OBJETIVO 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES

Este objetivo se propone reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030.

Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

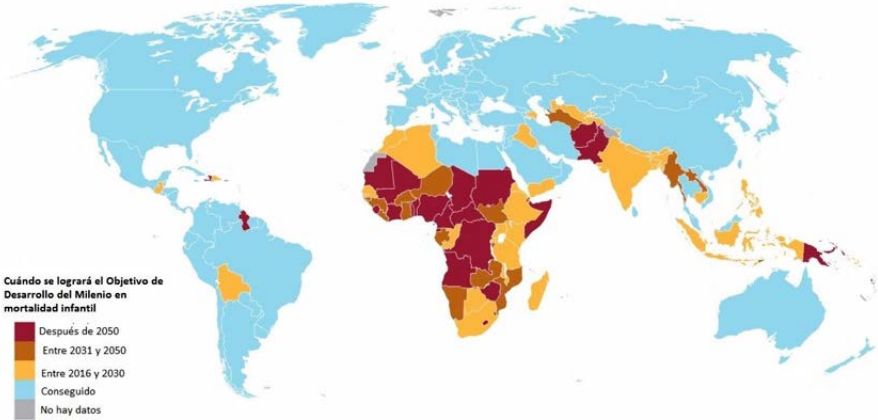
OBJETIVO 5: LOGRAR LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y EMPODERAR A TODAS LAS MUJERES Y LAS NIÑAS.

Este objetivo se propone eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina. Asimismo, plantea como necesidad garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias.

A modo de cierre de este apartado, podemos notar que, según datos de la Organización de las Naciones Unidas, un gran número de países desarrollados y en desarrollo ya han conseguido alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio en materia de mortalidad infantil. Contrariamente, el continente africano, -a excepción de Egipto y Libia- y algunos países puntuales de Asia Central y del Sudeste, América Latina y el Caribe y Oceanía esperan conseguir dichos objetivos hacia mediados del siglo XXI (ONU ODS (Salud), en línea).

Figura 15. Mapa de alcance esperado de los objetivos de desarrollo del milenio en materia de mortalidad infantil

! La tendencia se mantiene en cada país, el Objetivo de Desarrollo del Milenio en mortalidad infantil se cumplirá en...



Fuente: ONU ODS (en línea).

LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO COMO DETERMINANTES

A modo introductorio, es importante establecer algunas distinciones y conceptualizaciones generales en lo que respecta a sexo, género, relaciones y estereotipos de género y otras dimensiones que dan cuenta de las desigualdades sociales.

En cuanto a los sistemas de salud, considerar las relaciones y los roles de género en el diseño e implementación de políticas públicas resulta fundamental para garantizar que el acceso sea equitativo.

DISTINCIÓN ENTRE SEXO Y GÉNERO

Una primera distinción necesaria es entre los conceptos de sexo y género. “Sexo” se refiere al conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer (Seminario Galego, 2006). Por otro lado, cuando hablamos de género, nos referimos a las características y oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a mujeres, varones e identidades no binarias

en un ámbito social particular en un determinado momento. La noción “género” hace referencia a las diferencias construidas social y culturalmente que existen entre hombres y mujeres y que condicionan relaciones de dominación y subordinación (Silva, 2009). El género como construcción social tiene importantes variaciones territoriales: las diferencias de género no son neutras ya que muchas veces están contrapuestas, construyendo así ciertas relaciones de poder que pueden ser cambiadas a lo largo del tiempo y según el contexto.

ROLES Y RELACIONES DE GÉNERO

Según Judith Butler, la construcción de relaciones de género tiene como papel regular las acciones de los sujetos, a quienes coloca en las categorías de hombre o mujer, excluyendo el carácter performativo del género, a la vez que sobrealora las relaciones naturales para explicar situaciones que son sociales (Butler, 2003, 2007). Dado que el género es una construcción social, las relaciones de género se expresan mediante roles o funciones de género que registran variaciones territoriales. Así los roles de género representan actividades, tareas y responsabilidades asignadas a hombres y mujeres según la construcción social de género en un contexto dado.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PERSPECTIVA DE GÉNERO?

Según UNICEF (2017), la perspectiva de género es una categoría analítica que toman los estudios que surgen desde las diferentes vertientes académicas de los feminismos para, desde esa plataforma teórica, cuestionar los estereotipos y elaborar nuevos contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad. Es por ello por lo que la perspectiva de género es necesaria para visibilizar la desigualdad y subordinación de las mujeres en relación con los varones, pero también ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa excluyente. La perspectiva de género nos lleva a reconocer que, históricamente, las mujeres han tenido oportunidades desiguales en el acceso a la educación, la justicia y la salud. A pesar de que las condiciones de vida de las mujeres han mejorado globalmente, sus posibilidades de desarrollo aún siguen siendo desparejas e inequitativas, según la región en la que habiten. Entendemos

por perspectiva de género al enfoque basado en el análisis de las identidades y relaciones de género que se manifiestan y reconstruyen a través de diversos procesos socio-territoriales.

TRANSVERSALIDAD E INTERSECCIONALIDAD DE GÉNERO

Adentrándonos en el análisis de la perspectiva de género y su impacto en ciertos campos específicos de aplicación -como la salud- debemos considerar el concepto de “transversalidad de género” o *gender mainstreaming*. La transversalidad de género es la aplicación del principio de igualdad de trato, no discriminación y de oportunidades a las políticas públicas entre las personas que conviven en una sociedad. Se conoce también como “enfoque integrado de género” y pretende asegurar que a través de las políticas públicas y privadas se promueven los cambios estructurales necesarios para eliminar la desigualdad entre mujeres, hombres y otras identidades a largo plazo, asegurando el pleno disfrute de derechos y el acceso equitativo a los recursos.

Aplicados a los derechos humanos, los enfoques de transversalización de género están, en teoría, atentos a cómo el género da forma e impacta nuestras experiencias y el logro de los derechos. La transversalización de género se define como el proceso de evaluación de las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluida la legislación, las políticas o los programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las preocupaciones y experiencias de mujeres y hombres una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todos los ámbitos políticos, económicos y sociales para que mujeres y hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad (Parisi, 2013).

Por otro lado, otro concepto fundamental para comprender la desigualdad es el de interseccionalidad de género, que supone una herramienta para el análisis que aborda la multiplicidad de discriminaciones. Este concepto nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades (Morgan, 2018). Surge de la teoría feminista en Estados Unidos a partir de los intentos por entender las experiencias de las mujeres negras y es, fundamentalmente, una metodología para la investigación. El análisis inter-

seccional plantea que no debemos entender la combinación de identidades como una suma que incrementa la propia carga sino como una que produce experiencias sustantivamente diferentes. Es interesante pensar cómo el concepto de interseccionalidad visibiliza experiencias muy diferentes y asimétricas entre regiones del mundo, grupos de edad, personas con capacidades diversas, entre otros.

PERSPECTIVA DE DERECHOS

El desarrollo del marco de derechos humanos ayudó a impulsar los derechos de las mujeres a un nivel diferente. Esta perspectiva comprende como derechos humanos al derecho a la salud, a la integridad física, a una vida sin violencias. Al considerar este marco desde una perspectiva de género podemos visibilizar cómo el acceso a estos derechos es diferencial entre hombres, mujeres y otras identidades y permite problematizar las desigualdades y tomar medidas de forma integral. Un claro ejemplo de estas desigualdades es la mortalidad materna, como hemos mostrado en el apartado anterior.

Esta perspectiva se sustenta en la premisa de que sin igualdad de género no se puede tener un verdadero estado de derecho. Por ello, debemos enfocarnos en particular en los temas que impactan a las mujeres, en lograr que las mujeres tengan acceso a la participación política, en que las mujeres tengan los mismos derechos a la atención médica y en estar libres de discriminación en todos los aspectos de su vida.

En el libro “From outrage to courage”, Anne Murray (2008) afirma que las mejoras en la salud se han distribuido de manera desigual. Vivimos en un mundo paradójico: si bien han habido enormes mejoras en términos de salud en algunas partes del mundo, en otras estas mismas mejoras se ven contrarrestadas por el estancamiento y el declive. En el mismo material, se cita a Gro Brundtland, ex directora de la Organización Mundial de la Salud: “Nunca tantos habían tenido un acceso tan amplio y avanzado a la atención médica. Pero nunca se les ha negado a tantas personas el acceso a la atención médica. El mundo en desarrollo soporta el 90% de la carga de morbilidad, pero los países más pobres tienen acceso a solo el 10% de los recursos destinados a la salud” (Murray, 2008, p. 6)⁴.

Al hablar de la salud de las mujeres nos referimos a condiciones que

trascienden estrictamente lo médico: es cultural, político, económico y, sobre todo, una cuestión de justicia social. Cuando hablamos de la salud y de las condiciones de vida de las mujeres debemos referirnos a los factores y mecanismos sociales, económicos y culturales que mantienen a la mujer y otras disidencias en una situación desventajosa y subordinada en relación con el hombre (o a determinadas construcciones de masculinidad). La forma en que se expresa dicha subordinación varía según el contexto histórico, geográfico y cultural.

A menudo, las principales barreras para mejorar la salud de la mujer tienen su origen en factores socioeconómicos, legales y culturales. A las mujeres generalmente se les asigna un estatus subordinado en términos de poder económico, toma de decisiones y opciones con respecto a la educación, el trabajo y la familia. Las leyes nacionales a menudo restringen o prohíben la igualdad y la elección dentro de la sociedad. Por tanto, la mejora de la salud reproductiva no es solo una cuestión de intervenciones sanitarias eficaces, sino también una cuestión de justicia social y derechos humanos.

Numerosos reportes e informes indican que las mujeres sufren peores condiciones de vida, a pesar de haber alcanzado mejores condiciones en términos comparativos históricos. Actualmente, los indicadores de pobreza indican una sobrerrepresentación a nivel global y también en escalas menores, dando lugar a la llamada “feminización de la pobreza”. Este fenómeno se registra especialmente en áreas rurales y urbano-marginales. Además, las mujeres cobran peores salarios, con mayor frecuencia trabajan en el sector informal de la economía y se enfrentan a mayores dificultades a la hora de acceder al mercado de trabajo, el sistema educativo y la vivienda.

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo abordamos un campo complejo y multidimensional como es el de la salud sexual y reproductiva. Recuperamos las principales definiciones que entienden a la salud sexual y reproductiva en relación directa con los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Realizamos un breve pero exhaustivo recorrido sobre la normativa reciente en la materia de la Argentina, con especial énfasis en los objetivos, acciones y resultados del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

A continuación, y como ejercicio, establecimos un recorte para analizar una situación puntual aplicando un marco teórico. En este caso, adoptamos el modelo de los determinantes sociales y el modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal propuesto por UNICEF (2008) y describimos los múltiples factores relacionados e identificando distintos tipos de causas. Además, definimos y caracterizamos algunos ejemplos de indicadores imprescindibles para medir el estado de salud.

Partiendo de la premisa de que las problemáticas sociales requieren abordajes complejos, multidisciplinarios y con perspectivas que den cuenta de todas sus dimensiones, en este trabajo, y considerando las limitaciones de extensión y recorte temático, buscamos referenciar desde las perspectivas de derechos humanos, de género y de salud integral.

Dentro del marco teórico, incorporamos estas perspectivas para aproximarnos de forma integral al análisis de los indicadores mencionados. Destacamos la importancia de estas perspectivas debido a que las desigualdades de género son parte de problemáticas estructurales y también son consecuencia de numerosas inequidades como el acceso a los sistemas de salud y atención de calidad, así como a oportunidades de trabajo y educación. Estas disparidades también se ven a la hora de diseñar y evaluar políticas públicas de alcance federal e integral. En este sentido, el abordaje de género pero especialmente una perspectiva de género intersectorial -que contemple también disparidades etarias, de clase, de etnia, entre otras- contribuye tanto en el ámbito académico como profesional a acceder a visiones más complejas y acabadas de las problemáticas de género en relación con, por ejemplo, el derecho a la salud.

Además, el abordaje espacial y multiescalar de estas temáticas permite visibilizar la heterogeneidad de las problemáticas socio-territoriales, a la vez que habilita análisis a escala local y regional, imprescindibles para intervenir en el territorio con acciones que promuevan mayor justicia y equidad.

Teniendo en cuenta que los sistemas de salud no están ajenos a las desigualdades de género, a lo largo de este trabajo hemos presentado como estudio de caso la situación actual de la Argentina. Podemos reconocer en nuestra compleja geografía la heterogeneidad y las disparidades que mencionamos anteriormente. Los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna nos han servido como ejemplos para representar las condiciones de salud de la sociedad argentina, pero en especial de las mujeres e infantes.

Referencias Bibliográficas

- Butler, Judith (2003). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Ed. Paidós, Barcelona.
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Ed. Routledge, Nueva York. Edición en español: Ed. Paidós, Barcelona.
- CEPAL (2011). *Mortalidad en la niñez: una base de datos de América Latina desde 1960*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1425-mortalidad-laninez-base-datos-america-latina-960#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20aproximadamente%2027,ello%20que%20una%20de%20las>
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Ley 2.430. Texto oficial de la Constitución Nacional. Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Kanterewicz, L., Palazzesi, A. y Ramírez M.C. (2015). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A 12 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿Cómo estamos? En *Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)*. Disponible en: http://www.amada.org.ar/images/revista_Amada_N2_2015.pdf
- Ley Nacional 23.179 (1985). Apruébase la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23179-26305/texto>
- Ley Nacional 23.849 (1990). Apruébase la Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm#:~:text=Art%C3%ADculo%2024-,1.,disfrute%20de%20esos%20servicios%20sanitarios>.
- Ley Nacional 25.673 (2003). Dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf
- Ley Nacional 26.378 (2006). Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: vicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm
- Ministerio de Economía y Finanzas GCBA (en línea). Dirección General de Estadística y Censos. Estadísticas vitales. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/si/genero/principal-i>

- Ministerio de Economía y Finanzas Provincia de Buenos Aires (en línea). Dirección Provincial de Estadísticas. Cuadros estadísticos mortalidad y morbilidad. Disponible en: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/sociedad/salud/mortalidad-y-morbilidad/163-metodologia-mortalidad-y-morbilidad/203-cuadros-estadisticos-mortalidad-y-morbilidad>
- Ministerio de Salud de la Nación (en línea). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/programa.php>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Avances y Desafíos. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/pol%C3%ADticas-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-avances-y-desaf%C3%ADos>
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). Estadísticas vitales. Información básica. Año 2018. Argentina Año 2018, Serie 5 N° 62. Buenos Aires, diciembre de 2019. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5-Nro62.pdf>
- Morgan, Rosemary et al. (2018). Health Research Policy and Systems. BMC. Disponible en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0338-5>
- Murray, Anne (2008) From outrage to courage. Capítulo 1: Women's Health, Poverty, and Rights. Disponible en: http://www.xuetangx.com/c4x/Stanford/Womens-Health/asset/Ch_1_Women_s_Health_Poverty_Rights.pdf
- OMS (a) (en línea). Temas de salud. Salud reproductiva. Disponible en: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- OMS (b) (en línea). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&category_sl=sip&Itemid=219&lang=es
- OMS (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Sinopsis. Disponible en: <https://apps.who.>

int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=9A5AC15546EFA0A27BCF0711BEE7F64?sequence=1

- ONU (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994 Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- ONU (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995, Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- ONU (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, Montevideo 12 al 15 de agosto de 2013, Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- ONU (2014). Women's Rights are Human Rights. Disponible en: Women's Rights are Human Rights
- ONU ODS (en línea). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/takeaction/>
- ONU ODS (Salud) (en línea). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ONU ODS (Género) (en línea). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Disponible en: http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Indicadores-de-Salud_spa.pdf
- Our world in data (en línea). Recuperado de: <https://ourworldindata.org/>
- Parisi, Laura (2013). Gender mainstreaming human rights. En C. Holder & D. Reidy (Eds.), *Human Rights: The Hard Questions* (pp. 436-457). Cambridge: Cambridge University Press.
- Romero, Mariana; Ramos, Silvina y Ábalos, Edgardo (2010). Modelos de análisis de la morbimortalidad. Observatorio de Salud sexual y Reproductiva. Hoja informativa 03. Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/hojas-informativas-03.html>
- Plan ENIA (2019). Sistema de monitoreo, Plan ENIA. Documento técnico n°7. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia Libro digital. Disponible en: Sistema de Monitoreo Plan ENIA

- Say Lale, et. Al (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun;2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Epub 2014 May 5. PMID: 25103301. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>
- Seminario Galego de Educación para la Paz (2006). Educación emocional y violencia contra la mujer. Ed. Los libros de la Catarata, Madrid. Páginas 115-117.
- Silva, Joseli Maria (2009). Geografías Subversivas: discursos sobre espaço, gênero e sexualidades. Ed. Todapalavra, Ponta Grossa, Brasil.
- UNICEF (2008). Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF. Disponible en: www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf
- UNICEF (en línea). UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. Neonatal Mortality Data. <https://data.unicef.org/resources/dataset/neonatal-mortality-data/>
- UNICEF (2017). Perspectiva de género. ¿De qué hablamos cuando hablamos de perspectiva de género? Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf

CAPÍTULO 9

MALTRATO, VIOLENCIAS Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. APORTES PARA LA PREVENCIÓN

Alejandro Capriati¹ Ana Clara Camarotti²

INTRODUCCIÓN

El propósito del capítulo es contribuir con el debate público sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes. Si bien son positivos los avances en el reconocimiento de derechos en la infancia y adolescencia, el maltrato, las violencias y el abuso sexual son apenas reconocidos como un problema social y se desestima su magnitud y consecuencias. Específicamente, el interés del capítulo se centra en profundizar la comprensión de algunos aspectos de la problemática del abuso sexual, con el interrogante orientado hacia la prevención.

El punto de partida es la crítica al modo convencional de pensar el abuso sexual como algo atípico e inexplicable. Esta mirada convencional procura tener un efecto tranquilizador al situar el tema como un asunto exclusivo de un grupo pequeño de enfermos y sus víctimas. Las violencias y especialmente el abuso sexual tienen una capacidad incomparable de generar confusión y rechazo, razón por la cual tiende a ser negada o reducida a una

1 Docente de la carrera de Sociología y del posgrado en Sociología de la Salud, Universidad de Buenos Aires (UBA), Miembro del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA, e investigador CONICET/ Instituto Gino Germani UBA. Docente del Seminario "Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud" y "Métodos y Ética en Investigación en Salud Pública" del Programa SIT "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

2 Docente de posgrado en Sociología de la Salud, Universidad de Buenos Aires (UBA), Miembro del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA, e investigadora CONICET/ Instituto Gino Germani UBA. Docente del Seminario "Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud" y "Métodos y Ética en Investigación en Salud Pública" del Programa SIT "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

anormalidad médica o disposición criminal (Wortley y Smallbone, 2012; Cockbain y Reynald, 2016). Con esta mirada del problema, la prevención pierde gran parte de su sentido y fuerza.

A contramano de esta mirada convencional, los datos desmienten que se trate de un evento atípico. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2016), 1 de cada 5 niñas y 1 de cada 13 niños sufren algún tipo de abuso antes de los 18 años y la mayoría de los perpetradores son varones. La violencia sexual no es privativa de un país, una ciudad o una comunidad: es considerada un problema de salud global por los organismos internacionales de salud y derechos humanos.

A lo largo del capítulo se recuperan aportes diversos para caracterizar la problemática. El primer apartado presenta el marco normativo, describe consensos globales y agrupa datos provenientes de diversas fuentes que dan cuenta de la dimensión del problema y el perfil de la población afectada. El segundo examina aspectos culturales, institucionales y estructurales que inciden en la vulnerabilidad ante el abuso sexual. Con el concepto de vulnerabilidad se procura dar un paso más allá de la identificación de los factores de riesgo, para interrogarse acerca de las condiciones sociales que dan forma a vulnerabilidades diferenciales. El tercer apartado repasa algunos aspectos relativos a la prevención de las violencias sexuales y comparte dos experiencias de prevención del abuso sexual en el norte (Salta, Tucumán y Catamarca) y sur (Tierra del Fuego) de Argentina en las cuales los autores junto a Ana Lía Kornblit y Gabriela Wald, integrantes del equipo de salud del Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, hemos realizado la asistencia técnica. En este recorrido por distintos enfoques y aportes, la prevención encuentra una diversidad de caminos fecundos que invitan a ser transitados.

MARCO NORMATIVO, DEFINICIONES Y DATOS

En los últimas tres décadas se han alcanzado consensos globales en materia de reconocimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes. De la mano de la adhesión de casi todos los países del mundo a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN) (Naciones Unidas, 1989), tuvo lugar un proceso de visibilización del maltrato contra niñas,

niños y adolescentes en tanto problema que excede la esfera privada. Este instrumento jurídico y político internacional procura poner fin a una cultura de la discrecionalidad de los padres, los funcionarios y el poder judicial. Tiene como propósito dejar atrás una concepción del infante como objeto de representación, protección y control y postula un nuevo paradigma del niño, niña o adolescente como sujeto de derecho, dejando atrás en términos formales el paradigma tutelar.

En Argentina, la adecuación interna a la CIDN se dio mediante la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2005) y sus Decretos reglamentarios 415 y 416/2006. La responsabilidad de la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes compromete a diversos actores gubernamentales y no gubernamentales a trabajar desde la corresponsabilidad. El nuevo Código Civil, en vigencia desde 2015, recepta los mismos principios y viene a dar coherencia a la normativa relacionada a la intervención en este ámbito. El código civil plantea la responsabilidad parental en reemplazo del concepto de patria potestad, reconoce la autonomía progresiva y prohíbe los castigos físicos y malos tratos por parte de los adultos. El artículo 647 expresa que “se prohíbe el castigo corporal en cualquiera de sus formas, los malos tratos y cualquier hecho que lesione o menoscabe física o psíquicamente a los niños o adolescentes.” El código Penal Argentino define el abuso sexual como un delito y contempla distintas figuras legales bajo el título “Delitos contra la Integridad Sexual” y “Delitos contra la Libertad” (Plan ENIA, 2018). La autonomía progresiva, el derecho a ser escuchado y que sus opiniones sean tenidas en cuenta, son algunos de los principios y derechos que se ha incorporado en el plexo normativo, de modo más lento y dificultoso en la jurisprudencia y las prácticas (Biagini y Sánchez, 2019; Thourte y Wachter, 2019).

El abuso sexual es uno de los modos en que se manifiesta la violencia sexual. Incluye un abanico de acciones que van desde el uso de la fuerza física o el uso de estrategias de presión (amenazas, manipulación, chantaje, seducción) para mantener relaciones sexuales y realizar tocamientos (besar, agarrar, apretar, acariciar). También incluye formas menos directas como la exposición a escenas o imágenes sexuales (acoso vía Internet, voyeurismo, exhibicionismo, engaños). Es decir, existe abuso sexual con o sin contacto físico. Los responsables pueden ser familiares o personas del entorno cercano de la niña, niño o adolescente (NNyA), o un desconocido. Las prácticas sexuales abusivas tienen como denominador común un desequilibrio de po-

der entre el perpetrador y la víctima, basado en una asimetría derivada de la diferencia de edad, rol o conocimiento.

El abuso puede ocurrir en cualquier entorno: dentro y fuera del hogar, en escuelas, instituciones religiosas, deportivas, en contextos de viaje y turismo y a través de Internet. Puede ser un hecho aislado o darse de forma continuada (UNICEF, 2017; Pinheiro, 2006; Radford et al., 2015). Los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares que no son los propios, o instituciones de acogida, son también más vulnerables al abuso y a la explotación sexual (Pinheiro, 2006).

Este tipo de violencia puede ser caracterizado con datos producidos por encuestas en población general, y datos producidos por instituciones y dependencias del Estado que reciben denuncias y activan mecanismos de protección, conocidos como datos administrativos. En Argentina y en el mundo, las estadísticas sobre abuso sexual presentan limitaciones debido a que existe un amplio sub-registro (OPS, 2017; UNICEF, 2017; Fallon, 2010; Stoltenborgh et al., 2011). Si bien todas las violencias son sub registradas en las encuestas, tanto por las víctimas como por los perpetradores (Unicef, 2017), la violencia sexual lo es en mayor medida pues forma parte del repertorio de tabúes sociales más potentes de nuestras sociedades y porque las víctimas suelen estar presionadas para encubrir, envueltas en circuitos de extorsión y manipulación, especialmente cuando los perpetradores son de su entorno cercano. Las niñas y los niños temen sufrir represalias y procesos de estigmatización si hablan de lo que les ha sucedido. Entre las razones que explican los bajos niveles de denuncia ante las autoridades, distintos estudios identificaron el sentimiento de culpabilidad de la víctima por lo ocurrido, la vergüenza y la creencia de que nadie puede ayudar (OPS, 2017; UNICEF, 2017; Singh et al., 2014).

Si los datos registrados por los organismos oficiales señalan la punta del iceberg del problema, porque indican sólo la porción de casos que ha llegado a denunciarse y registrarse, las encuestas aplicadas a población general -en las cuales se pregunta sobre situaciones vividas a lo largo de la vida- indicarían algo más cercano a la magnitud de la problemática. En 1994, David Finkelhor señalaba que la prevalencia de abuso sexual en la niñez tenía tasas desde el 7% hasta el 33% para las mujeres y entre el 3% y el 15% para los hombres. En esa primera revisión sobre la prevalencia internacional del abuso sexual en la infancia, Finkelhor se basó en encuestas realizadas a población adulta de 18 países, incluyendo 10 muestras nacionales pro-

babilísticas. Doce años después de ese estudio, a partir de la revisión de 38 estudios independientes provenientes de 21 países, Pereda et al. (2009) encuentran distribuciones de prevalencia similares a las halladas por Finkelhor y resaltan la alta prevalencia hallada en la mayoría de los países, así como la necesidad de nueva información sobre el tema.

Los datos disponibles confirman la magnitud de la problemática y describen las diferencias según grupos de edad y género. Estudios realizados en población general con muestras representativas en más de 40 países de altos y bajos ingresos afirman que las niñas y adolescentes mujeres suelen informar tasas entre 2 y 3 veces más altas que sus pares varones (UNICEF, 2017; OPS, 2017; Radford et al., 2015). En los países en los que hay información disponible, 9 de cada 10 situaciones de abuso fueron perpetradas por alguien cercano o conocido para la niña, niño o adolescente (UNICEF, 2018). Si bien los niños y las niñas son susceptibles a la violencia sexual, la adolescencia es el período de vulnerabilidad más pronunciada, especialmente para las mujeres: casi 9 de cada 10 chicas que sufrieron abusos afirman que los mismos ocurrieron durante la adolescencia.

El abuso sexual intrafamiliar es una de las formas más comunes de abuso sexual y se han realizado diversos estudios para conocer los factores de riesgo. Un reciente meta análisis sobre factores de riesgo, basado en 72 estudios, identifica entre los mayores riesgos los problemas entre los padres y la existencia previa o simultánea de otras formas de abuso hacia las y los chicos en el hogar (Assink et al., 2019). Otro meta análisis que compara abusos intra y extra familiar, señala que los agresores intrafamiliares son más propensos a tener historias de maltrato y pobres relaciones de apego en comparación con los agresores extrafamiliares (Seto et al., 2015).

Al analizar el fenómeno del abuso contra niñas, niños y adolescentes es importante advertir la posible co-ocurrencia con violencia hacia la mujer en el ámbito doméstico, es decir, situaciones en las cuales el victimario agrede a la mujer y a las/os niñas/os (Radford et al., 2015; OMS, 2009). Distintas investigaciones muestran que las probabilidades de que una niña o niño padezca prácticas disciplinarias violentas es mayor en los hogares donde la madre es maltratada. Experimentar las agresiones hacia la madre en el ámbito familiar tiene impacto en el desarrollo y la salud de niñas y niños (Sepúlveda García de la Torre, 2006; Save the Children, 2011; Biagini y Sánchez, 2019).

En relación con los registros, si bien no existe a nivel nacional un orga-

nismo que sistematice los datos provenientes de las distintas instituciones que trabajan en este tema (Thourte y Wachter, 2019), funcionan distintos registros a nivel provincial, o según dependencia estatal. Es una tarea pendiente crear sistemas de información unificados y generar datos vía encuestas poblacionales.

En 2016 Unicef Argentina junto al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos publicó los datos de una década del programa “Las víctimas contra las violencias”. Los datos que recoge este informe remiten al área de la Ciudad de Buenos Aires y muestran que el 52,5% del total de las atenciones brindadas por el programa entre 2006-2016 corresponden a niños, niñas y adolescentes (UNICEF, 2016).

El informe muestra que 9 de cada 10 víctimas de violencia sexual menores de 18 años que han solicitado asistencia fueron de género femenino, que se trata de niñas y adolescentes que en su gran mayoría asisten a la escuela, que el 86.7% podría identificar al agresor (por lo tanto, se trata de personas conocidas por ellas), que la violencia sexual más habitual es el tocamiento por la fuerza seguida por las violaciones (vía oral o anal), que el 94,8% de los agresores es de género masculino y que el 19,3% de los agresores convive con las víctimas (UNICEF, 2016).

Con relación al vínculo que mantienen víctima y victimario, de acuerdo con los datos del programa, el 53,9% de los agresores de niñas y niños de 0 a 10 años son familiares (padre, padrastro, tío, hermano o hermanastro), mientras que el 30% son conocidos no familiares. Estos porcentajes se modifican para niños, niñas y adolescentes de 11 a 18 años, donde el 42,1% de los agresores son desconocidos, el 29,3% son conocidos no familiares, tales como vecinos, amigas/os, etc y el 26% son familiares. Un dato que destaca este informe es que el 36,8% de los agresores son trabajadores o profesionales que cuidan niños, niñas y adolescentes (en las escuelas, instituciones de salud, fuerzas de seguridad, ámbitos religiosos, etc). Respecto del lugar del hecho, el 33,2% de los hechos sucedieron en la vivienda de la víctima, el 24,9% en la vivienda del agresor, el 13,7% en la calle y un 28% en otros lugares (UNICEF, 2016).

En Argentina, de acuerdo al último análisis de los datos del Programa “Las Víctimas Contra Las Violencias 2018-2019” a nivel nacional, muestra que recibieron un total de 4.945 llamadas vinculadas a situaciones de violencia sexual. Casi el 60% de las víctimas de violencia sexual son niñas, niños y adolescentes. En cuanto a las edades encontramos que el 18,9%

corresponde con personas entre 0 a 5 años; el 34,3% entre 6 a 11 años y el 46,8% entre 12 a 17 años (UNICEF, 2019).

El embarazo forzado en la niñez y adolescencia es uno de los efectos posibles de los abusos sexuales (Plan ENIA, 2018). Cada año en Argentina cerca de 2500 niñas y adolescentes se convierten en madres y gran parte de esos embarazos son producto de abusos sexuales y relaciones no consentidas. A partir de las altas tasas de fecundidad de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años, el Plan nacional de Prevención del Embarazo No intencional en la Adolescencia (Plan ENIA, 2017), ha planteado como objetivo estratégico el fortalecimiento de las políticas de prevención del abuso y el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE).

ASPECTOS CULTURALES E INSTITUCIONALES

El abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes está considerado una de las formas más invisibles de violencia y pasa a menudo desapercibido en el entorno familiar. Es una expresión de las violencias de género en la infancia y adolescencia que ocurre mucho más de lo que se devela y sólo un ínfimo porcentaje de quienes lo han padecido pide ayuda o toma el valor necesario para denunciarlo. Un meta análisis de datos mundiales documentó que la prevalencia de abuso sexual registrado a través de encuestas a población general resulta 30 veces más alto que el que señalan los informes oficiales a partir de los datos judiciales o programáticos que procesan (Stolterborgh et al., 2011).

La posición convencional sobre el abuso, según la cual el abuso sexual aparece como un comportamiento patológico de unos pocos (mayormente) varones, que afecta a un número reducido de víctimas (mayormente mujeres), no permite reconocer las raíces culturales, sociales y políticas del fenómeno del abuso. La extensión del abuso sexual rebalsa el binomio patología - normalidad. El abuso sexual se inscribe en sociedades organizadas en torno de los privilegios del poder masculino y la discrecionalidad del poder adulto, bases culturales que posicionan a las mujeres, niñas y niños en inferioridad de condiciones para la autonomía y la toma de decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

Rita Segato (2003) analiza diferentes aspectos de la estructura patriarcal

y apunta a un modelo de comprensión de las violencias en el cual un abusador no debe ser pensado como efecto de patologías individuales ni como una consecuencia automática de la dominación masculina ejercida por hombres. La autora analiza testimonios de hombres encarcelados por haber sido perpetradores de ataques sexuales. Al analizar los hechos y las circunstancias de su delito, las motivaciones y sus estrategias de autojustificación, Segato identifica el mandato que el género impone. Cuando un acto de abuso acontece nos espantamos y transformamos al victimario en un chivo expiatorio, pero él en realidad fue el protagonista de una acción que encarna valores que están presentes en toda la sociedad. Aunque el agresor actúe solo, está en un proceso de diálogo con sus modelos de masculinidad, vive su acto como una moralización frente a un desacato a la ley patriarcal.

Al examinar las representaciones sobre el abuso sexual, Kennedy (2017) analiza los estereotipos que pesan sobre las víctimas: “la vengadora”, “la mujer que no sabe cuidarse”, “la provocadora”, “la mujer demasiado susceptible”, “la histérica delirante”. En ocasiones se desconfía del testimonio de las víctimas y se plantea que lo inventan o que no supieron comportarse adecuadamente para evitarlo. Se generan dudas o sospechas sobre si lo que ocurrió requiere una intervención judicial. Aún quienes han sufrido una agresión juzgada como abuso sexual, muchas veces tampoco tienen ningún tipo de compensación luego de pasar por el sistema judicial. Así, el develamiento y la denuncia son sistemáticamente desalentadas tanto por las sociedades como por sus instituciones, colaborando de manera profunda en el silenciamiento del problema. En su ensayo, Kennedy plantea que esta maniobra de culpar a la víctima permite a las personas negar que el abuso sexual tiene la magnitud que tiene y ocurre incluso al interior de una pareja. Argumenta que esta negación impide a las personas reconocer que el abuso sexual o la amenaza de violencia sexual estructura las relaciones entre varones y mujeres en situaciones que parecieran no tener nada que ver con ello y que existe un interés masculino en mantener el statu quo porque incluso los hombres que no abusan y no están ni siquiera dentro de ese patrón son beneficiados por estructuras y discursos que dominan la relación entre hombres y mujeres y el intercambio sexual. Desarticular estos aspectos requiere de un trabajo que interroge los modelos de socialización de género y amplíe la voluntad de denuncia de las mujeres, chicos y chicas que hayan sufrido este tipo de agresiones.

Este recorrido de la problemática permite reconocer algunas aspectos

culturales, institucionales y estructurales que inciden en la vulnerabilidad ante el abuso sexual. La vulnerabilidad refiere a un conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad a padecer perjuicios y menor disponibilidad de recursos para su protección (Ayres et al., 2018). El análisis desde el enfoque de vulnerabilidad implica pensar lo individual, lo social y lo programático –aquello relativo al Estado– como dimensiones inseparables, en tanto debe considerarse su sinergia para generar políticas de prevención y promoción de la salud, o inversamente, de producción de vulnerabilidad, riesgo o daño. Con la noción de vulnerabilidad programática (Ayres et al., 2018), se enfatiza la importancia del análisis del papel del Estado y las instituciones.

A pesar de los avances en el reconocimiento de derechos, en el accionar de las instituciones persisten prácticas propias del paradigma tutelar. Muchas veces las instituciones encargadas de brindar contención y cuidado son co-productoras del daño y los padecimientos. Las normas judiciales de procedimiento y prueba, por ejemplo, generan que en ocasiones las víctimas no puedan probar la agresión en los tribunales. Las dificultades en el acceso a la justicia se agudizan cuando se trata de agresiones sexuales. Sin duda, entre los nudos críticos institucionales para brindar asistencia y protección están los extensos tiempos de espera entre declaraciones y procedimientos, la falta de articulación entre instituciones que deberían trabajar en colaboración, lo cual afecta de manera negativa a quienes han decidido, en procesos que nunca resultan sencillos, realizar una denuncia judicial. Esto genera procesos de revictimización que se retroalimentan en distintos procedimientos o intervenciones del Estado.

APORTES PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL

En términos amplios, las iniciativas que se registran para prevenir el abuso sexual se pueden distinguir en dos tipos de estrategias, las relativas a la gestión del agresor y los programas escolares.

A partir de sus experiencias previas y de su labor como coordinadora del Programa *Las víctimas contras las violencias*, Eva Giberti (2015) describe los procedimientos y las estrategias de los atacantes sexuales, los riesgos de la revinculación, el estado de desvalimiento de los niños/as y adolescentes y

el secreto que los compromete con los atacantes. En relación con el trabajo en la escuela señala que se requiere advertir desde el aula los riesgos de un abuso sexual, cualquiera sea su origen, e incorporar en las clases programas educativos con estos contenidos. Esto demanda un análisis previo sobre cuál es el programa más idóneo según las edades, la situación de las/os alumnas/os, los docentes a cargo y la comunidad en la cual se actúa.

En este apartado en particular, el interés está centrado en las acciones de prevención basadas en modelos aplicados en el contexto educativo, e incluiremos luego aportes a partir de la asistencia técnica en el desarrollo e implementación de programas de prevención comunitaria a nivel local. Tanto las acciones que se inician en la escuela como las iniciativas que germinan desde la comunidad involucran también a integrantes de equipos de salud, como así también a técnicos y profesionales del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

PROGRAMAS ESCOLARES DE PROMOCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL ABUSO

Muchas de las acciones de prevención del abuso contra niñas, niños y adolescentes se basan en la confección de guías y manuales de recursos para la asistencia frente al develamiento del abuso. En este tipo de materiales cobra relevancia la descripción de indicadores específicos e inespecíficos y de una guía de pasos sobre cómo proceder desde la institución educativa. Son guías valiosas para que docentes y profesionales adquieran conocimientos para actuar ante situaciones de abuso ya perpetradas.

En los últimos años los aportes al campo de la prevención han comenzado a diversificarse. Entre los avances más notables está la implementación de programas de educación sexual en las escuelas. Es extendido el acuerdo sobre las posibilidades de que este tipo de programas habilita para identificar situaciones de riesgo y pedir ayuda a alguien de confianza. Las evidencias disponibles documentan aspectos positivos de la implementación de programas sistemáticos de prevención (Russo Sierra y González-Torres, 2020). También es coincidente la importancia de enmarcar las acciones de prevención de las violencias sexuales en el marco de programas de educación sexual en las escuelas.

Existe coincidencia sobre los contenidos que deberían estar incluidos en la prevención del abuso en el ámbito escolar. La organización Save the Children (2012) ha propuesto tomar en cuenta de modo específico trabajar con niñas y niños sobre los siguientes contenidos: a) buenos secretos (que hacen bien y se pueden guardar) y malos secretos (que hacen mal y deben ser contados); b) contactos físicos adecuados e inadecuados, no sólo por cómo le hagan sentir sino también por quién se los haga; c) reconocimiento del propio cuerpo; d) desarrollo emocional; e) educación afectivo-sexual; f) revelación del/los episodio/s y pedido de ayuda; g) habilidades de autoprotección y seguridad personal. De un modo similar, la OMS plantea que los programas preventivos prometedores enseñan a niñas y niños: 1) la propiedad de su cuerpo, 2) las diferencias entre los contactos normales y los tocamientos impúdicos, 3) cómo reconocer las situaciones de abuso; d) cómo decir “no”; e) cómo revelar los abusos a un adulto en el que confíen. Este tipo de programas se han demostrado útiles a la hora de mejorar conocimientos y comportamientos de autoprotección que se supone servirán de prevención del abuso (Zwi et al., 2007; OMS, 2016).

En Argentina, se sancionó en el año 2006 la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral. Junto a la sanción de la ley, se creó el Programa de Educación Sexual Integral para su implementación en las escuelas del país en sus distintos niveles (inicial, primaria y secundaria) y modalidades de gestión (pública y privada). Desde entonces, se han desarrollado capacitaciones y materiales de formación con ejes que atraviesan distintas áreas y disciplinas según niveles y etapas del desarrollo de niñas, niños y adolescentes. El programa tiene entre sus objetivos centrales promover el conocimiento y habilidades para el cuidado del propio cuerpo, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos. En relación con el abuso sexual, se plantea desde el ciclo inicial el desarrollo de competencias relacionadas con el reconocimiento de la intimidad propia y la ajena, la distinción entre contactos con otra persona que son adecuados y cuáles no (Russo Sierra y González-Torres, 2020). Si bien han sido positivos los avances, todavía persisten resistencias a su efectiva implementación en distintas provincias del país (Faur et al., 2015).

EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN COMUNITARIA A NIVEL LOCAL

Desde nuestro trabajo de intervención en distintas comunidades y con el propósito de ampliar la respuesta social desarrollamos, junto a Ana Lía Kornblit y Gabriela Wald, un modelo con principios (teóricos) y una guía de orientación práctica (pasos). Este modelo aspira a construir una respuesta integral a nivel local, que abarque la educación sexual, la movilización contra el abuso y el fortalecimiento de una red interinstitucional de protección de derechos en la infancia y adolescencia. Las experiencias concretas y el modelo son las que explicitamos a continuación.

La primera experiencia nace en el año 2015 en la región de los Valles Calchaqués junto a la Red Aquí y Ahora a Tu Lado, organización social con trabajo en temáticas de derechos de niños, niñas y adolescentes en el departamento de Santa María (Catamarca), la comunidad indígena de Amaicha del Valle (Tucumán) y los Municipios de Cafayate y San Carlos (Salta). Esta iniciativa, apoyada por Unicef Argentina, consistió en reunir organizaciones, instituciones y referentes locales vinculados a la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en una región semi rural del país, alejada de sus capitales provinciales y de los recursos que en ellas se concentran (judiciales, programáticos, educativos, de salud, de seguridad).

Esta iniciativa contó con los siguientes componentes: 1) un proceso de capacitación en cascada sobre abuso sexual, derechos y promoción de la salud que comenzó con la formación de equipos comunitarios para luego extenderse a las escuelas; 2) encuentros de jóvenes para formación de líderes; 3) actividades de sensibilización en escuelas, plazas, calles, y medios de comunicación locales; 4) creación de centros de escucha comunitarios para brindar acompañamiento y facilitar la conexión con las instituciones y recursos disponibles en la región; 5) mesas intersectoriales locales para generar acuerdos y modos de acción conjunta; 6) acuerdos con áreas provinciales para mejorar acceso a la justicia y conexión con recursos humanos y materiales; 7) escritura participativa de una ruta de acción ante casos de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes con aclaraciones específicas según cada provincia; 8) capacitación y diseminación de la ruta de acción consensuada en distintos ámbitos (escuelas, centros de salud, policía).

La segunda experiencia comenzó en 2018 en Río Grande, Tierra del

Fuego, a partir de la iniciativa de la Secretaría de Promoción Social del municipio.

La iniciativa contó con las siguientes actividades: 1) se conformó y capacitó un equipo municipal que aborda la temática a nivel local en el marco de la Oficina de Protección de Derechos del municipio, dependencia que brinda asesoramiento legal a personas con derechos vulnerados, siendo las temáticas de infancia una prioridad de la misma; 2) se capacitó también a las áreas de cultura y deportes del municipio para que puedan trabajar con los adolescentes que concurren a sus actividades artísticas y deportivas en la desnaturalización, la prevención y la detección de casos de abuso sexual; y 3) se conformó una mesa intersectorial en el marco de la cual se realizó un diagnóstico participativo local sobre la problemática del abuso sexual infanto-adolescente y se construyó de manera colectiva una ruta de acción –impresa y digital- para saber cómo actuar ante casos de abuso sexual en la infancia y adolescencia. En la escritura participaron activamente referentes de las áreas de educación, salud, justicia (fiscales, médicos forenses), protección, deportes, cultura y organismos e instituciones vinculadas a la temática de nivel municipal y provincial. Los principales lineamientos para la acción de dicha ruta se sintetizaron y se editaron para que pudieran ser accesibles al público en general a través de un sitio web.

MODELO INTEGRAL Y COMUNITARIO: PRINCIPIOS Y PASOS

En estas experiencias construimos un modelo de intervención para prevenir, promover el cuidado y la protección antes situaciones de abuso sexual (Camarotti, A., Wald, G., Capriati, A. y Kornblit, A., 2018; Wald, G., Camarotti, A., Capriati, A. y Kornblit, A., 2018; Capriati, A.J., Kornblit, A.L, Camarotti, A.C. y Wald, G, 2019). La presentación de las experiencias en el norte y en el sur del país permite comprender que cada intervención es única y singular. En la puesta en marcha de iniciativas cada localidad pone en juego aquello con lo que cuenta, que en un país federal y desigual como Argentina marca heterogéneos puntos de partida, recursos y caminos posibles. Sin embargo, es importante reconocer que muchos problemas se repiten de modo similar en distintas comunidades, por lo cual es importante sistematizar, difundir los aprendizajes de experiencias que puedan iluminar zonas comunes de acción y modelizar las acciones necesarias para una respuesta social frente al abuso.

Este modelo aspira a construir una respuesta a nivel local que abarque la educación sexual, la movilización comunitaria contra el abuso y el fortalecimiento de una red interinstitucional de protección de derechos en infancia y adolescencia. El modelo desarrollado puede ser pensado como guía para la implementación de acciones en un barrio, ciudad o región. Tiene como meta la construcción de una respuesta social que integre acciones de prevención y promoción, asistencia y protección, en las cuales se involucren a diferentes sectores, áreas del Estado y de la comunidad.

Desde este modelo, se enfatiza la movilización comunitaria porque los procesos de transformación son más duraderos cuando se compromete a las poblaciones y, en el caso que nos ocupa, cuando las y los adolescentes se asumen como protagonistas del cambio que quiere llevarse a cabo. La modelización toma como eje central de intervención la dimensión comunitaria, entendida como un espacio social en construcción permanente, atravesado en distintos grados por la diversidad, el conflicto y la cooperación. No se parte de una perspectiva romántica de la comunidad, en tanto armónica y homogénea, sino como un espacio atravesado por relaciones de poder entre actores e instituciones que coexisten en un territorio. No obstante ello, se propone potenciar vínculos positivos entre los grupos sociales involucrados, sin desestimar la existencia de intereses contrapuestos. Se busca entonces maximizar las potencialidades del trabajo colaborativo a la vez que minimizar la influencia de los intereses particulares o factores que no colaboran con el desarrollo de la acción colectiva, entendida como la acción que privilegia el bien común.

En el desarrollo de las acciones en salud trabajamos desde un enfoque de género y de derechos. Este enfoque es crucial para el reconocimiento y el respeto de la dignidad y la capacidad de acción de las y los adolescentes, su ciudadanía y participación activa, asumiendo que no existe una sola forma de vivir la adolescencia sino múltiples, y que la experiencia de ser joven depende de cuestiones estructurales y culturales, como también de las relaciones sexo genéricas.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

El modelo cuenta con una metodología de intervención organizada en ejes conceptuales y pasos.

Tres ejes conceptuales

El primer eje conceptual plantea que nada se sostiene en el tiempo sin la movilización comunitaria, la articulación entre instituciones y el compromiso del Estado. Este eje plantea la movilización comunitaria como herramienta de abogacía y la articulación interinstitucional en el acceso a servicios de salud, protección, justicia y programas sociales. Se alienta la búsqueda de apoyo del Estado nacional, provincial y municipal para dar sustentabilidad a las respuestas locales y la ampliación de las acciones comunitarias a otras localidades para potenciar las respuestas.

El segundo eje posiciona a las y los adolescentes y jóvenes como protagonistas del cambio, con apoyo de adultos que estimulan y cuidan. Este eje plantea como principio que las y los adolescentes tomen la palabra y sean parte de la acción colectiva y que las escuelas funcionen como espacios privilegiados para la promoción de la salud y los derechos a la equidad de género, la educación sexual y una vida libre de todo tipo de violencia.

El tercer eje plantea diagnosticar, planificar, evaluar y sistematizar de manera participativa y tiene tres principios: 1) conformación y capacitación de equipos locales para priorizar tareas y unificar criterios de acción; 2) monitoreo para cambiar a tiempo lo que no funcione y evaluación para registrar los cambios ocurridos; 3) sistematización de la experiencia para documentar lecciones aprendidas. La sistematización de experiencias implica un ordenamiento y una reconstrucción de elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en un proceso para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de la propia práctica. Se reconstruye la información sobre los actores y factores que han intervenido, sobre cómo se han vinculado entre sí y, en la medida de lo posible, se analiza por qué motivos lo han hecho de esa manera. La clave es avanzar en una interpretación crítica del proceso de movilización comunitaria realizado que permita extraer aprendizajes que tengan utilidad para el futuro.

La movilización involucra especialmente a los propios grupos de adolescentes y jóvenes, tanto dentro como fuera de la escuela. Para lograr la integración de jóvenes y adultos, lo cual implica la mutua valoración de intereses y opiniones, los adultos deben propiciar la reflexión sobre cuál es su lugar y en qué medida el modo en que cumplen su rol habilita la participación genuina de las y los adolescentes, da lugar a su voz y, fundamentalmente, a sus prácticas, aun cuando estas les puedan generar rechazo o

incomodidad. Hay que tener en cuenta que la participación adolescente en proyectos comunitarios implica una oportunidad para su propio desarrollo y crecimiento. Y aquí es donde, parafraseando a Donald Winnicott (1994), es crucial la presencia adulta: donde haya un adolescente pujando por crecer debe haber un adulto que ofrezca un sostén para su empuje.

Los cambios en los repertorios culturales sólo son posibles si se propicia la reflexión crítica de los grupos, las comunidades y las instituciones que habitan un territorio. Los procesos de cambio en las comunidades son más duraderos si participan adultos y adolescentes del lugar, desde el comienzo del proceso. La aspiración de este tipo de acción de movilización es la participación de instituciones, organizaciones y referentes de la comunidad en todas las fases del proceso, desde la etapa diagnóstica hasta la planificación y ejecución de acciones.

Seis pasos para la acción

Los pasos del modelo implican avanzar sobre el “cómo” de las acciones. Los pasos son una forma de implementar los principios que animan el trabajo comunitario en salud con jóvenes. Los seis pasos que hemos desarrollado para facilitar la realización de proyectos o intervenciones bajo este modelo son:

1. diagnóstico participativo y formulación de problemas;
2. organización y formación de las y los participantes jóvenes y adultos;
3. comunicación del proyecto a los actores de la comunidad y áreas del Estado vinculadas;
4. trabajo en las escuelas;
5. acciones en la comunidad;
6. articulación entre instituciones y construcción de una respuesta social.

En cada uno de estos se detallan objetivos e indicadores de evaluación para facilitar la planificación e implementación de las acciones. Estos pasos son flexibles y su utilización es singular y contingente en cada experiencia. Si bien la apuesta es a no encorsetar soluciones, es importante recuperar aprendizajes de distintas experiencias y comunidades y resaltar la importancia de la construcción de un sistema integral de respuestas: pensar, desa-

rollar y articular dispositivos locales que permitan imaginar cuáles y con qué características deben ser las acciones que se necesitan en cada lugar en donde se llevará a cabo el trabajo integral comunitario.

CONCLUSIONES

Si bien son diversas las iniciativas que existen para desnaturalizar el abuso sexual contra la infancia y la adolescencia y mejorar las acciones de prevención, el cuadro de situación que se percibe es ambiguo: hay logros, contramarchas y limitantes. A pesar de los avances en el reconocimiento de derechos en la infancia y adolescencia y los esfuerzos desde el ámbito educativo y el accionar de servicios de salud y dispositivos de atención, el abuso sexual sigue siendo un tema tabú y persisten prácticas propias del paradigma tutelar.

Reducir la vulnerabilidad ante el abuso sexual tiene retos de naturaleza y magnitud muy diversa. Como hemos visto, una tarea central descansa en profundizar el trabajo en lo preventivo y promocional: ampliar la discusión pública sobre los maltratos hacia la infancia, lograr que más familias incorporen métodos de crianza no violentos, promover la educación sexual integral y el derecho a una vida libre de violencia, discriminación y abuso. En definitiva, de esto hablamos cuando destacamos la importancia de la educación sexual integral: de darles a niñas, niños y adolescentes no solo las herramientas para identificar abusos, para prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no intencionales, conocer su cuerpo y sus límites, sino también un espacio seguro para poder compartir lo que les preocupa, lo que les angustia y poder pedir ayuda en caso de necesitarla. Para ello, resulta fundamental el acompañamiento y compromiso de adultos que puedan y quieran colaborar en esta tarea.

Otro aspecto central refiere al tipo de asistencia que se brinda a las personas que han pasado por situaciones de abuso para reducir la revictimización de las intervenciones y brindar acompañamiento adecuado. Un cambio reciente de gran importancia es la modificación del art. 72 del código penal en 2018, que supuso la incorporación del abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes como delito de instancia pública. El mismo implica que el Es-

tado argentino debe intervenir e investigar las denuncias sobre abuso sexual cuando se trata de menores de edad sin necesidad de que la madre o el padre ratifiquen la denuncia. Previamente, cuando el abuso sexual era considerado un delito de instancia privada, la ratificación de la denuncia era necesaria para habilitar la investigación e intervención. Este requisito obstruía un sinnúmero de procedimientos en los que los padres decidían no hacer la denuncia por temor a represalias o porque había familiares cercanos implicados.

A pesar del reconocimiento de la necesidad de un abordaje integral y multisectorial, son escasos los métodos de intervención que comprenden las múltiples dimensiones y niveles sistémicos del problema, que incluyen las diferentes etapas de la intervención y los diversos actores que tienen que formar parte de la respuesta. Como aprendimos en nuestras experiencias comunitarias, es decisivo un abordaje que integre las acciones de prevención y promoción, asistencia y protección como un continuo en el cual se teje una red de cuidado a nivel local y se alienta la movilización comunitaria. Los procesos de transformación son duraderos cuando se compromete a las poblaciones, y, en el caso que nos ocupa, cuando las y los adolescentes se asumen como protagonistas del cambio que quiere llevarse a cabo. Nada de esto es fácil. Los saberes locales existentes en la comunidad, especialmente el conocimiento acumulado de técnicos, profesionales y referentes barriales, son indispensables para iniciativas de este tipo.

Estos retos involucran de modo decisivo al mundo adulto y las instituciones: tienen que ver con las acciones (y omisiones) de las instituciones, con el resultado de los debates públicos sobre prioridades y valores, sobre equidad de género y derechos en la infancia. Los mayores logros, tal vez, estén vinculados con la mayor conciencia que tienen las generaciones más jóvenes sobre las violencias sexuales y las violencias de género y el activismo social que alienta la visibilización de estas problemáticas. El camino recorrido evidencia la necesidad de incrementar la integración entre las acciones contra el maltrato infantil y la violencia contra la mujer. Las tareas pendientes demandan aumentar la sinergia entre las agendas de diversos colectivos y redes institucionales.

Referencias bibliográficas

- Assink, M., van der Put C.E., Meeuwssen, M.W.C.M., de Jong, N.M., Oort, F.J., Stams, G.J.J.M., y Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2019 May;145(5):459-489. doi: 10.1037/bul0000188.
- Ayres, J., Paiva, V. y Cassia, M. (2018). Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud, En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (editores) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo, 21-34. Recuperado de <https://www.teseopress.com/vulnerabilidadesyddhh/>
- Biagini, G. y Sánchez, M. (2019). Sociedad civil con trabajo en violencia intrafamiliar contra niñas/os: alcances y limitaciones. Ponencia presentada en las XIII Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Brayley, H., Cockbain, E. y Laycock, G. (2011). The value of crime scripting. Deconstructing internal child sex trafficking. *Policing A Journal of Policy and Practice*, 5(2), 144-157.
- Camarotti, A., Wald, G., Capriati, A. y Kornblit, A. (2018). Modelo integral comunitario para prevenir y abordar problemáticas de salud adolescente, *Revista Salud Colectiva* Vol. 14, N°3, octubre 2018. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1768>
- Capriati, A.J., Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. y Wald, G. (2019). Abordaje integral y comunitario frente al abuso sexual infante adolescente. UNICEF Argentina.
- Cockbain, E., Reynald, D.M (2016). Introduction to the special edition ‘Child sexual abuse: analysis and intervention’. *Crime Sci* 5, 4 (2016) doi:10.1186/s40163-016-0052-y
- Fallon, B.; Trocme, N.; Fluke, J.; MacLaurin, B.; Tonmyr, L.; y Yuan, Y.Y. (2010). “Methodological challenges in measuring child maltreatment”. *Child Abuse & Neglect*, 34(1), 70-79.
- Faur, E., Gogna, M. y Binstock, G. (2015). La educación sexual integral en la Argentina. Balances y desafíos de la implementación de la ley (2008-2015). UNFPA - Ministerio de Educación de la Nación.

- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, Volume 18, Issue 5, 1994, Pages 409-417.
- Giberti, E. (2015). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Buenos Aires: Noveduc.
- Kennedy, D. (2017). *Abuso sexual y vestimenta sexy. Cómo disfrutar del erotismo sin reproducir la lógica de la dominación masculina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Leclerc et al. (2011). Getting into the script of adult child sex offenders and mapping out situational prevention measures. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 48(2), 209-237.
- Naciones Unidas (1989). *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN)*. Naciones Unidas.
- McHugh, R., Adams, D., Wortley, R. y Nick, T. (2015). ‘Think Global Act Local’: A place-based approach to sexual abuse prevention. *Crime Science*. 4. 10.1186/s40163-015-0035-4.
- OMS (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer y cómo obtener evidencias*. Ginebra: OMS
- OMS (2016). “Maltrato Infantil, hechos clave” Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- OPS (2017). *INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas*. Washington, D.C.: OPS.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* Jun;33(6):331-42. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007.
- Plan ENIA. N (2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje institucional*. Dirigido por Silvia Chejter. Ciudad de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia.
- Pinheiro, P.S. (2006). *World Report on Violence Against Children*. Geneva: United Nations.
- Radford, L, Allnock, D y Hynes, P. (2015). *Preventing and Responding to Child Sexual Abuse and Exploitation: Evidence review*. New York: UNICEF.
- Russo Sierra. G. y González-Torres, M.C. (2020). Desafíos del sistema educativo frente al abuso sexual en la infancia. *Espacios en Blanco. Revista de Educación*, vol. 1, núm. 30, 2020.

- Sepúlveda García de la Torre, A. (2006). La violencia de género como causa de maltrato infantil. Cuaderno Médico Forense, 12 pp 43–44.
- Save the Children (2011). En la Violencia de Género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. España: Save the Children
- Save the Children (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. España: Save the Children.
- Segato, Rita (2003). Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género, entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad Nacional de Quilmes, Prometeo.
- Seto M.C., Babchishin, K.M., Pullman, L.E. y McPhail I.V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: a meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clin Psychol Rev.* 2015 Jul;39:42-57. doi: 10.1016/j.cpr.2015.04.001.
- Singh, M. M., Parsekar, S. S., y Nair, S. N. (2014). “An Epidemiological Overview of Child Sexual Abuse”. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3 (4), 430-435.
- Stoltenborgh, M.A.; Van Ljzendoorn, M.H.; Euser, E. y Bakerman-Kranenburg, M.J. (2011). “A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world”, *Child Maltreatment*; 16(2), 79-101.
- Thourte, M. y Wachter, P. (2019). “De la oscuridad a la luz: El abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, un delito de instancia pública”. En RDF 90
- UNICEF (2018). *INSPIRE Indicator Guidance and Results Framework Ending Violence Against Children: How to define and measure change*. New York: UNICEF.
- UNICEF Argentina. (2019). *Un análisis de los datos del programa “Las víctimas contra las violencias” 2018-2019, N° 7. Serie Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires: UNICEF y Ministerio de Justicia de la Nación. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/6776/file/Datos%20%22Las%20v%C3%ADctimas%20contra%20las%20violencias%22%202018-2019.pdf>
- UNICEF (2017). *A Familiar Face. Violence in the lives of children and adolescents*. New York: UNICEF.
- UNICEF Argentina (2016). *Un análisis de los datos del programa “Las víctimas contra las violencias”*, Serie Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Buenos Aires: UNICEF y Ministerio de Justicia de la Nación.

- Wald, G., Camarotti, A., Capriati, A. y Kornblit, A. (2018). Modelo comunitario para la promoción, prevención, asistencia y protección ante situaciones de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280412. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280412.pdf>
- Winnicott D. (1994) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Editorial Paidós.
- Wortley, R., y Smallbone, S. (2012). *Internet child pornography: Causes, investigation and prevention*. Oxford: Praeger.
- Zwi K.J, Woolfenden S.R, Wheeler D.M, O'Brien TA, Tait P y Williams KW. (2007) Programas educativos en escuelas para la prevención del abuso sexual infantil (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB004380-ES.htm> (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

CAPÍTULO 10

APORTES PARA LA INVESTIGACIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA¹

Sebastián Sustas²

INTRODUCCIÓN

La identificación del suicidio en jóvenes y adolescentes como problema sanitario a nivel mundial es relativamente reciente, y se enmarca dentro del reconocimiento de la problemática como asunto de interés para la salud pública. En términos programáticos este proceso se cristaliza en las iniciativas de organismos internacionales, como el Plan de Acción Integral en Salud Mental promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2013), el cual aborda los procesos suicidas como uno de sus temas centrales, o la inclusión de la tasa de mortalidad por suicidio como indicador para una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativa a la reducción de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ONU, 2017). Particularmente en la población de adolescentes y jóvenes, las primeras señales de alerta provinieron de países desarrollados durante el

1 El presente trabajo retoma resultados de la investigación “El suicidio de adolescentes. Estado de situación en Argentina”, dirigido por Ana Lía Kornblit y financiado por UNICEF. El equipo de investigación responsable estaba conformado por Hernán Manzelli y el autor.

2 Docente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), e investigador CONICET/ Universidad Nacional de José C. Paz. Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud del Programa SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos.

último cuarto del siglo XX. Los cambios en los perfiles de morbi-mortalidad también expusieron el peso de diferentes eventos y trastornos de la Salud Mental y su vinculación con el suicidio.³ Sin embargo, entrado el siglo XXI, es evidente que el suicidio no sólo es prevalente en países desarrollados, sino que afecta de forma creciente países en desarrollo, poblaciones vulnerables, y en particular se observa un aumento en la franja etaria de 15 a 29 años (WHO, 2014).

En Argentina existen antecedentes legislativos que exponen el esfuerzo local por incluir la temática del suicidio en la agenda pública sanitaria. Un primer marco normativo general es la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en 2010, y que fue reglamentada en 2013.⁴ El Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, aprobado por Resolución Ministerial 2.177/2013, insta a desarrollar líneas de acción relativas a la capacitación continua en el tema de suicidio, de profesionales y trabajadores de salud mental, y otros actores relevantes (docentes, educadores, fuerzas de seguridad). Asimismo, propone la creación y fortalecimiento de áreas que se encarguen del relevamiento, sistematización y análisis de información estadística en eventos y problemáticas de salud mental y adicciones. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (actualmente jerarquizado a Dirección de Adolescencias y Juventudes) elaboraron junto a un grupo de expertos convocados, un documento orientado a profesionales y equipos de salud encargados de la atención de urgencias y una guía de recomendaciones para la comunicación de temáticas de salud mental, entre las que se incluye un capítulo dedicado a los procesos de suicidio (MSAL, 2012; 2013). Otra instancia importante fue la promulgación de la Ley N° 27.130 de Prevención del Suicidio, sancionada en 2015, y que tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, mediante la prevención, la asistencia y la *posvencción*, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida para evitar nuevos eventos.⁵

El abordaje del suicidio ha sido preocupación de diferentes disciplinas,

3 En esta línea se encuentran los estudios de carga global de la enfermedad, que muestran el impacto global de diferentes eventos sobre la salud de las poblaciones. Estos estudios se pueden consultar en: <http://www.healthdata.org/>

4 Se puede acceder a la normativa completa en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>

5 La norma aún no se encuentra reglamentada. Se puede acceder a la normativa completa en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=245618>

lo que supone diversas formas de acercarse al fenómeno y también de definirlo. En ese marco, algunos abordajes proponen hablar de procesos suicidas para describir las situaciones de interacción que llevan a una persona a idear e intentar cometer un suicidio. En términos operativos, retomamos a la OMS (2001, p.37), la cual define al suicidio como “el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal”. Diferentes estudios muestran que las características que adquiere el suicidio varían, entre otras variables, según los rangos etarios y el género (Casullo, 1994; Serfaty et al., 2004; Altieri, 2007; Sola, 2011; Pantelides et al., 2013).

En este trabajo, retomando trabajos previos (UNICEF, 2019; Manzelli, Sustas y Kornblit, 2019), vamos a centrarnos en el análisis del suicidio en población adolescente en Argentina. Las categorías de adolescencia y juventud han tenido un amplio debate en torno a las formas de definir las y qué criterios emplear para ello (Chaves, 2013; Di Leo y Camarotti, 2013; Nuñez, 2011; Reguillo, 2012). Aún cuando no hay consenso sobre un rango etario o características que definan la adolescencia, por los objetivos del trabajo, es necesario emplear algún tipo de criterio operativo que segmente la población de forma precisa. Por ello, empleamos la edad como criterio para la delimitación de la población objetivo, siguiendo la segmentación etaria propuesta por la OMS, la cual define la adolescencia como “el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, en línea).

El suicidio en adolescentes debe pensarse dentro de los estudios que abordan la mortalidad en este grupo poblacional. En general suelen emplearse abordajes cuantitativos para dar cuenta de la magnitud del fenómeno y tasas específicas por causa, grupo y sexo como indicadores descriptivos. Si bien en este grupo poblacional la mortalidad es baja -comparativamente con otros grupos etarios- es importante caracterizarla a fin de obtener una descripción que pueda ser insumo para análisis y formulación de políticas públicas específicas (Capriati, 2019). En ese sentido, Martínez y Santoro (2016) señalan que la estructura y nivel de mortalidad de la población de jóvenes y adolescentes presenta una alta proporción de muertes por causas externas (accidentes, suicidios y agresiones). Govea Bash (2015) advierte de una marcada sobre-mortalidad masculina. En ambos sexos las causas externas se presentan como aquellas más frecuentes, pero éstas explican el 68% de las muertes masculinas y el 42% de las femeninas (Manzelli et al.,

2017). Las causas más frecuentes son los accidentes, seguida por los suicidios (UNICEF, 2017).

En el presente trabajo nos proponemos trazar un perfil epidemiológico de las muertes de adolescentes clasificadas como suicidios entre los años 1990 y 2016, indagando en la evolución que han tenido las tasas específicas para los grupos etarios de 10 a 14 años y 15 a 19 años (adolescencia temprana y tardía), el género, y por provincias seleccionadas de residencia. Asimismo, presentamos de forma sucinta otras formas de abordaje de la problemática que se centran en dimensiones cualitativas de los procesos suicidas. Finalmente, esperamos que el trabajo pueda servir como un ejemplo de abordaje metodológico para otras temáticas o eventos de salud.

METODOLOGÍA

En este apartado presentaremos aspectos que remiten a cuestiones metodológicas e indicadores seleccionados para describir el suicidio en la adolescencia. Se toman los trienios 1990-92, 2000-02, 2008-2010 y 2014-2016. En ocasiones, cuando el evento en estudio tiene una baja frecuencia en términos absolutos, o un comportamiento no estable año a año, se suelen presentar los indicadores de tasas agrupando años en trienios, quinquenio o decenios. Esto produce una estabilidad de las series temporales que permite una mayor robustez en el análisis. Retomamos datos presentados en trabajos previos que se nutrieron de fuentes de datos secundarias generadas por dos grandes productores de información estadística nacional: datos relativos a mortalidad del subsector de estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud Nacional y datos poblacionales producidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Se consideraron muertes por suicidio aquellas contenidas en el capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud 10° revisión (CIE-10), que son clasificadas por intencionalidad como suicidios (OPS-OMS, 2008).⁶

Con el propósito de certificar adecuadamente las defunciones, en Ar-

6 Los códigos de la CIE-10 correspondientes a "Suicidio y Secuelas de lesiones autoinfligidas" son: X60-X84 y Y87.0

gentina se adopta en los informes estadísticos de defunción (IED) el modelo internacional de certificado médico de causas de defunción, el cual tiene como horizonte generar un registro completo y correcto de las causas de defunción. En este sentido, los protocolos del proceso registral se encuentran pre-establecidos, publicados oficialmente, y siguiendo normativas internacionales. Sin embargo, por las características propias del evento, el carácter no esperado de las muertes de adolescentes –una muerte que se espera que ocurra en un ciclo de vida más avanzado–, como así también la existencia de estigmas frente al suicidio, surgen algunas críticas al uso de los registros de mortalidad. En especial se alude que los datos omiten una cantidad importante de decesos que quedan como indeterminados, o incluso de los que no puede establecerse la intencionalidad. En breve, se presentan críticas de orden registral, que refieren a problemáticas relativas al registro de los decesos y la identificación de la causa básica de defunción, pero también otras de tipo teórico conceptual, y que aluden a las formas de acercarse al fenómeno (Bonaldi, 2000). En este escenario, y sin desconocer la necesidad de continuar mejorando los registros, es necesario resaltar que existen trabajos que han mostrado la solidez que las estadísticas de mortalidad tienen en Argentina (Alazraqui, M. et al., 2012).

Para la descripción del perfil epidemiológico se emplearon tasas específicas por suicidio según sexo y grupos de edad (10 a 14 años y 15 a 19 años). Se emplearon tasas específicas para algunas provincias seleccionadas y el total país: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Jujuy, Misiones, San Juan y Santa Fe.

Las tasas son uno de los indicadores más utilizados en la epidemiología y la salud pública para describir la magnitud y la probabilidad de ocurrencia de diferentes tipos de daños a la salud (mortalidad, morbilidad y letalidad). Las tasas ponen en relación la cantidad de veces que ocurre un evento en un área y período temporal delimitado, con la población expuesta a dicho evento (García, 2000). A modo de ejemplo, la tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes varones de 15 a 19 años es definida como el cociente entre las defunciones por suicidio de adolescentes varones de 15 a 19 años de edad, correspondientes a un período y área delimitada, y el total de la población de adolescentes varones de 15 a 19 años de edad en el período y área geográfica delimitada.⁷ Por las características del cálculo (valores pequeños en el numerador y grandes en el denominador), al cociente se lo multiplica por

7

Para el denominador se suele tomar en cuenta la población existente a la mitad del año calendario.

un factor de expansión. Este factor se adecua siguiendo criterios de inteligibilidad y en ocasiones siguiendo estándares internacionales preestablecidos. La lectura del indicador resultante expone la probabilidad de ocurrencia del evento –o riesgo– en un tiempo y lugar delimitados.

CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL SUICIDIO

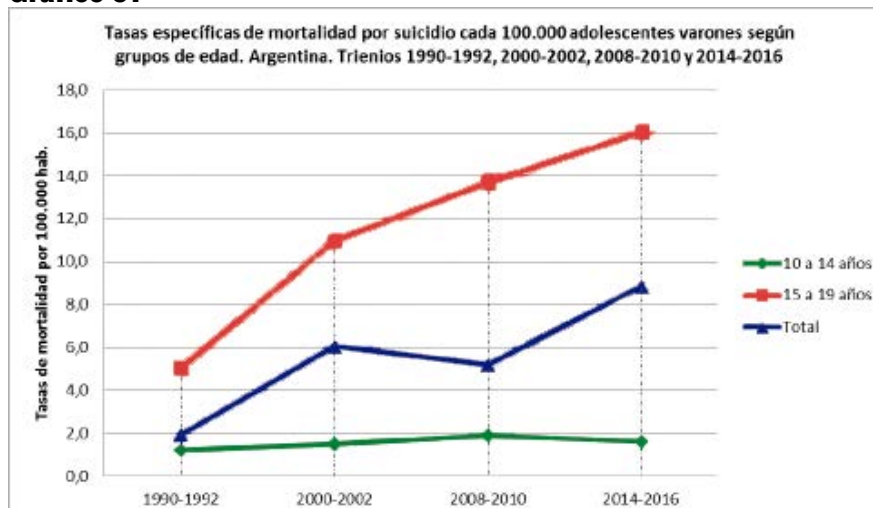
Para comenzar la construcción del perfil epidemiológico del suicidio en población adolescente, remitimos en primer al lugar al trabajo realizado por UNICEF y Ministerio de Salud Nacional (2016), en el cual se analiza la situación de salud de esta población. El suicidio, como causa específica de mortalidad, constituye la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años. Asimismo, este tipo de eventos se presenta de forma marcadamente desigual según el género, existiendo una sobre mortalidad masculina. La edad también es una variable a contemplar, ya que dentro del grupo delimitado entre los 10 y 19 años existen ciclos notoriamente diferenciados, que hacen a aspectos de tipo biológico, ciclo de vida, socialización, experiencias vitales, y aspectos de conformación de las identidades personales. Por ello se contemplan la presentación de los datos segmentando los grupos en dos: de 10 a 14 y de 15 a 19. En el grupo de 15 a 19 años la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en mujeres 5,9 (MSAL, 2016). Analizando la evolución, desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país (MSAL, 2016).

Los resultados de nuestra investigación presentan el mismo patrón. En el Gráfico 1 observamos la evolución temporal de las tasas de suicidio en adolescentes varones en los años en estudio según grupos de edad. En el Gráfico 2, observamos la misma evolución pero para la población de adolescentes mujeres. A modo de advertencia, se puede observar que las escalas de las tasas de los gráficos en análisis varían, aspecto importante a considerar.

Las diferencias por sexo en el indicador de tasa de mortalidad por suicidio son importantes. Tomando como referencia el último trienio (2014-2016) los varones presentan una tasa de mortalidad por suicidio de 8,85 cada 100.000 adolescentes, mientras que las mujeres alcanzan una tasa de 3,32

cada 100.000 adolescentes. Cabe destacar que el análisis temporal muestra que esta brecha entre las tasas en la mortalidad por suicidio de varones y mujeres fue creciendo a lo largo del período analizado. En el trienio 1990-1992 los varones presentan una tasa de mortalidad por suicidio de 1,92 cada 100.000 adolescentes, muy similar a la registrada en las mujeres que es del 1,52 cada 100.000 adolescentes.

Gráfico 01



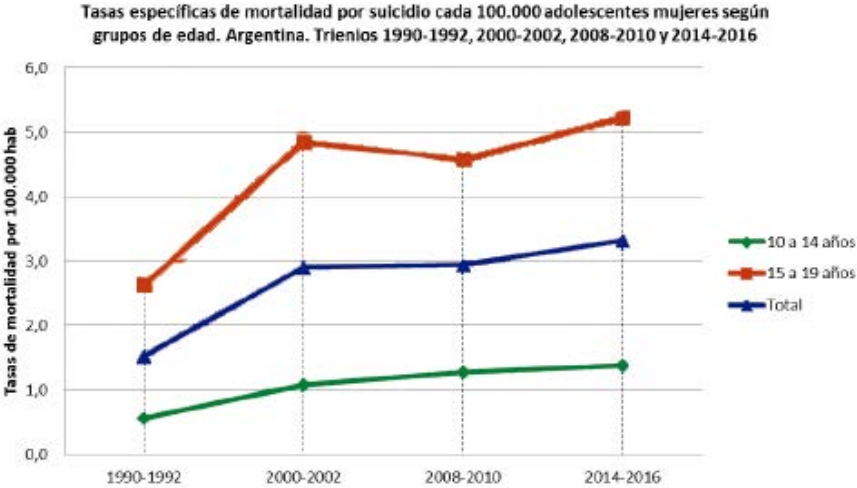
Fuente: UNICEF, 2019

Otro aspecto relevante del suicidio en la adolescencia lo constituyen las diferencias que se encuentran entre distintos grupos de edad contenidos dentro de la categoría de adolescencia. A nivel nacional, la mortalidad por suicidio es notoriamente más elevada en grupo de 15 a 19 años, tanto en varones como en mujeres. Tomando el último trienio como referencia (2014-2016), los varones de 15 a 19 años presentan una tasa de mortalidad por suicidio de 16,06 cada 100.000 adolescentes, mientras que el grupo de 10 a 14 años alcanza una tasa de 1,62 cada 100.000 adolescentes. Mismo fenómeno se presenta en el caso de las adolescentes mujeres. Tomando el mismo trienio, el grupo 15 a 19 años presenta una tasa de mortalidad por suicidio de 5,23 cada 100.000 adolescentes, mientras que el grupo de 10 a 14 años alcanza una tasa de 1,38 cada 100.000 adolescentes.

Las brechas de las tasas entre los grupos etarios también fueron va-

riando a lo largo del período analizado. Al comienzo del período, tomando el trienio 1990-1992, los varones de 15 a 19 años presentan una tasa de mortalidad por suicidio de 5,03 cada 100.000 adolescentes, mientras que el grupo de 10 a 14 años alcanza una tasa de 1,23 cada 100.000 adolescentes. Por su parte, las mujeres de 15 a 19 años presenta una tasa de mortalidad por suicidio de 2,63 cada 100.000 adolescentes, mientras que el grupo de 10 a 14 años alcanza una tasa de 0,56 cada 100.000 adolescentes.

Gráfico 02



Fuente: UNICEF, 2019

La evolución del periodo analizado permite observar que a nivel nacional el aumento de las tasas específicas por suicidio en el grupo de adolescentes se dio por una mayor contribución del grupo etario 15 a 19 años. Esta evolución es notoriamente más acentuada en el caso de los varones que en las mujeres, pero manteniendo el mismo patrón. Por otro lado, es posible señalar un importante aumento relativo en el trienio 2000-2002, coincidente con la crisis del fin de la convertibilidad. Luego, en el período 2008-2010, continúa la tendencia creciente, aunque en términos relativos de forma menos acentuada. Finalmente, la comparación de largo plazo (primer y último trienio analizado) muestra un significativo incremento entre los puntos temporales analizados.

Cuadro 01**Tasas específicas de mortalidad por suicidio
cada 100.000 adolescentes varones.****Jurisdicciones seleccionadas.****Trienios 1990-1992, 2000-2002, 2008-2010
y 2014-2016**

	1990-92	2000-02	2008-10	2014-16
Bs. As	2,37	4,11	3,45	6,70
Catamarca	1,15	8,72	11,25	30,06
Chaco	2,85	10,99	6,80	9,66
Chubut	11,53	24,55	12,09	15,72
Jujuy	9,94	8,58	14,84	22,43
Misiones	2,28	4,26	3,74	7,18
San Juan	0,00	3,32	3,58	10,28
Santa Fe	3,04	7,27	7,01	9,06
Total país	1,92	6,06	5,19	8,85

Fuente: UNICEF, 2019

Como ocurre con muchos otros de los indicadores socio-sanitarios, existen diferencias importantes a nivel local y jurisdiccional que quedan subsumidas en los valores nacionales. No es la excepción para el caso de las tasas por suicidio en adolescentes, las cuales han mostrado diferencias importantes a lo largo del período analizado. En el Cuadro 1 observamos la evolución temporal de las tasas de suicidio en adolescentes varones en los años en estudio según jurisdicciones seleccionadas. En el Cuadro 2, observamos la misma evolución, pero para la población de adolescentes mujeres. Como mencionamos previamente, a modo de advertencia, es importante considerar que las escalas de las tasas de los gráficos en análisis varían.

En el Cuadro 1 se identifican en primer lugar aquellas provincias que quedan por encima del indicador nacional: Chubut, Catamarca, Jujuy, Chaco y Santa Fe. Este grupo de provincias presenta algunas tendencias diferenciales: mientras que las primeras tres provincias mencionadas crecen alejándose del valor promedio nacional, las provincias de Chaco y Santa Fe

tienden hacia una convergencia descendente con el indicador total país. Catamarca y Jujuy muestran un incremento constante en el período analizado. En el caso de Chubut se presentan altibajos, dado que se observa un importante pico en el período de la crisis (2000-2002), con un posterior descenso. Las provincias de San Juan, Misiones y Buenos Aires presentan en todo el período valores por debajo de los nacionales, acompañando el incremento nacional, pero sin llegar a alcanzarlo.

En el Cuadro 2, las provincias de Jujuy, Catamarca y Chaco se distribuyen de forma notoria por encima de la evolución de la tasa a nivel nacional, aunque con diferencias: en Catamarca se advierte una tendencia al aumento en las tasas de mortalidad femeninas de suicidio adolescente, mientras que en Chaco se observa un leve descenso. En Jujuy no se presenta un patrón preciso, sin embargo, es posible advertir que las tasas se sitúan por arriba del resto de las jurisdicciones. Particularmente, parece observarse un leve descenso entre el pico del período 2008-2010 y el último trienio analizado.

Cuadro 02

Tasas específicas de mortalidad por suicidio cada 100.000 adolescentes mujeres. Jurisdicciones seleccionadas. Trienios 1990-1992, 2000-2002, 2008-2010 y 2014-2016

	1990-92	2000-02	2008-10	2014-16
Bs. As.	1,35	1,78	1,52	2,24
Catamarca	0,00	8,00	5,34	9,90
Chaco	1,83	6,62	5,52	4,56
Chubut	0,00	7,35	4,43	2,86
Jujuy	4,41	4,62	14,65	12,17
Misiones	1,91	3,15	1,36	3,88
San Juan	0,59	2,28	1,58	3,63
Santa Fe	1,06	3,50	2,68	3,44
Total País	1,52	2,90	2,94	3,32

Fuente: UNICEF, 2019

Tanto en el Cuadro 1 como en el 2 es posible observar el impacto sobre los indicadores en el periodo 2000-2002. El aumento a nivel nacional se traslada a gran parte de las jurisdicciones en análisis, pero se despliega con diferente intensidad. Incluso en algunas provincias pareciera no tener un impacto preciso, como en el caso de Jujuy.

Estas diferencias en las formas en que se presentan los fenómenos según variables relevantes (sexo, grupos de edad, provincia de residencia), habilitan otras preguntas de investigación que pueden complementar este tipo de abordaje. Particularmente en relación a las diferencias jurisdiccionales, se presentan con gran potencial los estudios descriptivos de tipo ecológico, los cuales permiten incluir variables del mismo nivel, y ponerlos en relación para ensayar hipótesis y dialogar con aspectos teóricos conceptuales derivados de estudios de corte cualitativo.

A continuación, presentamos de forma sucinta otras formas de abordaje posibles del fenómeno del suicidio en base a experiencias previas de investigación.

OTRAS FORMAS DE ABORDAJE DE LOS PROCESOS SUICIDAS

Como reseña Bonaldi (2000), existen abordajes que se han centrado en la indagación sobre las motivaciones y sentidos que llevan a las personas a transitar por un proceso suicida, y en algunos casos, a consumir el suicidio. Para la construcción y análisis de este tipo de datos se emplean estrategias metodológicas de tipo cualitativo, que se sitúan, particularmente, en el marco del paradigma interpretativo. Tal abordaje propone “comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes” (Vasilachis, 1992: p. 43). Se busca privilegiar en sus análisis lo profundo, lo intenso, lo particular por sobre lo superficial, lo extenso y las generalidades. La investigación cualitativa supone así indagaciones acerca de las experiencias, comportamientos, acciones, significados y sentidos que las personas dan a sus propias vidas, al mismo tiempo que se interesa por sus interacciones sociales y el contexto en el que se despliegan. A su vez, habilita la emergencia de dimensiones no previstas en el diseño inicial por tratarse de un proceso dinámico y flexible.

Dicha estrategia se vuelve así la mejor aproximación a los procesos de

construcción de las experiencias sociales, entre ellas, aquellas relacionadas con los procesos suicidas. En ese sentido, la entrevista semi-estructurada es una de las herramientas de la indagación cualitativa que permite vislumbrar la interacción de múltiples voces en la construcción de datos empíricos. La entrevista se caracteriza por “(...) la posibilidad de captar el significado atribuido por el/los otros a su propia experiencia mediante la interacción comunicativa con el/los otros” (Merlinsky, 2006, p. 29). Esta técnica es útil para indagar en quienes tuvieron tentativas e ideaciones de suicidio, aspectos que remiten a su entramado vital: sus experiencias sociales, las personas que son importantes en sus vidas, las instituciones por las cuales transitan y que permiten -en términos potenciales- el ejercicio de cuidados y derechos, pero también su contraparte: observar las instancias que generan y acentúan vulnerabilidades (Di Leo, Güelman y Sustas, 2018).

Existen también técnicas para indagar en el entramado vital de las personas que consumaron suicidios. Muchos estudios trabajan sobre los documentos que las personas dejan a modo de “despedidas”, como cartas o videos. De forma complementaria, otros estudios emplean una variante de la técnica de entrevista denominada *entrevistas retrospectivas de casos* para analizar suicidios consumados. Esta técnica deviene de la *autopsia psicológica* (Weisman y Kastenbaum, 1968; Isometsä, 2002), empleada en sus orígenes para la confección de los informes estadísticos de defunción y la determinación de la causa de muerte. La técnica presentó potencialidades más allá del aspecto registral, y fue empleada para la reconstrucción de la vida de la persona fallecida, enfatizando dimensiones relacionadas con los estilos de vida, exposición al estrés, padecimientos mentales e ideación suicida, a través de información recogida mediante la entrevista a personas allegadas a ellas. En nuestro caso, le sumamos una impronta biográfica que permite identificar acontecimientos significativos, como así también el tránsito y permanencia por espacios sociales con el propósito de reconstruir el entramado vital y estados sociales de cada caso. A partir del corpus de datos pudimos elaborar una tipología relativa a las situaciones y contextos próximos de los casos que refieren a los vínculos y soportes afectivos e institucionales (UNICEF, 2019).

- Adolescentes sin contención familiar, donde las instituciones intervinientes tuvieron dificultades para llevar adelante su seguimiento y cuidado.

- Adolescentes que han sufrido la pérdida de una relación afectiva que constituía el soporte principal de su entramado vital.
- Adolescentes que experimentan una sensación de fracaso frente a sus propias expectativas de logro y/o consideran que no cumplen con las expectativas de las personas que constituyen su entramado vital.
- Adolescentes que experimentan temor al fracaso frente a los desafíos del ciclo vital, por ejemplo la terminación del secundario y el ingreso a estudios terciarios/universitarios o al mundo laboral.
- Adolescentes que han interiorizado esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables.
- Adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental evidente, que no llegaron a ser atendidos por las instituciones de salud mental o no fueron debidamente atendidos por ellas.

Como advierte Menéndez (2011), estas tipologías deben ser comprendidas como construcciones que permiten la indagación de procesos específicos, y se debe asumir que no equivalen a “la realidad”, sino que son una construcción de ella. Su aplicación y ajuste a otras poblaciones debe contemplar el necesario acercamiento al fenómeno en un constante proceso de diálogo entre la teoría y lo observado en el campo.

CONCLUSIONES

La reconstrucción del perfil epidemiológico realizado permite exponer la magnitud y nivel del fenómeno del suicidio en la población adolescente de Argentina. Un aspecto saliente es la tendencia creciente de los indicadores de mortalidad específica: la sobre mortalidad masculina y el mayor peso relativo del grupo de 15 a 19 años en el período analizado (1990-2016). Asimismo, las brechas entre las tasas de mortalidad específica por sexo muestran un crecimiento en los trienios analizados.

El fenómeno de la mortalidad por suicidio en adolescentes presenta diferentes intensidades según los grupos de edad. En términos generales, el crecimiento de la tendencia general se explica en parte a expensas del creci-

miento del grupo etario de 15 a 19 años. Este patrón se observa en ambos sexos, si bien es notoriamente más significativa entre los varones en todas las jurisdicciones, aunque con variadas intensidades según cada jurisdicción.

Como señalamos previamente, los valores nacionales suelen diluir las grandes diferencias regionales presentes, aspecto que se repite para el fenómeno aquí analizado. En las provincias de Jujuy, Catamarca y Chubut los adolescentes varones presentan tasas de mortalidad mucho más elevadas que en el resto del país. En el caso de la mortalidad femenina, se destacan con este mismo patrón las provincias de Jujuy y Catamarca.

Finalmente, de forma sucinta se presentan ejemplos de abordaje cualitativo sobre el suicidio que permiten complementar la comprensión sobre las motivaciones que llevan a las personas a transitar por procesos suicidas o cometer suicidio: la construcción de los entramados vitales; y el tránsito y permanencia por instituciones. El conjunto de datos resultante permite dar cuenta de los procesos de vulnerabilidades y necesidades de cuidados. Dentro de las técnicas se mencionan las entrevistas en profundidad y las entrevistas retrospectivas de casos.

Referencias Bibliográficas

- Altieri, D. (2007). Mortalidad por suicidios en Argentina Nivel, tendencia y diferencias. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población / AEPA. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.
- Alazraqui, M., Spinelli, H., Zunino, M. G., y Souza, E. (2012). Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil - 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12), 3279-3288. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200013>
- Bonaldi, P. (2000). El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica. De los “estadísticos morales” a los enfoques interpretativos. En M.M. Casullo, P. Bonaldi y M. Fernández Liporace (comps.) *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. pp. 49-68. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Capriati, A. (2019). Pibes sin calma. Desigualdades y vulnerabilidades en las juventudes argentinas. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- Chaves, M. (2013). Culturas juveniles en la tapa del diario: tensiones entre el margen y el centro de la hoja. In M. Chaves & E. Fidalgo (Eds.), *Políticas de infancia y juventud. Producir sujetos y construir Estado*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Casullo, M.M. (1994). Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención. En S. Quiroga (comp). *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia* (pp. 121 - 143). Ed. Kargieman.
- Di Leo, P. F., y Camarotti, A. C. (Eds.) (2013). *Quiero escribir mi historia: vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Di Leo, P. F., Güelman, M., y Sustas, S. (2018). *Sujetos de cuidado: escenarios y desafíos en las experiencias juveniles*. GEU, Grupo Editor Universitario.
- García, J. J. G. (2000). Uso de algunos indicadores en epidemiología. Primera parte. *Revista Mexicana de Pediatría*, 67(1), 38-41.
- Govea Basch, J. (2015). *Dinámica demográfica de la niñez y la adolescencia en la Argentina*. EdUNLU.
- Isometsä, E. T. (2002). Estudios de autopsia psicológica: una revisión. *Euro Psychiatry* (Edición en Español).
- Manzelli, H., Pantelides, E. A., Fernández, M. y Santoro, A. (2017). Mortalidad adolescente por causas externas en Argentina. *XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población -AEPA / I Congreso de Población del Cono Sur*. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe, Argentina.

- Manzelli, H., Sustas, S.E. y Kornblit, A.L. (2019). Patrones recientes de suicidio en adolescentes en Argentina: diferenciales socioeconómicos y análisis a nivel de micro-regiones para el período 1990- 2016. Publicado en *XV Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, San Juan, Argentina, Septiembre 2019.
- Martínez, L., y Santoro, A. (2016). Desigualdades en la mortalidad adolescente por causas externas. Argentina, 2010-2014. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras. En J.A.Haro (Org.). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 33 – 66). Editorial Lugar.
- Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales, (27).
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) (2012). Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. MSAL.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) (2013). Comunicación Responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios. MSAL.
- MSAL-UNICEF (2016). *Situación de salud de los y las adolescentes en Argentina*. MSAL-UNICEF.
- Núñez, P. (2011). La política en escena: cuerpos juveniles, mediaciones institucionales y sensaciones de justicia en la escuela secundaria argentina. *Contemporánea*, 2, 183-205.
- OMS (en línea). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20adolescencia,10%20y%20los%2019%20a%C3%B1os.
- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS.
- ONU (2017). *Reporte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. ONU.
- Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C.
- Pantelides, E. A., Bruno, M., Gaudio, M. y Govea, J. (2013). Mortalidad por homicidio y suicidio en la adolescencia: magnitud, características y circunstancias. Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires, Argentina.

- Reguillo, R. (2012). *Culturas Juveniles: Formas políticas del desencanto*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Serfaty, E., Andrade, V., Foglia, L., Masautis, A., y Negri, G. (2004). Suicidios en adolescentes y jóvenes residentes en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(4), 281-288. ISSN: 2362-3829.
- Sola, M. (2011). Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9), 18-23. ISSN 1853-810X.
- UNICEF (2017). *El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina*. UNICEF.
- UNICEF (2019). *El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (1992). Métodos cualitativos. Los problemas teóricoepistemológicos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Weisman, A. D. y Kastenbaum, R. (1968). The psychological autopsy: A study of the terminal phase of life. *Community Mental Health Journal*, 59.
- WHO (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. WHO.
- WHO (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. WHO.

CAPÍTULO 11

ABORDAJES Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ARGENTINA

Romina Ramírez¹

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el 5% de la población mundial de adultos consume alguna sustancia (UNODC, 2018). En general, a lo largo de los siglos XIX y XX se ha legislado en función de prohibiciones que señalaban a las y los consumidores problemáticos de drogas como enfermos o delincuentes. En Argentina, la coexistencia de legislaciones basadas en paradigmas contrapuestos lleva a debatir sobre la prohibición o la despenalización del consumo de drogas, dejando relegado el debate sobre los abordajes y esquemas de tratamiento para quienes presentan consumos problemáticos de sustancias. Con vistas a poner en relieve la cuestión de la intervención, en este capítulo se realiza un recorrido sobre los abordajes para los consumos problemáticos de drogas y los paradigmas que los sustentan. También se revisan los modelos de atención orientados a la prevención, la promoción y la asistencia en Argentina, desde 1970 hasta la actualidad.

A lo largo de la historia, en algunas sociedades tradicionales, las drogas se han vinculado a prácticas medicinales y a rituales religiosos (Escohotado, 1990). La variación cultural respecto a su utilización ha sido múltiple según el momento histórico, el lugar o la significación (Touzé, 2006). En diversas sociedades, el ser humano en su afán de dominar la naturaleza, el caos, las catástrofes y también en pos de comunicarse con los dioses, realizó rituales ofreciendo lo que tenía a la mano, frutas, animales y hasta humanos, como ensayos para apaciguar la situación. De esta manera, las personas experimen-

¹ Docente de grado en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y de posgrado en la Universidad ISALUD. Auxiliar de investigación en el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Docente invitada del Seminario de "Métodos y Ética de la Investigación en Salud" y consejera de investigación del programa SIT: Salud Pública en Ambientes Urbanos.

taron cómo acercarse a esas fuerzas, indómitas hasta el momento. Dicho acercamiento se realizó a través de hierbas, hongos, que contribuyeron a vincularse de modo directo con un ámbito que resultaba humanamente incognoscible. Sin embargo, este nobel conocimiento no estaba democratizado, quedaba en el ámbito de chamanes, encargados de describir la experiencia y también de realizar sugerencias que pudieran aportar las tan esperadas soluciones. Ellos eran quienes manejaban la salud de las tribus o grupos humanos, también tenían injerencia en dos planos: la cuestión de la salud y la cuestión religiosa (Escohotado, 1990; Touzé, 2006; Escohotado, 2008).

Pero estas vinculaciones se modificaron durante el siglo XIX. En este período se comenzó a pensar a las drogas como una cuestión que afectaba a quienes las consumían y también al contexto social.

A finales del siglo XIX, con una notable expansión en el siglo XX, el uso de sustancias se percibió como un tema de incumbencia social y se transformó en problemático porque se temía que el sujeto organizara su vida en función de ellas (Vázquez, 2014a; Sánchez Antelo, 2012). Ese temor escondía la verdadera preocupación por parte de los Estados ya que temían que se pusieran en riesgo los sistemas de producción. Si el individuo desarrollaba dependencias de las sustancias no se incorporaría plenamente al modelo productivo industrial incipiente. Esta fue una de las más poderosas razones por las cuales se comenzó a pensar la relación entre las personas y la sustancia (Corda, et al., 2014).

Como fuera enunciado, en las sociedades occidentales, a partir del XX la drogadependencia fue construida como un “problema social” del cual los poderes públicos deben ocuparse. Es así como en 1909 se reúnen en Shangai trece naciones para establecer las primeras medidas del control del tráfico de opio y regular la circulación considerado para uso médico. Luego los convenios de Ginebra serán una serie de acuerdos para la fiscalización de los estupefacientes. En 1925, la Segunda Convención Internacional del Opio amplía la esfera de acción pública, realizando acuerdos tendientes a ocuparse ya no del tráfico sino del consumo de esta sustancia. Pero no fue sino hasta 1964 cuando entró en vigencia la Convención Única sobre Estupefacientes, que ordenó la legislación existente y que incluía obligaciones relacionadas con el tratamiento médico y la rehabilitación de toxicómanos (Kornblit et al., 2010). En ese contexto, la prohibición del uso de las “drogas peligrosas” se basó en la protección tanto a las personas como a la sociedad (Ramírez, 2017; Camarotti y Güelman, 2018).

El consumo pasó de ser una práctica privada -como en culturas tradicionales- a una muestra de debilidad moral de ciertos grupos que posteriormente serían considerados peligrosos. De esta manera, las prácticas rituales quedaron relegadas a un segundo plano (Touzé, 2006).

En función del giro copernicano que se produjo en la forma de comprender la cuestión de las drogas, durante el siglo XX se adoptaron estrategias orientadas a regular el consumo en la población general. La herramienta privilegiada fue la prohibición, acompañada de una fuerte estigmatización. El prohibicionismo, es la modalidad estatal más elegida por occidente al momento de intervenir en la cuestión de las drogas. Este mecanismo, pone el eje de la cuestión en las y los consumidores, responsabilizándolos y etiquetándolos como trasgresores. Basados en estos postulados, los gobiernos occidentales legislaron y prohibieron la relación directa de los individuos con ciertas sustancias consideradas nocivas para la salud humana. Así, se etiquetó a los consumidores y se los catalogó como “enfermos”, “desviados”, “delincuentes” o “peligrosos” (Kornblit, 2004; Kornblit et al., 2010). Sin embargo, a pesar de las estigmatizaciones muchas personas utilizaron las sustancias para encontrar alivio a la incertidumbre generada por el estilo de vida impulsado en la modernidad (Escohotado, 1990; Touzé, 2006).

Por otro lado, más avanzado el siglo XX, se empieza a incorporar la reducción de daños como una estrategia para sustituir sustancias potentes, por otras que son livianas y menos dañinas. Este tipo de intervención requiere campañas de educación y preparación para que se realice el menor daño posible a la persona y su círculo social. Esta modalidad llega a la argentina a finales de 1980 y 1990 y será retomada durante los siguientes treinta años para pensar alternativas a la intervención, basadas en el paradigma de los derechos humanos.

LAS CIFRAS DEL CONSUMO: UN RECORRIDO PANORÁMICO

Según el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2018), aproximadamente el 5,6% de la población mundial de entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Unas 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían nece-

sitar tratamiento. El Cannabis es la droga de mayor consumo en el mundo, estimándose que el 3,9% de la población de 15 a 64 años la había consumido en 2016. Según estas estimaciones, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6% de los jóvenes de esa edad.

En Argentina, los datos más recientes sobre el consumo refieren al año 2017 en el Informe Nacional sobre consumos de sustancias en Población de 12 a 65 años, elaborado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR, 2017b). El mismo destaca que las sustancias legales, como alcohol y tabaco son las que arrojan el mayor consumo en la población general. Según estos resultados, en esta población, las drogas tales como el alcohol y el tabaco, de uso legal, fueron las más utilizadas (alcohol 81% y tabaco 51,3%). Le siguen la marihuana (17,4%), analgésicos opiáceos (6,2%), cocaína (5,3%) y los tranquilizantes usados sin prescripción médica (3,2%). Respecto al consumo actual (último mes), el 52,9% de la población consumió alguna bebida alcohólica, el 28,6% manifestó haber fumado tabaco, el 5,4% consumió marihuana, el 0,4% tranquilizantes sin prescripción médica, el 0,7% cocaína, el 0,05% sustancias inhalantes, el 0,03% pasta base/paco, el 0,01% éxtasis. Según este informe el consumo reciente de alguna droga ilícita pasó del 3,6% en el año 2010 a 8,3 % en la actualidad.

En general, la problemática reviste mayor visibilidad en la población masculina porque las estadísticas no siempre logran revelar la importancia del consumo en la población femenina, porque este adquiere un carácter privado. En el caso de la mujer ésta experimenta una doble estigmatización, la de ser mujer y de ser consumidora (SEDRONAR, 2017a).

Estos datos, recabados a nivel nacional, dan cuenta de la importancia de la elaboración de políticas públicas que planteen intervenciones en materia de prevención, promoción y asistencia a nivel federal ya que la mayor proporción de los espacios orientados a la asistencia y acompañamiento se ubican en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el Gran Buenos Aires. Resulta también importante incorporar la perspectiva de género ya que las mujeres enfrentan la falta de oferta de tratamientos que contemplen sus condiciones particulares y en especial cuando la situación de consumo se da en el contexto de embarazo y/o maternidad (SEDRONAR, 2017a).

DEBATES EN TORNO A LOS MODELOS DE ABORDAJE PARA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

En la actualidad, el debate político sobre las drogas gira en torno a la prohibición o la despenalización de determinadas sustancias (Cunial, 2015). En Argentina, la vigencia de la Ley 23.737 que penaliza la tenencia, el consumo y el cultivo de drogas, pone el eje en la persona consumidora etiquetándola como enferma o delincuente. En el primer caso debe ser tratada dentro del sistema de salud y en el segundo debe ser castigada con el rigor de la ley. Esta legislación, plantea una relación directa entre el consumo de sustancias legales e ilegalizadas y la adicción, sin considerar los matices singulares de cada caso. Si bien la normativa menciona el tratamiento como un recurso necesario, lo hace en términos generales y le asigna una importancia central a los hospitales, fundamentalmente, al área de toxicología. Durante gran parte de la historia, las respuestas estatales frente al consumo de drogas respondieron al modelo prohibicionista-abstencionista. En su mayoría, los esfuerzos estuvieron destinados a que las y los usuarios de drogas dejaran de consumir o a que el público en general no se tentara con el consumo de ningún tipo de sustancia (Kornblit et. al, 2010). Esta decisión, tuvo como consecuencia que desde las agendas gubernamentales, no se pensara cómo reducir los efectos negativos que las sustancias les generaban a quienes presentaban consumos problemáticos de drogas. Dada la visión, en Argentina, salvo contadas excepciones, hasta 2012 casi no se discutieron en las agendas políticas las alternativas de tratamiento para consumidores problemáticos (Corda et. al, 2014; Pawlowicz et.al, 2013).

La escasez de políticas dirigidas a las intervenciones que integren recuperación y reinserción da cuenta de la vulnerabilidad a que son expuestos las y los consumidores y sus familias.

Durante la última década América latina ha realizado esfuerzos tendientes a sortear las exigencias prohibicionistas planteadas, principalmente, desde Estados Unidos. En la región se están incorporando otras perspectivas para el abordaje de los consumos/ usos de drogas que no necesariamente se ligan a la prohibición de las sustancias. La tendencia generalizada se relaciona con la búsqueda de nuevos enfoques y alternativas a las políticas anti-drogas y la represión a los consumidores está perdiendo cada vez más su hegemonía (Cunial, 2015; Arriaga et. al, 2013).

Según la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD, 2014) el enfoque más adecuado consiste en considerar que el consumo constituye una cuestión de salud pública que requiere un abordaje integral que no se reduzca sólo a la intervención médica. Este abordaje permite poner en el centro de la escena el rol de los efectores sanitarios en su totalidad, empezando por los profesionales de salud -médicos, enfermeros, agentes sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo- y todos los empleados que componen el sistema. Al mismo tiempo, permite incorporar el entorno de las personas, la escuela, la iglesia y la comunidad en su conjunto (Ramírez, 2013).

Si a esta perspectiva se le sumara una definición integral respecto a las adicciones, el abordaje podría ser tematizado desde otra mirada. En este sentido, el término comprende, según Oriol Romaní (1999), un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas, en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, el entorno social y las experiencias personales.

En sintonía con la definición precedente, es menester definir qué se entiende por consumos problemáticos. Son aquellos que modifican las rutinas de las personas y sus relaciones con el entorno (El Abrojo, 2007; Plan Integral de Consumos Problemáticos, 2014). Se pueden manifestar en el consumo de sustancias, legales o ilegales, como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc., o en conductas compulsivas hacia otras modalidades, como el juego, la tecnología o la alimentación. Dada la heterogeneidad de situaciones que abarca, resulta un marco adecuado para pensar la temática.

BREVE HISTORIZACIÓN DE LOS ABORDAJES ORIENTADOS AL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas representa una problemática relevante a nivel mundial, sin embargo, los tratamientos para abandonarlo generalmente partieron, a lo largo de la historia, de una perspectiva que sólo involucró la voluntad individual de los sujetos, dejando relegado el contexto al cual pertenecía (Touzé, 2006; 2010).

Los abordajes en torno a las drogas son una construcción histórica, social y cultural propia de la modernidad, que interpretó esta temática como

un problema que merecía atención a finales del siglo XIX y principios del XX. Durante ese periodo, el consumo comenzó a ser una preocupación que afectó particularmente la sensibilidad de algunos Estados de Occidente, que trazaron diversas estrategias de prohibición del consumo, pero que dejaron relegada la atención sanitaria para quienes presentaban relaciones abusivas con las drogas (Escohotado, 2008).

En lo que respecta específicamente a los modelos de abordaje para el consumo de drogas, en Argentina existen diversos modelos de atención, derivados en su mayoría del paradigma abstencionista o prohibicionista. Esta es la opción que se presenta con mayor frecuencia para las personas que desean abandonar el consumo. La condición exigida es que quienes inicien el tratamiento dejen el consumo de sustancias de una vez. Pero si se toma en consideración la trayectoria de las personas que han transitado aquellos espacios cuyo esquema de funcionamiento estuvo basado en ese modelo, se puede observar que sólo resultó eficaz en la medida en que pudieron resolver otros problemas que modificarían sus vidas: 1- la obtención de un lugar en donde vivir y 2- la obtención de un trabajo que sea compatible con los requerimientos de salud. Según señalan diversos estudios realizados por varios equipos de trabajo durante el proceso de internación las personas logran alejarse del consumo, pero el problema se genera al momento de volver al contexto original (Rossi et al. 2007; Garbi et al, 2012; Camarotti, et al, 2017; Ramírez, 2017; Azparren, 2017; Algranti y Mosqueira, 2018; Güelman y Ramírez, 2019; Garbi, 2020). Otro obstáculo que presenta este modelo, radica en que considera a las personas como si fueran enfermos o delincuentes y, en general, no toma en consideración sus trayectorias previas.

Paralelamente a la prohibición y abstención, en los últimos años surgió el modelo de la reducción de daños. El mismo se comenzó a utilizar en Argentina durante la década de 1990, gracias al impulso otorgado por algunos actores de la sociedad civil que se enfrentaron a las respuestas hegemónicas para empezar a utilizarlo en los casos que se creía necesario (Camarotti, 2011; Camarotti y Güelman, 2018). Por esa razón, la sistematización de este modelo sólo se logró en la medida que se revisaban las prácticas internacionales. Este esquema de abordaje generó propuestas en Argentina en las que las y los usuarios de drogas reciban información precisa sobre la sustancia que consumen. Al mismo tiempo, se fomentó la intervención de profesionales de la salud y de miembros de la comunidad que acompañen el proceso de alejamiento de la sustancia o práctica nociva de un modo escalonado.

La reducción de daños es una estrategia tendiente a mitigar y disminuir los efectos negativos ocasionados por el consumo de drogas. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. Esta estrategia parte de la premisa que sostiene que las personas, si desean hacerlo, van a consumir drogas sean legales o no. Por esa cuestión es que se plantea la necesidad de reducir los efectos negativos para la salud causados por las drogas. Esta estrategia involucra a los usuarios, pero se centra en las situaciones vulnerables y trata de incluir todos los aspectos de la vida en sociedad como, por ejemplo, en la escuela, las instituciones públicas, entre otras (Galante et al., 2009). Este modelo ha sido discutido y resistido por el abstencionismo y el prohibicionismo, que parte del supuesto de que si el usuario emplea drogas la única manera de abandonar su utilización es realizar un corte radical. Esta postura, alimentada desde ciertos medios de comunicación masiva, asocia a este modelo con la apología de las drogas, porque no se lo presenta de un modo adecuado. En América Latina pocas veces se utiliza en forma única o pura, aunque esta perspectiva prioriza la protección de los derechos individuales y se aplica en los espacios en los que, si bien el objetivo último es que el usuario deje de consumir, se entiende que no podrá lograrlo de un modo abrupto.

RESPUESTAS SOCIO- SANITARIAS PARA LOS CONSUMOS DE DROGAS EN ARGENTINA

En Argentina, las primeras iniciativas que abordaron los procesos de tratamiento por consumo de drogas surgieron en la década de 1970, en el marco de un debate respecto a quiénes serían los encargados dentro del sistema de salud de proporcionarle la atención a los usuarios de drogas: los hospitales, el nivel primario de la atención de la salud o dispositivos específicos que aislen a los consumidores.

En la década de 1980 cobró notoriedad la figura de los especialistas en drogas, representantes de instituciones insignias en el abordaje de los consumos, que se pregonaban como los únicos entendidos en la materia. En esa década, hubo un avance en la identificación de las instituciones que debían ocuparse de los tratamientos. Se destacó que debían ser espacios que se orienten específicamente a la problemática de las drogas.

Debido a la creencia de que los espacios de tratamiento debían estar orientados al consumo de drogas solamente, durante las décadas 1970 y 1980 surgieron nuevos espacios de recuperación/reinserción por fuera del Estado. Esta necesidad, se fundamentó en que se debía contener a quienes intentaban recuperarse y no encontraban un espacio en el cual pudieran insertarse. Por esa razón, en el país, durante el período, se establecieron, con mayor visibilidad, las comunidades terapéuticas y las redes de apoyo (como alcohólicos anónimos), entre otros espacios que oficiaron de respuestas basadas en los doce pasos² y apuntaron a la modificación de las pautas de conducta de los sujetos para que logren abandonar el consumo. Como en muchos ámbitos los abordajes replicaban esquemas internacionales, las modalidades de atención fueron similares, independientemente del nombre que el espacio recibiera.

En la mayoría de estos espacios, desde las comunidades terapéuticas hasta las redes de apoyo, se organiza el proceso terapéutico de recuperación, reinserción en tres grandes etapas: 1- **ingreso**: esta etapa refiere a la adaptación al lugar y a un primer acercamiento a las dinámicas de funcionamiento. 2- **resocialización**: en este período se intenta cambiar las conductas adquiridas durante el consumo intensivo y 3- **preparación para el afuera**: durante este tiempo, se apunta a que el joven pueda conectarse con la comunidad mediante la obtención de un trabajo, retomando estudios, o buscando un ámbito digno en el cual pueda vivir. Generalmente, luego de transitar estas etapas, la persona se encuentra en condiciones de insertarse nuevamente en la sociedad.

En el país, los espacios antes mencionados cuentan con escasa injerencia o regulaciones desde el Estado. Esta situación se da debido a que los recursos comprometidos en los tratamientos para la rehabilitación y reinserción social son significativamente menores que los que se destinan a la denominada “lucha contra las drogas”. Generalmente, el debate en torno a la cuestión de las drogas se orienta en torno a la prohibición o la despenalización, pero pocas veces, se discute sobre cuáles son los mejores abordajes que se aplicarán para asistir a quienes presentan consumos intensivos o problemáticos.

2 Los dispositivos de Doce Pasos basan sus propuestas en el sostén de un poder superior que oficia como garante del proceso de recuperación. En estos programas la responsabilidad de obtener el alivio se basa en la voluntad de la persona consumidora de drogas. El sistema plantea la confección de un listado de errores que deben ser reconocidos por las personas y a la aceptación del acompañamiento del grupo en el cumplimiento estricto de cada uno de los Doce Pasos (Pawlowicz y Zaldúa, 2010).

A partir de la sanción de la Ley N° 23.657 o Ley de Salud Mental, durante el año 2010, comenzaron a debatirse algunas herramientas que fueran adecuadas para trabajar con los sujetos que quisieran recuperarse. La ley fue el hito que visibilizó la existencia de diversos intentos, por parte de equipos del sistema de salud, de pensar respuestas para esta población desde una perspectiva intersectorial. Esta legislación contempló la posibilidad de que las adicciones se aborden como un padecimiento mental que debe ser examinado por equipos de salud de todos los niveles, pero preferentemente del nivel primario. Al mismo tiempo, alude al carácter integral y a la adopción de la perspectiva de derechos que deberían tener los abordajes de los tratamientos para las adicciones. Cabe mencionar que la ley fue resistida por muchas asociaciones de profesionales porque indica que se deben pensar respuestas de tratamientos para las personas declaradas inimputables por el sistema judicial (Pawlowicz et. al., 2013).

Esta legislación, constituyó un avance porque prevé la creación de nuevos modos de intervención que incluyen a todos los sectores del sistema de salud, otorgándole al sector primario un rol central. En la normativa, se deja en claro que los espacios de internación no deberían funcionar para la resolución de las problemáticas de vivienda y que por eso la externación debe cumplirse en el lapso de un tiempo limitado (que en el caso de los tratamientos por consumo de drogas va de uno a tres años, según la necesidad). A pesar de los progresos de esta legislación, siguen existiendo limitaciones o vacíos legales que contemplen el interrogante acerca de cómo podrían las instituciones -en el caso de que lo intenten- contribuir mediante el trabajo articulado con otras instituciones a la resolución de los problemas de vivienda que tienen personas con padecimientos mentales en general y con consumos problemáticos de drogas en particular. Esta situación constituye una materia pendiente en las agendas políticas de la salud (Faraone, 2012).

Recién a partir de 2014 con la creación mediante la Ley 26.934 del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) hubo un cambio de paradigma que sugirió tratamientos focalizados a las necesidades y demandas de personas con consumos problemáticos de drogas y que también habilitó la creación de políticas y programas³. El plan adquiere un interés central debido a que la atención, hasta el momento, se realizaba con esquemas unificados que obligaban a los ex consumidores a realizar

3 En el año 2014 también se presentó el Plan recuperar Inclusión (PRI) que desarrollaremos más adelante.

tratamientos similares independientemente de la sustancia o del nivel de dependencia (Plan IACOP, 2014)⁴.

INTERVENCIONES EN ARGENTINA

¿Cuáles son las respuestas que el Estado Argentino dio al tratamiento de las drogas? Como se mencionó anteriormente, en Argentina, las primeras iniciativas se desarrollaron fundamentalmente durante la década de 1970. En 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO), hospital que depende del Ministerio de Salud de Nación. Este espacio continua ofreciendo atención y tratamiento en modalidades como centro de día, ambulatorio y residencial.

Según Guillermo Aureano (1997) esa institución logró acomodarse a los diversos modos de percibir a los usuarios con consumos problemáticos de drogas y durante la dictadura este espacio reforzó la imagen estigmatizante de los usuarios de drogas y los catalogó según el estatus legal de la sustancia que consumían. Sin embargo, a pesar de sus orígenes, durante la democracia se hizo hincapié en la situación social de las personas consumidoras. Este cambio fue interesante porque se dejó de lado la sustancia y se focalizó en el contexto del usuario consumidor. En este sentido, el modelo que propuso el CENARESO en esta época puede ser asociado al modelo psicosocial, caracterizado por una fuerte impronta formativa de los pacientes (Garbi, 2020).

El hospital sufrió grandes modificaciones a partir de su intervención a cargo de Edith Benedetti en el año 2012 y pasó a denominarse Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones y es el único con estas características en el país. Su particularidad radica en que ofrece respuestas orientadas al tratamiento de situaciones ocasionadas por diversas sustancias legales e ilegales y también a conductas consideradas adictivas como el juego, las nuevas tecnologías, los trastornos alimentarios, entre otros. Este modelo institucional está enmarcado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y en la Ley Nacional sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (N° 26.529, 2009)⁵. De esta manera, el Hospital Nacional en Red entiende

4 El plan IACOP será desarrollado al momento de desplegar el período 2014-2016.

5 En esta ley se garantizan los derechos de los pacientes y se insta a la utilización de consentimientos informados claros y entendibles al momento de realizar cualquier intervención.

los consumos problemáticos como un problema que afecta a los usuarios y a su comunidad y propone un abordaje para las adicciones centrado en lo comunitario, de un modo interdisciplinario e intersectorial, basado fundamentalmente en la atención primaria de la salud, en la prevención, la reducción de daños y la promoción de la salud, tal como lo plantea la Ley de Salud Mental.

Paralelamente a las respuestas médicas surgieron otras que se sustentaron en los grupos de pares de consumo. En general, estas modalidades estuvieron ligadas a las diversas instituciones religiosas que buscaban caminos y estilos de vida distintos a los transitados por los jóvenes. En este sentido, se puede mencionar el Programa Andrés, fundado por el Pastor Carlos Novelli, que aún continúa vigente (Garbi, 2020)⁶.

La década de 1980 se transformó en el punto de inflexión en la cual se originaron las primeras respuestas comunitarias al consumo de drogas que sólo se consolidaron a partir de 1983 con el advenimiento de la democracia. Estas tentativas de solución, tomaron el nombre de comunidades terapéuticas las cuales se han ido profesionalizando en el transcurso del tiempo.

En estos espacios, los tratamientos apuntan al abandono del consumo de drogas y están compuestos por técnicas tendientes a modificar el comportamiento, por el uso de medicamentos o una combinación de ambos, que varía de acuerdo con la sustancia y al paciente. En general, las prácticas frecuentes fueron: desintoxicación, modalidad terapéutica con internación parcial (hospital de día y de noche), modalidad terapéutica ambulatoria y comunidades terapéuticas. (Camarotti et al., 2010; Ramírez, 2017; Camarotti y Güelman 2018).

Generalmente, en estas instituciones la asistencia suministrada a los usuarios de drogas tiene como base la modificación de pautas de comportamiento. En este sentido, se tiende a la resocialización del individuo (Comas

6 El psiquiatra inglés Maxwell Jones realizó la primera experiencia de ayuda mutua que luego se transformaría en lo que se conocería como comunidades terapéuticas a principios del siglo XX. Su enfoque se centró en cambiar la relación de desigualdad entre médico y paciente. Para esto intentó que todos se impliquen emocionalmente tanto en las actividades como en el mantenimiento del lugar (por eso es que en las comunidades terapéuticas son los usuarios de drogas quienes realizan las labores domésticas). Al mismo tiempo, intentó que la comunicación entre pacientes y personal de la institución se base en valores tales como la democracia, la solidaridad, la participación, el respeto al humano, la libertad de expresión, entre otros. La primera Comunidad terapéutica de rehabilitación para usuarios de drogas data del año 1958. Se llamó Synanon. Posteriormente en 1963 surgió Daytop como un desmembramiento de la primera. Lo distintivo de Daytop fue que incorporó profesionales en la atención. Luego surgió el Proyecto Hombre en Italia, continuando un proceso de expansión y definiendo los lineamientos generales que se instalarían hasta la actualidad (Garbi, 2013).

Arnau, 2010). Para eso se utilizan diversos modelos que en general respetan las particularidades socio-culturales pero que se aferran a las normas como la forma privilegiada de intervención. El sujeto debe tener un rol pasivo, aceptar las responsabilidades que le toca y respetar las que no le son propias (Goti, 1990; Garbi y Touris, 2010; Garbi, 2020). Las reglas de convivencia deben ser cumplidas como indicaciones terapéuticas. El individuo tiene que aceptar, desde el día uno del tratamiento, que no puede vivir aislado, que necesita a los demás y que debe aprender a pedir lo que necesita. Al mismo tiempo, debe grabarse a fuego las tres reglas de oro de cualquier comunidad terapéutica: no pueden tener sexo, las drogas deben quedar fuera de sus vidas y no pueden participar de acciones violentas dentro de la comunidad (Goti, 1990; Chiosso, 2011).

Una vez que los usuarios de drogas transitaron por todas las instancias propuestas por la institución se encuentran en condiciones de reencontrarse con el afuera. Para que esta situación no se convierta en traumática y se eviten las recaídas, las comunidades ofrecen la compañía de grupos por el tiempo que el usuario de drogas considere necesario. Este tipo de respuesta fue criticada desde diversos estudios porque se consideran desubjetualizantes ya que se adquieren lógicas institucionales de arriba hacia abajo, en donde los ex consumidores de drogas no pueden hacer oír su voz (Kornblit et al. 2004; Garbi y Touris, 2010; Renoldi, 2013; Garbi, 2013). Sin embargo, a pesar de las críticas, estos espacios se constituyen como la posibilidad casi hegemónica de recibir tratamientos en el país. Por la tradición de abordaje abstencionista, el aislamiento constituye la principal respuesta (Touzé, 2010). Así, se separa a los usuarios con consumos problemáticos de drogas del contexto considerado desfavorable que causó, desde la mirada de este tipo de instituciones, su relación conflictiva con las sustancias. Por esa razón, se inserta a los usuarios en espacios en los que la ética del trabajo y la responsabilidad adquieren un valor central, al punto que se convierte en el eje del tratamiento. Dentro de las comunidades terapéuticas se replican estructuras familiares compuestas por individuos que pasaron por las mismas experiencias y han salido airosos del desafío, quienes son los encargados de ejercer el control dentro de los tratamientos en tanto se responsabilizan de los ingresantes y los preparan para cada una de las etapas. Su autoridad radica en que conocen la problemática desde adentro así como las supuestas situaciones de manipulación que se van presentando por parte de las personas en tratamiento tales como convencer a las familias de que los saquen del

lugar, hacerle creer a los miembros del staff que su consumo no es problemático, entre otras (Goti, 1990; Comas Arnau, 2010).

Al tiempo que se conforman relaciones verticales dentro de las comunidades terapéuticas se pone la responsabilidad en el usuario al momento de la recuperación. En este sentido, esa acción se constituye en un acto de fortaleza individual basado en la destrucción del sujeto que existió en el pasado y crear uno con valores completamente distintos (Renoldi, 2013). Si esto no sucede, el sujeto no se encuentra en condiciones de salir y enfrentarse al mundo.

Otra de las modalidades, tendientes a la recuperación o reinserción social de los consumidores, son las denominadas redes de apoyo, integradas por personas que se encuentran en situaciones similares de consumo y se reúnen con el objetivo de oficiar como soporte para mantener la abstinencia individual. En estos ámbitos se sostienen socialmente y resisten junto al individuo con consumos problemáticos. Ese modelo surge en forma contemporánea a las comunidades terapéuticas. El esquema orientador de estos tratamientos es el brindado en Alcohólicos Anónimos (A.A.) creado en 1935 en Ohio, Estados Unidos y extendido a lo largo de todo el mundo. En la actualidad se utiliza en más de 180 países. En Argentina comenzó a funcionar en 1953 a partir de la iniciativa del Dr. Roberto Pochat. Actualmente, posee una amplia cobertura en todas las provincias. En este esquema se propone la abstinencia diaria y se apela al compromiso volitivo del usuario (Pawlowicz et al., 2010; Kornblit et al., 2010; Camarotti y Güelman, 2018). Como utilizan el modelo de Doce Pasos, los integrantes se perciben por el resto de sus vidas como adictos recuperados o ex adictos, independientemente de los años que lleven bajo tratamiento. La identificación con la figura del “adicto en recuperación” es el punto de partida del tratamiento. Este no constituye un estado temporario sino una atribución del ser. Estos programas buscan que los sujetos dejen de ser controlados por las drogas y comiencen a ser ellos mismos los que puedan tomar las riendas de sus vidas. El tratamiento no aspira a objetivos de largo plazo sino que se concentra en objetivos a corto plazo, el día a día, en estar sin consumir durante 24 horas, de este modo se entiende el lema “solo por hoy”. Un esquema similar presenta Narcóticos Anónimos (NA)⁷, un programa que funciona con la misma matriz ideológica que A.A. pero que está destinado a usuarios de drogas ilegales

7 Narcóticos Anónimos es una confraternidad internacional, multilingüe y multicultural sin fines de lucro, fundada en California, Estados Unidos sobre el final de la década de 1940.

que deseen dejar de consumir. Este grupo surge en California, Estados Unidos, a finales de 1940 a partir de la separación de ex adictos a la heroína de Alcohólicos Anónimos. En Argentina este modelo comienza a funcionar en 1986 (Pawlowicz et al., 2010).

Finalmente, aunque son cada vez más discutidas, se encuentran las instituciones psiquiátricas que se utilizan para cuadros severos de abuso de sustancias. En estos ámbitos, el tratamiento consiste en la utilización de psicofármacos que ayudan a que el individuo pueda restablecer su salud y deje progresivamente el consumo. Estos espacios son utilizados ante la ausencia de otros dispositivos de atención porque aparecen en las cartillas de las obras sociales y brindan una respuesta rápida a los problemas que exceden a las familias de los usuarios de drogas. Aunque los dispositivos psiquiátricos también se encuentren en el ojo de la tormenta, son los más utilizados para los casos de emergencias. Las mayores críticas que reciben radican en que no les otorgan respuestas a los usuarios de drogas una vez que el riesgo pasó. Al no considerar el contexto, personal, familiar y comunitario no logran intervenciones sostenidas en el tiempo (Azparren, 2017; Ramírez, 2017).

ABORDAJES ORGANIZADOS POR EL ESTADO ARGENTINO 2014-2020

Durante este período, las políticas ponen a la persona consumidora en el centro de la escena intentando no etiquetar. Se realizan propuestas que articulan la dimensión social y la salud. Se presentan abordajes que contemplan, al menos desde lo discursivo, los derechos humanos de las personas consumidoras de drogas. Durante este período el Estado nacional inaugura centros con una impronta territorial y comunitaria que deben trabajar de modo articulado con otros miembros de la comunidad para captar las necesidades singulares de las personas que presentan consumos problemáticos de drogas.

Las modalidades propuestas se encuentran en las antípodas a los modelos de atención ofrecidos por las comunidades terapéuticas que, como expusimos anteriormente, instan a que las personas se separen de sus territorios y ámbitos de sociabilidad por un tiempo prolongado (Güelman, 2016; Ramírez, 2017). A pesar del énfasis puesto en estos modelos, el Estado argentino

sigue financiando dispositivos privados, como también los pertenecientes a Organizaciones no gubernamental de internación para quienes no cuentan con una cobertura social que pueda solventarlo.

La base de los planes y programas que dan origen a los dispositivos, que presentaremos en los apartados subsiguientes, se basa en el respeto de las singularidades y en la autonomía. Todos los esquemas que se presentarán a continuación consideran las necesidades de las personas y requieren bajo umbral para acceder a los espacios. Esto quiere decir que ingresar resulta relativamente fácil porque se dan pasos escalonados con la ayuda de las y los trabajadores de los dispositivos.

Otra cuestión importante para analizar este período es el anclaje territorial en el que se emplazan los dispositivos. Este abordaje implica conocer el barrio, los prejuicios, ideas y creencias sobre el lugar y sus instituciones, la relación con otros barrios. Supone también conocer a las personas, sus familias y sus historias (Azparren, 2017). A partir de este anclaje se pueden trazar diversas estrategias de acompañamiento para dar respuestas diversificadas a las necesidades de acompañamiento que presentan las personas y a las problemáticas emergentes.

2014-2016

Durante el inicio del año 2014, se lanzó el Plan Recuperar inclusión (PRI) que ajustaba los modelos de atención estatal a la normativa de la Ley de Salud Mental (2010) y al Plan IACOP. El mencionado plan contó con fondos del Ministerio de Planificación Federal, el Ministerio de Salud y la entonces denominada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). A través del mencionado programa se crearon e inauguraron dos tipos de dispositivos: las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros preventivos locales de adicciones (CEPLA). Ambos espacios se ocuparían de cuestiones similares, la prevención, la promoción y la asistencia de personas consumidoras de drogas de sectores vulnerabilizados, pero se enfocarían en cuestiones diferentes. Los CET abordarían situaciones relacionadas con el consumo problemático de drogas y alcohol promoviendo la accesibilidad a instituciones de salud educación y trabajo.

Las CET son un dispositivo de asistencia con el objetivo de

mitigar el consumo problemático de drogas y/o alcohol en contextos de alta vulnerabilidad social. En estos centros de día, se promueve el acceso a la salud, la educación y el trabajo. Tiene cinco ejes fundamentales: la contención, la educación, la recreación, la terapia y la capacitación de agentes. En ellos se impulsa la interacción con actores territoriales, fomentando la participación y una integración más dinámica y cotidiana en las actividades. (SEDRONAR, 2016, p. 10)

En cambio, los CEPLA estaban orientados a la recreación, la promoción y la prevención de los consumos problemáticos de drogas.

Estos dispositivos pretenden restituir y fortalecer el derecho de todo joven de crecer y desarrollarse integral y colectivamente en lo social y afectivo, lo intelectual, lo lúdico, creativo y expresivo, en función de un proyecto de vida comprometido con el bien común y los derechos humanos. (SEDRONAR, 2016, p. 7)

Ambas instituciones deberían estar presentes en todas las provincias del país. Fundamentalmente y de modo estratégico en las zonas de mayor vulnerabilidad social (Ferreira, 2019)⁸. Durante los años 2014-2016 ambos dispositivos convivieron con otra modalidad denominada PEC (puntos de encuentro comunitarios) que fueron espacios que funcionaron como puntos de referencia para la comunidad. El trabajo de los PEC locales integró la Red Federal de Puntos de Encuentro Comunitario que impulsó el abordaje territorial centrado en un sujeto de derecho con vistas a mejorar las condiciones de salud social de la comunidad. Los PEC tuvieron como objetivo principal salir al encuentro “en los escenarios donde se desarrolla la vida en comunidad, trascendiendo los límites institucionales y fomentando procesos de inclusión y fortalecimiento del entramado social” (SEDRONAR, 2016, p. 8). Todos estos ámbitos fueron reconfigurados durante el año 2017 en el Plan Nacional de la Reducción de la demanda 2016-2020 (SEDRONAR, 2017a).

2016-2020

El Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020 plantea que el abordaje de la temática del consumo problemático de drogas requiere una perspectiva interdisciplinar, integral e interseccional. En este

sentido, también retoma el Plan IACOP (2014) y la Ley de Salud Mental (2010). Adhiere a la perspectiva derechos humanos e incorpora una mirada de género. Según el mencionado documento se apunta a la desestigmatización de las y los consumidores y se basa en un enfoque intercultural, que reivindica la participación social y comunitaria. El diseño descrito plantea como ejes la prevención, el abordaje territorial y comunitario, como también el trabajo articulado con diversos programas nacionales, provinciales y municipales. No obstante, también requiere de la intervención de organizaciones de la sociedad civil, de movimientos sociales, de instituciones religiosas, entre otros actores (SEDRONAR, 2017a, p. 2).

A partir de la premisa que instaba a reducir las situaciones de vulnerabilidad se presentaron nuevos dispositivos que reemplacen a las CET, las CEPLA y los PEC. De este modo, se dio origen a los DIAT (dispositivos de abordaje Territorial), las CAAC (casas de atención y acompañamiento comunitario) y TC (tratamiento comunitario). Los DIAT son centros, públicos y gratuitos. Están orientados a la prevención y asistencia de los consumo problemático. Se ubican en lugares estratégicos del país y se trabaja desde una perspectiva “integral y comunitaria” que se basa en la prevención, promoción y la asistencia de la salud (SEDRONAR, 2017a). Hay que destacar que estos espacios no están orientados sólo a los consumidores problemáticos de drogas, sino que se encuentran abiertos a la comunidad porque sus trabajadoras y trabajadores deben considerar los determinantes sociales, culturales y económicos que afectan a la región en su conjunto⁹. Esta es una característica que distingue a los dispositivos de la SEDRONAR de otras propuestas orientadas a la prevención, promoción y tratamiento para los consumos de drogas. Dado el trabajo en red que realizan, la circulación constante de personas les aporta a las instituciones una especificidad que los conecta con varias instituciones de la comunidad, con espacios de salud, como también con las escuelas.

Las CAAC son espacios que se caracterizan por la accesibilidad y los mínimos requisitos para el ingreso de las personas en tratamiento. Al igual que los DIAT, las personas asisten de manera espontánea. Pero presentan una característica distintiva al resto de los dispositivos presentados. Tienen una fuerte ligazón con la sociedad civil y las y los profesionales que traba-

9 Todos los equipos que se conformaron entre 2014-2020 son interdisciplinarios compuestos por profesionales, técnicos y personal capacitado en diversas áreas que trabajan en el territorio para ayudar a brindar la atención más eficiente. Esta atención incluirá actividades dirigidas a la atención primaria de salud utilizando recursos psicosociales y educativos. recursos, estrategias culturales, recreativas y laborales (SEDRONAR, 2017a).

jan en su interior salen a la búsqueda de personas que requieren asistencia dentro de la comunidad. En estas instituciones, que en general son administradas por iglesias o movimientos sociales, se otorgan facilidades para el ingreso y la permanencia: no se realizan entrevistas ni procesos de admisión prolongados, tener el documento de identidad no es un requisito excluyente, no se exige la realización de estudios médicos previos ni se le solicita a la persona que la primera vez asista acompañado por un familiar.

Finalmente, se encuentra el esquema de tratamiento comunitario. Para comprender los orígenes de estos dispositivos es necesario retomar el trabajo realizado por Efreim Milanese (2012) quien realiza un análisis de los espacios comunitarios en Brasil. El autor relata que la perspectiva comunitaria surge en respuesta a los mecanismos de encierro y expulsión de las ciudades que se utilizaron durante el siglo XIX y XX.¹⁰ Sin embargo, a pesar la hegemonía de estas modalidades hubo comunidades que intentaron dar respuesta a los problemas mentales y de consumos problemáticos desde su interior, porque consideraron que las respuestas institucionales -en su mayoría psiquiátricas- eran costosas, tenían reglas de acceso que dificultaban la inclusión y generaban en los usuarios emociones negativas porque experimentaban la sensación de estar presos o excluidos.

El punto de partida para este modelo será la comunidad entendida como un ámbito de contención en el que un grupo de personas comparten el espacio geográfico, las vivencias, experiencias comunes y relaciones sociales complejas (Milanese, 2012).

Los modelos de atención comunitarios trabajan con actores que se conocen y comparten prácticas cotidianamente. Así, la perspectiva de intervención puede ser definida como:

[...] un conjunto de procesos en el cual se articulan acciones, instrumentos y prácticas organizadas cuyo objetivo es promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas y viven en una situación de exclusión social grave. (Milanese, 2012, p. 7)

La idea es que el usuario permanezca en su comunidad porque se considera que la exclusión de su contexto no es necesaria y resulta contraproducente para quien debe recuperarse. En este sentido, se recomienda la orga-

¹⁰ En este contexto se crean estos dispositivos en las favelas, los barrios marginalizados y las zonas de exclusión.

nización de un sistema de redes que se ponga en acción ante situaciones de desprotección. Está pensado para personas vulnerables, con niveles de instrucción bajo, que no tengan trabajo, que no cuenten con los servicios básicos de salud o que estén sometidas a diversos modos violencia comunitaria, como por ejemplo la estigmatización. También se recomienda especialmente para personas que estén en situación de calle y expuestas a escenarios de peligro tales como violencia policial o explotación sexual. Para el armado de trabajo comunitario, las escuelas, los clubes y las Iglesias son espacios en los que se pueden empezar a pensar acercamientos a esta población (Ramírez, 2013). En ese sentido, la conformación de la red de trabajo implica tres momentos bien diferenciados: la entrada, la atención y el tratamiento. Por lo expuesto, el tratamiento comunitario puede ser una opción muy eficaz para personas que no han producido los resultados esperados en los tratamientos brindados por otras instituciones. También puede ser útil para personas que no quieran o no puedan encontrar las respuestas a sus necesidades en espacios convencionales. A pesar de todos los beneficios antes descritos, esta modalidad de intervención resulta controvertida al momento que la respuesta se organiza e impulsa desde el Estado y no desde la sociedad civil como en sus orígenes.

PALABRAS FINALES

En este capítulo se ha aportado un cuadro de situación sobre el consumo de drogas y elementos para analizar la trayectoria de la consideración que esta problemática ha tenido en el mundo y en el país. Se ha trabajado sobre las diversas respuestas socio-sanitarias existentes en Argentina. Al mismo tiempo que se describieron los esquemas de intervención, se intentó poner de relieve cómo se integran a las respuestas sociales. Desde la década 1970 hasta 2014 el sector público ocupó un lugar relegado en lo que respecta a las respuestas que requieren los consumos problemáticos de drogas. Si bien hubo tentativas de intervención que provinieron desde el Estado en la década de 1970, fueron escasas. En este sentido podemos nombrar el Centro de Reeducación Social (ex CENARESO), actualmente devenido en el Hospital Nacional en Red. Es importante destacar que durante 1960 y 1970 se esbozaron respuestas que proponían la perspectiva de intervención interdisciplinaria con participación comunitaria, pero no tuvieron los recursos suficien-

tes como para sostenerse en el tiempo. En Argentina el advenimiento de la dictadura militar barrió estas experiencias. Por eso, es dable destacar que durante este período las principales respuestas llegaron de la mano de organizaciones no gubernamentales laicas o religiosas casi sin injerencia estatal.

Durante la década de 1980 se consolidaron los primeros abordajes comunitarios que sólo serían posibles durante el retorno de la democracia. En este contexto cobraron importancia las comunidades terapéuticas, con una presencia fuerte en los tratamientos actuales, y las redes de apoyo. Ambos abordajes tendieron a la modificación de las conductas de los usuarios de drogas, pero se basaron en el paradigma prohibicionista.

En la década de 1990 el Estado argentino se corrió de todas las funciones que le correspondían en lo que refería a la atención de usuarios de drogas. En este contexto, el auge de las respuestas privadas o de ONG (las comunidades terapéuticas o los programas de reducción de daños que se implementaron a mediados de 1990) cobraron mayor importancia. Casi todas las respuestas estatales, como por ejemplo el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en la década anterior, fueron desarticuladas¹¹.

Esta situación continuó durante la siguiente década, hasta que en el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental en cuyo seno se instrumentaría la Ley Nacional de Salud Mental (26.657). Esta normativa presenta a los consumos problemáticos como un problema de salud pública que debe obtener respuestas desde el Estado, dejándolos por fuera de los abordajes psiquiátricos. Para esto, se plantea que el 10% del presupuesto de salud debe ser destinado al tratamiento de padecimientos mentales y adicciones. También, en la reglamentación, se propone un trabajo interministerial (Educación, Interior, Planificación y Desarrollo Social) que debe funcionar de modo articulado bajo la mirada atenta del Ministerio de Salud y se incorpora la estrategia de la reducción de daños y el tratamiento comunitario. El primero implica considerar que hay sujetos que no podrán dejar de consumir para iniciar un tratamiento y que por lo tanto son las instituciones las que deben amoldarse a los individuos. El segundo implica que todos los abordajes deben realizarse en el contexto, con instituciones que faciliten el contacto social y familiar. En los últimos diez años, se produjeron cambios en las formas de pensar e implementar los abordajes orientados a los consumos problemáticos de drogas que incluyen los derechos humanos de las y los

11 De las instituciones de aquella época, sólo el ex CENARESO, debido a su gran flexibilidad, continuó con sus funciones.

consumidores. En estos cambios se observa el desplazamiento de las intervenciones estigmatizantes o penalizadoras basadas en la ley 23.737 (1989) a legislaciones como la Ley de Salud Mental (2010) y el Plan IACOP (2014) que reconocen que la temática conlleva desigualdad y padecimiento. Estas legislaciones plantean que realizar intervenciones acordes a singularidades reduce, aunque no elimina, las inequidades.

La adopción de esquemas de trabajo que consideren la realidad de las personas con consumos problemáticos de drogas beneficia las intervenciones socio-sanitarias. Si se reflexiona sobre las necesidades de las personas con consumos, en las características del grupo social del cual provienen y en los soportes culturales, familiares y simbólicos con los que cuentan se podrán obtener y generar mejores recursos para la atención.

Referencias Bibliográficas

- Algranti, J. y Mosqueira, M. (2018). Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. *Salud colectiva*, 14, 305-322.
- Arriaga, M., Ceriani, L y Monopoli, V. (2013). Políticas Públicas en Salud Mental. De un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Aureano, G. (1997). La constructionpolitique du toxicomanedansl’Argentine post- autoritaire. Un cas de citoyenneté à basseintensité. (Tesis doctoral). Universidad de Montreal. Recuperada de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6787/these.html?sequence=1&isAllowed=y>.
- Azaparen, A.L. (2017). *Respuestas a los consumos de drogas en contextos de exclusión social. El Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional de General Sarmiento, Los Polvorines.
- Camarotti, A.C. (2011). Políticas sobre drogas en Argentina. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Camarotti, A.C., Jones, D. y Di Leo, P.F. (Dirs.). (2017). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas* (pp. 189-210). Buenos Aires: Teseo
- Camarotti, A.C y Güelman, M. (2017). Historia de los tratamientos para los consumos de drogas en Camarotti, A.C., Jones, D. y Di Leo, P.F. (Dirs.). (2017). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas* .Buenos Aires: Teseo.
- Camarotti, AC. y Güelman, M. (2018). Revisión histórica de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Junio 2018; 64 (2): 136-148. ISSN 0001-6896.
- Chiosso, F.G. (2011). Reflexiones sobre el modelo de rehabilitación en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Buenos Aires: Mimeo.
- CICAD (2014). *Informe de Evaluación sobre el Control de las Drogas. Argentina*. Washington: Organización de los Estados Americanos, OEA.
- Comas Arnau, D. (2010). “La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica”. En D. Comas Arnau (Editor). *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp.13-41). Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.

- Corda, R.; Galante, A. y Rossi, D. (2014). Personas que usan estupefacientes en Argentina: de “delincuentes-enfermos” a sujetos de derecho. Intercambios Asociación Civil-Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires.
- Cunial, S. (2015). Enmarcando cuestiones controvertidas: el uso de drogas como problema de política pública en Argentina. *Ciencia Política*, 10 (20), 267-294.
- El Abrojo, (2007). *El Equilibrista*. Montevideo: Frontera editorial.
- Escohotado, A. (1990). *El libro de los venenos*. Barcelona: Anagrama.
- Escohotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. *Revista debate Público*, (4), 47-61.
- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Pawlowicz, M. P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios*, (14), 113-121.
- Garbi, S. (2013). La administración de la palabra en las comunidades terapéuticas. En Epele, M. (comp.), *Padecer, Cuidar, Tratar*. Estudios socio-antropocéntricos sobre el consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia.
- Garbi, S. (2020). De aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas. Buenos Aires: UBA SOCIALES- Teseo.
- Garbi, S. y Touris, C. (2010). Uso de drogas. Malestares y tácticas terapéuticas: el confronto, como técnica de subjetivación. *Trabalho apresentadona 27. Reuniao Brasileira de Antropologia*. 1-4 Agosto 2010, Belem, Pará, Brasil.
- Garbi, S., Touris, M.C. y Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(7), 1865-1874.
- Goti, M. E. (1990). *La Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Güelman, M. (2016). “*Encontrar el sentido de la vida*”. *Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales*. (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Desarrollo Económico y Social-Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.
- Güelman, M. y Ramírez, R. (Julio. 2019). Las cuatro “C”: calle-cárcel-cementerio o conversión. Narrativas de transformación identitaria de residentes y ex residentes de comunidades terapéuticas religiosas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: mimeo.
- Kornblit, A.L. (Comp.) (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción*. Buenos Aires: Ed. Biblos.

- Kornblit, A.L., Camarotti A.C. y Di Leo, P. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Material de estudio del Curso Prevención del consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Ministerio de Educación. UNICEF. Instituto de Investigaciones Gino Germani y Educ. ar.
- Ley 26.529, (2019) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 21 de Octubre 2009. Disponible <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000164999/160432/norma.htm>.
- Ley 26.934, (2014) Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). 29 de mayo de 2014. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>.
- Ley N 23.737, (1989) Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. 21 de septiembre de 1989. Argentina. Disponible <http://www.mseg.gba.gov.ar/Investigaciones/DrogasIllicitas/ley%2023737.htm>.
- Ley N° 26.657, (2010). Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. <https://www.boletinoficial.gob.ar/#DetalleNormaBusquedaAvanzada/9709901/null>.
- Milanesi, E. (2012). Tratamiento Comunitário. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas. Sao Paulo: Instituto Empodera.
- Pawlowicz, M. P. y Zaldúa, G. (2010). Proyectos de vida privados y públicos de mujeres adolescentes pobres con y sin hijos. En *Praxis Psicosocial Comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Pawlowicz, M. P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, Paula y Touze, Graciela (Octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los Programas de Doce Pasos - Artículo Matriz religiosa de los 12 Pasos. II II reunión Nacional de Investigadores en Juventudes de Argentina, “Líneas prioritarias de investigación en el área de jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado”. Red de investigadores en Juventud, Salta.
- Ramírez, R. (2013). Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de PB/paco. Límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona sur del AMBA desde la perspectiva de los jóvenes. Un acercamiento cualitativo (Informe Final) Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ramírez, R. (2017). El proceso de conversión en los tratamientos en instituciones católicas. En A.C. Camarotti, D. Jones y P.F. Di Leo (Dir.). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas* (pp. 189-210). Buenos Aires: Teseo.

- Renoldi, B. (2013). La salud como atributo moral. Usuarios de drogas y tratamientos de atención. En Epele, M. (comp.) (2013). *Padecer, Cuidar, Tratar. Estudios socio-antropocéntricos sobre el consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Romaní, O. (1999) *Las drogas: Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Rossi, D.; Pawlowicz, M.P. y Zunino, S. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. Intercambios-Asociación Civil.
- Sánchez Antelo, V. (2012). Primeros debates sobre legislación del uso de drogas en Argentina a comienzos del siglo XX: la propuesta del Dr. Leopoldo Bard y su contexto sociohistórico. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 8(3), 275-286.
- SEDRONAR (2016). Informe estadístico y geográfico sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR y otros organismos públicos y privados. Buenos Aires: Sedronar
- SEDRONAR (2017a). Plan Nacional de Reducción de la demanda de drogas (2016-2020). Buenos Aires: Sedronar- Presidencia de la Nación
- SEDRONAR (2017b). Estudio nacional Informe de Resultados N° 1 en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Buenos Aires: Sedronar- Presidencia de la Nación
- Touzé, G. (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Ministerio de Educación. Troquel.
- UNODC (2018). Informe Mundial sobre las drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado de https://www.mpf.gob.ar/procurar/files/2018/07/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Vázquez, A. (2014). Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento. *Saúde Debate*, 38(103), 830-839. Vázquez, M. (2013). En torno a la construcción de la juventud como causa pública durante el kirchnerismo: principios de adhesión, participación y reconocimiento. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*, Vol. 1, 1-25.

CAPÍTULO 12

INVESTIGACIÓN EN IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA, ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MISIONES¹

Martín Gustavo Langsam² Martín Hernán Di Marco³

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo se inscribe en el creciente campo de investigación sobre implementación de políticas públicas socio-sanitarias y recoge antecedentes que indagan sobre los diversos obstáculos para el desarrollo de programas y planes sanitarios, a la vez que describe las circunstancias que lo favorecen o potencian. Particularmente, retoma la literatura especializada que se ha focalizado en programas de prevención y control de diferentes tipos de cáncer. Sin desconocer la relevancia de analizar la población objetivo, este proyecto abreva en investigaciones previas que se han enfocado en los equipos de salud como objeto de estudio (Baig et al., 2003; Bapuji et al., 2012; Wolf et al., 2007; Omran et al., 2015; López Torres Hidalgo et al., 2013; Sarfaty et al.,

1 La investigación que dio origen al presente capítulo fue financiada por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) de la República Argentina en su convocatoria Asistencia financiera a proyectos de investigación en cáncer de origen nacional II (2014 – 2015). El equipo de trabajo del proyecto original estuvo compuesto también por: Mag. Francisca Dávalos, Lic. Mariano Salzman, Lic. Marcela Garriga, Lic. Mariela Maticic. Los autores agradecen especialmente a al Dr. Ubaldo Gualdrini y a la Lic. Luciana Lummatto, director y coordinadora de Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal, y a la Lic. Luciana Ain, coordinadora del Área de investigación del INC. Una versión preliminar fue publicada en la Revista Isalud Vol 11, n° 53, junio de 2016.

Los autores quieren agradecer especialmente al profesor Tit Albreht, investigador senior del Instituto Nacional de Salud Pública de Eslovenia y profesor asociado de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Liubliana por su colaboración y consejo a la hora de actualizar y contextualizar el presente capítulo.

2 New York University, sede Buenos Aires y SIT-Argentina, Programa de Salud Pública en Ambientes Urbanos

3 Instituto de Investigaciones Gino Germani / CONICET. Buenos Aires, Argentina.

2013; Hannon y Harris, 2008; Wackerbarth et al., 2007; Sewitch et al., 2007; Woodrow et al., 2006; Schroy et al., 2002; Tong et al., 2004).

Esta investigación tuvo por objetivo general la detección de las potenciales barreras y facilitadores en la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal (PNCCR) en la zona sanitaria correspondiente a la ciudad de Posadas. En función de este objetivo, se focalizó tanto en las representaciones sociales, opiniones y actitudes de los equipos de salud (promotores sanitarios, médicos clínicos y especialistas, enfermeros, técnicos, personal administrativo y de gestión, y funcionarios del área de salud) en torno al cáncer, como también las relaciones y procesos significativos en torno a dicho programa. Asimismo, buscó realizar un mapeo de los actores y relaciones relevantes para la implementación del programa en el contexto de la zona sanitaria de Posadas; y analizar las interacciones entre los actores mapeados y cómo estas interacciones pueden constituirse en posibles barreras o facilitadores en la implementación del PNCCR.

Entendemos que el éxito del PNCCR en lo que refiere específicamente a las actividades de tamizaje poblacional no sólo depende de la planificación de normas y procesos operativos sino también del contexto sociocultural en el que dicho programa se desarrolla; concibiendo este último como las características de la población objetivo así como también el funcionamiento de los equipos de salud encargados de desarrollarlo y las dinámicas institucionales relacionadas con el sistema de salud en general

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL MUNDO Y EN LA ARGENTINA: DATOS BÁSICOS

El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud pública creciente a nivel mundial, tanto por su elevada prevalencia como por la complejidad que implica su abordaje y los recursos necesarios para su tratamiento. El CCR engloba de forma conjunta al cáncer desarrollado en el tracto digestivo del colon, sigma, recto y ano (CIE 10) y es un tipo de cáncer que puede ser detectado y evitado a través de las pruebas existentes que permiten identificar y extirpar formaciones y lesiones.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), organismo

dependiente de la Organización Mundial de Salud, es el tercer cáncer más frecuente en el mundo (10 % del total de los casos) y la segunda causa más común de muerte por cáncer (9,2% del total de muertes de este tipo). La IARC estima también un aumento del 80% en el número absoluto de muertes y del 70 % en los nuevos casos por CCR en los próximos 20 años de no mediar nuevas intervenciones en prevención, detección temprana y tratamiento (OMS, 2018).

En el caso de Argentina el CCR representa por su frecuencia la segunda localización de cáncer, tanto medido por su incidencia (número de casos en relación con la población) como por la mortalidad que genera, según muestra del siguiente cuadro:

Cuadro 01

Argentina: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes y muertes por cáncer según sitio tumoral. Principales sitios tumorales, ambos sexos. Año 2018

Sitio Tumoral	Incidencia		Mortalidad	
	Casos	%	Muertes	%
Mama	21.558	17,2	5.838	9,6
Colorrectal	15.692	12,6	7.349	12
Próstata	11.600	9,3	3.750	6,1
Pulmón	11.595	9,3	9.273	15,2
Riñón	4.889	3,9	2.113	3,5
Páncreas	4.878	3,9	4.472	7,3
Utero	4.484	3,6	2.926	4,8
Estómago	3.980	3,2	2.940	4,8
Otros	46.338	37,1	22.418	36,7
Total	125.014	100	61.079	100

Fuente: SIVER-Ca (INC) en base a IARC-OMS y registros de mortalidad de la DEIS (2019).

Los factores de mayor riesgo de CCR se relacionan con la edad, factores hereditarios, la dieta y otros hábitos (tabaquismo, ingesta de alcohol, sedentarismo, entre otros), estos últimos modificables principalmente a través de estrategias de prevención primaria. Al igual que muchos otros tipos de cáncer, el CCR se produce en más del 90% de los casos en personas mayores de 50 años, razón por la cual el envejecimiento poblacional representa un factor clave a tener en cuenta para analizar las estrategias de control de la enfermedad en los próximos años (Curado et al., 2007). Sin embargo, la lenta transición del pólipo adenomatoso a CCR permite una ventana temporal que favorece las intervenciones de prevención secundaria tales como el tamizaje poblacional, la detección temprana y la resección de lesiones pre-neoplásicas (Gualdrini y Iummato, 2012).

EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL (PNCCR)

En este contexto, y dentro del Instituto Nacional del Cáncer⁴ (INC) se desarrolla desde el año 2013 el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR). El mismo tiene como objetivo principal la disminución de la incidencia y la mortalidad debido a dicha enfermedad, intentando instalar su control como prioridad en la agenda de salud pública, difundiendo y concientizando a la comunidad sobre la importancia de su prevención y detección temprana, buscando fortalecer los métodos de diagnóstico y tratamiento a través del mejoramiento de los circuitos de derivación, seguimiento y tratamiento, unificando criterios y estableciendo un sistema de información estratégica. Gualdrini y Iummato (2012), explican que el PNCCR sustenta su accionar en la evidencia científica, a partir de las siguientes consideraciones:

- El CCR es uno de los tumores más factibles de prevenir. La progresión lenta del adenoma hacia el cáncer favorece la realización de exámenes periódicos denominados de pesquisa para detectar y extirpar los pólipos, lo que permite prevenir la enfermedad con sig-

4 El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC) es un ente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Fue creado en 2010 por Decreto Presidencial 1286/10 y es la institución responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud para disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer.

nificativa disminución de la incidencia. Además cuando el CCR es detectado en una fase temprana, las posibilidades de curación son superiores al 90% y los tratamientos son menos invasivos.

- La reducción de la mortalidad por CCR, asociada a la detección temprana y la disminución de la incidencia del cáncer como consecuencia de la resección de los pólipos adenomatosos, han sido demostradas en una serie de ensayos clínicos de buena calidad. Estos estudios aportan buena evidencia acerca del beneficio de las medidas de prevención para reducir ambos parámetros (Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, 2010).
- En la práctica, en nuestro medio ya se han establecido y difundido procedimientos preventivos del CCR⁵. Sin embargo la implementación de programas preventivos está muy lejos de ponerse en práctica de manera regular en todos los habitantes.
- Para establecer estrategias de prevención y detección precoz es necesario identificar dos tipos específicos de pesquisa: la pesquisa “ocasional o individual” (cuando un individuo se presenta en un servicio sanitario) y la “sistemática o poblacional” (dirigida al conjunto de la población). En ambos grupos se deben analizar las ventajas de cada método sin dejar de lado las consideraciones sobre calidad, disponibilidad y costo-efectividad de las diferentes alternativas. Esto es fundamental especialmente en la pesquisa poblacional, donde debe asegurarse la accesibilidad a toda la comunidad, adaptándose a la realidad de cada población y sistema de salud.

El PNCCR comenzó la implementación de las actividades de tamizaje poblacional en el año 2014 con dos pruebas piloto en las provincias de Tucumán y Misiones, financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Específicamente, el plan de tamizaje poblacional en esta última provincia se inició en la Zona Sanitaria Capital (ciudad de Posadas), y comprende al Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga y los 37 CAPS y 5 laboratorios de su zona de incumbencia.

El sistema de salud público de la provincia está conformado por 47

5 En este caso los trabajos mencionados son los de Gualdrini et al. (2005), y Fernández et al. (1999), ambos publicados en la revista *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*.

hospitales de diferentes niveles de complejidad y una cantidad mayor de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos en barrios urbanos y pequeñas poblaciones y parajes rurales.

Esa distribución está lejos de ser equitativa, ya que se caracteriza por una gran concentración de servicios sanitarios en la capital, más exactamente en el polo de hospitales de alta complejidad que existen en el Parque de la Salud de Posadas, y por prestaciones básicas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se distribuyen en los barrios y parajes. El sistema cuenta con hospitales de Nivel I y de Nivel II que se emplazan en localidades pequeñas y medianas y que derivan a Posadas los tratamientos de casos complejos, accidentes y partos complicados.

El proyecto incluyó la compra de equipos de videocolonoscopia y accesorios endoscópicos, kits para el test de sangre oculta en materia fecal (TSOMF) inmunoquímicos y equipos automatizados para la realización de inmunohistoquímica en anatomía patológica para CCR hereditario (Síndrome de Lynch) y la contratación de registradores y navegadoras para fortalecer el equipo de trabajo provincial.

Si bien existen diversas estrategias de tamizaje en población general, el PNCCR adoptó en ese momento la estrategia de utilización de un TSOMF con periodicidad anual para la población de 50 a 74 años sin síntomas ni antecedentes, familiares o personales, de CCR y/o pólipos. Este método de pesquisa ha demostrado en su etapa experimental una reducción de la incidencia y mortalidad por CCR y es una de las estrategias de tamizaje del CCR considerada costo-efectiva (Faivre et al, 2004; Edwards et al, 2010; Espínola et al, 2016).

En los años posteriores, y de manera escalonada, se fue expandiendo el alcance del programa a nuevas zonas sanitarias en Misiones y Tucumán y comenzó un nuevo programa piloto en la provincia de Mendoza de similares características. También se iniciaron proyectos piloto en las provincias de La Rioja, La Pampa y Santa Fe (Casilda). Paralelamente se han sumado algunas iniciativas puntuales en hospitales y CAPS en Cipolletti (Río Negro) y en la provincia de Buenos Aires.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Dentro del área de la salud, las investigaciones sobre implementación de políticas públicas han tenido un amplio desarrollo en las últimas décadas⁶. En relación con políticas y programas vinculados a estrategias de detección precoz de distintas enfermedades se pueden encontrar diversos antecedentes abocados al estudio del proceso de implementación y, en particular, de las barreras y facilitadores en estas campañas (Anttila y Nieminen, 2000; Sankaranarayanan et al., 2001; Almonte et al., 2010; Arrossi et al., 2010; Zapka et al., 2004; McKee et al., 1999; Dzuba et al., 2005; Agurto et al., 2004; Jorgensen et al., 2001; Peters, 2008). Dentro de estos últimos, se resaltan dos perspectivas: por un lado, el análisis de las barreras y facilitadores a partir del estudio de la población objetivo (Euler-Chelpin et al., 2009; Weitzman et al., 2001; Paszat et al., 2006) y, por el otro lado, el análisis a partir del estudio de los equipos de salud intervinientes.

No obstante, dentro de la búsqueda bibliográfica realizada, se registró una mayoría de investigaciones sobre población objetivo y, además, sobre ciertos tipos de cáncer en particular (principalmente, mama y cérvico-uterino). En menor medida, se encontraron estudios que incluían la perspectiva de los miembros de los equipos de la salud (Baig et al., 2003; Bapuji et al., 2012; Wolf et al., 2007; Omran et al., 2015; López Torres Hidalgo et al., 2013; Sarfaty et al., 2013; Hannon y Harris, 2008; Wackerbarth et al., 2007; Sewitch et al., 2007, Woodrow et al., 2006; Schroy et al., 2002; Tong et al., 2004)

Estos estudios, que se han enfocado al análisis de las perspectivas de los profesionales de la salud vinculados directamente con programas de prevención de CCR, pueden caracterizarse de la siguiente manera. Por un lado, en éstas investigaciones se tiende a analizar una misma serie de variables: conocimientos, actitudes, percepciones, creencias y prácticas personales. Si bien los resultados dentro de estos estudios son diversos, se suele resaltar la relevancia de considerar tensiones y disputas entre los profesionales, las opiniones y priorizaciones con respecto a la política de prevención y, asimismo, el grado de conocimiento sobre CCR.

Por otro lado, y en relación con el punto anterior, se suelen priorizar téc-

6 En esta sección realizamos una síntesis de la literatura recabada sobre la temática en cuestión. El informe original incluye una revisión más amplia.

nicas de análisis cuantitativos para analizar las perspectivas profesionales. En la mayoría de los casos, esto implica priorizar la representatividad de la muestra, por sobre la profundidad de los datos. Así también, en los estudios antecedentes se suele enfatizar el análisis en médicos generalistas, más que otras especialidades y profesionales que también participan en la implementación de campañas de tamizaje. Además, se debe resaltar que la mayor parte de la bibliografía se ha producido en otros contextos político-sociales, dadas las escasas políticas de tamizaje poblacional de CCR en América Latina.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio exploratorio-descriptivo y transversal, con técnicas de recolección de información y análisis cualitativas. El diseño de la investigación atravesó tres instancias. En primer término, el relevamiento de antecedentes a nivel regional y global de programas de tamizaje poblacional, específicamente de CCR. Para ello se indagó la temática a través de la bibliografía existente y de entrevistas en profundidad con informantes claves: expertos locales y extranjeros, y actores sociales vinculados con programas de prevención en salud. En ambos casos se procuró relevar las experiencias de programas similares, indagando en los obstáculos y facilitadores para su implementación. En segundo lugar, se procedió a la elaboración de un mapeo de los actores relevantes para el PNCCR en el contexto en el cual se implementa. Finalmente, se llevó a cabo el relevamiento en campo de representaciones y opiniones de los equipos de salud sobre el funcionamiento del mismo. Como parte del relevamiento cualitativo de campo se realizaron 5 grupos focales en CAPS, 10 entrevistas individuales y una entrevista grupal en el HEA Dr. R. Madariaga y una entrevista individual en un CAPS. El trabajo de campo involucró a 55 personas (42 en CAPS y 13 en el Hospital).

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD PREVIAS AL TRABAJO DE CAMPO

Previamente al trabajo de campo se realizaron 12 entrevistas en profundidad a informantes clave, tanto expertos académicos como miembros de ONGs y del Ministerio de Salud de la Nación. Éstas tuvieron el fin de contribuir a la configuración del mapa de actores relevantes para la implementación del PNCCR. A su vez, la información recabada mediante estas

entrevistas previas constituyó un insumo para reformular las guías de pautas de los grupos focales y entrevistas en campo. Las entrevistas fueron realizadas entre octubre y noviembre del año 2014.

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y GRUPOS FOCALES

El universo de estudio corresponde a los equipos de salud relacionados con las actividades de promoción, prevención diagnóstico y tratamiento del CCR en la ciudad de Posadas y sus alrededores

El trabajo de campo en la ciudad de Posadas fue realizado en noviembre del año 2014. Durante este tiempo, se realizaron 5 grupos focales, segmentados de acuerdo a su rol funcional previsto por el PNCCR y el nivel de atención sanitaria. Por otra parte, en casos específicos en donde la realización de grupos no fue posible por razones logísticas (particularmente en el HEA Dr. R Madariaga) se realizaron 11 entrevistas en profundidad individuales y una grupal. Los grupos focales fueron coordinados por los miembros del equipo, diferenciando las funciones de moderador, transcripción y codificación de los resultados. Las tareas de reclutamiento de los participantes de los grupos focales fueron gestionadas de manera conjunta entre el equipo de investigación y referentes locales. El registro de los grupos focales se realizó tanto en forma manual como a través de dispositivos móviles, los cuales permitieron relevar en audio la totalidad de los grupos así como también registrar las notas de los mismos. La información obtenida se organizó en una grilla, la cual constituyó el insumo básico para el análisis de representaciones sociales. Además se realizaron actividades de observación participante acompañando a los registradores del PNCCR en su recorrido habitual por los CAPS. Esta estrategia metodológica apuntó a complementar, contrastar y enriquecer la información obtenida en el trabajo previo, en particular lo referente al funcionamiento del PNCCR en la Zona Sanitaria Capital, mediante la observación directa de la dinámica espontánea en uno de los eslabones críticos del proceso de tamizaje poblacional. La observación fue efectuada en febrero del año 2015 y comprendió la visita a los CAPS 23, 29 y 33 y los Hospitales Fátima y Favaloro.

RESULTADOS: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS EQUIPOS DE SALUD

En esta sección se presentan los principales hallazgos⁷ sobre los diversos aspectos explorados: las representaciones de los equipos de salud en torno al cáncer en general, el CCR en específico, y su detección temprana; sobre la población objetivo del PNCCR; y sobre el PNCCR (actores clave, comunicación, reclutamiento, test de sangra oculta en materia fecal-TSOMF-, seguimiento).

SOBRE EL CÁNCER Y SU DETECCIÓN TEMPRANA

Hablar de cáncer sigue siendo un tema tabú. Nombrado con eufemismos, parece ser una suerte de palabra conjuro que con tan sólo pronunciarla, lo atrae. Así mismo, está presente la idea que tocarlo físicamente lo despierta, activa o desparrama.

Por otra parte, cuando se habla de cáncer no hay grises. Se presenta como una única enfermedad, más allá de su localización, nivel de riesgo y capacidades subjetivas para afrontarlo. La falta de matices impide pensarlo como un proceso; se impone la idea de estar tomado por un agente extraño, potencialmente mortal, con quien se encara una lucha encarnizada, a matar o morir. Esta polarización entre el yo (el bien) y el cáncer (el mal) disocia al paciente, que se percibe débil y vulnerable ante esta suerte de monstruo que lo coloniza hasta quedarse con su cuerpo.

Ahora bien, ser parte de los equipos de salud es estar del lado del “bien”. En el personal de los equipos de salud, conviven el capital informativo que tienen y los hace parte de una comunidad científica, con las creencias que los tienen, los habitan, por compartir una cosmovisión. Esta situación, entendemos, tiene un efecto ambivalente a la hora de conectar con la población objetivo del programa. Por un lado, el personal de salud, atravesado por los mismos preconceptos y resistencias, no siempre consigue encarar su labor libre de prejuicios e inhibiciones. Por otro, compartir este código común sirve como puente con los pacientes, permitiendo generar un vínculo más empático.

7

Las palabras entrecomilladas refieren a verbatim obtenidos durante el trabajo de campo.

La actitud con la que el personal sanitario encara su misión preventiva guarda estrecha relación con lo que Andrea Jait revela en su análisis de la construcción mediática del cáncer a través de contenidos difundidos por la prensa (Jait 2014; Bruno et al., 2020). Siguiendo a Susan Sontang (1998)⁸, quien identifica el uso de la metáfora militar para caracterizar de la enfermedad, Jait (2014) releva distintas inflexiones discursivas donde esta metáfora se hace presente:

las células cancerosas ‘invaden’ o ‘colonizan’ zonas remotas del cuerpo, el cáncer es la enfermedad ‘que mata’, se entabla una ‘lucha o cruzada’ contra el cáncer; el tratamiento apunta a ‘matar las células cancerosas, más aún, la radioterapia ‘bombardea’ al paciente con rayos tóxicos y la quimioterapia es una ‘guerra química’, en la que se utilizan sustancias tóxicas. (p.5)

Desde la labor preventiva, el personal sanitario –particularmente el administrativo-, se posiciona asumiendo la postura de soldado en guardia, no sólo ante la enfermedad sino también, particularmente, respecto de otros actores involucrados en el programa: “La persistencia de estar al pie del cañón, es nuestra metodología [...] Nosotros estamos en la línea de fuego y tenemos una presencia continua en los CAPS y con los promotores, para que el programa funcione” (Entrevista a Personal administrativo y de gestión).

Siguiendo esta perspectiva, podemos pensar que la metáfora militar no favorece ni a los pacientes ni al programa. Respecto de los pacientes, empuja a cierta disociación en tanto el cáncer se lee como algo ajeno a uno mismo que desde el interior de su cuerpo, lo “invade” y “ataca” con intenciones de “tomarlo”. Esto no favorece la implicación de la persona afectada: la declaración de guerra a matar o morir está planteada, perdiéndose la oportunidad de pensar al cáncer como -por ejemplo- una advertencia, una señal, o un desequilibrio. Ninguna de las metáforas ayuda a apaciguar; por el contrario, desgastan a todos los que terminan por convertirse, en el mejor de los casos, en sobrevivientes.

8 “La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al ‘otro’, al igual que el enemigo en la guerra moderna; y el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es inevitable, por mucho que se considere a éste como víctima. Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos.” (Sontang, 1998, p. 98).

SOBRE LA POBLACIÓN OBJETIVO DEL PNCCR

El personal de los equipos de salud detecta una importante resistencia en la población en torno a querer saber sobre el cáncer, particularmente en la población objetivo del programa⁹, menos cercana a desarrollar prácticas preventivas que la población más joven.

Los agentes de salud advierten que la prevención no es un tema suficientemente instalado en la población, acostumbrada a actuar sobre cosas ya consumadas y que las personas acuden a los centros asistenciales recién al sentirse incapacitada por algún dolor: “Cuesta mucho que la gente venga al CAPS cuando no se siente mal. Sobre todo la gente grande, cuando se siente bien no quiere ni ver un médico” (Grupo de Personal de Enfermería de CAPS y Centros de Salud). Señalan además que, en ocasiones, ante la insistencia de los Promotores de Salud, o la estrategia aplicada por algunos programas de movilizarse literalmente hacia la población, algunas personas acceden a realizarse estudios diagnósticos, sin embargo no retiran los resultados.

Así, los agentes sanitarios tienden a sentirse frustrados y agotados por estar “remando contracorriente”. “Si el tema sale, aprovecho para comentarle sobre el Programa; cuando el paciente se niega no le insisto pero le sugiero pensarlo, y si me acuerdo, en la próxima vez que lo veo le vuelvo a preguntar si lo estuvo pensando” (Entrevista Médica Clínica Consultorios Externos Zona Capital). Cuando se percibe que todo este esfuerzo y tiempo invertido, termina por afectar la posibilidad de atender en tiempo y forma al caudal de demanda que se registra en los centros, lo urgente -lo curativo-, termina ganando por sobre la prevención.

Las resistencias de por sí despertadas ante cualquier estudio diagnóstico, se recrudecen cuando en el horizonte se presenta la colonoscopia, el paso siguiente a un TSOMF positivo. El verbo utilizado para hacerse el estudio habla de impotencia y sumisión: a una colonoscopia, nadie quiere someterse. La advertencia de “eso no se toca” que pesa sobre el cáncer, resurge con vigor en esta zona erógena. De manera aislada, surge además la confusión semántica entre colonoscopia y colostomía¹⁰, exacerbando los fantasmas más angustiantes.

9 Como se mencionó oportunamente personas de 50 a 74 años sin síntomas ni antecedentes de CCR que se atienden regularmente en el sector público de salud de Posadas.

10 La colonoscopia es un examen del interior del colon realizado por medio de un colonoscopio con el fin de determinar si hay signos de enfermedad. A su vez la colostomía es un procedimiento quirúrgico que permite derivar el tránsito intestinal al exterior, sacando un extremo del intestino grueso a través de una abertura

Los agentes sanitarios adjudican gran parte de estas resistencias a que en la población quedan resabios acerca de la antigua práctica de colonoscopia mucho más invasiva y con una recuperación más lenta post estudio: “Los pacientes llegan con miedo por rumores de vecinos y familiares que se hicieron colonoscopías como se hacían antes” (Entrevista a enfermero de Gastroenterología Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga).

Lo cierto es que, más allá de la racionalización y la verificación de un menor malestar físico gracias a las nuevas técnicas, lo que no se consigue sortear es el malestar emocional asociado a la pérdida de intimidad, la impotencia y la humillación de sentirse “sometido” y sobre-expuesto. Se trata de una escena que despierta perturbadoras sensibilidades y fantasías, en torno a una zona naturalmente destinada a que lo “impuro” se expulse bajo control y voluntad, asociada con lo obscuro, y que genera una dosis de pudor precursora de una fuerte ansiedad.

SOBRE EL PNCCR Y SU IMPLEMENTACIÓN

Como observación general, es importante subrayar que el involucramiento de los distintos actores en el programa depende más de sus habilidades, intenciones e intereses personales que del cargo o posición profesional que ocupan. Esto condiciona una gran heterogeneidad en el modo en que cada CAPS da curso al programa: el rol no siempre coincide con el actor previsto. Los actores capacitados formalmente, según lo planificado por el programa, pueden no ser quienes efectivamente lo hagan funcionar dentro del CAPS, por lo que se requieren sucesivas capacitaciones.

SOBRE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN DEL PNCCR

La palabra cáncer presente en los afiches, como es sabido, es de doble filo: concientiza pero también repele. Es posible conjeturar que, al ser un tema del que no se quiere saber, el esfuerzo para que un afiche sea advertido y leído, es mayor. La disponibilidad de folletería es positiva ya que permite

(estoma) hecha en la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por el estoma hasta la bolsa adherida al abdomen.

leerlo en un contexto más íntimo, así como también en algunos casos llegar hasta los hogares. Usar el folleto como recibo para el paciente ayudaría a que la comunicación llegue a las casas y opere como disparador para difundir la experiencia de quienes han pasado por el programa.

Los data entries, cuando recolectan las fichas, trabajan como guardianes en la difusión en tanto se ocupan de verificar que la comunicación esté visible, confirmar que se cuentan con suficientes folletos y distribuir activamente los mismos en áreas clave. En todos los CAPS encontramos dispuestos afiches visibles comunicando el programa. Ahora bien, tratándose de un tema densamente poblado de mitos, parece crucial que tanto los afiches como el discurso de los distintos agentes de salud, cooperen para resignificar la temática de modo de ayudar a instalar la importancia de la prevención. Que exista conocimiento técnico y científico no alcanza para disuadir creencias que se compaginan originando los mitos tanto en los pacientes como en los agentes de salud.

Acerca de los medios, distintos actores refirieron que con la aparición de la temática en televisión se disparó la demanda de manera espontánea. Incorporar un plan de prensa que incluya medios radiales y televisivos parece fundamental para entrar mejor a los hogares y generar propagación. Además, diferentes referentes indagados coincidieron en que son más y mejores los tamizajes en los programas que se activan desde campañas que anuncian un lapso de tiempo: aunque el programa siga corriendo, “hacer ruido” de manera estacional, ayuda a que la gente no lo posponga y sienta que tiene una oportunidad más que una obligación.

En este sentido, resulta importante pensar que la comunicación pueda traspasar los muros de las instituciones de salud, pues para gran parte de la población objetivo éstas se interpretan como instituciones asociadas a la enfermedad. El personal administrativo y de gestión propone salir más a los barrios con afiches o carteles que se distribuyan en medios de transporte público, los almacenes, las iglesias u otros espacios de uso colectivo.

Para la trazabilidad del proceso parece efectivo comprometer más al paciente que atravesó por el programa como difusor informal en su círculo; por ejemplo, entregándole algún símbolo que lo haga sentir parte de algo importante en relación con el bienestar de su comunidad: el lacito verde, alguna credencial. Esto posiblemente aumente las chances del test al año siguiente.

SOBRE EL RECLUTAMIENTO DE LOS PACIENTES

Todos los agentes de salud indagados, coinciden en que, por su propuesta activa hacia la comunidad, es un programa que viene a “romper estructuras” (Entrevista a Personal administrativo y de gestión). Acuerdan también en la relevancia de la temática, sin embargo no es prioridad en la agenda sanitaria local.

La oficina de gastroenterología destinada al programa, ubicada en el HEA R. Madariaga, parece resultar la vía de acceso más caudalosa. Por el contrario, los promotores, primer eslabón del circuito, parecen estar poco informados, lo cual repercute en la motivación. El personal administrativo y de gestión del HEA R. Madariaga señala que se necesita “meterles presión para que traigan gente”. Con este objetivo, han estipulado una meta de dos tamizajes por semana per cápita, sin embargo no hay claridad sobre las posibles consecuencias si esto no sucede. Si bien reconocen que los promotores trabajan también en otras campañas que les quitan prioridad, con las que probablemente se sientan más cómodos porque son más conocidas y, en algunos casos, aluden más a la “vida” (como aquellas relacionadas con la vacunación y la salud materno -infantil), esto implica que si la población objetivo no va al CAPS o al hospital, no les “llega” el programa. Sería aconsejable llevar un registro acerca de quién y dónde captó a la persona que se hizo efectivamente el test o fue directo a colonoscopia. Eso podría dimensionar de manera más exacta el impacto del trabajo de los promotores de salud, los cuales son, por cómo está planteado el tamizaje, claves en el éxito del mismo.

Los laboratoristas opinan que muchos servicios están con las agendas colapsadas, con sobretornos, y los médicos -como ya se señaló- están abocados a “apagar los incendios”, por lo que lo urgente le termina ganando a la prevención. La carga de trabajo administrativo se suma a la del trabajo clínico específico y dificulta la gestión de la información, insumo vital para el seguimiento adecuado de los pacientes en este tipo de estrategia de tamizaje.

Como tema tangencial al programa, pero con impacto en el mismo, se evidenció que el personal de los consultorios externos Zona Capital tiene cierto recelo por no haber sido incluidos en el “hospital nuevo” (HEA Dr. R. Madariaga). A raíz de esto, se refiere al hospital escuela, lugar donde se centraliza el programa, como “el

allá” que monopoliza la información (que es poder), y que queda desarticulado del “acá”, con el que se tiene escaso intercambio. Una de las consecuencias para el programa, es que “cuando los pacientes entran en el sistema los perdemos; en teoría somos parte del programa, pero en la práctica después es un agujero negro, no tenemos información acerca de cómo va la cosa” (Entrevista a médica clínica consultorios externos zona capital). Esto parece confinarlos a una posición degradada de reclutadores, socavando su entusiasmo en la colaboración con el mismo.

Por otro lado, la mayoría de los actores no logra conceptualizar cuál es su rol y aporte a la totalidad del programa. La intervención puntual de cada agente es parte de un continuo sin agenda ni metas claras compartidas. Excepto la Jefa del Servicio de Gastroenterología, quien planteó 200 tamizajes mensuales como cifra satisfactoria razonable, nadie logró dar precisiones acerca de los números esperados. En consecuencia, el criterio de éxito se define servicio a servicio, o incluso persona a persona. Por ejemplo, para las navegadoras¹¹ y el personal administrativo y de gestión, el éxito pasa por tener casos cerrados gracias a la centralización. En cambio, para el Enfermero de Gastroenterología, la medida de éxito pasa por que los pacientes cambien su percepción acerca de hacerse una colonoscopia después de habérsela practicado, y se transformen en difusores positivos en su entorno.

A falta de una construcción clara que de luz acerca de los aportes personales a la causa colectiva, algunos actores perciben al PNCCR como una recarga de trabajo, un peso más con el que lidiar. Por el contrario y desde una posición más holística, el posible último eslabón del proceso (Personal del Servicio de Oncología) advierte que si bien este tipo de programas puede aumentar en lo inmediato su carga de trabajo, en el mediano y largo plazo representa un ahorro, porque el paciente llega más preparado tanto desde lo logístico, como desde lo emocional: más informado, menos ansioso y más empoderado por haberlo “agarrado a tiempo”.

11 La navegación de pacientes consiste principalmente en actividades de seguimiento y acompañamiento de los pacientes durante el circuito de atención, facilitando el contacto con los efectores de salud que participan en el proceso y mejorando de esta forma la accesibilidad al sistema y al cuidado de su salud. Este rol es cumplido en general por un enfermero, trabajador social o empleado técnico debidamente formado y capacitado.

SOBRE EL TSOMF

Todos los actores sanitarios indagados coinciden en que la simplicidad que aporta el test facilita el tamizaje enormemente. Por otra parte, sienten cierto orgullo por disponerlo antes que los efectores privados de salud. Sin embargo, un primer aspecto a considerar es que para la población lleva tiempo acostumbrarse a que un test diagnóstico pueda ser tan simple. Por ejemplo, muchos pacientes, saturan la muestra porque temen no haber recolectado una muestra suficiente invalidándola. Otros repiten el test para reasegurarse el mismo resultado.

Parece necesario recalcar la necesidad de que los CAPS realicen no sólo la difusión sino también todo el proceso con idoneidad, así como también asegurarse que la entrega del test se acompañe de modo oral y/o escrito con explicaciones que disipen todas las dudas que los pacientes fueron consultando.

Un punto que reviste gran importancia, es que no todos los entrevistados expresan claramente su conocimiento sobre la población objetivo. Algunos entrevistados, particularmente enfermeros de CAPS, indican el TSOMF para personas con síntomas. Como consecuencia, el índice de casos positivos sobre todo en un primer tramo de implementación del PNCCR, ha sido significativamente superior al esperado. Esta falta de criterio generó, además, una demanda en aluvión a la que no se pudo responder acabadamente en los inicios de la implementación, aunque esto logró ser en gran medida corregido: “Como toda prueba piloto, uno hace la oferta y la demanda crece. Al principio no dábamos abasto con los colectores. Ahora ya estamos bien” (Personal de Laboratorio HEA Dr. R Madariaga).

Así también algunos pacientes, conocidos en la jerga del Servicio de Gastroenterología como “los mentiritos”, no declaraban sus síntomas reales con la expectativa de ingresar en el circuito de diagnóstico y tratamiento priorizado por el programa gracias al test. De esta forma no esperarán el turno para colonoscopia brindado desde Gastroenterología, ya sea por las demoras que se registran en el estudio de riesgo cardíaco para anestesia por falta de anestesistas (lo cual genera un cuello de botella en el estudio de colonoscopia), o bien para evitar la burocracia de las obras sociales que piden muchos requisitos para autorizar este tipo de estudios.

En relación con los equipos, la paulatina pérdida de centralidad parece

estar obstruyendo la posibilidad de ver al proceso como un todo. Esta atomización, disgrega la sensación de pertenencia y aporte a una causa común.

Entre los promotores de salud no están claras las implicancias de un resultado positivo del test. En varios casos se asume que un positivo es igual a cáncer, y así parecen transmitirlo a la población objetivo. El positivo también resulta conflictivo para algunos médicos y enfermeros, quienes si bien no lo leen como presencia de cáncer, no siempre consiguen dar una explicación asertiva al paciente. Adicionalmente, para muchos promotores no está claro el circuito que le aguarda al paciente luego de un positivo en el test. Si bien su rol formalmente finaliza allí, esta carencia de información acrecienta la incertidumbre de los pacientes, de por sí alta, y socava las posibilidades para convencer al paciente que se efectúe el test,

En cuanto a la lectura del resultado del TSOMF, algunos pacientes interpretan el positivo como signo de tener cáncer (así como obtener un positivo en un test de embarazo, indica estar embarazada), lo que genera situaciones de angustia difíciles de manejar por algunos de los actores sociales que entregan los resultados (por ejemplo, entre los administrativos de laboratorios). Dado que un positivo tiene resonancias dramáticas pero restarle importancia con ánimos de tranquilizar al paciente puede conducir a que éste desestime el proceso y deserte, resulta necesario salir del binomio sentencioso positivo/negativo con otros denominadores que ayuden a generar idea de proceso y colaboren en aliviar las ansiedades. Por ejemplo, nombrar al negativo como “finaliza el proceso de estudio” (lo repite en un año) y al positivo como “es necesario continuar con otro estudio” (colonoscopia). El material comunicacional podría representar gráficamente todo el proceso, informando sobre las consecuencias de cada fase. Por otra parte, parece central capacitar a quienes comunican los resultados a través de un protocolo de devolución.

SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

La prosecución del proceso luego de un positivo se percibe fluida en términos generales: la articulación con otras áreas una vez que hay positivos tampoco ha representado problemas. El único cuello de botella parece ser la escasa disponibilidad de anestesistas para las colonoscopías. En este sentido habría que evaluar si es pertinente ampliar la captación.

Respecto a la comunicación de resultados y prosecución del circuito en caso positivo, se detecta que la demanda está demasiado invertida. Las Navegadoras en ocasiones se sienten “remando” con pacientes poco colaboradores o desinteresados (sobre todo hombres de mayor edad), que les atienden mal el teléfono -“otra vez, qué pesada”- o ponen excusas recurrentes para no acudir a hacerse la colonoscopia. Con el correr del tiempo, y ante un mayor desgaste, las Navegadoras pasaron de un discurso tranquilizador a otro más alarmista que infunda más respeto a la prosecución del programa. Este recurso de “presión” según refieren, les está resultando efectivo para que los casos continúen el curso esperable. Sin embargo, debemos subrayar que no ayuda a fomentar el carácter preventivo del tamizaje.

Cabe reflexionar entonces: así como el cáncer y la colonoscopia, ¿el PNCCR también es invasivo? La pregunta que aquí se abre, parece ser: hasta dónde como agente de salud pública corresponde insistir y, dónde empieza el derecho personal de hacerse cargo del propio cuerpo. Quizás la implementación de una campaña estacional, o que al menos “haga ruido” en un lapso más acotado (la semana del lazo verde) sirva como “empujón” para que algunos de los pacientes que están posponiendo la decisión, bajo amenaza de tiempo limitado, concreten el siguiente paso. Algunos proponen pasar de una postura donde la energía esté puesta en convencer o plantear al paciente la obligación de terminar el proceso (lo que a futuro podría desgastar o desanimar a las navegadoras) a una enunciación que ayude a verlo como un derecho, al modo de: “cuando los síntomas están perdiste mucho tiempo” / “si tenés x condiciones tenés derecho a estar cubierto gratuitamente por el programa” / “derecho a la información sobre el estado del organismo”. Lo que subyace, es la necesidad de ubicar al paciente como sujeto de derechos, empoderado -“Con este sistema podés...”- promoviendo su reposicionamiento: de ser objeto pasivo que cuanto mucho puede “atajar” un cáncer, a sujeto que toma activamente las riendas de su salud.

Parece oportuno revisar algunos descriptores de rol que actualmente parecen no estar alineadas a las tareas llevadas a cabo. Nos referimos particularmente, a los data entries y los responsables de la consejería. En el primer caso, resulta evidente que los llamados data entries hacen mucho más que cargar datos, por lo que todo ese plus sin nominar parece quedar más a cuenta de su vocación y buena voluntad, que de su responsabilidad en el proceso. Asimismo el término “consejero”, según advierte el personal administrativo y de gestión, parece “light” a los oídos de los pacientes, quienes se

decepcionan cuando, en presencia de síntomas, se los deriva a “consejería” y, acertadamente, no se les suministra el TSOMF.

REFLEXIONES FINALES

El trabajo de campo realizado en la ciudad de Posadas indagó representaciones y opiniones de los equipos de salud de CAPS y el hospital de referencia sobre el funcionamiento del PNCCR, otorgando riqueza de información cualitativa al evidenciar las tensiones entre los aspectos normativos del diseño del programa y la práctica concreta de los equipos de salud. En este contexto, destacamos que se trata de un componente piloto del PNCCR y que se realizan ajustes entre niveles de atención, roles y funciones para resolver las tensiones mencionadas. Es evidente que a partir de una mayor capacitación del recurso humano y definiendo objetivos precisos y medibles en los contextos locales, el PNCCR será aprehendido por los equipos de salud locales, asumiendo la relevancia epidemiológica que el CCR tiene a nivel nacional.

Lo anterior nos lleva a considerar la relativa prioridad que se le otorga al PNCCR en los contextos locales, tema relevado en las entrevistas y grupos focales. En este sentido, otras actividades relacionadas con problemáticas de salud tradicionales en los servicios de atención primaria, como por ejemplo las materno-infantiles o las infecto-contagiosas, adquieren preponderancia en la práctica diaria de agentes sanitarios y médicos en los CAPS.

Por otro lado, la organización interna de los CAPS y su articulación en la práctica (no teórica o normativa) con los hospitales debe ser tenida en cuenta, ya que estas particularidades impactan de manera sustancial en la viabilidad del desarrollo de estrategias sanitarias en general, y del PNCCR en este caso específico. En este sentido, aceptando la adaptabilidad en roles y funciones en la implementación del programa, sería preciso establecer protocolos flexibles que orienten la acción de los equipos médicos para que, de esta forma, puedan ser previstas las estrategias que puedan desarrollarse. Se reduce así la complejidad que conlleva la heterogeneidad de prácticas, pero se contempla la plasticidad de las funciones.

Así mismo, sería importante tener en cuenta estas tensiones en la implementación del programa a la hora de definir y desarrollar planes para su

ampliación en el territorio. Un elemento que podría fortalecer la efectividad de dicha ampliación es la realización de campañas de comunicación masivas en medios locales (televisión, radio, redes sociales) y la generación de un plan de prensa para visibilizar las acciones y éxitos que va teniendo la aplicación del programa a nivel local. La coordinación en la realización de tales campañas es fundamental y podría orientarse a dos cuestiones interconectadas: en primer lugar, en la necesidad de realización de actividades de prevención secundaria para detectar el cáncer o los pólipos en una fase precoz, antes de que aparezcan síntomas, dirigidas tanto a la población objetivo como a los equipos de salud encargados de estas actividades; y por otro lado, intentar asignar un nuevo sentido en las representaciones sociales sobre el cáncer (asociadas actualmente en su mayoría a metáforas bélicas) a partir de la difusión de los efectos positivos que las actividades de prevención y detección precoz del CCR pueden tener.

Ahora bien, tal como se evidenció al relevar estudios sobre CCR, sería conducente asociar las campañas de prevención y detección precoz de cáncer, con campañas asociadas a otros eventos vitales significativos, como por ejemplo las campañas anuales de vacunación, los programas orientados al envejecimiento saludable, u otras actividades de difusión sanitaria. En este sentido, la tarea de la detección precoz y la aplicación de tamizaje, se torna compleja debido al carácter curativo que prevalece en nuestro sistema de salud por sobre el preventivo. Sabemos que la relación que existe entre el enfoque de la medicina curativa y las actividades sanitarias de carácter preventivo es compleja. Esto valoriza la posibilidad que significa la implementación de programas de prevención poblacional tales como el PNCCR a la hora de modificar esta relación y volcarla hacia un balance más equilibrado y sustentable.

Teniendo en cuenta el recorrido de este trabajo, aparecen dos grandes ejes a partir de los cuales se podría mejorar el programa: por un lado las representaciones sociales en torno al cáncer en general, y al CCR en particular, que obstaculizan el programa de prevención; y por el otro la necesidad de darle mayor peso e identidad al programa, de modo que cada actor involucrado se sienta parte de una estructura más amplia y comprenda el valor de su rol y la contribución que realiza, por parcial que esta sea, al éxito del programa.

Con respecto al primer punto es importante destacar que tanto el imaginario como las creencias relevadas acerca del cáncer no favorecen la im-

plementación de los programas de preventivos. El hecho de que no se reconozcan las diferencias que existen entre las diferentes formas que puede adoptar el cáncer, deja en la sombra una ventaja muy significativa que tiene la terapéutica existente para tratar el CCR: que su lento desarrollo permite ciertas posibilidades de detección temprana y tratamiento efectivo.

Es decir que para este tipo de cáncer podría favorecerse el desarrollo de un imaginario positivo, de tipo aspiracional: el de una persona sana y empoderada que puede hacerse cargo de su salud mediante un rol activo en la prevención, de manera similar al tono en el que se han desarrollado ciertas estrategias preventivas para el cáncer de mama. Las creencias en las que se invisibilizan la prevención, también se reflejan en una confusión considerable en torno a quiénes deberían realizar el TSOMF, relevada tanto en la población objetivo como en gran parte del equipo de salud (en muchos casos manifiestan que se lo tienen que hacer las personas con síntomas). De alguna manera podemos vincular esta actitud con un prejuicio mayor establecido a partir de la mencionada metáfora bélica del cáncer, en la que no hay lugar para un sujeto activo ligado a vivir con calidad. Esto tiene un gran impacto en el programa, ya que estas creencias que atraviesan tanto a la población objetivo como a los propios agentes de salud, inciden sobre la percepción incorrecta del resultado positivo o negativo del TSOMF.

En relación con la necesidad de darle mayor peso e identidad al programa, pareciera que, aunque el tema es relevante, carece todavía de peso suficiente como para entrar en la agenda sanitaria. Prácticamente ninguno de los actores del programa entrevistados tenía datos acerca de los objetivos del mismo y, menos aún, de las variables establecidas para evaluar su desempeño. Esto quita potencia y sentido a la acción de cada uno de los participantes del equipo de salud en el proceso de tamizaje debilitando la percepción de la utilidad de sus acciones y también su sentido de pertenencia con el programa.

En esta dimensión también podría trabajarse a partir de la jerarquización de determinadas tareas o funciones propias del proceso de tamizaje. Tal es el caso de las enfermeras, los laboratoristas o los data entries que, en algunos casos, cumplen funciones más calificadas que las correspondientes a su rol según la normativa del programa (ya que los médicos en muchos casos están sobrecargados de trabajo y se dedican a “apagar incendios”, dejando de lado estas actividades de prevención), y que podrían tener un mayor reconocimiento. Otra posibilidad de jerarquización, esta vez de carácter semántico,

sería la de renombrar la actividad de “consejería” como “evaluación de riesgo”, haciéndola de esta forma una actividad más claramente decodificable para los pacientes y de más responsabilidad para los miembros del equipo de salud que la ejercen.

Finalmente, hay ciertas cuestiones operativas, tales como el aumento en el volumen de reclutamiento, que podrían mejorarse para lograr una mayor captación de población objetivo, aunque esto seguramente entra en tensión con las posibilidades de finalizar el circuito de diagnóstico y el posterior tratamiento en forma fluida en aquellos casos en los que TSOMF da positivo, teniendo en cuenta las capacidades limitadas (equipo y recursos humanos capacitados) para la realización de colonoscopías existentes al momento de realizar el trabajo de campo en Posadas.

Referencias Bibliográficas

- Agurto, I., Bishop, A., Sanchez, G., Betancourt, Z. y Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39(1), 91-98.
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G.I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E. y Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*, 52(6), 544-559.
- Anttila, A. y Nieminen, P. (2000). Cervical cancer screening programme in Finland. *European Journal of Cancer*, 36(17), 2209-2214.
- Arrossi, S., Paolino, M. y Sankaranarayanan, R. (2010). Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(4), 249-257.
- Baig, N., Myers, R., Turner, B., Grana, J., Torhtermel, T., Schlackman, N. y Weinberg, D. (2003). Physician-Reported Reasons for Limited Follow-Up of Patients With a Positive Fecal Occult Blood Test Screening Result. *The American Journal Of Gastroenterology*, 98 (9), 2078-2081.
- Bapuji, S., Lobchuk, M., McClement, S., Sisler, K., Katz, A. y Martens, P. (2012). Fecal occult blood testing instructions and impact on patient adherence. *CancerEpidemiology*, 36 (2012), 258–264.
- Bruno, D. P., Demonte, F. C., & Jait, A. R. (2020). Hablar de Cáncer Colorrectal: estudio de recepción de mensajes de un programa nacional de salud en Argentina. *La Trama de la Comunicación*, vol. 24, núm. 1, 2020, Universidad Nacional de Rosario
- Curado, M. P., Edwards, B., Shin, H. R., Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M., & Boyle, P. (2007). *Cancer incidence in five continents, Volume IX*. IARC Press, International Agency for Research on Cancer.
- Díaz, M. C. (2019) Impacto del tamizaje para colorrectal en personas de 50 años con cobertura pública exclusiva en Argentina, en el marco de la Cobertura Universal de Salud. INC. República Argentina
- Dzuba, I.G., Calderon, R., Bliensner, S., Luciani, S., Amado, F. y Jacob, M. (2005). A parti-

- cupatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(1), 53-63.
- Edwards, B. K., Ward, E., Kohler, B. A., Ehemann, C., Zauber, A. G., Anderson, R. N. & Ries, L. A. (2010). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates.
- Espinola, N., Maceira, D., & Palacios, A. (2016). Costo-efectividad de las pruebas de tamizaje del cáncer colorrectal en la Argentina.
- Euler-Chelpin, M., Brasso, K. y Lynge, E. (2009). Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *Journal of Public Health*, 32 (3), 395-405.
- Faivre, J., Dancourt, V., Lejeune, C., Tazi, M. A., Lamour, J., Gerard, D. & Bonithon-Kopp, C. (2004). Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*, 126(7), 1674-1680.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M. & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: Globocan sources and methods. *International journal of cancer*, 144(8), 1941-1953.
- Fernández, J. L., Gallegos, M., Brochero, A., Arevalo, C., & Piccioni, H. (1999). Screening for colorectal cancer with an immunological fecal occult blood test. *Acta gastroenterologica Latinoamericana*, 29(2), 73-78.
- Gualdrini U (2016) Relato anual 2016: pesquisa del cáncer colorrectal / capítulo 2: epidemiológica del cáncer colorrectal. *Rev Argent Coloproct* 2016. Vol 27, N° 1: 9-18
- Gualdrini, U, Sambuelli, A., Barugel, M., Gutiérrez, A., & Ávila, K. C. (2005). Prevención del cáncer colorrectal (CCR). *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 35(2), 104-140.
- Gualdrini, U. y Iummato, L. (2012). *Cáncer colorrectal en la Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control*. Buenos Aires: INC-MINSAL.
- Hannon, P. y Harris, J. (2008). Interventions to Improve Cancer Screening Opportunities in the Workplace. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(1S), 10-13.
- Jait, A. (2014) Análisis de la construcción mediática del cáncer para la formulación de aportes comunicacionales que contribuyan a mejorar el conocimiento de la prevención y la detección temprana de los tumores de mayor incidencia y

- mortalidad en la población argentina. Informe Final de Investigación. CNSI. Ministerio de Salud de la Nación.
- Jorgensen, C., Gelb, C., Merritt, T. y Seeff, L. (2001). CDC's Screen for Life: A National Colorectal Cancer Action Campaign. *Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10 (5), 417-422.
- López-Torres-Hidalgo, J., Simarro-Herráez, M.K., Rabanales-Sotos, J., Campos-Rosa, R., De-la-Ossa-Sendra, B. y Carrasco-Ortiz, C. (2013). The attitudes of primary care providers towards screening for colorectal cancer. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(5), 272-278.
- McKee, M., Lurio, J., Marantz, P., Burton, W. y Mulvihill, M. (1999). Barriers to follow-up of abnormal Papanicolaou smears in an urban community health center. *Archive of Family Medicine*, 8(2), 129-134.
- Omran, S., Barakat, H., Muliira, J.K. y Aljadaa, N. (2015). Knowledge, Experiences, and Barriers to Colorectal Cancer Screening: A Survey of Health Care Providers Working in Primary Care Settings. *Journal of Cancer Education*, 30(1), 53-61.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Observatorio Global de Salud. Ginebra: OMS.
- Paszat, L., Rabenech, L., Kiefer, L., Mai, V., Ritvo, P. y Sullivan, T. (2006). Endoscopic follow-up of positive fecal occult blood testing in the Ontario FOBT Project. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 21(6), 379-382.
- Peters, D. (2008). Screening: recommendations and barriers to patient participation. *The Nurse Practitioner*, 33 (12), 14-20.
- Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas (2010): Guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del CCR. Programa Nacional de Consenso Inter-Sociedades. Academia Nacional de Medicina. Recuperado de: http://www.satorradioterapia.com.ar/material/consensos/consenso_prevenccion_ccr2010.pdf.
- Sankaranarayanan, R., Budukh, A.M. y Rajkumar R. (2001). Effective screening programmes for cervical cancer in low - and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), 954-962.
- Sarfaty, M., Doroshenk, M., Hotz, J., Brooks, D., Hayashi, S., Davis, T.C., Joseph, D., Stevens, D., Weaver, D.L., Potter, M.B. y Wender, R. (2013). *Strategies for expanding colorectal cancer screening at community health centers*. *A Cancer Journal for Clinicians*, 63(4), 221-231.
- Schroy, P.C., Heeren, T., Bliss, C.M., Bliss, C.M., Pincus, J., Wilson, S. y Prout, M. (2002). On-site screening sigmoidoscopy promotes long-term utilization but

- fails as a venue for training primary care endoscopists. *Gastroenterology*, 122(5), 1226-1234.
- Sewitch, M.J., Fournier, C., Ciampi, A. y Dyachenko, A. (2007). Adherence to colorectal cancer screening guidelines in Canada. *BMC Gastroenterology*, 7(39). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/7/39>
- Sontag, S. (1998). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Tong, S., Hughes, K., Oldenburg, B. y Del Mar, C. (2004). Would general practitioners support a population-based colorectal cancer screening programme of faecal-occult blood testing? *Internal Medicine Journal*, 34(9-10), 532-538.
- Wackerbarth, S. B., Tarasenko, Y. N., Curtis, L. A., Joyce, J. M., & Haist, S. A. (2007). Using decision tree models to depict primary care physicians CRC screening decision heuristics. *Journal of general internal medicine*, 22(10), 1467-1469.
- Weitzman, E., Zpka, J., Estabrook, B. y Goins, V. (2001). Risk and reluctance: understanding impediments to colorectal cancer screening. *Preventive Medicine*, 32, 502-513.
- Wolf, M., Baker, D. y Makoul, G. (2007). Physician–Patient Communication about Colorectal Cancer Screening. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1493-1499.
- Woodrow, C., Rozmovits, L., Hewitson, P., Rose, P., Austoker, J. y Watson, E. (2006). Bowel cancer screening in England: a qualitative study of GPs' attitudes and information needs. *BMC Family Practice*, 7(53).
- Zapka, J., Puleo, E., Taplin, S., Goins, K., Ulcickas, Y. y Mouchawar, J. (2004). Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up: the importance of communication. *Preventive Medicine*, 39(1), 81-90.

CAPÍTULO 13

IMPACTOS SOCIALES, SANITARIOS Y AMBIENTALES DEL AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN BARRIOS POPULARES DE BUENOS AIRES

Melina Tobías¹ Soledad Fernández Bouzo²

INTRODUCCIÓN

La mayor propagación y letalidad de COVID-19 en el mundo tuvo lugar principalmente en los centros urbanos, ya que estos representan áreas de gran densidad poblacional, con importantes flujos de circulación, y donde se concentra gran parte de la población de tercera edad³.

La región latinoamericana es una de las más urbanizadas del mundo, con más del 80% de la población viviendo en ciudades que se han transformado actualmente en importantes focos de contagios del virus. Históricamente, la urbanización en la región se vio caracterizada por elevados niveles de desigualdad social expresados en términos económicos, pero también socio-espaciales, ambientales y sanitarios. Esto implica procesos de segregación y fragmentación urbana, donde las áreas consolidadas en las que residen los estratos altos y medios están provistas de servicios de infraestructura (agua, cloaca, electricidad), mientras que las áreas marginadas que habitan los sectores de menores recursos se encuentran degradadas ambientalmente, excluidas del derecho a la ciudad y sin acceso a los servicios públicos (Rodríguez, 2018; Di Virgilio y Perelman, 2014; Merlinsky, 2013). Si para los sectores más acomodados de la ciudad los servicios públicos son provistos

1 Docente Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y de la Universidad Nacional de J.C. Paz (UNPAZ) e investigadora de CONICET-UBA/Instituto Gino Germani (IIGG)-UNPAZ

2 Docente Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires e investigadora de CONICET-UBA/IIGG. Docente del Seminario "Epidemiología y Determinantes Sociales de la Salud Universidad" del Programa SIT "Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos".

3 Estudios recientes en Argentina han evidenciado que, si bien la contagiosidad del virus se concentra principalmente en edades jóvenes (20 y 59 años), la letalidad es mayor en población mayor a los 60 años con tasas próximas al 10,3% frente al 0,4% correspondiente a la población o\$,del grupo menor a esta edad (Rearte et al., 2020).

por agencias estatales o empresas privadas, en los barrios más pobres su provisión depende en gran medida de la organización de la comunidad, así como de la iniciativa de los liderazgos locales (Besana et al., 2015).

A su vez, en este escenario desigual, muchas de las tareas para garantizar los servicios básicos y necesarios recaen especialmente sobre las mujeres, quienes deben sumar a sus responsabilidades las tareas domésticas y la gestión de la vida cotidiana de los hogares. Esta situación se ve agravada en el contexto actual de crisis sanitaria y económica, donde las mujeres se encargan no solamente de los cuidados de la salud, sino también de tareas como el acarreo del agua para sus hogares y la organización de ollas comunitarias para abastecer la creciente demanda de alimentos de los barrios más vulnerables.

Si bien en un principio, la llegada del COVID-19 a la Argentina afectó a distintas ciudades del país, la mayor cantidad de contagios se concentró en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Desde fines del mes de marzo del 2020 hasta julio (momento en que escribimos este texto), las tres jurisdicciones con competencia en este aglomerado urbano (el Gobierno Nacional, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y el de la Ciudad Autónoma) optaron por establecer medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)⁴ tendientes a reducir la velocidad de los contagios y lograr “achatar” la curva. Mientras en este período a nivel nacional se logró controlar el incremento de casos, estableciendo así distintas fases de apertura en cada provincia o región de acuerdo con el nivel de contagios; en el caso del AMBA los casos no dejaron de crecer.

En el presente artículo nos proponemos analizar los efectos que ha tenido la propagación del virus y la implementación de las medidas ASPO en el AMBA. Concretamente interesa centrarnos en las dificultades que implicó su acatamiento para los sectores más vulnerables de la población, y el modo en que estas dificultades expresan la íntima relación que existe con los problemas ambientales, socio-habitaciones y con la accesibilidad a la salud. Para el abordaje de dichas dificultades, optamos por trabajar con fuentes primarias (entrevistas virtuales en profundidad a vecinos de villas y asentamientos y a personal de salud que trabaja en centros de atención primaria en

4 Las medidas ASPO se centran básicamente en acciones de prevención e higiene y el sostenimiento del aislamiento y/o distanciamiento social. Se establecieron originalmente a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (297/2020). Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Boletín oficial de la República Argentina. 19 de marzo de 2020.

distintas zonas del AMBA), y fuentes secundarias (recopilación y sistematización de informes COVID-19 realizados por el Gobierno Nacional de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma).

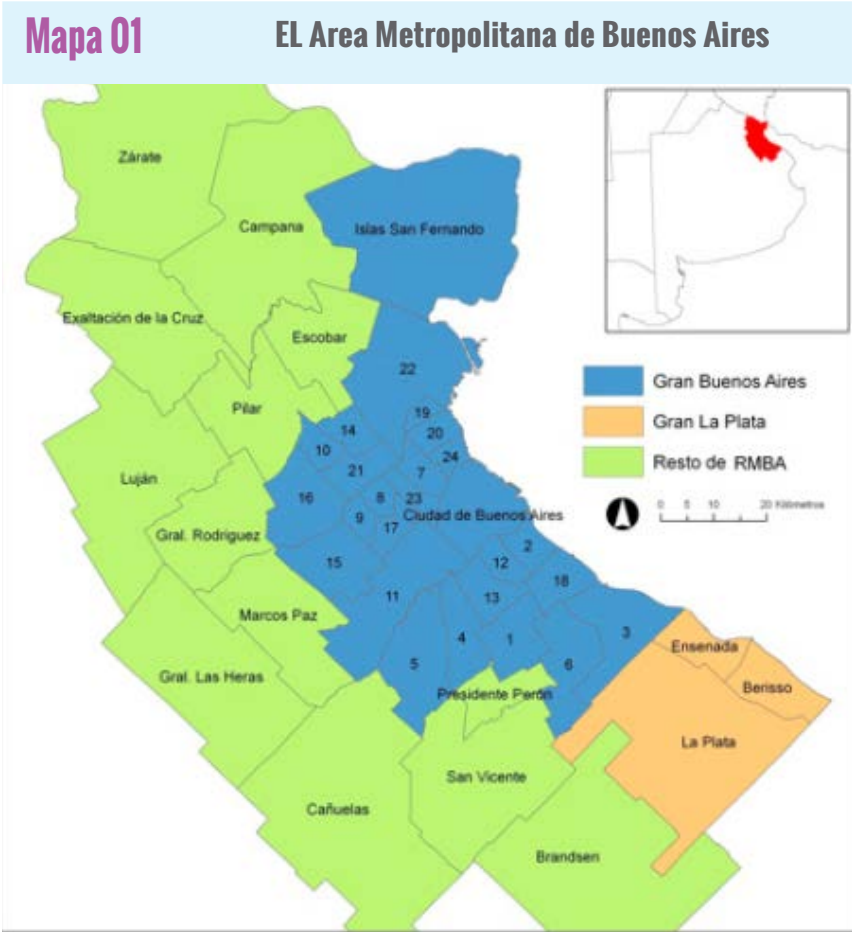
El artículo se organiza en cuatro apartados. El primero se centra en describir el AMBA como área de estudio, plantear los principales interrogantes y presentar las decisiones metodológicas. El segundo se propone definir el enfoque analítico de la investigación, centrado en la literatura sobre riesgos, epidemiología crítica y ecofeminismos. El tercero desarrolla el argumento central del trabajo. Allí señalamos que para comprender en forma integral el impacto de la pandemia en los barrios populares del AMBA, es preciso focalizar en los distintos riesgos y vulnerabilidades preexistentes (socioeconómicos, culturales, habitacionales, ambientales), entendidos como factores determinantes de la salud. Por último, el cuarto apartado plantea las reflexiones finales del trabajo.

EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES Y LAS DESIGUALDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS

A partir de la llegada del COVID-19 a la Argentina, el AMBA pasó a ser el foco central de contagios del país y, por ende, de la agenda política y mediática. Vale advertir que la definición territorial del AMBA adquiere en la literatura distintas definiciones: entendida a veces como sinónimo del Gran Buenos Aires (territorio jurisdiccional comprendido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 24 partidos de la provincia de Buenos Aires), y otras como reemplazo de la noción de Región Metropolitana de Buenos Aires -RMBA (definición territorial basada en criterios de densidad poblacional que comprende la totalidad de la mancha urbana). En el presente trabajo retomamos la definición que ha dado el Gobierno Nacional en los anuncios referidos al COVID-19, donde el área metropolitana, según criterios sanitarios definidos por la pandemia, corresponde a la RMBA, es decir a un entramado urbano común que abarca la Ciudad Autónoma y 40 municipios de la provincia que están localizados alrededor de la CABA en forma de anillos o cordones de partidos⁵.

5 La Región abarca el área que a partir del año 2003 el INDEC define en sus estadísticas como el Gran Buenos Aires (GBA) que está compuesto por la Ciudad de Buenos Aires y los partidos del Gran Buenos Aires (24 municipios), y otros 16 partidos de la tercera corona que incluyen el denominado Gran La Plata (La

Según datos censales, en el AMBA habitaban cerca de 15 millones de personas (3 millones en la CABA y 12 en la PBA) en 2010, lo que representaba cerca del 37% de la población nacional en un espacio menor al 1% del territorio nacional. La superficie total del AMBA es de 13.934 km², aunque restando el sector insular (Delta del Paraná) alcanza los 11.434 km², lo cual representaría una densidad poblacional de 1294 habitantes por Km² (INDEC, 2012).



Nota: Código de los partidos: 1: Almirante Brown, 2: Avellaneda, 3: Berazategui, 4: Esteban Echeverría, 5: Ezeiza, 6: Florencio Varela, 7: General San Martín, 8: Hurlingham, 9: Ituzaingó, 10: José C. Paz, 11: La Matanza, 12: Lanús, 13: Lomas de Zamora, 14: Malvinas Argentinas, 15: Merlo, 16: Moreno, 17: Morón, 18: Quilmes, 19: San Fernando, 20: San Isidro, 21: San Miguel, 22: Tigre, 23: Tres de Febrero, 24: Vicente López.

Plata, Berisso y Ensenada).

Fuente: Fernández (2011).

Durante gran parte del siglo XX, el crecimiento del AMBA respondió a la lógica centro-periferia, lo que significa que la mayor parte de la población se asentó en la capital o bien en sus proximidades dado que ofrecían un valor de renta del suelo más accesible que el casco de la ciudad, consolidando las áreas próximas a la Ciudad Capital (principalmente el primer cordón). El propio modo de funcionamiento del mercado de tierras, caracterizado por el aumento de los precios del suelo urbano, llevó a que el crecimiento se diera de modo extensivo sobre el territorio, lo que se explica por la existencia de loteos populares a bajo precio en la periferia (con bajos niveles de cobertura en servicios de infraestructura), pero también por una política de subsidios al transporte (a través de la nacionalización de ferrocarriles) que permitía la accesibilidad rápida y barata al centro de la ciudad (Torres, 2006).

Este escenario dio como resultado una ocupación del territorio con bajas densidades en la periferia que no superan, en muchos casos, los 20 hab/ha., incrementando de manera sustancial los costos de urbanización (Clichevsky, 1991). Este proceso de suburbanización de la clase trabajadora trajo aparejado un desequilibrio entre el crecimiento de la ciudad y la expansión del servicio de infraestructura (especialmente de agua y cloacas), que por su propio diseño se presentaba poco flexible para expandirse en estos sectores al ritmo del crecimiento de la demanda (Tobías y Fernández, 2019). Así, la falta de servicios de infraestructura en estos territorios dio lugar a procesos de auto-urbanización (Dupuy, 1989) o de urbanización popular, donde el Estado descargó en los propios sectores populares la provisión de bienes urbanos por fuera del mercado y de la lógica política del Estado (Pérez, 2013).

A partir de la década de 1970, y especialmente en los '90, se produjo una alteración del patrón de urbanización que había primado hasta ese momento, dando lugar a un nuevo modelo de crecimiento urbano a través del desarrollo y expansión de las urbanizaciones cerradas en áreas periféricas, destinadas a sectores de altos ingresos. Estas se vieron fomentadas por la política de construcción de autopistas y la ley de relocalización industrial, que promovía la erradicación de plantas industriales de las áreas más densamente pobladas (Clichevsky, 2007).

Como contracara a este modelo de expansión de baja densidad para sectores ricos, la dificultad de acceder al hábitat por parte de los grupos de menores recursos llevó al crecimiento de las villas y asentamientos y a

la creación de complejos de vivienda social dispersos en la periferia⁶. La mayor concentración de pobreza urbana se localizó en las zonas más degradadas en términos ambientales: cuencas hídricas contaminadas, basurales, zonas inundables (Cravino et al., 2008, Merlinsky, 2013).

De este modo, la dinámica que asumió el modelo territorial a partir de la década del '70 se caracterizó por una creciente segregación, ya no sólo en el centro de la ciudad sino también en la periferia, con sectores ricos emplazados en urbanizaciones cerradas, y sectores pobres en villas y asentamientos localizados en áreas ambientalmente degradadas, especialmente en zonas inundables, próximas a basurales, con suelos contaminados o bien en las riberas de las principales cuencas metropolitanas, como son la cuenca Matanza Riachuelo y la cuenca del Reconquista (Clichevsky, 2002).

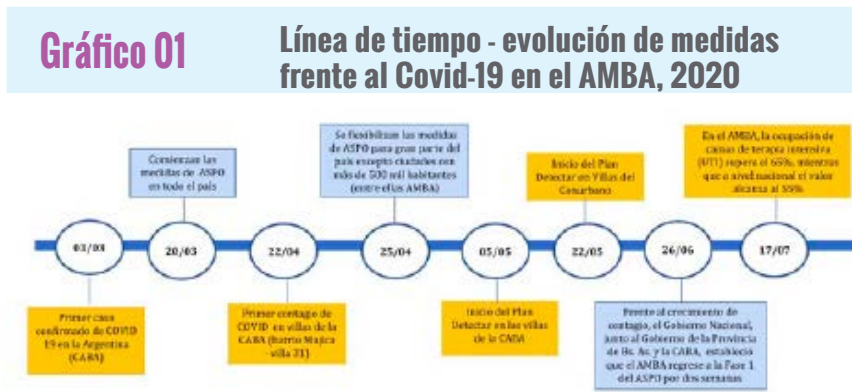
Según los datos provistos por el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP, 2017), de los 4416 barrios populares que existen a nivel nacional (esto comprende villas, asentamientos y complejos habitacionales construidos en el marco de políticas de acceso al hábitat), más del 30% se ubica en el AMBA. Del total de barrios populares relevados a nivel nacional, el 96% carece de acceso a redes de agua potable y más del 98% a redes de cloaca (TECHO, 2016).

En este contexto, la llegada del COVID19 al AMBA visibilizó las desigualdades preexistentes en el territorio, al ser los sectores más vulnerables, localizados en áreas degradadas, sin servicios de agua para higienizarse y en condiciones de hacinamiento, los más expuestos al riesgo de contagio del virus (Mejica Arqueros y Tobías, 2020). Esto se evidenció en el mes de abril y mayo, cuando la mayoría de los contagios de COVID en la Ciudad correspondían a población de las villas de la ciudad, donde se presentan los niveles más críticos de hacinamiento y donde hubo problemas de falta de agua que, en algunos casos, se extendieron por más de 10 días. O bien, en el caso de la Villa Azul (Avellaneda) y Villa Itatí (Quilmes), en la zona sur del AMBA, donde a inicios del mes de junio se produjo un foco importante de contagios.

Ante estos hechos, el Gobierno Nacional, en articulación con el Go-

6 Siguiendo la definición de Cravino et al. (2008), los asentamientos populares pueden clasificarse en dos tipologías distintas: villas y asentamientos. Las villas representan ocupaciones irregulares de tierra urbana vacante, en general no responden a una planificación previa, presentan altos niveles de densidad poblacional y se localizan próximas a zonas céntricas o bien comunicadas. Por su parte, los asentamientos se distinguen de las villas por ser trazados urbanos más regulares y planificados, generalmente emplazados en tierras privadas (no fiscales como la mayoría de las villas), y en áreas más periféricas del AMBA.

bierno de la Provincia y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, decidió reforzar las medidas ASPO y comenzar con la implementación del Plan Detectar (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina), tendiente a testear la población sospechosa de contagios con el objetivo de identificar las zonas de mayor riesgo.



Fuente: Elaboración propia

No obstante, el sostenimiento de estas medidas por parte de la población de villas y asentamientos en el AMBA enfrenta diversas dificultades. Son precisamente estas dificultades las que nos interesa analizar en el presente capítulo, a partir de un enfoque analítico que articule literatura de distintas corrientes teóricas del campo de las ciencias sociales, como la de riesgo, la epidemiología crítica y los ecofeminismos constructivistas. Para ello, optamos por una metodología cualitativa, basada en fuentes primarias (12 entrevistas en profundidad realizadas de manera virtual a referentes de distintas villas y asentamientos del AMBA y personal de la salud); y fuentes secundarias (a partir de la revisión y sistematización de los reportes epidemiológicos diarios elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación y la Provincia, y la Secretaría de Salud de la CABA).

RIESGOS, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y PERSPECTIVAS ECOFEMINISTAS PARA PENSAR LOS IMPACTOS DE LA PANDEMIA

En la literatura sobre riesgos, la amenaza es la posibilidad de ocurrencia de un evento que puede causar algún tipo de daño en la sociedad. Existen

amenazas que emergen de las propias características del territorio: las socio-naturales asociadas a los cambios en los patrones de uso de suelo u otros procesos sociales que crean o amplían las condiciones de amenaza natural, y las antropogénicas relacionadas a las acciones humanas (Lavell, 2001). Estas amenazas se conjugan a su vez con factores de vulnerabilidad, entendida esta última como la propensión de una sociedad o un grupo social a sufrir daños y/o tener dificultades para recuperarse (Wilches-Chaux, 1993). Aquí es donde ciertos aspectos estructurales se tornan de importancia, ya que las amenazas no afectan de igual manera al conjunto de la población, sino que existen sectores sociales que por sus condiciones de vulnerabilidad preexistentes se encuentran más expuestos al riesgo que otros (Blaikie et al. 1996; Lavell, 2000). Los factores de amenaza y vulnerabilidad son construidos social e históricamente (Lavell, 2001) según las dinámicas socioespaciales específicas de cada sociedad.

Desde los enfoques que analizan los riesgos en las áreas urbanas latinoamericanas y sus impactos en los procesos de salud-enfermedad, las dificultades de las ciudades para regenerar la vida de manera saludable y sustentable se explican en gran medida por la intensidad de la degradación y la contaminación ambiental, procesos que impactan mayormente en áreas marginadas intersticiales, habitadas por los sectores populares (Breilh, 2010). La degradación ambiental (destrucción de elementos naturales, como, por ejemplo, los humedales y la biodiversidad) y la contaminación urbana (introducción de elementos que producen daño, como los desechos industriales o domiciliarios en las cuencas hídricas y la biosfera) son procesos socio-ecológicos que alteran la homeostasis del ecosistema urbano, de manera que pierde su capacidad regenerativa (Reboratti, 2001; González, 2011). Se trata de procesos desplegados en el territorio -que es donde tienen lugar las actividades de producción y reproducción social-, y que a su vez configuran la base de la determinación social de la salud (Borde y Torres Tovar, 2017).

Los trabajos productivos y reproductivos son decisivos a la hora de establecer el balance entre fuerzas protectoras que fomentan salud y bienestar, y las dinámicas destructivas que producen malestar y muerte en un espacio determinado. Así, tanto la esfera productiva como la reproductiva son la base sobre la que se construyen los riesgos y las vulnerabilidades, entendidos como los determinantes sociales de la salud-enfermedad en territorios concretos.

En el contexto actual de crisis ecológica y ambiental que experimenta la región, la epidemiología crítica latinoamericana comenzó a ampliar la

noción de los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud, hacia la incorporación de los determinantes territoriales y ambientales de la vida (Breilh, 2013). Desde esta mirada, las metrópolis de América Latina son espacios cada vez menos sustentables, no solamente por su escasa capacidad vital (dificultades para generar biomasa, reponer los recursos consumidos y/o absorber los desechos), sino por sus limitadas posibilidades para garantizar el desarrollo equitativo de otras dimensiones relevantes de la vida social: el trabajo, el acceso a la vivienda digna, la organización comunitaria, el ocio, la recreación cultural, etc. (Breilh, 2010a).

Los estudios dentro del campo señalan que el tipo de metabolismo sociedad-naturaleza que está teniendo lugar en las ciudades latinoamericanas produce perfiles epidemiológicos diferenciados según los distintos sectores sociales. Dichos perfiles se definen por el movimiento de contradicción entre los procesos protectores y las fuerzas destructivas que operan en un modo de vida característico. Desde el punto de vista epidemiológico, los sectores de menores recursos que habitan viviendas precarias en áreas de la ciudad degradadas ambientalmente y sin acceso a servicios básicos, se caracterizan por tener un perfil llamado mosaico (Ferrer, 2011). Esto quiere decir que sufren en forma combinada problemas de salud ambiental tradicionales con problemas modernos. Los primeros se relacionan con situaciones de pobreza (saneamiento básico insatisfecho, falta de acceso al agua segura, precariedad de la vivienda y hacinamiento, cercanía con los basurales a cielo abierto, mayor exposición a plagas urbanas), mientras que los segundos son consecuencia de las actividades industriales y tecnológicas que generan contaminantes químicos. Según los especialistas, la acumulación de daños ambientales en la salud se da de manera lenta en el tiempo y es difícil establecer con precisión la asociación entre impactos y factores de riesgo. Sin embargo, las evidencias indican que los impactos ambientales generan diversas patologías: problemas asociados a la contaminación hídrica (hepatitis A y diarreas); problemas respiratorios (asmas, bronquitis); afecciones vinculadas con la mala nutrición y exposición a metales pesados, químicos e hidrocarburos (anemia, bebés con bajo peso, problemas de crecimiento, aprendizaje y malformaciones congénitas); problemas oncológicos, leucemias y linfomas (Ferrer, 2011).

En contextos urbanos hostiles en los que la degradación y la contaminación propician la emergencia de perfiles mosaico y aumentan la posibilidad de ocurrencia de enfermedades y malestar en la población, las mujeres redo-

blan los esfuerzos del trabajo reproductivo para alcanzar la supervivencia de sus familias y comunidades (Fernández Bouzo, 2020). Desde la perspectiva del ecofeminismo constructivista⁷ (Herrero, 2013), ello se debe a que las pautas patriarcales establecieron históricamente que la responsabilidad por los trabajos reproductivos debía recaer en las mujeres. Se trata de trabajos invisibilizados que, a pesar de ser esenciales para la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2014), no son reconocidos material ni simbólicamente debido el sesgo productivista de las economías capitalistas (Federici, 2013).

Los estudios sobre trabajo femenino en el AMBA demuestran que las mujeres se concentran en ocupaciones vinculadas al sector de servicios domésticos, la salud y la educación (empleadas domésticas, enfermeras, terapeutas, trabajadoras sociales, docentes, auxiliares, etc.), como consecuencia de un proceso histórico de reproducción de la división sexual del trabajo en el mercado laboral (Faur y Zamberlin, 2008).

Este fenómeno sin duda constituye otro de los determinantes relevantes para analizar los impactos sociales de la pandemia, dado que son las mujeres de los sectores populares quienes asumen en su praxis ecofeminista cotidiana la responsabilidad por las tareas que garantizan el agua, la alimentación y el cuidado de la salud en los territorios.

LA PROPAGACIÓN DEL COVID 19 EN EL AMBA: ¿VIEJAS O NUEVAS DESIGUALDADES?

A partir del enfoque conceptual propuesto en el apartado anterior, nos interesa aquí analizar los principales impactos que ha tenido la llegada del COVID y las medidas ASPO implementadas por el Gobierno Nacional y los gobiernos locales (Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires) en villas y asentamientos del AMBA. Concretamente nos interesa estudiar cómo la llegada de la pandemia a estos territorios ha logrado visibilizar y agravar la exposición a riesgos de los sectores más vulnerables que allí habitan, especialmente las mujeres. Para ello nos centraremos en tres dimensiones de análisis: i) los impactos económicos del COVID y las

7 El ecofeminismo constructivista es una corriente al interior de la literatura ecofeminista que se diferencia de las posturas de corte esencialistas. Postula que no existe algo así como una "esencia o instinto femenino" que acerque a las mujeres a la naturaleza, sino que es un lugar histórico asignado culturalmente por la dominación patriarcal (Herrero, A., 2018).

estrategias de supervivencia de los vecinos, ii) los impactos en la salud y los mecanismos institucionales y comunitarios para hacer frente a los contagios; y iii) los impactos en las condiciones cotidianas de vida y el rol de las infraestructuras urbanas.

LOS IMPACTOS ECONÓMICOS DEL COVID: TRABAJO INFORMAL Y ESTRATEGIAS COMUNITARIAS PARA GARANTIZAR LA ALIMENTACIÓN EN LOS BARRIOS

Según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC, 2012, 2020a, 2020b) y del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP, 2017), las situaciones más críticas de vulnerabilidad socioeconómica y las mayores tasas de informalidad laboral se observan en los barrios populares del AMBA (Maneiro et al., 2020). Esta situación supone, para los habitantes de los hogares que allí residen, la necesidad imperiosa de movilidad cotidiana para lograr el sustento diario, cuestión que a su vez implica una mayor exposición al riesgo de contagio de la enfermedad COVID-19. Para el segundo semestre de 2019 la incidencia de la pobreza alcanzaba al 40,5% de su población, 5 puntos porcentuales por encima del promedio nacional (INDEC, 2020a). A su vez, para el cuarto trimestre de 2019, la tasa de empleo era del 41,8%, 1,2 puntos porcentuales menos que el promedio nacional, y la desocupación del 10,8%, 1,9 puntos porcentuales más que el promedio nacional (INDEC, 2020b).

En el contexto del ASPO, no es casual que las y los referentes barriales entrevistados señalen dos dificultades que identifican como las más importantes: la necesidad de continuar trabajando y el problema del abastecimiento de alimentos. Respecto de la primera, las personas consultadas coinciden en que el gran problema recae en quienes viven de “changas”⁸. Esto es especialmente acuciante en el caso de los barrios cuyo sustento depende de actividades económicas que no fueron habilitadas por no ser consideradas esenciales. Así lo testimonian las personas consultadas:

Muchos de los vecinos viven del trabajo informal (textil y comercial) vinculado a la feria de La Salada, y con las medidas de aislamiento la feria ahora no está funcionando. (Entrevista a un referente barrial de Lomas de Zamora).

8 Se entiende por “changas” a los trabajos de tipo informal que no tienen continuidad en el tiempo. Los trabajadores que las realizan no gozan de los derechos laborales.

Acá hay personas que andan vendiendo pan o que las vemos con los carritos acompañados con sus hijos buscando chatarra y comida entre la basura... entonces con esto [con el aislamiento] en lo económico son personas que se van a ver muy afectadas. Eso es un problemón terrible. (Entrevista a una referente barrial de Esteban Echeverría).

En cuanto a la alimentación, las personas entrevistadas denuncian que existen algunos faltantes de mercadería básica, así como cierta preocupación por el abastecimiento de comida y agua para el consumo humano básico en un futuro inmediato (incluso de insumos para poder tomar las medidas de prevención correspondientes, como es alcohol en gel, productos de limpieza, barbijos, guantes, etc.). En este sentido, los testimonios señalan que además de los faltantes de mercadería básica, se dan situaciones de abarrotamiento de personas en algunos comercios que publicitan ofertas, situación que resulta preocupante en tanto no se respetan las distancias físicas recomendadas para prevenir el avance de la pandemia.

Los informantes ven como un aspecto positivo las políticas impulsadas por el Gobierno Nacional. Por un lado, la implementación de tarjetas alimentarias permite realizar compras de insumos básicos para los hogares de menores recursos. Por el otro, el ingreso familiar de emergencia (IFE) es una política de ayuda monetaria dirigida a trabajadores informales y monotributistas de menores ingresos. En torno a estas políticas, no obstante, los testimonios apuntan a que existen algunos inconvenientes burocráticos a la hora de percibir los beneficios, y que, si bien constituyen ayudas importantes, lo cierto es que no alcanzan para cubrir el conjunto de las necesidades.

En este punto, es preciso señalar que tanto las escuelas públicas como los comedores barriales son referidos como instituciones y formas de organización comunitaria que tradicionalmente cumplen una función esencial en el reparto de viandas y productos alimenticios básicos. Sin embargo, los testimonios muestran preocupación en los casos en los que se han detectado algunas interrupciones, dificultades en el reparto y/o insuficiencias frente al aumento de la demanda en el marco del ASPO.

Otro de los problemas que se mencionan tiene que ver con el aumento indiscriminado de los precios de los productos básicos y las situaciones de

convivencia hostiles que se experimentan entre vecinos de algunos barrios. Esto último se traduce en algunos inconvenientes a la hora de garantizar el reparto de mercadería que se consigue por parte del municipio:

Encima, en el supermercado están remarcando todos los precios: un kilo de pollo estaba 90 pesos el viernes 20. Hoy, lunes 23, está 110 pesos. Están aumentando todo y nadie controla nada. No quiero ser “pájaro de mal agüero”⁹, pero así vamos rumbo al estallido social.

[...]

Justo vivimos enfrente de un muchacho que es “barra brava”¹⁰. Si yo reparto mercadería me van a venir a sacar todo. Cuando hubo inundaciones ya me pasó eso. Tratamos de repartir mercadería que me autorizó el municipio a repartir, pero me sacaron todo. (Entrevista a una referente barrial de Esteban Echeverría)

Esta situación contrasta con los niveles de organización comunitaria que alcanzan otros barrios frente a la necesidad de contar con más comedores barriales para cubrir el aumento de la demanda alimenticia. Como puede verse en las imágenes siguientes, en algunos barrios los vecinos han abierto nuevos espacios para garantizar la alimentación, aunque estos sólo se abastecen de donaciones hechas por ellos mismos, o por algunos mercados y/o fábricas locales que reducen producción, o bien cierran sus puertas.

9 Expresión popular que alude a la persona que acostumbra a anunciar que algo malo sucederá en el futuro.

10 Palabra que comúnmente se utiliza para referir a una persona violenta que forma parte de una hinchada de fútbol y/ o de fuerzas políticas de choque que se dedican a amedrentar.

Imágen 01**Nuevos comedores barriales en José C. Paz**

Fuente: Vecinos del barrio.

Como parte de las estrategias para paliar el hambre, un aspecto destacable del ASPO en algunos barrios es la emergencia de las ollas comunitarias (Imágen N°2). Éstas son impulsadas mayoritariamente por mujeres que ponen a disposición insumos propios como materias primas, gas/leña, platos descartables. En algunos casos, las condiciones en las que deben preparar los alimentos incrementan los riesgos de accidentes domésticos (por ejemplo, quemaduras por contacto con brasas de leña que utilizan como alternativa más económica que la cocina a gas).

Imágen 02**Ollas comunitarias en los barrios populares de José C. Paz**

Fuente: Vecinos del barrio.

A pesar de la proliferación de este tipo de instancias comunitarias y de los niveles que ha alcanzado la organización barrial en algunos casos, las vecinas encargadas del armado de las ollas advierten que cada vez hay más demanda y que la comida no alcanza para abastecer a la población. La problemática de la alimentación en el contexto actual no puede desligarse de las dificultades en relación con la atención de la salud.

EL PROBLEMA DE LA ATENCIÓN Y EL CUIDADO DE LA SALUD: RESPUESTAS INSTITUCIONALES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SANITARIA Y RIESGO AMBIENTAL

Los barrios populares bajo estudio se inscriben dentro de condiciones de infraestructura de salud fragmentadas y precarizadas, producto de los procesos de descentralización, privatización y desfinanciamiento al que fue sometido el sistema de salud durante las últimas décadas. El mismo se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial y municipal) y por tipo de cobertura (público, obras sociales y prepagas) (Maceira, 2009, Ballesteros, 2017). Si bien existe una cobertura básica universal brindada por el subsistema público, la calidad varía en función de los recursos con los que cuentan las provincias y los municipios.

En el caso de los barrios populares del conurbano bonaerense, las partidas presupuestarias provinciales y municipales en general han venido sufriendo un deterioro sostenido a nivel de infraestructura y de recursos humanos (Adazko, 2011). Esto se vio agravado en el período 2015-2019, momento en que las partidas nacionales y de la Provincia de Buenos Aires experimentaron un recorte presupuestario más acentuado, el cual se tradujo en una reducción de la cantidad de camas por habitante y en la interrupción de la construcción de seis hospitales de alta complejidad, así como de varios centros de medicina nuclear (Freidin et al., 2020).

Asimismo, un estudio que analiza las redes de atención de la salud en el conurbano bonaerense señala las dificultades de coordinación interinstitucional existente entre los distintos niveles de atención (Crojethovic y Ariovich, 2018). Dicho análisis caracteriza la organización del sistema en su conjunto como “hospitalcéntrica” (Crojethovic y Ariovich, 2018, ps. 191-193), en detrimento del sostenimiento y mejora de los centros de atención primaria de la salud (CAPS), que son la puerta de entrada y eslabón principal del acceso al sistema de salud a nivel local.

En la actual coyuntura, que presenta el desafío de dotar al sistema con todo tipo de recursos en forma coordinada y contra reloj, las y los trabajadores de la salud entrevistados mencionan que las políticas sanitarias están privilegiando la construcción de más hospitales, en lugar de mejorar la infraestructura y los equipos humanos de los CAPS. En esa línea, entre los problemas que las personas consultadas mencionan están las dificultades que algunos CAPS presentan en relación con la provisión de agua, la escasez de insumos básicos para la prevención y la limpieza (barbijos, alcohol en gel, guantes, lavandina, etc.) y la falta de personal de salud idóneo (en algunos CAPS sólo hay enfermeras y administrativos; en otros enfermeros y médicos; y en otros sólo profesionales no médicos). A pesar de estas dificultades, los CAPS están a cargo de las urgencias y de recibir posibles infectados de virus para su eventual derivación (a los centros de aislamiento o a los hospitales).

Otro de los puntos que destacan las y los trabajadores de salud entrevistados, es la enorme presencia de las mujeres en relación con el cuidado de la salud. Efectivamente, al tratarse de un sector del mercado de trabajo dedicado a un servicio de cuidados, posee altos índices de feminización. Según datos del Ministerio de Trabajo del año 2017, en el sector del empleo dedicado a la salud las mujeres representan un 71,2 % de la fuerza de trabajo (MTEySS, 2018). Así lo identifican y expresan las personas entrevistadas:

El sector de la salud está altamente feminizado. Son en su inmensa mayoría mujeres, tanto las trabajadoras del sector como quienes asisten a realizar las consultas médicas. (Entrevista a trabajador de la salud en Berazategui).

Sobre todo, hay muchas enfermeras, pero también médicas, personal de limpieza, administrativas y promotoras de la salud (en los casos de los municipios en que hay). Eventualmente hay promotoras, pero son del barrio y no son trabajadoras formales. Son voluntarias. (Entrevista a trabajadora de la salud en Tigre).

En tanto las y los referentes barriales consultados, por su parte, se muestran preocupados por la falta de atención de los problemas de salud preexistentes que no están pudiendo ser atendidos en la actual coyuntura. En esa línea, son sobre todo las mujeres quienes presumen que los problemas de

salud ambiental que prevalecían en sus barrios con anterioridad, ahora se están agravando con la situación de aislamiento. Así lo expresan:

En eso nos seguimos sintiendo como a la espera, se está sintiendo la incertidumbre. No olvidemos que encima nosotros acá tenemos pegado el polo petroquímico de Dock Sud, que es la principal fuente de contaminación del barrio. (Entrevista a una referente barrial de Avellaneda).

Por las mamás del barrio sabemos que hay nenes con diarrea, con dificultades respiratorias, con manchas en el cuerpo, con muchas infecciones por las ratas. Ahora con esto [el aislamiento] es peor, porque las familias están hacinadas, amontonadas. Mucha gente no tiene acceso a los servicios básicos. (Entrevista a una referente barrial de Lanús).

Acá las zanjas a cielo abierto son un caldo de cultivo de dengue. Debido a las inundaciones y los desbordes de los pozos ciegos, un estudio de Médicos del Mundo en 2011 identificó la presencia de plumbemia (plomo en sangre) en niños/as. (Entrevista a un referente barrial de Lomas de Zamora).

De los testimonios se desprende que las condiciones de habitabilidad en los barrios populares constituyen otro de los puntos problemáticos a ser atendidos.

LA PANDEMIA Y SU IMPACTO EN LAS CONDICIONES DE VIDA COTIDIANAS: EL ROL DE LAS MUJERES COMO GESTORAS DEL HÁBITAT

Según los datos disponibles, se estima que en las villas y asentamientos del AMBA viven actualmente más de 1,2 millones de personas (Salvia, 2020). El crecimiento de estas áreas se explica por la combinación de dos procesos paralelos: por un lado, la densificación de las villas de la Capital y del primer cordón de partidos del conurbano y, por otro lado, la extensión de nuevos asentamientos y nuevas familias hacia las áreas más periféricas del segundo y tercer cordón. Ambos procesos responden al déficit de políticas de acceso al suelo urbano en la región durante las últimas décadas. Mientras en las villas de las áreas más céntricas, la densificación se expresó a través del aumento de la inquilinización (es decir el alquiler de cuartos dentro de la

vivienda construida), en los asentamientos más periféricos, el crecimiento implicó la construcción de nuevas viviendas o cuartos de alquiler dentro de los predios para albergar a los nuevos núcleos familiares de los hogares previamente asentados (Cravino, 2018).

Ambos procesos trajeron aparejado un incremento de los niveles de hacinamiento, ya de por sí elevados. En las villas y asentamientos el hacinamiento es cinco veces superior al de la ciudad consolidada (Salvia, 2020). A su vez, el crecimiento de la población en estas áreas implica mayor presión sobre los servicios de redes de infraestructura (agua, cloaca, electricidad), de por sí deficitarios (Pérez, 2009).

La precarización de los servicios públicos es una constante en este tipo de barrios, que cotidianamente tienen que lidiar con cortes de electricidad, falta de agua potable, desbordes cloacales y compra de gas envasado (ya que son muy pocos los barrios que cuentan con la instalación de gas). En relación con los servicios sanitarios, los principales problemas que afrontan los vecinos se relacionan con la falta de agua segura para consumo y la ausencia de redes de saneamiento. A su vez, en muchos casos a esto se agrega la necesidad de compartir el baño con otros hogares. Como veremos, todos estos elementos atentan contra la posibilidad de llevar adelante medidas de prevención frente al virus y sostener el aislamiento social.

En cuanto al agua potable, en las villas de la ciudad y del primer cordón del conurbano, a pesar de encontrarse próximas al área servida por la más importante empresa prestadora del servicio en la región (la empresa nacional Agua y Saneamientos Argentinos S.A.), su principal forma de aprovisionamiento es a través de redes autoconstruidas, llamadas “mangueras”, que interceptan el agua de la red troncal de la empresa fuera del perímetro del barrio, hacia el interior. En estos casos, si bien la calidad del agua estaría garantizada (ya que se trata de agua potabilizada de red), la circulación a través de las mangueras y la falta de dotación acorde a la población hace que existan problemas frecuentes de baja presión y de posible contaminación de las cañerías con efluentes cloacales y contaminantes del suelo (Koutsovitis y Baldiviezo, 2015).

Ésto se evidenció en el mes marzo del 2020, cuando, después de un lapso de más de 10 días sin agua y frente a la necesidad de movilizarse por el barrio para llenar recipientes de agua para acopio (a pesar del contexto del ASPO), comenzaron a aumentar los casos de contagios de COVID-19 en la villa más

grande de la Ciudad, la Villa 31, ubicada en el barrio de Retiro. El caso de la villa 31 fue el que ganó mayor visibilidad en los medios por la muerte de dos referentes barriales a causa del coronavirus, Ramona Medina y Víctor Giracoy, quienes reclamaban por la falta de agua. No obstante, la problemática es común al conjunto de villas de la ciudad, y más aún en el contexto del ASPO, donde los integrantes de cada hogar permanecen más tiempo en las viviendas, demandando mayor presión de agua que lo habitual.

Imágen 03

Acopio de agua en la Villa 31



Fuente: Diario La Nación 18/05/2020.

Frente a esta situación, algunas organizaciones territoriales junto a vecinos de distintas villas presentaron un amparo colectivo¹¹. Dicha acción derivó en un fallo judicial que ordenó al Gobierno de la Ciudad a garantizar 150 litros diarios de agua potable a los 400.000 habitantes de las villas de la ciudad, elaborar un Plan de Contingencia acordado con la comunidad y un

11 Dicho amparo fue motorizado por la Cátedra de Ingeniería Comunitaria – CLIC (Ing. María Eva Koutsivitis), el Observatorio del Derecho a la Ciudad – ODC (Jonatan Baldiviezo), CTA – Capital (Pablo Spataro), Frente Territorial Salvador Herrera (Franco Armando), Instituto de Pensamiento y Políticas Públicas - IPYPP (Claudio Lozano) y referentes de Barrios Populares (Villa 21-24, Villa 19 - Barrio Inta, Barrio Scapino, Villa 6 - Barrio Cildáñez, Villa 15 – Ciudad Oculta y Villa 20).

Protocolo de Actuación para brindar a las familias pautas claras de manejo y alerta con respecto al agua de consumo (Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, 2020). No obstante, al día de la fecha, habiendo pasado más de dos meses de la sentencia, el Gobierno de la Ciudad aún no respondió a los requisitos estipulados por la justicia.

A diferencia de las villas, en los asentamientos más periféricos ubicados en el segundo y el tercer cordón del AMBA, la principal fuente de aprovisionamiento es el agua subterránea, a la que se accede a través de perforaciones individuales. En estos casos, el principal problema es la profundidad de los pozos, ya que en algunas áreas es necesario llegar a los 60 metros para obtener agua de calidad. Si bien formalmente existen regulaciones sobre la construcción de los pozos, en la práctica su cumplimiento no se supervisa. La posibilidad de acceder a agua subterránea de calidad y el riesgo sanitario consecuente dependen así de la capacidad económica de cada hogar y del conocimiento técnico del pocero. A su vez, los problemas en la conexión eléctrica de estos hogares afectan de manera directa a la accesibilidad al agua, ya que sin electricidad dejan de funcionar las bombas a motor que facilitan la extracción de agua.

Esta situación lleva a que muchas familias opten por resolver el abastecimiento de agua a través de la compra de agua envasada. No obstante, la crisis económica que profundizó el COVID-19 en la región, y el incremento de los costos de los alimentos (entre ellos el agua envasada), hace que esta opción ya no sea viable para muchas familias. Siendo el agua un recurso esencial y básico para la vida, en este contexto algunas familias han tenido que acudir al acopio de agua proveniente de camiones cisterna o de familiares/vecinos próximos en recipientes, lo que incrementa el riesgo de otras enfermedades pandémicas como el dengue, a la vez que limita el cumplimiento del aislamiento social.

CONCLUSIONES

Desde que se detectó el primer caso de coronavirus en Argentina, el 3 de marzo de 2020, la idea difundida en los medios de comunicación masiva acerca de que la pandemia afecta a toda la población por igual, se convirtió en una afirmación sin sustento en la medida en que los impactos diferenciales

de la enfermedad se tornaron evidentes en el territorio del AMBA. Así como sucede en otras metrópolis latinoamericanas, el advenimiento de la pandemia en Buenos Aires se inserta en una serie de riesgos y vulnerabilidades preexistentes, que a su vez actúan como determinantes sociales de la salud.

Si bien estos factores representan diferentes caras de un mismo problema estructural, asociado a la desigualdad socioespacial que caracteriza al crecimiento urbano de la región en las últimas décadas, en el presente trabajo nos propusimos desagregar y analizar diferentes riesgos y vulnerabilidades (sociales, económicas, habitacionales, culturales, ambientales) que impactan directamente en las posibilidades de atención de la pandemia en los barrios populares.

En primer lugar, advertimos los efectos negativos que las medidas de aislamiento tienen en las condiciones económicas de los hogares de villas y asentamientos. Esto responde al elevado nivel de informalidad que presenta el mercado laboral en el que se ven insertos, que obliga a la población a tener que romper las medidas de aislamiento para poder garantizar su sustento económico. Esta situación crítica, a su vez lleva a la población a organizarse para crear ollas comunitarias al interior de los barrios, con el fin de garantizar la alimentación básica al menos un día a la semana.

En segundo lugar, y en relación con la salud, vimos cómo las condiciones de accesibilidad para los sectores sociales más vulnerables se encuentran limitadas por las propias deficiencias de los sistemas locales de salud y la falta de recursos humanos y materiales en los centros de atención primaria, que se hicieron críticas en el marco de la pandemia. Todo ello lleva a que los vecinos, en caso de requerir asistencia médica, no siempre encuentren una respuesta en los centros en los que habitualmente se atienden y tengan que dirigirse a centros fuera de su barrio para lograr ser atendidos. En ese sentido, el contexto de la pandemia ha limitado el trabajo territorial de los CAPS, lo que ha generado que muchas personas a las que antes llegaba el sistema de salud pasaran ahora a ser desatendidas e invisibilizadas.

En tercer lugar, y en relación con el hábitat, pudimos observar cómo las condiciones de hacinamiento junto con la falta de accesibilidad a servicios de agua y cloaca de calidad, obliga a los hogares a buscar soluciones fuera de sus viviendas, incrementando el riesgo de contagio por la exposición y la ausencia de distanciamiento social, pero también por la imposibilidad de cumplir con los cuidados mínimos de higiene requeridos para prevenir el virus.

Por último, en todas las dimensiones analizadas pudimos apreciar cómo las mujeres son las que principalmente despliegan trabajos reproductivos y de cuidado que contrarrestan las situaciones de creciente malestar. Su trabajo constituye la fuerza de protección principal que permite garantizar la *sostenibilidad de la vida*; ya sea gestionando las ollas comunitarias para la alimentación, ocupando el rol de promotoras, como trabajadoras de la salud, o como cuidadoras de sus familias.

Todos estos aspectos resultan sumamente preocupantes, si tenemos en cuenta que la población de las villas y asentamientos del AMBA tiene todas las características de los perfiles epidemiológicos *mosaico* (es decir, aquellos que conjugan los más altos niveles de riesgo para la salud) y viven en un contexto en el que los casos de contagio crecen y los niveles de ocupación de las camas de terapia intensiva en la región han superado los valores nacionales.

Al inicio del presente trabajo nos hemos propuesto el objetivo de analizar los efectos que ha tenido la propagación del virus y la implementación de las medidas ASPO en el AMBA, centrándonos en las dificultades que implicó su acatamiento para los sectores más vulnerables de la población, y el modo en que estas dificultades expresan la íntima relación que existe con los problemas ambientales, socio-habitaciones y con la accesibilidad a la salud. En este sentido, los casos analizados permiten mostrar cómo las condiciones de vida y el deterioro de la salud ambiental preexistentes a los que están expuestas las poblaciones de barrios populares han potenciado su vulnerabilidad en el escenario de riesgo socio-sanitario ampliado que representa la pandemia.

Referencias Bibliográficas

- Adazko, Dan (2011). “La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende”. En: *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa. Disponible en: <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/303.pdf>
- Ballesteros, Matías (2017). “El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad” *Revista Digital de Ciencias Sociales* / Vol. IV / N° 6. Pp. 147-174. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5898966>
- Besana, Patricio Bruno, Gutiérrez, Ricardo Alberto y Grinberg, Silvia (2015). “Pobreza urbana, comunidad local y Estado-socio en Argentina: la provisión de servicios públicos en un asentamiento de la Región Metropolitana de Buenos Aires”. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(225), 79-102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182015000300079
- Blaikie, Piers, Cannon, Terry, Davis, Ian y Wisner, Ben (1996). *Vulnerabilidad: el entorno social, político y económico de los desastres*. Lima: La Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina.
- Boletín oficial de la República Argentina. Decreto de Necesidad y Urgencia (297/2020), Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Borde, Elis y Torres-Tovar, Mauricio (2017). “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”. *Saúde Debate*. 41 (N° Especial), 264-275. DOI: 10.1590/0103-11042017S222
- Breilh, Jaime (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, Universidad de Lanús, Argentina, 6(1), 83-101. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/es/>
- Breilh, Jaime (2010a). “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud.” En: Pasos Nogueira, Roberto, ed. *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>

- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* vol. 31, pp.13-27. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe2/264-275>
- Clichevsky, Nora (1991). “Tierra fiscal y regularización urbana”. Buenos Aires, IDRCIIED-AL-CONICET, Informe de Investigación.
- Clichevsky, Nora (2002). Pobreza y políticas urbano-ambientales en la Argentina. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC. División de Medio Ambiente y Asentamientos Humanos. Documento n.49. 2002, 78 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5748/1/S024234_es.pdf
- Clichevsky, Nora (2007). La tierra vacante “revisitada“. Elementos explicativos y potencialidades de utilización. *Cuaderno Urbano. Espacio, cultura, sociedad*, núm. 6, Universidad Nacional del Nordeste Resistencia, Argentina. pp. 195-219. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/1023>
- Cravino, María Cristina (2018). *La ciudad (re)negada: Aproximaciones al estudio de asentamientos populares en nueve ciudades argentinas*. Buenos Aires: Ediciones UNGS. Disponible en: <https://ediciones.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2018/11/9789876303743-completo.pdf>
- Cravino, María Cristina; Del Río, Juan Pablo y Duarte, Juan Ignacio (2008). “Un acercamiento a la dimensión cuantitativa de los asentamientos y villas del Área Metropolitana de Buenos Aires”, en: Cravino (org) *Los mil barrios (in)informales del Área Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento. p. 87-152 Disponible en: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2015/06/los-mil-barrios-cravino-final.pdf>
- Crojethovic, M., y Ariovich, A. (2018). “Las redes de salud en el territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud”. *Revista Internacional De Organizaciones*, (20), 169-195. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6572496>
- Di Virgilio, M. y Perelman, M. (2014). *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia* Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140505032950/CiudadesLatinoamericanas.pdf>
- Dupuy, Gabriel (1989). *La crise de réseaux d'infrastructure: le cas de Buenos Aires*, Paris: ENPC-LATTS.

- Faur, Eleonor y Zamberlin, Nina (2008). “Gramáticas de género en el mundo laboral. Perspectivas de trabajadoras y trabajadores en cuatro ramas del sector productivo del área metropolitana de Buenos Aires”, en *El trabajo femenino en la post-convertibilidad. Argentina 2003-2007* (pp. 85-118). Buenos Aires: CEPAL-GTZ-Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la República Argentina.
- Federici, Silvia (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid, Mapas- Traficantes de sueños. Disponible en: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>
- Fernández Bouzo, Soledad (2020). “Los ecofeminismos territoriales frente a las injusticias hídricas: un horizonte de imaginaciones socio-ecológicas en América Latina (Abya Yala)”. (En prensa). En: *Sistematización del IX Curso de Justicia Hídrica 2019*. Centro Bartolomé de las Casas: Perú.
- Fernández, Leonardo (2011). *Censo 2010: Somos 14.839.026 habitantes en la Región Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto del Conurbano - Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Ferrer, Silvia (2011). “La Salud Ambiental como política pública saludable en una gran metrópoli, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Informe Ambiental FARN 2011. FARN. Buenos Aires. pp- 155-176. Disponible en: https://farn.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/2011_IAF.pdf
- Freidin, Betina, Ballesteros, Matías S., Krause, Mercedes, Wilner, Agustín D. y Vinitzky, Ana (2020). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis. Experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Disponible en: <https://www.teseopress.com/atencionprimaria>
- González, Silvia (2011). “Hacia una gestión integral de los riesgos de desastres”. En: Gurevich (comp.) *Ambiente y educación. Una apuesta al futuro*. 151-188 pp. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Herrero, Amaranta (2018). “Ecofeminismos: apuntes sobre la dominación gemela de mujeres y naturaleza. *Revista Ecología Política. Cuadernos de Debate Internacional*. N° 54. e-ISSN: 2604-6091. Disponible en: <https://www.ecologia-politica.info/?p=10136>
- Herrero, Yayo (2013). “Miradas ecofeministas para transitar un mundo justo y sostenible”. *Revista de Economía Crítica*. N°16, segundo semestre. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4524506>

- INDEC (2012). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos. Serie B n° 2. - 1a ed. - Buenos Aires. INDEC, 2012. v. 2.
- INDEC (2020a). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2019. INDEC: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_195EFE752E31.pdf
- INDEC (2020b). Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH) Cuarto trimestre de 2019. INDEC: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_4trim19EDC756AEAE.pdf
- Koutsovitis, Eva y Baldiviezo, Jonathan (2015). “Los servicios públicos de saneamiento básico: 300.000 habitantes de la Ciudad de Buenos Aires condenados a vivir en emergencia sanitaria”. *Voces en el Fénix*. 47, pp.136-146. Disponible en: <https://www.vocesenelfenix.com/content/los-servicios-p%C3%BAblicos-de-saneamiento-b%C3%A1sico-en-los-barrios-informales-300000-habitantes-de->
- Lavell, Allan (2000). “Desastres y desarrollo: hacia un entendimiento de las formas de construcción social de un desastre: el caso del huracán Mitch en Centroamérica”. En Garita, N. y Nowalski, J. (eds.), *Del desastre al desarrollo humano sostenible en Centroamérica*, Banco Interamericano de Desarrollo-Centro Internacional para el Desarrollo Humano Sostenible, Costa Rica, pp. 7-45.
- Lavell, Allan (2001). *Sobre la gestión del riesgo: Apuntes hacia una definición*. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/riesgo-apuntes.pdf>
- Maceira, Daniel (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. *Cuadernos del CLAEH*. N° 99 Montevideo, 2.ª serie, año 32. Pp. 7-17. Disponible en: <http://publicaciones.claeh.edu.uy/index.php/cclae/article/view/2>
- Maneiro, María; Fernández Bouzo, Soledad; Farías, Ariel, Nardin, Santiago (2020). “Trabajadores de la región sanitaria VI en el contexto del COVID-19”. Tercer reporte en el marco de la investigación *Covid-19 en la Región Sanitaria VI, sur del Conurbano Bonaerense*. Disponible en: <https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI/tercer-reporte-be679da4d30a>
- Mejica Arqueros, Soledad, y Tobías, Melina (2020). “COVID 19, políticas públicas y desigualdades urbanas: el caso de las villas de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”, En: Rabasco, P. (Ed.) *Ciudad y Resiliencia*, Madrid: Editorial Akal.

- Merlinsky, María Gabriela (2013). *Política, derechos y justicia ambiental. El conflicto del Riachuelo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN), (en línea). Reportes Diarios y Sala de Situación COVID 19. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios>.
- Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (MSGCBA), (en línea) COVID -19 en Datos. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/datos>
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (MSPB) (en línea). Sala de Situación. Disponible en: <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/sala-de-situacion>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2018) *Mujeres en el mercado de trabajo argentino*. Equipo de Mercado de Trabajo. Dirección General de Estudios Macroeconómicos y Estadísticas Laborales. http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/genero/mujeres_mercado_de_trabajo_argentino-3trim2017.pdf
- Pérez Orozco, Amaia (2014). *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Pírez, Pedro (2009). *Las sombras de la luz. Distribución eléctrica, configuración urbana y pobreza en la Región Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.
- Pírez, Pedro (2013). Perspectivas Latinoamericanas para el estudio de los servicios urbanos. *Cuaderno urbano*, 14 (14) 173-192. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/528>
- Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Expediente Judicial N° 3010/2020-0, caratulado “KOUTSOVITIS, MARIA EVA Y OTROS CONTRA GCBA SOBRE AMPARO - URBANIZACIÓN VILLAS”, 2020a.
- Rearte, A., Baldani, A., BarcenaBarbeira, P., Domínguez, S., Laurora, M., Pesce, M., Rojas Mena, M., da Cruz Ferreira Silva, H., Tarragona, S., y Vizzotti, C. (2020) Características epidemiológicas de los primeros 116974 casos de COVID-19 en Argentina, 2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12 Supl. COVID-19:e5.
- Reboratti, Carlos (2011). “El impacto ambiental de la actividad humana. Desafíos futuros”. En: Gurevich (comp.) *Ambiente y educación. Una apuesta al futuro*. 123-150 pp. Editorial Paidós, Buenos Aires.

- Registro Nacional de Barrios Populares (2017). Relevamiento Nacional de Barrios Populares. Informe General Período 08/2016- 12/2017. CABA: RENABAP. <https://zuletasintecho.files.wordpress.com/2018/04/resumen-informe-de-ges-tic3b3n-renabap-ac3b1o-2017-docx.pdf>
- Rodríguez, María Carla (2018). “Políticas del hábitat, villas y ciudad: tendencias actuales y futuros posibles (Buenos Aires, Argentina)”. *OculumEnsaïos* 15, no. 3.: 495-517. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351757994009>.
- TECHO (2016). Relevamiento de Asentamientos Informales. CABA: Techo. Disponible en: <https://www.techo.org/argentina/wp-content/uploads/sites/3/2019/04/Informe-Relevamiento-de-Asentamientos-Informales-2016-TECHO-Argentina.pdf>
- Tobías, Melina y Fernández, Leonardo (2019). “La circulación del agua en Buenos Aires: Resonancias geográficas y desigualdades socio-espaciales en el acceso al servicio”. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*. Vol. 28, n.º 2 de 2019, número monográfico “(In)justicias espaciales y realidades latinoamericanas”. Vol. 28, n.º 2: 423-441, jul 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcdg/v28n2/2256-5442-rcdg-28-02-423.pdf>
- Torres, Horacio (2006). *El mapa social de Buenos Aires*, Buenos Aires, Ediciones Fadu, Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2015/06/torres-el-mapa-social-del-amba.pdf>
- Salvia, Agustín (2020). *Situación social de los Barrios Populares o Asentamientos Informales del Área Metropolitana De Buenos Aires*. TECHO - Observatorio de la Deuda Social Argentina - UCA.
- Wilches-Chaux, Gustav (1993). “La vulnerabilidad global”. En Andrew Maskrey (Comp.) *Los Desastres no son naturales*, pp.11-44. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América. Disponible en: <https://www.desenrendando.org/public/libros/1993/ldnsn/html/cap2.htm>

