

A
SAP

“Una Salud”

La Revista de la Asociación
Argentina de Salud Pública

Año 1 – N° 4 Diciembre de 2023

EN LA CABA

LA ATENCIÓN PRIMARIA ORGANIZA EL SISTEMA DE SALUD

Ley Nicolás, un aporte para
la asistencia sanitaria de
calidad

Una reivindicación del
trabajo administrativo
y no médico en salud
pública

Los implantes de dos
varillas, una estrategia para
la ampliación de la canasta
de anticoncepción

A
SAP
Asociación Argentina
de Salud Pública



[] Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública

Colaboran en este número:

Gabriel Battistella, Mónica Macha, Alicia Aráoz, Alejandra Cabrera, Silvia Carcamo, Juana Nilda Massa Alcántara, Lorena Beatriz Massa Alcántara, María Victoria Martínez, Alejandra Sánchez Cabezas, Bárbara Cortes, Gisella Coletti, María Etchehebere, Nadia Furtado de León, Luciana Hita y Estela Sánchez.

Comité Editorial:

Claudio Bloch, Noemi Bordoni, Daniela Alvarez, Hugo Mercer, Javier Biasotti.

Diseño Gráfico: Juan Manuel Artero

Contacto:

revista.aasap@gmail.com

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de esta revista sin autorización. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la dirección.

Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

Presidente: Dr. Arnaldo Medina

Vicepresidenta 1º: Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

Vicepresidenta 2º: Dra. Ana Cristina Pereiro

Secretario General: Lic. Hugo Mercer

Secretario de Actas: Lic. Iara Mastrodonardo

Tesorero: Lic. Federico Machado

Vocal 1º: Lic. Lidia Blanco

Vocal 2º: Lic. María Marcela Bottinelli

Vocal 3º: Dr. Ignacio Maglio

SUMARIO

Editorial

Pág. 3: Cuidar la reputación de la salud pública, para fortalecer la democracia

Políticas sanitarias

Pág. 5: Un plan de salud basado en la estrategia de atención primaria

Territorios de la salud

Pág. 19: Para una atención segura y humana

Territorios de la salud

Pág. 25: La docencia y el estrés

Políticas Sanitarias

Pág. 29: Los que no se ven

Opinión

Pág. 32: Abordaje en salud desde la interdisciplinariedad y la interprofesionalidad, con pensamiento situado

Políticas sanitarias

Pág. 36: La violencia obstétrica y el rol del personal de salud

Políticas sanitarias

Pág. 38: Estrategia de inclusión de implante de dos varillas como estrategia de ampliación de canasta de anticoncepción

Opinión

Pág. 44: Pandemia, democracia y salud

CUIDAR LA REPUTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, PARA FORTALECER LA DEMOCRACIA



Por Hugo Mercer
Secretario General
de la AASAP

Nuestra revista “Una Salud” tiene previsto publicar tres números anuales, buscando abarcar la diversidad de temas y cuestiones que forman parte del campo de la Salud Pública. La publicación de este cuarto número estaba prevista para unos días antes de las elecciones generales, y prudentemente decidimos postergar su aparición para cuando ya los resultados hayan sido anunciados. Pero es preciso reconocer que no imaginábamos un cambio tan drástico del escenario político nacional. Tampoco suponíamos que se iban a establecer las alianzas que no tardaron en configurarse a poco del triunfo de Javier Milei como presidente de la Argentina.

Desde la Salud Pública la construcción histórica apunta a lograr la consolidación de sistemas de salud equitativos, basados en el mejor conocimiento científico disponible, comprometidos con un acceso de calidad en todo el territorio nacional, y asumiendo que los eventos vitales (nacer, enfermar, morir e incluso afrontar la vida) implican sentimientos, angustias y emociones que demandan un trato humanizado y solidario hacia todas las personas por igual. En todos los países del mundo existe, al menos como expresión de voluntad, que sus sistemas de salud respondan a esos valores éticos, lo cual hace que conceptos como derechos, justicia social, solidaridad y equidad estén presentes como parte sustantiva de las políticas públicas y de la labor académica en la Salud Pública.

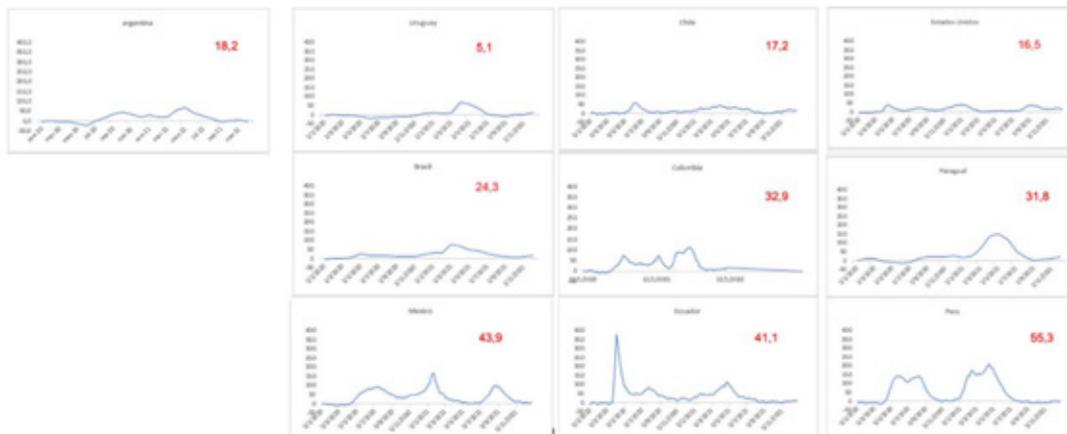
La irrupción de corrientes políticas que hermanan libertad con mercado, que privilegian la competencia por sobre la solidaridad impone una perspectiva que dista considerablemente de lo que ha sido la

construcción histórica de la Salud Pública en nuestro país. Excepto bajo gobiernos dictatoriales, se había mantenido una línea histórica que aún con sus diferencias sostenía e impulsaba la salud como un bien público y colectivo. Los hospitales de comunidad, la expansión hospitalaria impulsada por el Dr. Ramón Carrillo, las obras sociales, el intento por consolidar un Servicio Nacional de Salud durante el gobierno del Dr. Alfonsín, el PAMI, los programas Remediar y Nacer, más recientemente, han sido expresiones de poner el saber de la Salud Pública en beneficio del conjunto de la población, independientemente de sus lugares de residencia, edad, género, nivel de ingreso.

El resultado electoral trajo con celeridad cambios a esa línea histórica, desde volver a debatir la propia existencia de un Ministerio de Salud, la capacidad del Estado en conservar su papel de rectoría, hasta el retorno de consignas que se habían formulado en la década de los '90 en varios países de la región, y cuya aplicación implicó daños a sus respectivos sistemas de salud (en Chile y Colombia, por ejemplo) y volvían a ser propuestas para ser aplicadas en la Argentina.

También, en las últimas semanas se volvieron a escuchar críticas a las políticas de salud que se aplicaron durante la pandemia, aduciendo que la adopción de medidas de Salud Pública no farmacológicas, como la cuarentena, barbijos, lavado de manos, evitar aglomeraciones y cierres de escuelas, explican un supuesto exceso de mortalidad que no encuentra verificación con los estudios disponibles en los que se compara la mortalidad en el país con

[1] Aruguete, Natalia y Ernesto Calvo (2023) *Nosotros contra ellos*, Siglo XXI editores. Buenos Aires, pág 216-217

Gráfico 7: exceso de mortalidad 2020-2021, países seleccionados de la región

Fuente: 1: Datos propios Dirección de Estadísticas e Información de la Salud 2: Our world in data, <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>

la de otros, o bien la curva de mortalidad durante la pandemia con la registrada en años previos.

Allí se puede observar que Argentina ha tenido un número considerablemente inferior de muertes al de otros países de la región, situación atribuible a que funcionaron eficazmente las medidas adoptadas, y que se accedió temprana y equitativamente a las vacunas.

Frente a la conmoción que significa retacear relevancia a la intervención estatal en salud, o directamente impulsar modelos que pretenden incrementar el peso del sector privado –con todo lo que ello conlleva en materia de desprotección según edad, género, lugar de residencia o antecedentes de patologías preexistentes–, la Salud Pública y nuestra revista deben fortalecer su capacidad de expresión de evidencias científicas que ayuden a proteger, conservar y mejorar todo lo que Argentina ha construido a lo largo de su historia en

materia de una Salud Pública que vincula necesidades sociales con derechos.

Esa labor de fortalecimiento institucional y solidez científica se ha convertido desde la pandemia en un puente obligado entre la Salud Pública y el sistema democrático. Como Arugete y Calvo señalan en un recomendable texto: que durante la pandemia circularon falacias sanitarias que generaron daños intolerables, aún mayores que los de campañas destituyentes, procesos electorales o crisis políticas. La pandemia demostró que la salud, como interés social, es un vehículo apto para la creación y circulación de falacias. En ese contexto la Salud Pública y las instituciones que trabajamos en ese campo en Argentina, tenemos que cuidar y acrecentar nuestra reputación como fuentes de conocimiento y de debate científico, así como ámbitos de defensa de valores de solidaridad y equidad como pilares sustantivos de la Salud Pública, tal como acontece en la mayoría de los países.

UN PLAN DE SALUD BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

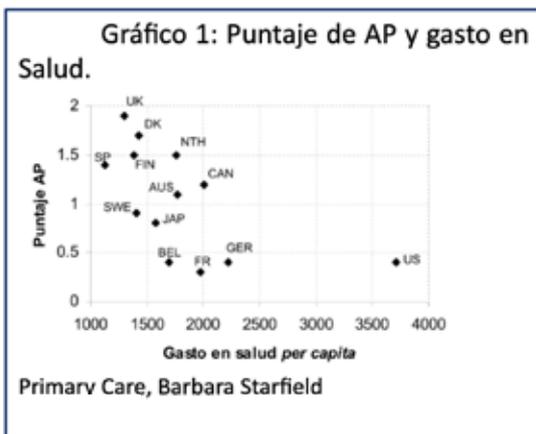


Por Gabriel Battistella - Subsecretario de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

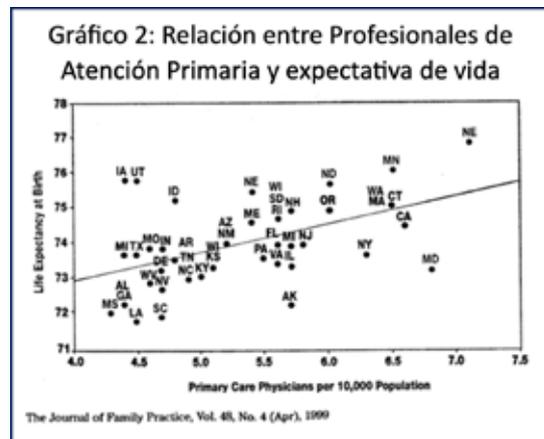
Introducción

Si se realiza una búsqueda bibliográfica de cómo tendría que estructurarse un plan de salud, no caben dudas que se encontrarían suficientes evidencias que tendría que ser basado en la estrategia de Atención Primaria.

En el gráfico 1 se muestra como los países que tienen un sistema de salud basado en estándares de atención primaria tienen menor gasto.



En el gráfico 2 se muestra cómo los países que tienen mejor expectativa de vida tienen mayor proporción de profesionales de atención primaria.



La OPS afirma que ampliar las intervenciones en atención primaria de la salud (APS) en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030 en todo el mundo.

Pero pasaron más de 40 años de Alma Ata y esto no ocurre de manera generalizada. En abril de 2019 se realizó el lanzamiento y presentación del informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, en el marco de la Estrategia de Salud Universal aprobada por la OPS en 2014 y del 40° Aniversario de la Declaración de Alma-Ata. En esta reunión se retomaron las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel y se hizo un llamado a la acción a

los países de la región para hacer que la APS sea el eje de los sistemas de salud y acelerar así el camino hacia la salud universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

Marcos teóricos

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la población y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs).

Un sistema de salud basado en la atención primaria orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la justicia social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Desde los organismos de salud internacionales se determinó el llamado **Pacto 30-30-30**. Este es un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud

universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho, y que universal significa universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e **invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención.**

Situación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Comenzaré describiendo algunas de las características que ayudan a comprender el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 1. Población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2.7 Población estimada por sexo y grupo de edad, Ciudad de Buenos Aires, Años 2019/2021

Grupo de edad (años)	2019		2020		2021	
	Total	Mujer	Total	Mujer	Total	Mujer
Total	3.672.078	1.842.358	3.625.678	1.825.046	3.633.251	1.829.836
0-4	205.585	105.824	195.762	100.007	195.225	99.992
5-9	262.388	124.073	255.235	123.973	255.450	123.592
10-14	206.890	102.759	197.797	100.835	197.620	101.471
15-19	188.040	95.868	181.279	91.651	181.299	90.403
20-24	195.889	97.402	188.088	94.245	181.221	91.499
25-29	223.257	104.740	220.877	103.863	220.628	103.478
30-34	236.770	115.463	231.309	113.303	227.068	110.846
35-39	229.679	111.850	225.029	109.570	224.265	111.684
40-44	222.473	107.847	214.804	105.362	213.732	104.403
45-49	197.947	94.251	193.896	94.849	190.417	93.270
50-54	166.998	77.276	162.723	78.888	160.259	78.124
55-59	158.064	75.206	153.843	75.232	154.905	74.425
60-64	153.158	68.751	147.265	67.020	147.794	67.011
65-69	138.126	57.920	134.726	58.245	134.888	58.136
70-74	125.884	48.174	121.720	48.306	122.896	49.230
75-79	95.874	35.317	92.049	35.266	90.837	34.843
80 y más	145.925	62.527	141.847	60.128	140.782	60.724

Nota: Estimaciones de la Dirección de Estadística y Censos.
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía y Finanzas. © 2021. Todos los derechos reservados. ANEP, Anuario Demográfico N.º 25.

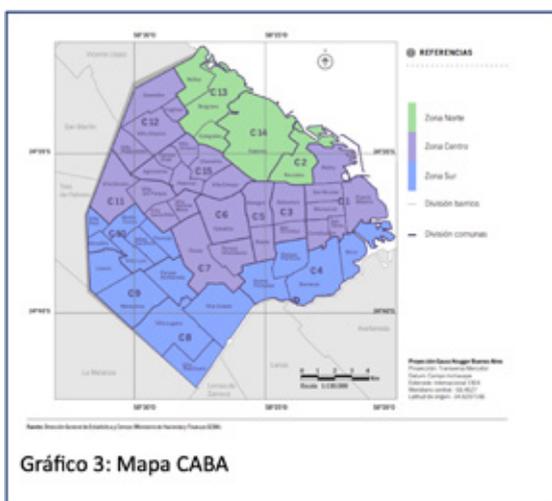
Relacionadas a la demografía

La población de la CABA (Tabla 1) se mantiene estable en relación a la cantidad de habitantes a lo largo de las últimas décadas, con una distribución similar a los grandes centros urbanos del mundo con tendencias a la disminución de la natalidad y al envejecimiento poblacional.

Relacionadas a los determinantes sociales

Si bien el territorio de la Caba no es extenso, podemos definir casi tres ciudades en relación a los determinantes sociales. Esto es importantísimo de tener en cuenta en toda implementación de cualquier tipo de política pública centrada en la equidad y relacionada al bienestar de la población y al trabajo intersectorial que ello exige.

En el siguiente mapa lo podemos representar:



Las características socioeconómicas, educacionales y laborales son distintas entre estas tres zonas. Profundizando el dato podemos ver la diferencia en relación al tipo de cobertura de salud que poseen.

Relacionadas al marco normativo

El marco normativo de salud en la CABA lo constituye la Ley n°153, sancionada por la Legislatura en 1999, que es la Ley Básica de Salud. No tengo dudas en expresar que es una de las leyes locales más inclusivas en relación a políticas sanitarias que existe tanto en la República Argentina como en el resto de las Américas. Garantiza el derecho a la salud integral sustentado en principios de participación, solidaridad social, cobertura universal, descentralización y “el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades”.

Resaltaré algunos contenidos de la Ley:

- Garantiza el derecho a la salud integral de todas las personas.
- Detalla los derechos de las personas en su relación con el sistema de salud.
- Establece las funciones del Gobierno de la Ciudad como autoridad reguladora del conjunto del sistema de salud.
- Fija la organización general del subsector estatal de salud, con base en la estrategia de atención primaria, en la constitución de redes y tres niveles jerarquizando el primer nivel de atención y la descentralización progresiva de la gestión.
- Determina la organización territorial del subsector estatal por regiones sanitarias integradas por unidades locales denominadas áreas de salud.

La historia de los efectores de salud dependientes del GCABA es diversa y variada: no responde a un análisis de las necesidades de la comunidad y por ende su crecimiento no fue planificado. Se fue dando en forma espontánea con la incorporación progresiva de camas

de internación en establecimientos de distintos orígenes y dependencias dentro del sector público, algunos de la órbita municipal y otros nacionales. Concentran la mayor complejidad en el sector público en el país, en un modelo en el que se asocia complejidad con calidad, a la par que constituyen instituciones transmisoras de conocimiento, lo que les ha otorgado prestigio a nivel local y nacional.

De la evaluación del sistema de salud pública de la CABA surgió en diciembre de 2015 la necesidad de implementar un modelo de atención superador, desarrollando **Redes Integradas de Cuidados Progresivos de Regionalización Preferente** como respuesta a distintas problemáticas relacionadas con la eficiencia, coordinación y gobernanza; fragmentación; desigual acceso a servicios y resultados sanitarios.

Desarrollo de redes integradas de cuidados progresivos con un modelo basado en la APS, en el subsector público de salud de la CABA

El subsector público de salud de la CABA históricamente desarrolló un modelo hospitalo-céntrico, con escasa priorización de la atención primaria. La organización territorial en regiones sanitarias pero sin una población a cargo nominalizada y definida, no ha permitido un enfoque integrado en el primer nivel de atención con una planificación y gobernanza coordinada para toda la CABA, dando lugar a una influencia elevada de los centros de alta complejidad en lugar de brindar más capacidad resolutoria y liderazgo al primer nivel de atención, que con un enfoque de cuidados progresivos es el nivel más apropiado para administrar el flujo de pacientes y lograr impacto poblacional. Esta fragmentación generó dificultades

en el acceso y en la continuidad de cuidados, baja coordinación entre niveles de atención, uso poco racional de los recursos y baja satisfacción de los ciudadanos, con demoras innecesarias por la saturación de los servicios ambulatorios hospitalarios.

Se realizaron múltiples intentos para modificar esta situación. En la Ciudad de Buenos Aires, la regionalización territorial sanitaria lleva ya varios años de desarrollo. Comenzó de manera efectiva con la creación de las áreas programáticas en 1987, delimitadas sobre la base de las áreas de urgencia. Se fueron configurando así doce áreas, una por cada hospital general de agudos, y recientemente la décimo tercera con la creación del Hospital Cecilia Grierson.

A partir de esta división inicial se fueron desarrollando y recreando las sucesivas experiencias que en materia de estrategia de Atención Primaria de Salud se materializaron en la Ciudad. Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) se constituyeron como los brazos ejecutores de las políticas territoriales. A partir de la creación de las de Áreas Programáticas Hospitalarias se intentó implementar una política de descentralización y apertura hacia las necesidades de la comunidad a través de los Centros de Salud y Acción Comunitaria, como un modelo de intervención capaz de proveer respuestas más adecuadas desde una conceptualización de la atención con eje en la construcción de la salud desde una perspectiva comunitaria y en las necesidades sociales.

Esto se fue consolidando de manera muy heterogénea y sobre la base principalmente del capital humano a expensas de iniciativas surgidas desde los departamentos de áreas programáticas o desde los propios profesionales de los Cesacs, algunos con una importantísima inclusión

territorial, pero sin consolidarse en un plan general. Precariamente insertas en el sistema de salud, dependiendo del hospital de referencia para la obtención de sus recursos, debían competir en desventaja con los servicios hospitalarios para su financiamiento. Esto determinó que, a medida que iba incrementándose la demanda de la población hacia los Centros de Salud, sus recursos disminuyeran y su infraestructura se deteriorara. En algún momento los Cesacs fueron conceptualizados como "Centros periféricos" o "Centros de atención precaria" para "poblaciones empobrecidas". Desde lo institucional dependían del Director del hospital, lo que generaba heterogeneidad en el involucramiento o en las políticas aplicadas y su financiamiento.

En la construcción de las organizaciones siempre es importante el contexto en que se desarrollan, y muchas veces esta incertidumbre generó a manera de subsistencia incorporar o mimetizar modelos de gestión hospitalarios, que reflejaran su legitimidad como centros asistenciales, de una manera similar a un consultorio externo. Esto podía implicar un rol pasivo en el cuidado poblacional, centrado en demandas difícil de asimilar, generando esperas, colas desde temprano, predominando lo espontáneo a lo programado, careciendo de tiempo real y respetado para acciones que no tenían que ver con lo meramente asistencial. Muchas veces esta realidad se asimilaba e interiorizaba, quizás por imposibilidad de vislumbrar otro modelo de atención.

Otro intento de mejora en el modelo de atención fue la implementación en 1997 del Plan Médicos de Cabecera, y en 2000 de los Centros Médicos Barriales. Su objetivo era fortalecer la red de acceso al primer nivel de atención y brindar asistencia personalizada a la población con cobertura pública exclusiva de salud.

En el caso de estos profesionales, operó además otra variable: el trabajo en un consultorio particular los retrotraía a una práctica más valorada tradicionalmente por los médicos, el ejercicio liberal de la profesión. Una especie de sistema mixto público privado en relación a las responsabilidades.

La mayoría de los profesionales surgían de horas extendidas de los cargos hospitalarios de base. Eran circuitos paralelos a los Cesac, con distintas formas de accesibilidad e inclusive con retiro de medicamentos en farmacias comerciales. Es complejo fortalecer el primer nivel de atención basada en una política de atención primaria cuando los modelos de atención de los profesionales estaban más relacionados a reproducir modelos de atención hospitalarios y los cuidados en los distintos efectores no fuesen equitativos.

La crisis de 2001 movilizó a la población de la Ciudad en torno a distintos reclamos sociales, entre ellos, la creación de más Cesacs debido al costo que implicaba a los vecinos acercarse a los hospitales. Esta situación crítica se convirtió en una oportunidad para fortalecer el primer nivel de atención. Para modificar la estructura hospitalo-céntrica era necesario cambiar el eje administrativo; pero, al no contar con un contexto propicio para ello, se decidió invertir la metodología. Es decir, manteniendo los objetivos, se modificó la estrategia de descentralización iniciada, por la de fortalecer el primer nivel de atención a través de su centralización en una Dirección General Adjunta de Atención Primaria.

Durante su gestión (1999-2007), se propuso trabajar con dos objetivos generales:

- 1) Incrementar la accesibilidad al primer nivel de atención desconcentrado.

2) Mejorar la calidad de atención de salud.

Uno de los ejes de trabajo de la estrategia de APS apuntó a fortalecer el primer nivel de atención. En esta dirección, se amplió y mejoró la infraestructura, aumentando los efectores e incrementando el horario de atención de los Cesacs. Se mejoró la capacidad de resolución en este nivel, incorporando equipamiento nuevo y generando desconcentración diagnóstica. Se implementó la toma de las muestras descentralizadas, articulando la operación con los laboratorios de los hospitales para que las retiren y entreguen posteriormente los resultados. Se establecieron tres niveles de complejidad dentro de las estructuras de los Cesacs, y se creó una Jefatura de Relaciones con la Comunidad, que no tuviera funciones estrictamente médicas.

La articulación intrasectorial fue una de las cuestiones más complejas para abordar. Las iniciativas que lograron implementarse fueron aquellas que contaron con recursos que la Dirección General de Atención Primaria conseguía. Así, algunos programas comenzaron a trabajar con la Dirección, generando redes como la "Red de Epilepsia" o el "Programa de Diabetes".

Otra iniciativa fue la creación de una Unidad de Proyectos Especiales sobre riesgo nutricional, que requirió la articulación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Salud, y el Consejo de los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente. Se integró la información de atención primaria de la Ciudad (Centros Médicos Barriales, Médicos de Cabecera y Cesacs) en un sistema de información nominalizado, que tiende a fortalecer la gestión local.

En 2008 se disuelve la Dirección General Adjunta de Atención Primaria. En 2011 a través del decreto 281 se eleva el nivel

de las Divisiones Áreas Programáticas a Departamentos y se crea la División Programas y Centros de Salud y la Sección Salud Escolar, que dependerán del Departamento Área Programática de Salud de los distintos Hospitales Generales de Agudos. Todas ellas modificaciones de forma, sin demasiado impacto en la salud de la población.

Ante estos desafíos se inició la gestión en diciembre de 2015. Primariamente se trabajó en la construcción de una visión que se centró en contar con servicios de salud que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, mediante el acceso universal equitativo, integral, oportuno y sin restricciones a cuidados de salud, y a una intervención integral, programada y participativa sobre los determinantes sociales de la salud.

Para llegar a esta visión el desafío era construir redes integradas de servicios de salud orientadas a la prestación de servicios más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad y que satisfagan las expectativas de los ciudadanos

Los ejes que guiaron esta construcción son la orientación hacia una cobertura y acceso universales, hacia una priorización del primer contacto de población definida a cargo, hacia una atención y cuidado integral e integrado y continuo, hacia el cuidado apropiado en el lugar apropiado, con una organización y gestión óptimas, orientado hacia la comunidad y la acción intersectorial.

A partir de esto se definió su visión:

Construir una **Red Integrada de Salud** basada en **necesidades de la población** con un modelo de **atención basado en la atención primaria de la salud integrada al terreno** y articulada de forma intersectorial e incorporando la acción sobre **determinantes sociales**,

priorizando a la **población vulnerable**, con soluciones diagnósticas y terapéuticas en el nivel ambulatorio.

Conformar una **red de hospitales con perfiles complementarios** que resuelvan problemas complejos para ciudadanos de la ciudad y otras jurisdicciones.

Desarrollar e implementar **sistemas de información abiertos, que permitan mejorar la toma de decisiones** en el cuidado de los ciudadanos y para la gestión.

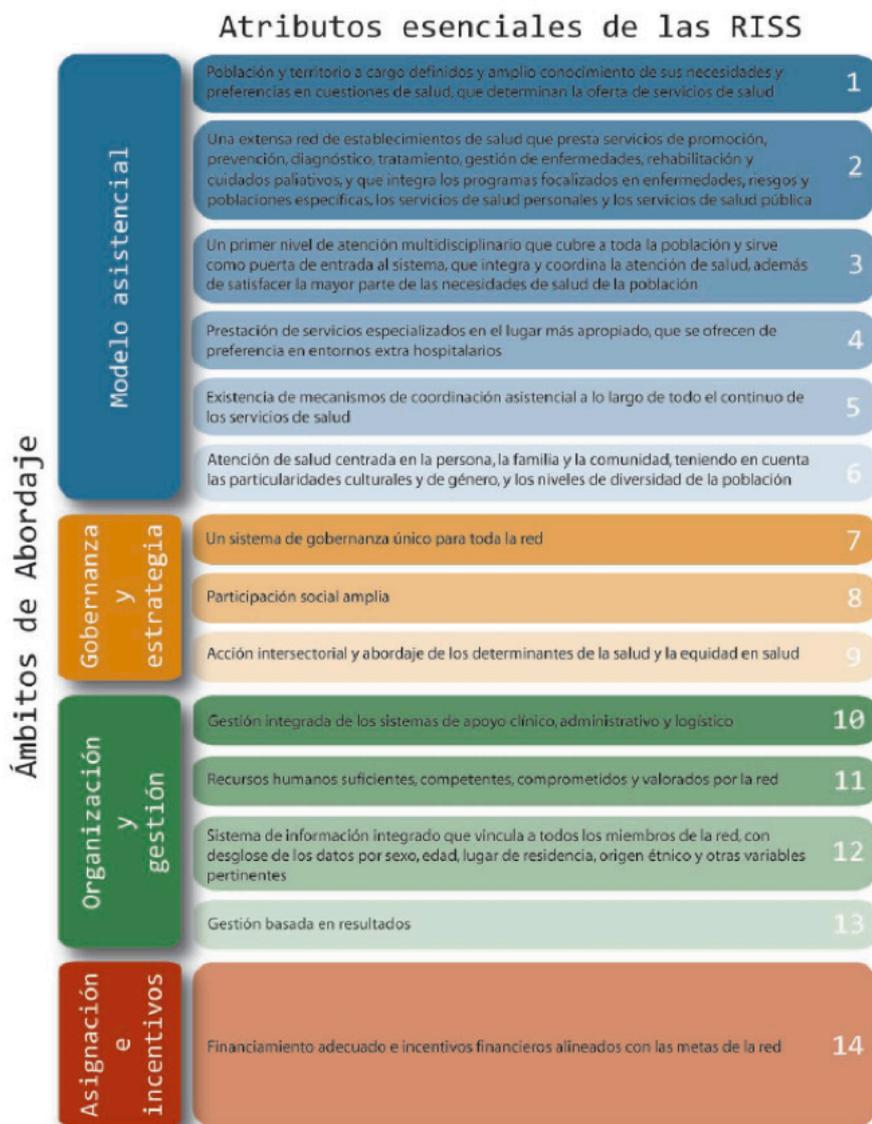
Promover el desarrollo de **recursos humanos de perfiles apropiados** y ajustados a las necesidades de la población.

Se tomaron distintas definiciones

relacionadas con la estructura del Ministerio de Salud. Entre ellas la creación de la *Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria*, cuyo objetivo principal fue el de generar políticas y acciones que fortalezcan el primer nivel de atención y en general de los cuidados ambulatorios de la red.

Las redes integradas permiten mejorar la accesibilidad, reducir la fragmentación, mejorar la eficiencia, contener los costos y responder a necesidades y expectativas de la comunidad.

Se propone entonces la construcción de una **red pública integrada de cuidados de salud progresivos y coordinados con regionalización preferente**, permitiendo que el primer nivel de atención sea el eje del sistema y que sea posible la integración y coordinación en toda la CABA.



Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, © 2010

Desarrollaré la implementación de estos atributos para la implementación del Plan de Salud.

Modelo Asistencial

Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.

Se trabajó con el objetivo de que todo punto de la CABA esté georeferenciado a un efector del primer nivel de atención. De esta manera cada Cesacs y cada CMB posee un área de responsabilidad y sus equipos son responsables de los cuidados de la población de ese territorio y realizarán las intervenciones comunitarias pertinentes junto con los demás actores de ese territorio.

Gráfico 5: Areas territoriales de Cesacs y CMB



Los Equipos de Salud se constituyen como la puerta de entrada que organiza la relación de la población con el sistema de salud y de éste con las áreas del GCABA que participan del cuidado de la salud con foco en los determinantes sociales. El objetivo de estos equipos es abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado a través de la conjunción entre la atención integral, el trabajo con la comunidad, sus organizaciones y la

planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan o comprometen la situación de salud de la población en un área geográfica determinada.

Los Equipos de Salud tienen familias a su cuidado.

Conformación de los equipos de salud:

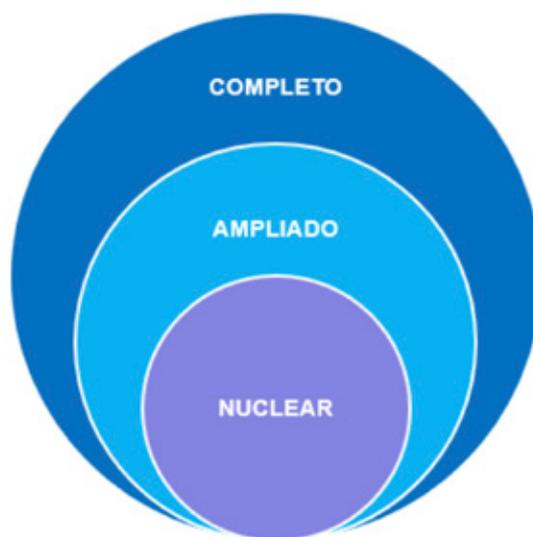


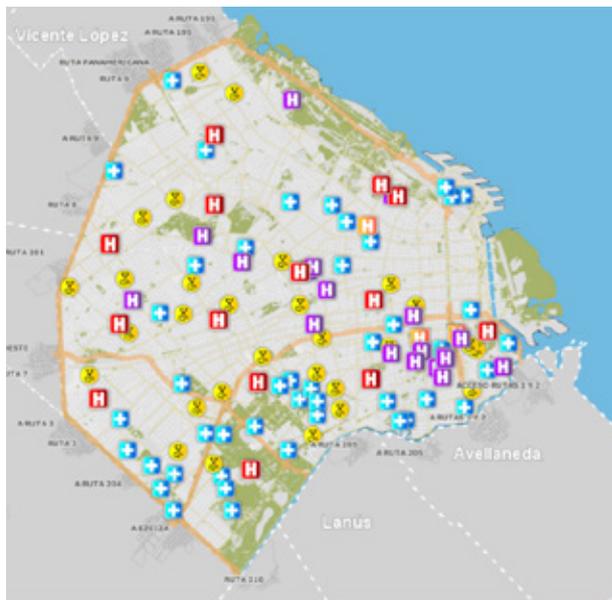
Gráfico 6: equipos de salud.

Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.

La red de efectores del sistema de salud de la CABA es una de las más amplias y complejas. Está constituida por los siguientes efectores

Gráfico 7: Efectores del Ministerio de Salud de Caba

ESTABLECIMIENTOS	N°
CENTROS DE SALUD Y ACCION COMUNITARIA	47
CENTROS MEDICOS BARRIALES	22
CEMAR	2
HTALES GENERALES DE AGUDOS	13
HOSPITALES DE NIÑOS	2
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	19
CENTROS DE CUIDADOS INTEGRALES	2



Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Uno de los puntos importantes a la hora de enunciar un programa de salud basado en la atención primaria es que el primer nivel de atención no sólo sea la puerta de entrada al sistema, sino el organizador de los cuidados de las personas.



Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios

Se definió la creación de un nuevo efector en el sistema, el Cemar (Centro Médico de Especialidades Ambulatorias de Referencia). Este nuevo efector tiene su dependencia de la Subsecretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria y se constituye con un nivel de complejidad intermedia entre los Cesac y Hospitales, teniendo especialidades que no están en los Cesac y capacidad diagnóstica en exámenes complementarios. Su acceso es por interconsulta desde el Cesac.

A la fecha se crearon el Cemar 1 en Paternal y el Cemar 2 en Barracas.

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

Se definieron los roles de cada efector y se crean mecanismos de articulación en toda la red. Se genera el "Gestor de Encuentros" una herramienta que permite planificar los distintos encuentros que suceden entre la población y sus efectores, ya sea el de una persona con un profesional, varias personas con un profesional, una persona con varios profesionales. Las agendas de los distintos efectores son abiertas y compartidas en toda la red, con la posibilidad de impactar en forma cruzada entre los distintos niveles de atención.

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Este principio es básico para sostener la accesibilidad, la equidad y la continuidad de cuidados dentro del sistema.

Los equipos de salud tienen una matriz de competencias establecidas, a saber:

Gobernanza y estrategia

Un sistema de gobernanza único para toda la red

El Ministerio de Salud es el responsable único de emanar las políticas sanitarias, de implementar las distintas estrategias para ejecutarlas y monitorizarlas.

Participación social amplia

No existe un sistema de Salud inclusivo ni no existe una participación social amplia. Se establecieron distintas estrategias para que esto ocurra. En lo que refiere a los equipos de salud, se les otorgó un tercio de sus horas para planificar y desarrollar actividades comunitarias. Se creó la Dirección de Salud Comunitaria cuyo objetivo era fortalecer el vínculo entre las distintas organizaciones sociales y los Cesacs. Se crea la figura del "Promotor de Salud", llave articuladora entre la población y los Cesacs. Se lo dota de una capacitación específica a tal fin. Todas estas acciones se evidenciaron fuertemente durante la pandemia, ya que la construcción de las distintas redes en el tejido social, permitieron un trabajo articulado y llegando al intersticio de todos los barrios otorgando de esta manera un acompañamiento muy cercano a las poblaciones más vulnerables.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

Si abordamos los principales problemas de salud solamente desde el Ministerio de Salud, su efectividad sería escasa. Como lo definimos anteriormente, el concepto de salud implica tener acceso al trabajo, la educación, la diversión, la cultura, el desarrollo personal, un medio

ambiente apto que aporte al bienestar de las personas. Todo esto hace obligatorio un abordaje interministerial y desde una política de gobierno que contemple todos los puntos citados anteriormente.

Organización y gestión

Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

Para estructurar una red es fundamental compartir la información. Sobre la base del Sigehos se generó la Historia Integral de Salud. Esto permite que cada ciudadano tenga una historia electrónica única a lo largo de la red de efectores, con niveles de seguridad altísimos y accesible en toda la red. En junio de 2016 comienza su implementación en los Cesacs y luego en los consultorios externos de los hospitales y últimamente en las guardias hospitalarias. Comenzó como una herramienta básica y con la participación de los profesionales de los distintos efectores se fue adaptando a las necesidades de la red, presentando distintas versiones de mejora.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red

A fin de fortalecer los efectores se realizó la incorporación de una cantidad importantísima de profesionales. En lo que refiere al primer nivel de atención se incorporaron 942 profesionales, para lo que hizo falta adaptar el recurso físico existente, realizando la inversión más importante desde la creación del Ministerio de Salud en el primer nivel de atención.

Se crearon nuevos Cesacs: Cesac 43, Cesac 46, Cesac 47, Cesac 48, Cesac 23, Centro de Cuidados Integrales Rodrigo Bueno, Centro de Cuidados Integrales Playón Fraga.

Se reconstruyeron a nuevos: Cesac 7, Cesac 22, Cesac 37, Cesac 30, Cesac 21, Cesac 28, Cesac 25, Cesac 14, Cesac 32, Cesac 35, Cesac 47, Cesac 18.

Se construyeron 2 Cemar: Cemar 1 Paternal, Cemar 2 Barracas.

Se iniciaron las obras de: Cesac 42, Cesac 49, Centro de Cuidados Integrales Playón Fraga y la mudanza y construcción del nuevo Cesac 15.

Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes

Con la implementación de la Historia Integral de Salud se pudo consolidar en una sola base los datos referentes a salud de todo el sistema, permitiendo de una manera ágil, segura, eficiente y rápida poder contar con datos a la hora de la toma de decisiones.

Gestión basada en resultados

Al poder contar con datos unificados y factibles, los indicadores construidos ganan en validez.

Entre algunos de los resultados a remarcar es que se llegó en 2023 a la tasa de mortalidad infantil más baja de la historia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 4,4 y se disminuyó la tasa de embarazo adolescente de 33,5/100 a 6,7/1000.

Asignación e incentivos financieros ajustados a metas

Se creó la Facoeop, una sociedad del Estado que tiene como objetivo realizar la facturación y cobranza de terceros. Se mejoraron los procesos de facturación y se elevó exponencialmente lo cobrado. Este monto se distribuye su 25% en dos veces en el año entre todo el personal de salud.

Discusión

Implementar un plan de Salud basado en APS evidentemente no es una tarea fácil. El estatus quo de las instituciones, los intereses personales o de distintos colectivos, el descontento, la influencia de cuestiones políticas relacionada a lo partidario, la participación gremial, la falta de liderazgos son parte de la complejidad a abordar.

No obstante todo esto, se definió políticamente realizar un plan de salud, basado en la estrategia de atención primaria.

Otro punto importante a destacar fue la definición política de fortalecer el primer nivel de atención. Como se mostró en estos 8 años, se construyeron 16 centros de salud, 2 cemar, 2 centros de cuidados integrales e ingresaron por concurso casi 800 profesionales al primer nivel de atención, además de personal administrativo. Se incorporaron

promotores de salud a todos los Cesacs, capacitándoles para ejercer su rol, otro de los puntos nunca realizados hasta ese momento.

Se informatizaron todos los Cesac. Se acondicionaron todas las farmacias. Se fortaleció en equipamiento. Se definieron procesos de compra de insumos, se triplicó la entrega de medicamentos en los Cesacs, se definieron todas las áreas de responsabilidad de los Cesacs y Centros Médicos Barriales. También se trabajó en la consolidación de las agendas y su informatización.

Un importante hito es que las agendas de los Cesacs son compartidas con el hospital de referencia y viceversa, lo que permite una mejor articulación. Todo esto implica una parte importante del presupuesto destinado a la atención primaria y ejecutado a través de la Subsecretaría de Atención primaria Ambulatoria y Comunitaria (SSAPAC).



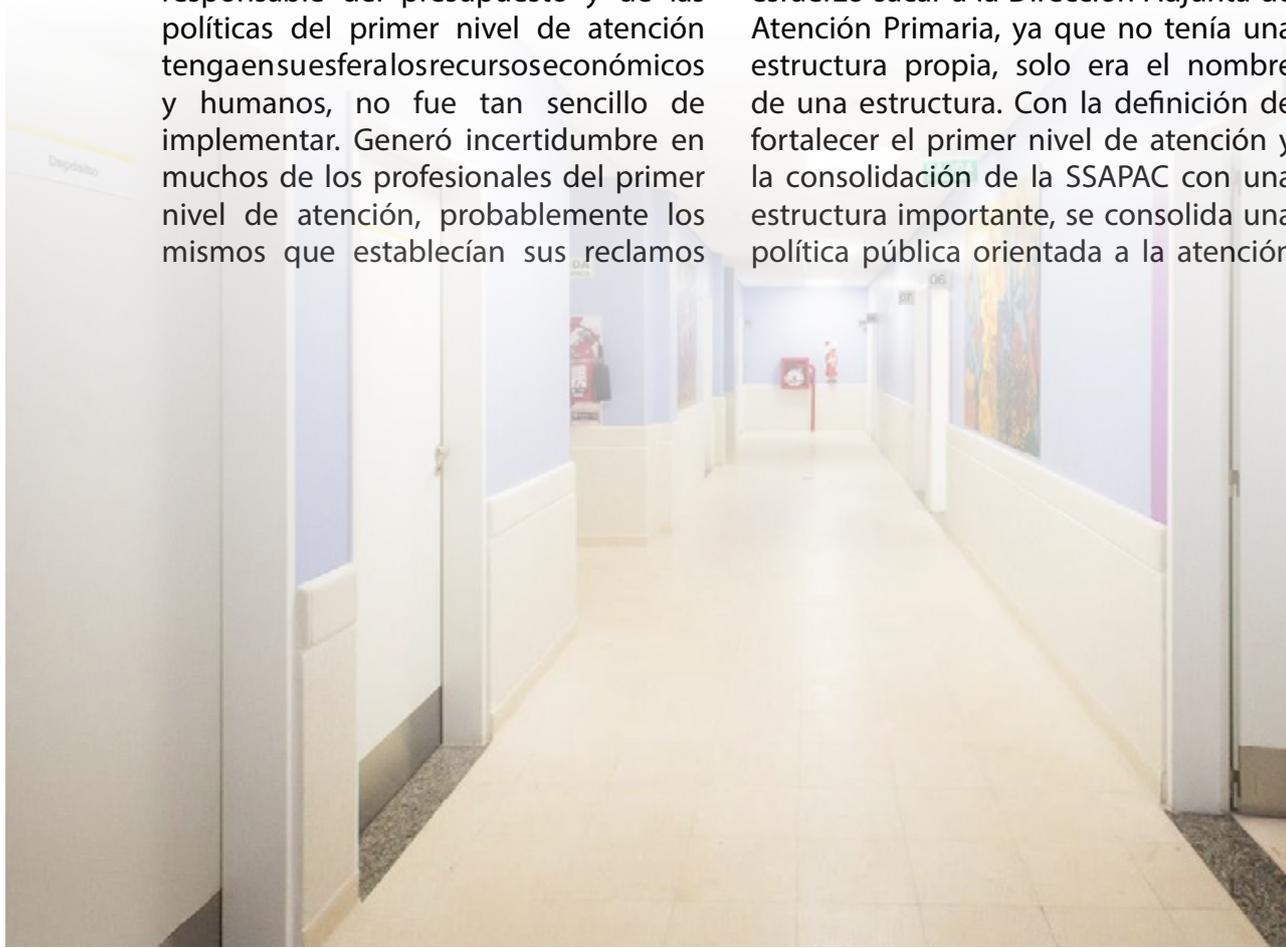
Al principio describíamos que dentro de los objetivos de desarrollo del milenio estaba aumentar el porcentaje del presupuesto destinado a la atención primaria, siendo ideal que llegue al 30%. Para poder consolidar esto había una situación particular en relación al personal que trabaja en un Cesac. Excepto los que ingresaron desde que existe la SSAPAC, el resto tenía su partida correspondiente dependiendo del hospital de cabecera. De esta manera gran parte del personal de los Cesacs no impactaban presupuestariamente en el primer nivel de atención.

En relación a esto, si uno analiza las dependencias de los centros de atención primaria en el país ninguno depende de una dirección hospitalaria. Dado que la SSAPAC tomó la responsabilidad de solicitar y administrar el presupuesto para el primer nivel de atención se tomó la decisión política de traspasar a los profesionales que su partida presupuestaria estaba en el hospital a la SSAPAC. Algo que parece bastante lógico de pensar en relación a quién es responsable del presupuesto y de las políticas del primer nivel de atención tenga en cuenta los recursos económicos y humanos, no fue tan sencillo de implementar. Generó incertidumbre en muchos de los profesionales del primer nivel de atención, probablemente los mismos que establecían sus reclamos

hacia las estructuras hospitalarias en post de más recursos y criticaban los modelos hospitalocéntricos.

Muchos lo definieron como una "separación de los niveles", cuando en realidad distaba mucho la articulación formal de los mismos. No cabe duda que para generar cualquier red de cuidados cada eslabón de la red tiene que establecer sus funciones y objetivos y sobre la base de ellos se establece el presupuesto y los recursos humanos económicos y financieros para que lleven a cabo sus tareas. Sin esta diferenciación es imposible generarlo. Y como dije es una diferenciación, no una separación. Son dos estructuras que tienen cada una de ellas estar consolidadas internamente para luego tomar las responsabilidades que les corresponde en relación a su rol en la red de cuidados. De todas las cuestiones negativas y algunas catastróficas que algunos postulaban que ocurrirían con esta definición, ninguna ocurrió.

En 2008 no requirió demasiado esfuerzo sacar a la Dirección Adjunta de Atención Primaria, ya que no tenía una estructura propia, solo era el nombre de una estructura. Con la definición de fortalecer el primer nivel de atención y la consolidación de la SSAPAC con una estructura importante, se consolida una política pública orientada a la atención



Bibliografía

- "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). ISBN: 978-92-75-33116-3.

- Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población M. Isabel Pasarína, b, c, Silvina Berrad, Luis Rajmild, Maite Solansd, Carme Borrella, b y Barbara Starfielde. Aten Primaria. 2007;39(8):395-403.

- 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; coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. - 1a ed - Buenos Aires Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017. 90 p; 22 x 15 cm. - (Publicaciones de la representación OPS-OMS en Argentina; 71) ISBN 978-950-710-128-1

- Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e121. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>

- El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias Aprendizajes del seminario "La Atención Primaria de la Salud" Daniel Maceira ... [et.al.] 1ª ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008.



LEY NICOLAS

PARA UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANA



Por Mónica Macha
Diputada de la Nación

1 - ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud?

¿Alguna vez reparamos en cuáles son las imágenes que produce el signifiante “salud”? ¿Nos dimos cuenta que en la mayoría de los casos cuando hablamos de salud en realidad hablamos de enfermedades? Quizás sea tiempo, nos lo debemos como sociedad, de pensar la salud por la positiva, por la potencia, por la vitalidad, por los proyectos de vida.

Muchas veces leemos sobre “asistencia sanitaria de calidad”, pero también muchas veces suena como un sintagma vacío o, al menos, susceptible de ser completado por discursos y posiciones políticas antagónicas. Si la “asistencia sanitaria de calidad” es tomada por el paradigma médico hegemónico y clásico, eso que podríamos llamar la salud medicalizada, significará mayor control del conocimiento técnico y corporativo (que como ya sabemos siempre tiene efectos políticos y nunca es arbitrario), significará también probablemente mayor violencia por parte de las

instituciones y sus profesionales que intervienen sobre la autonomía y el consentimiento de los procesos de atención.

En cambio, pensar y hacer una práctica de “asistencia sanitaria de calidad” desde una mirada sanitarista, territorial, popular, desde una mirada de los cuidados, desde un abordaje integral y, por sobre todo, humano, significará algo muy distinto: seguridad de la atención con servicios que representen a aquellos que comprueben ser eficaces, seguros, oportunos y eficientes, centrados en las personas, respetando preferencias, necesidades y valores individuales; que cuenten con una articulación integrada para la continuidad de la atención y la mirada integral de la persona; sean promotores de la equidad, el acceso y la innovación en salud; se encuentren acordes a requerimientos bioéticos, en consonancia con cuidados de salud calificados, humanizados y sin discriminación; se encuentren en proceso de mejora continua, medible e informada; desarrollen procesos de formación permanente; incluyan





la voz de las personas usuarias y las comunidades, como también la de los equipos de salud, en los objetivos de mejora y acciones implementadas en calidad y seguridad de la atención; realicen acciones de evaluación de la calidad y seguridad de la atención.

2 - Ley Nicolás para una atención segura y humana

Orientadxs por un paradigma de atención centrado en la persona y en un sistema de cuidados, es que elaboramos el proyecto de Ley de Calidad y Seguridad de la Atención Sanitaria, más conocido como "Ley Nicolás".

El comienzo del proyecto de ley data de 2021, presentado por el diputado nacional Fabio Quetglas, a raíz del pedido de las organizaciones de familiares de pacientes víctimas de mala praxis, en memoria de Nicolás, de quien lleva el nombre el proyecto.

En principio se trató de un proyecto un poco más punitivista, el cual fue reformulado luego para dar forma a un texto vinculado con la seguridad del paciente, entendiendo que ésta busca

la prevención y reducción de daños prevenibles asociados a la atención sanitaria y en el caso de su ocurrencia, genere las acciones necesarias para minimizar el impacto en el o la paciente, su familia y el equipo de salud.

Luego, presentamos el proyecto desde nuestro despacho con colaboración del Departamento de Calidad y de la Oficina del Paciente del Hospital Posadas y de la Secretaría de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación. En este proyecto se tenía en cuenta, además de la seguridad del paciente, la calidad de la atención sanitaria. Este aspecto es aún más amplio que la seguridad del paciente y la engloba. La calidad se entiende acto permanente de transformación del sistema sanitario, orientado principalmente a la atención y el cuidado de las personas usuarias y las comunidades, comprometidas y en diálogo constante con el equipo de salud. De esta forma se aumenta la probabilidad de contar con resultados sanitarios deseados.

Luego de las intervenciones en una serie de cinco reuniones informativas de organizaciones de pacientes y familiares, de trabajadoras y trabajadores de la



salud (tanto del ámbito público como privado) y de funcionarios del Ministerio de Salud de la Nación, y de numerosas reuniones de mesa chica (en las que participaron asesores de todos los bloques, junto con asesoras de autores y de las autoridades de la comisión) se logró un texto único de consenso, que recibió dictamen único por unanimidad en reunión de la comisión de Salud. El trabajo fue conjunto y de consenso, y no encontramos mayores discrepancias a la hora del trabajo en conjunto con asesores de diversos bloques.

Este proyecto busca fomentar una cultura de calidad y seguridad del paciente, no punitivista sino de aprendizaje, que tiene en cuenta a la atención sanitaria desde una visión sistémica, en la que los errores médicos deben ser tratados como parte del sistema y evaluados de forma imparcial para poder aumentar el registro de eventos adversos y así mejorar la atención sanitaria. Entiende, además, a los usuarios como coproductores de su propia salud, contemplando la necesidad de la información necesaria para la atención de las personas usuarias y de sus acompañantes. Es por eso que cuenta con diversos puntos de interés, como son la evaluación periódica de las

aptitudes de quienes participan en la atención sanitaria, la implementación de características mínimas en los establecimientos que brindan atención en salud, el registro de eventos centinela, de características de los profesionales de la salud y de los establecimientos, la capacitación en calidad de la atención y seguridad del paciente y además la concientización a través de campañas.

3 - A modo de conclusión: donde hay poder hay resistencia

El sistema de salud actual de nuestro país es fraccionado, tripartito, y se encuentra en buena parte tomado por el modelo médico hegemónico. Es así como la forma del ser/hacer confiere el poder al médico/médica en su acción con las personas (pacientes, familias y/o resto de las disciplinas). Así se plasma la visión biologicista de la interpretación salud/enfermedad, la mercantilización de la salud y la deshumanización del cuidado, y son las que fundamentan la mecanización de las prácticas y la medicalización sistemática.

El modelo dominante subestima la dimensión humana, la relación sujeto/

sujeto y el rol de la persona sobre las decisiones que afectarán sus cuerpos y condiciones de vida. Al mismo tiempo responsabiliza de todo lo sucedido, deseado o no, al equipo de salud, invisibilizando las responsabilidades institucionales sobre sus culturas, la calidad de sus procesos, los niveles de acceso a derechos o barreras que impidan el ejercicio de los mismos en las organizaciones.

Pero como bien sabemos, donde hay poder hay resistencia. Por eso, al modelo médico hegemónico lo discutimos y lo ponemos en tensión desde prácticas concretas, desde un sanitarismo en el territorio y desde nuevas ideas que abren la posibilidad de otro horizonte social para la salud pública. Son muchos los espacios de resistencia y de organización que buscan (y lo logran) crear otras formas de abordaje e intervención.

Por ejemplo: las experiencias en salud mental de desmanicomialización, el progresivo avance de la perspectiva de género en los partos, los centros de atención primaria que se insertan en una comunidad y salen de los espacios tradicionales o incluso aquellos dispositivos que propician que el paciente esté acompañado por una persona de su confianza en la consulta, quienes trabajan desde enfoques integrales, o quienes desmontan las prácticas pesocéntricas o normalizadoras y homogeneizantes.

Es necesario hacer consciente el escaso o nulo nivel de autocrítica y reflexión sobre las propias conductas que producen acumulación de errores sistemáticos, así como la falta de registro hace que se arraiguen en hábitos culturales individuales y colectivos que impiden el aprendizaje para evitar la repetición de un error.

Con la Ley Nicolás buscamos promover la creación de espacios de participación ciudadana, en la estructura orgánica funcional de las organizaciones, que empodere a los usuarios del sistema de salud con enfoque de atención centrado en las personas y las comunidades. Y potenciar el cambio de la cultura organizacional contemplando la perspectiva de los usuarios del sistema de salud incidiendo en los convenios colectivos de trabajo, el plan médico obligatorio y en las habilitaciones reglamentarias.

Creemos en una salud pública que sea colectiva y que sea popular, que hable de la vida, que sea una práctica en el territorio y para las comunidades, mejor dicho: una salud que haga comunidad, que tenga una práctica colectiva. Creemos en una salud abierta y humana contra las cajas negras de los consultorios, las violencias institucionales, las corporaciones, el aislamiento y la normalización. Queremos una salud en relación al ambiente, al trabajo, al deporte, a la educación, a las intervenciones sociales, a las cosmovisiones de las comunidades, a la búsqueda de igualdad. Queremos sacar la salud de los consultorios, queremos ir al encuentro y trabajar sobre las causas que nos enferman y que nos dañan.

Nos toca, ahora mismo, un tiempo complejo y nada alentador, un tiempo que trae lo peor de nuestro pasado social y novedades políticas que solo prometen sufrimiento a nuestro pueblo. Pero quizás sean las malas épocas, acá mismo, en esta pesadilla de la historia argentina, donde sea más fecundo y más desafiante reivindicar nuestros sueños y soñar nuevos horizontes sociales. Es acá y es ahora cuando más necesitamos de la militancia, la investigación y el trabajo profundamente político en favor de una mejor vida social. Es justo cumplir nuestros sueños.

#REVIVÍELCONGRESO

YA PODÉS ACCEDER A

TODAS LAS CHARLAS ONLINE

DEL 1 ° CONGRESO INTERNACIONAL DE AASAP



- Ingresá a www.aasap.org.ar
- Ingresá a la web del Congreso
- Mirá todos los videos de las charlas



CÓMO Y PARA QUÉ SUMARSE A LA AASAP

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario completar el formulario de suscripción que se encuentra en <https://www.aasap.org.ar/index.php/rrhh>, y abonar la cuota una vez que haya sido admitido. El interesado debe ser mayor de 21 años de edad y estar identificado con nuestros objetivos.

El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso.

Los beneficios que brindamos

- Publicar artículos de opinión u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (sitio web u otros).
- Recibir noticias sobre eventos nacionales o internacionales que la AASAP considere que pueden resultar de interés individual o institucional de sus miembros.
- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas nacionales o globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Participar de los distintos Consejos con que cuenta la AASAP para abordar las temáticas que atañen a la salud pública argentina.
- Recibir el auspicio o apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública.



www.aasap.org.ar

A las maestras, con cariño

LA DOCENCIA Y EL ESTRÉS



Por Alicia Aráoz
FMED UBA

Sarmiento no pudo establecer la ley de educación gratuita y laica, pero realizó las gestiones para traer a las primeras maestras, de origen norteamericano, que debían cumplir las condiciones de "ser solteras, atractivas, maestras normales, jóvenes pero con experiencia, de buena familia, conducta y morales irreprochables, en lo posible, entusiastas y que hicieran gimnasia".

¿Por qué debían ser maestras y no maestros? Porque se suponía que en los roles asignados socialmente, las mujeres eran más afines a la formación de niños/as y cobraban menores salarios que los hombres por la misma tarea.

Al diferenciarse de la enseñanza de las primeras letras que era el uso de la época, el Estado nacional comenzó a implementar el currículum, un programa más complejo, especialmente para la población en general, que poco a poco se insertaba en la tan necesaria educación, privilegio de pocos y pocas hasta entonces.

El conocimiento escolar y los objetivos de la educación se comenzaron a definir a través de reglamentaciones político-administrativas y se fijaba una base de instrucción obligatoria, sinónimo de conocimientos sencillos y comunes, que definía los límites de la educación primaria en nuestro país.

Así la currícula se convirtió en el primer documento que los/as maestros debían conocer, respetar e implementar. Los horarios y contenidos eran como engranajes de la maquinaria educativa y ellos los maquinistas.

Adhesión y obediencia, adaptación de códigos de lenguaje nacional que de alguna manera fijaban el nivel social y por sobre todo, las buenas costumbres, donde se in-

cluía la educación cívica para los varones y las labores manuales para las niñas.

Con el cambio de siglo comenzaron los problemas de esa maquinaria educativa, aparecieron los problemas edilicios y la imposibilidad de cumplir con los horarios, fueron sumándose a la falta de preparación docente en diferentes ramas o especialidades pretendidas.

Una de las quejas fue que todo ese cronograma parecía encorsetar antinaturalmente a la energía y vivacidad infantil. A pocas décadas, el modelo tradicional mecanicista ya pedía ser reformado para acompañar y movilizar las inquietudes de la niñez, y se pedía que la educación fuera impulsora del desarrollo físico y moral de los más pequeños.

Para mitad el siglo XX los cambios ya promovían una educación más horizontal, basadas en la expresión y la comunicación, el maestro no debía seguir un currículum preestablecido, pero con los gobiernos militares se volvió en cierta forma a la formación tradicional de regulación moral y afectiva y no permitió la transmisión de otros conocimientos.

Por un lado los currículos nacionales forzaban a los provinciales, pero en la práctica se desconoce si se sigue enseñando los mismos contenidos y el tiempo no transcurrió, y los contenidos mínimos sencillos y comunes siguen siendo los mismos para los niños/as actuales que en la educación de sus abuelos.

Todos estos cambios tienen su contraparte en la actividad docente, porque del planeamiento administrativo a la fijación de lo común y sencillo para un lugar puede no ser lo mismo que para otros y significa adecuarse al territorio, por lo que la formación do-



cente también tuvo sus vaivenes.

De aquellas condiciones contractuales de las primeras maestras de Sarmiento al ingreso a la carrera universitaria en educación primaria, existieron en el medio, la escuela normal y la complementación terciaria, que dieron muestra de cómo de una carrera de años orientada a la formación primaria, luego cualquier título secundario servía para llegar a ser maestros. La vocación comenzó a debatirse o quizás a omitirse debido a la expansión territorial suburbana que aumentó la necesidad de docentes dispuestos a concurrir a zonas casi rurales y menos exigentes en cuanto a experiencia y títulos acordes.

La vocación que aún se conserva no alcanza para completar la ausencia de planes y currículas consistentes no solo a los fines y objetivos de una educación actual y tampoco sirve para llenar el vacío del proceso sincrónico de formación con los chicos/as en el aula.

La horizontalidad se instaló, pero qué precio deben pagar los/as docentes al verse exigidos/as por chicos que tienen conocimientos comunes, pero actuales y no de aquellos de hace un siglo, cuando el maestro/a más o menos formado, que sabía leer y escribir, seguramente ya aventajaba a los estudiantes.

Del contrato de las primeras maestras a la situación actual del escalafón docente tampoco parece haber mejorado la situación y las/os maestros/as deben educar en sensibilidad y pensamiento, pero ellos/as también deben sentir y pensar, algo que los deja vulnerables no solo a la situación de sus niños/as, sino también de sus colegas y especialmente a los vaivenes político-administrativos del Estado.

Entre la vocación y el espíritu crítico se filtra la solidaridad y la autoevaluación y

no son pocos los/as maestros/as que hacen carne propia la falta de respuestas efectivas no solo a los problemas de sus aulas, sino de todo el sistema educativo y también de la sociedad a la cual debieran colaborar a incorporarse a los niños/as.

De no querer ser un engranaje de tiempos y tareas a las demandas de trabajo áulico actual: múltiples tareas, vinculación familiar y todo lo que incluye (de familias ensambladas a monoparentales, etc) y por sobre todo el compromiso con los estudiantes y su comportamiento que con matices a veces más bullicioso, incluso irrespetuoso, son algunos de los estados que destacan los maestros como estresores.

Ellos/as que lucharon para la libertad de las distintas infancias, ahora no tienen la suficiente energía para acomodarse a las diversidades respetuosa y colaborativamente.

El acomodamiento a circunstancias desafiantes o extrañas implica estrés y ocurre cuando el entorno entra en cambios, pero si estos son constantes, el estado que debiera ser momentáneo termina prolongándose y las señales no se apagan, con la consecuencia para nuestra mente y nuestro cuerpo.

Así los docentes comienzan a expresar emociones como ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación y pensamientos de excesiva auto-crítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos y excesivo temor al fracaso.

Entre conductas físicas, se exteriorizan la tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar de los dientes o apretar las mandíbulas, y pueden aparecer consumos incrementados de tabaco, alcohol y otras drogas. También manos



frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, mayor inclinación a padecer gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores, boca seca. También manifiestan mayor predisposición a accidentes y alteraciones del apetito.

La mejor manera de prevenir y hacer frente al estrés es reconocer cuándo aumentan los niveles de tensión y ante qué estímulos o situaciones.

Algunos especialistas opinan que puede creerse que la conducta adaptativa sería la solución, pero estas pueden llevar a rutinas, a repetir ciclos de fracaso y por el otro lado, también existe la posibilidad de constante evaluación para poder modificar el ciclo, pero en ese caso se llega a una constante tensión cuando las situaciones son diarias.

De todos los estresores se pueden mencionar la conducta de los estudiantes, a veces casi sin motivación por su propia historia de vida, reflejo de la situación general, la falta de expectativas y/o futuro, que los lleva a veces a la indisciplina y hasta la violencia.

Por otro lado, lo que queda de la planeación centralizada burocrática, que debe gestionar desde lo político-administrativo estatal, al que se le exige transparencia y previsibilidad, situaciones que son totalmente descentralizadas y muchas veces particulares sin el ida y vuelta necesarios. La falta de canales de comunicación que no estaban programados en la maquinaria educativa tradicional todavía no logran abrirse.

Desde individual, las soluciones a estos dos agentes estresores serían, más allá de las oportunas cuando ya la sintomatología está instalada preventivamente:

- Promover una planificación no exigida, pero personal y que realmente tenga los límites posibles de cumplimiento y comprometerse a realizarlos.
- Comunicar a su entorno la situación y que colaboren con no sumar más tensión durante épocas especiales.
- Fortalecer el autoconcepto
- Solicitar y fomentar buenas prácticas de salud laboral

- Realizar ejercicios físicos acordes como caminatas grupales de ser posible, actividades de celebración y también buenas prácticas posturales.

Desde la administración educativa:

- Promover asertividad en la organización en general y en la escuela en particular
- Acercar incentivos y agradecimientos

Y también de la prevención de tercer nivel, es decir desde lo organizativo, porque en definitiva, las escuelas son organizaciones, algunas de las prácticas que pueden adaptarse a situaciones de estrés definidas, dependiendo de la evaluación de casos aislados o generalización en los lugares de trabajo, pueden ser las ya recomendadas desde los '80:

“Si cada maestro con su librito” dice el refrán, algunas de estas herramientas pueden asistir a algunas personas a buscar el conocimiento que nos permita ayudar a más gente. Ese sería el camino a seguir: la retroalimentación de experiencias para mejorar la salud laboral docente.

En 1943, la Conferencia Interamericana de Educación celebró en Panamá la fecha que dos años después se adoptó en la Argentina, para homenajear a los hombres y mujeres en el ejercicio de la docencia.

La elección fue la de reconocer que se trata de “una actividad fundamental de la escuela la educación de los sentimientos, por cuyo motivo no debe olvidarse que entre ellos figura en primer plano la gratitud y la devoción debidas al maestro de la escuela primaria (...); que su abnegación y sacrificio guía los primeros pasos de nuestras generaciones y orienta el porvenir espiritual y cultural de nuestros pueblos”, y que ninguna fecha podía ser más oportuna para celebrar el Día del Maestro que el 11 de septiembre, día que pasó a la inmortalidad en 1888 el gran maestro argentino Domingo Faustino Sarmiento.

También podría haber sido en homenaje a otra gran maestra argentina, Rosario Vera Peñaloza, o debiera ser quizás de práctica, celebrar un día al mes a todas las maestras y maestros por su compromiso, con el solo pretexto de darles el cariño y recordarles el respeto que se les tiene.

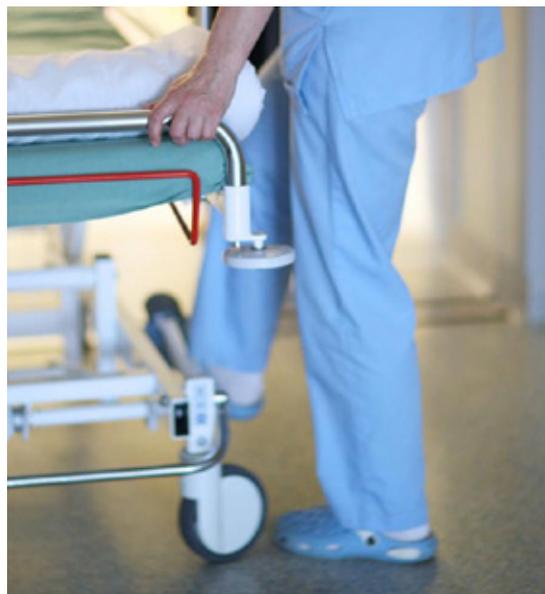


Reivindicación del trabajo administrativo y no médico en salud pública

LOS QUE NO SE VEN



Por Alejandra Cabrera - Integrante del Laboratorio de Investigación Movimientos Sociales y Condiciones de Vida. LIMSyC (FTS - UNLP). Hospital "Mi Pueblo", de Florencio Varela



Dentro de los hospitales existe todo un mundo de personas entre administrativos, personal de mantenimiento, limpieza, camilleros, cuidadores y choferes que día a día ponen el cuerpo para sostener, contener y acompañar no solo a los usuarios sino también a todo el personal médico y de enfermería brindando lo necesario para que puedan llevar adelante su trabajo.

Hay algo muy importante que debemos analizar y es que cuando los médicos realizan un paro de sus funciones laborales, el hospital sigue funcionando igual, los distintos servicios y trabajadores siguen cumpliendo con sus funciones. Pero ¿qué pasaría si los que decidieran parar fueran el personal administrativo y no médico? Considero que el sistema colapsaría. No habría quien limpie el hospital, quien arregle aquello que necesite reparación, las ambulancias no tendrían quien las conduzca, no se sacarían desde esterilización las gasas e insumos necesarios, no se atenderían los teléfonos, nadie recibiría a los usuarios en el ingreso al hospital ni en las guardias, nadie sacaría las historias clínicas necesarias para la atención de los pacientes, nadie daría los turnos, y así incontables actividades que se realizan en todos los hospitales y que lamentablemente son invisibilizadas.

Desde este trabajo se pretende revalorizar estas tareas al interior de los hospitales y hacer hincapié en la necesidad de espacios de capacitación, evaluación y seguimiento de los mismos con la finalidad de permitir a los trabajadores potenciar sus capacidades y proponer modificaciones en cada servicio con el fin de mejorar el trabajo cotidiano, que luego se traducirá en

una mayor calidad en la atención a los usuarios.

Contribución a la integración del sistema de salud

Es fundamental para el sistema de salud que se generen espacios de capacitación constantes que estén vinculados a todo el personal no médico y administrativo, lo que se verá luego reflejado en la calidad de atención hacia los usuarios, en una mejor comunicación entre servicios y al interior de las distintas oficinas, como así también en una articulación mayor entre los distintos hospitales.

Generar estos espacios para los empleados parte de entender la capacitación como "el acto de aumentar el conocimiento y la pericia de un empleado para el desempeño de determinado puesto o trabajo, comprende todas las actividades que van desde adquirir una habilidad hasta proporcionar conocimientos técnicos en el área del sector público" (Cajina, et al. 2017).

Según diversos estudios, las capacitaciones organizacionales están diseñadas para lograr un lugar de trabajo más abierto, productivo y compatible. Preparar al personal para el desempeño inmediato y eficaz de las diversas tareas laborales y organizacionales conduce a un cambio de actitud en un ambiente de trabajo satisfactorio, aumenta la motivación, mejora la comunicación, reduce el ausentismo y aumenta la productividad.

La capacitación dentro de los hospitales consiste en mejorar el rendimiento produc-



tivo para elevar la capacidad. La misma debe ser continuada, constante e ininterrumpida, lo que generará un mayor compromiso por parte de los trabajadores y una mayor satisfacción en el logro de sus objetivos. Los hospitales públicos se encuentran cada vez con mayores desafíos y por ello son necesarias nuevas herramientas para dar respuesta a las diferentes problemáticas. Ante esto, como bien lo expone Nazar, “la capacitación se constituye en la clave en este proceso de cambio, de contar con recursos humanos y técnicos adecuados” (2003, p. 37).

Por lo expuesto hasta aquí es relevante poder generar estos espacios de formación que partan de las realidades de cada servicio y de lo que su personal considera como necesario y prioritario para desempeñar su labor a diario. No es posible generalizar y hacer capacitaciones pensadas para toda la administración pública sin reconocer las problemáticas y dificultades que, en sus particularidades, cada hospital debe abordar.

Por ello poder pensar en manuales de procedimiento para cada servicio es fundamental y hasta imperioso para no sólo mejorar cada servicio, sino también como forma de reivindicar el trabajo realizado por cada trabajador y darle la importancia y relevancia que merece. “El manual de procedimientos es un medio escrito que sirve para registrar y dar información clara respecto a una actividad específica en una organización; coordina de forma ordenada las actividades a seguir para lograr los objetivos específicos, mostrando claramente los lineamientos e instrucciones necesarios para la mejora del desempeño” (Vergara, 2017, s/p). De aquí se

desprende la sistematización del trabajo y la posibilidad de rever constantemente dichos manuales para que avancen acorde a las necesidades de los propios trabajadores.

Una vez realizadas las capacitaciones internas a cada servicio y de poder concretizar un manual de procedimientos, se torna fundamental el trabajo entre distintos servicios, también habilitando espacios de capacitaciones para incentivar al trabajo conjunto dado que los distintos sectores del hospital se encuentran interconectados y esto es porque todos los servicios realizan tareas que les son necesarias a otros servicios.

Me niego a pensar que somos islas que pueden funcionar sin contacto alguno y es por ello que, partiendo de las necesidades de los mismos trabajadores, se pueden fortalecer estos vínculos que luego se traducirán en una atención de calidad, de contención y de excelencia para toda la población usuaria.

Consideraciones finales

Este escrito busca ser una primera aproximación para repensar los hospitales públicos desde una mirada más comprometida con todos los trabajadores, reconociendo que “todos hacemos hospital”, que debemos ser equipo. Para ello es fundamental reconocer y revalorizar el trabajo de cada uno de los que hace parte de esta gran familia hospitalaria, solo así podremos generar nuevos espacios de capacitación y participación de los involucrados.

Todos tienen algo para aportar, para decir y para sumar, es momento de conocerles la voz a los que día a día batallan en los distintos hospitales poniendo el cuerpo para dar res-

puesta a las problemáticas que se les presentan, con las herramientas que ellos mismos van generando. Es momento de habilitar esos espacios para que todos puedan expresarse y construir desde el lugar donde estén.

Las cuestiones claves para lograr lo que anteriormente se expuso son reivindicar y reconocer el aporte y trabajo del personal administrativo y no médico de todos los hospitales; habilitar espacios de capacitación pensados y organizados desde los propios trabajadores de cada servicio en pos de abordar lo que ellos necesitan para el mejor cumplimiento de sus tareas; crear manuales de procedimientos que puedan trabajarse conjuntamente entre directivos, jefes de servicio y trabajadores; fomentar procesos de capacitación conjunta entre dos o más servicios para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo y por último, promover capacitaciones entre hospitales y centros de salud a fin de mejorar el trabajo en red, atentos a las necesidades que cada uno tiene y escuchando lo que tienen para aportar.

"Hay que reivindicar el valor de la palabra, poderosa herramienta que puede cambiar nuestro mundo".

William Golding

Bibliografía utilizada

- Silva Cajina, M. A., 2017. Recursos Humanos: Capacitación de personal en el sector público
- Nazar, S., 2003, La capacitación para el fortalecimiento de la gestión, Jornada Capacitación en el Estado: situación, perspectivas y propuestas Ponencias de los paneles de experiencias: Buenas Prácticas en la Capacitación del Sector Público.
- Vergara, M., 2017, Los manuales de procedimiento como herramientas de control interno de una organización, Revista Universidad y Sociedad vol.9 no.3 Cienfuegos jul.-set. 2017



PROBLEMAS COMPLEJOS

ABORDAJE EN SALUD DESDE LA INTERDISCIPLINARIEDAD Y LA INTERPROFESIONALIDAD, CON PENSAMIENTO SITUADO



Por Silvia Carcamo - Lic. en Enfermería por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Master en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Co-coordinadora Red Argentina e Internacional de Enfermería Familiar y Comunitaria. Líder Grupo Coordinador Redes Argentinas de Enfermería (RADE). Con el aporte de la Comisión Interprofesional de Interdisciplinariedad con Perspectiva Nacional y Latinoamericana.

Resumen

En Argentina, la relevancia de abordar la repitencia de los embarazos no intencionales en personas con capacidad de gestar se fundamenta en que hay todavía un alto porcentaje de nacidos vivos fruto de embarazos no intencionales. De acuerdo a los datos del Sistema Informático Perinatal, en el año 2021 esta cifra alcanzó el 69,1% de los nacidos vivos en la población adolescente.

Se presenta un proyecto que se implementó en el marco de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de UNFPA, desde 2021 de manera escalonada en distintas provincias del país que incluyó distintas dimensiones: política, de agenda y técnica.

Hasta el momento esta estrategia está mostrando que es útil para cumplir con sus objetivos propuestos.

La globalización, entendida como el proceso de interconexión e interdependencia económica, política y cultural a nivel mundial, ha generado complejos y diversos problemas que parecen imposibles de resolver. Como señala Zelicovich, J. (2018, p. 43), "en la coyuntura actual, mientras que la dimensión material ha mantenido su alcance internacional, la dimensión política-ideológica-institucional, inherente a la dinámica de la gobernanza global parece haber entrado en crisis". Por lo tanto, aunque la globalización ha abierto nuevas oportunidades y ha mejorado la vida de muchas personas, también ha creado desafíos que requieren soluciones a largo plazo, y cambios de enfoque.

Entonces, está claro que cuando más nos acercamos al intento de comprender los problemas a los que se enfrenta el mundo, más se entiende la inmensidad de sus complejidades. El proceso salud/enfermedad/cuidado, no se escapa a esta complejidad. Por ello es necesario re-pensar modelos de educación y prácticas, que busquen la máxima defensa de la vida individual y colectiva; modelos que tengan una manera de pensar y de resolver los problemas de manera interprofesional e interdisciplinar. Algunos/as dicen transdisciplinariedad, como un enfo-

que que se sitúa más allá de la disciplina, o más allá de la especialización según Morin (2000). Finalmente, la sinergia de un grupo humano en la que se manifiesta toda la humanidad de sus integrantes y no únicamente aquello que producen, como especialidad, de manera individual.

La interdisciplinariedad no es simplemente una combinación de disciplinas, sino que implica la creación de una nueva disciplina que integra elementos de cada una de las disciplinas implicadas. Se centra en la comprensión de las relaciones entre los diferentes aspectos de un sistema complejo y en la identificación de soluciones que aborden los problemas de manera integral. En un sistema complejo, las partes interactúan individualmente de tal manera que el comportamiento del sistema en su conjunto no puede ser explicado por el comportamiento de cada una de las partes por separado. Los sistemas complejos se caracterizan por ser dinámicos, adaptables y no lineales, lo que significa que los pequeños cambios pueden tener grandes consecuencias y que los sistemas pueden evolucionar y cambiar con el tiempo. Ubicando la interdisciplinariedad como esencial, en el abordaje de los problemas complejos de salud en la actualidad.

Por otro lado, la interprofesionalidad nos permite la colaboración efectiva entre profesionales de diferentes campos, en el campo de la salud, para brindar cuidados integrales y resolver efectivamente los problemas de los sujetos de cuidado, sean estos, personas, grupos o comunidades. Esta colaboración implica el intercambio de conocimientos, habilidades y experiencias, logrando un mejor cuidado de la salud. Los trabajadores de la salud cuidan en cualquiera de los niveles que trabajen o en cualquier lugar de la estructura organizativa en que se encuentren. Por esto es necesario que, en la etapa de formación, comiencen a nutrirse de nuevos paradigmas, que permitan alejarse de posiciones hegemónicas de unas ciencias sobre las otras, fortaleciendo la educación interdisciplinaria, desde los cursos de pregrado.

Al mismo tiempo se plantea la importancia de comprender los problemas de salud, dentro del contexto mundial. Entender el contexto global, con pensamiento situado, ¿por qué?. Algunas pistas nos llegan de la mano de Enrique Dussel (2008), que plantea que en América Latina y el Caribe es necesario superar la colonialidad, que es un sistema de poder que surge con la conquista y colonización de América y que se ha perpetuado hasta la actualidad, apareciendo en las estructuras sociales, culturales, políticas y económicas de los países colonizados. Como resultado de esta colonialidad, se desvaloriza y suprime la diversidad cultural y lingüística de los pueblos originarios (Quijano. 2000), y nos coloca en la periferia, a la que se refiere habitualmente el Papa Francisco y que indica la posición subordinada y dependiente de algunas sociedades, que también son ubicadas en el sur global (Sousa Santos. 2014). Por lo que, para superar estas limitaciones, se hace necesario descolonizar el conocimiento, incluyendo las culturas marginadas y la promoción de una educación intercultural, que respete la diversidad y fomente la igualdad, o como lo expresa el Papa Francisco, construir puentes entre las periferias y el centro, y fomentar la inclusión y la justicia social, reconocer y valorar una pluralidad de formas de conocimiento y saberes, o la ecología de saberes.

Si pensamos según la ecología de saberes, veamos lo que plantea el filósofo argentino Rodolfo Kush (1962), (recientemente mencionado por el Papa Francisco en una entre-



vista periodística): él manifiesta que el ser humano latinoamericano se caracteriza por una mayor conexión con su entorno natural y cultural, lo que lo lleva a comprender la existencia como un “estar en el mundo”. Esta concepción la diferencia del pensamiento occidental, que tiende a concebir el ser humano como un “ser en el mundo”, separado y distante de su entorno.

El Buen Vivir es un concepto que va en el sentido propuesto por Kush, que se ha popularizado en Latinoamérica y propone una visión holística del desarrollo que busca el equilibrio entre las dimensiones social, económica, ambiental y cultural. El fin de la propuesta del Buen Vivir es garantizar una vida digna y sostenible para todas las personas, y se presenta como una alternativa al desarrollo convencional que prioriza el crecimiento económico y el consumo como indicadores de bienestar.

En este sentido, el Buen Vivir está estrechamente relacionado con la equidad, ya que busca la eliminación de las desigualdades sociales, económicas y culturales que deterioran a las personas y comunidades más vulnerables. El Buen Vivir “es una apuesta por la construcción de sociedades más equitativas y solidarias, que respeten la diversidad cultural y biológica y que promuevan la justicia social”.

Es importante reconocer que la salud y la justicia social son interdependientes, y que las políticas y programas de salud deben abordar las desigualdades en el cuidado de la salud para lograr una mayor equidad. En palabras de la Organización Mundial de la Salud (2018), “la justicia social es la clave para garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de lograr su máximo potencial de salud”.

Tenemos herramientas como la interdisciplinariedad y la interprofesionalidad y contamos con teorías que nos permiten orientar las acciones con pensamiento situado, que le dan sentido ético y científico al hacer en salud en Argentina y Latinoamérica. Podemos seguir cambiando y reflexionando el paradigma hegemónico, e incluir el pensamiento sobre el cuidado de la salud desde el buen vivir y bienestar.





Referencias bibliográficas

- Acosta, A. (2013). El buen vivir: Sumak Kawsay, una oportunidad para imaginar otros mundos. *Iberoamérica Social: Revista-Red de Estudios Sociales*, 2(3), 62-79.
- Cárcomo, SN (2019). Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur.
- Conceptos, métodos y casos. 1a edición. FE-DÚN: CABA.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L., & Beaulieu, MD (2005). Educación interprofesional para la práctica colaborativa centrada en el paciente en América Latina: una revisión sistemática. *Educación médica*, 39(3), 229-237.
- Dussel, E. (2009). *Filosofías del sur: descolonización y transmodernidad*. Akal Ciudad de México.
- García, R. (2008). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 1233-1256.
- González-Torres, JP, Martínez-Silva, V., & Chaparro-Solano, HM (2019). Educación interprofesional en ciencias de la salud: análisis de las prácticas formativas en un hospital universitario de alta complejidad. *Revista de Investigación Académica*, 54. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5155/515568005009/html/>
- Kush, R. (1962). *Geocultura del Hombre Americano*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Merhy, E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Morín, E. (1990). *Sur l'interdisciplinarité*. Centre National de la Recherche Scientifique Interdisciplinarité, Edition du CNRS.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinarité*. Manifeste, Editions du Rocher, Monaco, 95.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Promoción de la salud: La clave para la justicia social. Recuperado de <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/world-health-day-2018/key-messages/es/>
- Perón, JD (1949). *La hora de los pueblos* (1968); *Latinoamérica: Ahora o nunca* (1967). Buenos Aires: Biblioteca del Congreso de la Nación.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, 31-59.
- Santos, B. de S. (2014). *Epistemologías del Sur: Justicia frente al epistemicidio*. Routledge.
- Sarquís, JI, y Buganza, J. (2009). La teoría del conocimiento transdisciplinar a partir del Manifiesto de Basarab Nicolescu. *Revista Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis, Año X(1)*, 43-55, Argentina.
- Zelicovich, J. (2018). ¿Crisis en la globalización o crisis de la globalización? [¿Crisis en la globalización o crisis de la globalización?]. *Perspectivas Revista de Ciencias Sociales*, 3(6), 42-59. ISSN 2525-1112.

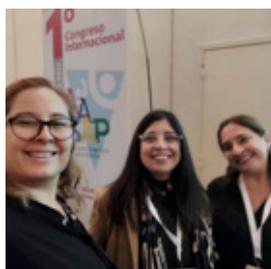
LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL ROL DEL PERSONAL DE SALUD

Por :

-Prof. Mg. Juana Nilda
Massa Alcántara,

-Lic. Lorena Beatriz Massa
Alcántara

-Prof. Mg. Carla María
Victoria Martínez



Comencemos por hacernos una pregunta: ¿qué es la violencia contra las mujeres? Según la Ley Nacional 26.485, ésta se entiende como “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, patrimonial, como así también su seguridad personal”.

Si bien la ley define la violencia de una manera muy clara, entendemos qué es necesario reflexionar sobre este tema, dado que esta violencia sucede cuando los profesionales de la salud, antes, durante y después del parto realizan desatención, tienen indiferencia, no dan suficiente información a la paciente o usan técnicas de aceleración del parto que alteran su proceso natural. Así nace el presente trabajo, por el interés que tenemos por este tema.

En primera instancia nos enfocamos en cómo podemos intervenir para disminuir o evitar la violencia obstétrica, la cual continúa ocurriendo a pesar de las leyes que

tipifican estos hechos como delito. Debido a esto es necesario reflexionar sobre este tema, enfocándonos en cómo indagar en el rol del personal de salud para que no se produzcan situaciones traumáticas.

Nuestro objetivo, fue observar el trato brindado por el personal de salud durante el parto, cesárea y puerperio, teniendo en cuenta las normativas vigentes, y evaluamos que estrategias se podrían implementar para su cumplimiento.

Se realizó la observación de las experiencias vividas de mujeres que recibieron maltrato por parte del personal de salud, las cuales muchas veces presentan miedo a lo desconocido, tienen sentimientos de culpa o a ser juzgadas, donde son vulnerados sus derechos según las leyes N°25.929 de Parto Humanizado, N° 26.485 Violencia Obstétrica, la N°25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, la bioética y los principios éticos. Los testimonios abordados confirman que continúan presentándose casos de violencia obstétrica ejercida por el equipo de salud.

Como profesionales de la salud debemos conocer estas leyes y garantizar su cumplimiento, relacionado al respeto de los derechos humanos, a la libre elección, a la integridad y a la dignidad. El profesional tiene la obligación de denunciar a cualquier perso-

nal de salud que incurra en estas acciones, así como debe abstenerse de ser el agente de estas violaciones a la autonomía, la dignidad y la integridad de las pacientes.

La violencia obstétrica debe ser reconocida y evitada por todo el personal, se debe practicar el respeto, dar información a la mujer y poner a disposición las herramientas para adquirir conocimientos sobre sus

derechos, y así lograr su empoderamiento y evitar situaciones indeseadas.

Nuestro compromiso debe estar orientado a promover una mirada holística de la mujer, en la que se atienda a un individuo con derechos, cuya dignidad e igualdad sean lo principal, mediante estrategias y propuestas de capacitación, para que el personal de salud incorpore y fomente los valores y principios dentro de su rol profesional.



Estrategia de inclusión de **IMPLANTE DE DOS VARILLAS** como estrategia de ampliación de canasta de anticoncepción

Por:

- Alejandra Sánchez Cabezas
- Bárbara Cortes
- Gisella Coletti
- María Etchehebere
- Nadia Furtado de León
- Luciana Hita
- Estela Sánchez



Resumen

Se presenta un proyecto que se implementó durante 2022 en el marco de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación y con el apoyo de UNFPA, que tuvo como objetivo evaluar el impacto de la incorporación de implantes de dos varillas y modelizar una metodología de intervención que se pudiera escalar a todo el país.

Introducción

Los implantes subdérmicos son un tipo de anticoncepción hormonal de larga duración que contienen una sola hormona – un progestágeno– (1) que se incorporaron a la canasta de insumos anticonceptivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina en el año 2014. El mayor problema en su adquisición se explica porque, en Argentina, se cuenta con un solo proveedor local (MSD), las compras deben realizarse por exclusividad y por lo tanto requieren de aprobaciones especiales por parte de las autoridades.

Esto genera una limitación en la disponibilidad del insumo y crea una falla en los mecanismos de competencia en la formación de precios, al tener que pagar altos costos e incrementar las dificultades en los procesos de compras por parte de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproduc-

tiva (DNSSR), dependiente de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Estado del arte

Durante 2021, en Argentina hubo 196.591 nacidos vivos, de los cuales el 58% (113.213) fueron de embarazos no intencionales. Del total de embarazos no intencionales, el 79% de las personas no usaba método anticonceptivo (MAC) al momento del embarazo y el 13% usaba anticonceptivos hormonales (ACH).

Este 92% de personas que no usaban MAC o usaba ACH resulta de especial relevancia dado que son embarazos no intencionales que se podrían haber evitado. En el caso de las personas que no usaban MAC es claro, en el caso de los ACH, cuya efectividad depende en gran medida de su uso (ya que de acuerdo con uso perfecto habría 0,3% emb/año) (2), asumimos que ese 13% de embarazos no intencionales podría haberse debido a problemas de su uso, lo cual, con métodos anticonceptivos de larga duración (Larc por sus siglas en inglés) se evitarían (3). Este 92% da cuenta de la necesidad de incluir en la canasta una oferta cada vez mayor de Larc, entre los cuales los implantes son los más aceptados por la población.

Si caracterizamos por grupo etario, en las adolescencias la prevención del embarazo no intencional cobra otra relevancia ya que,

en este grupo etario, un hijo representa mayor riesgo de abandono escolar, menores probabilidades de desarrollo personal integral y de inserción en el mercado laboral (4) (5) (6). En menores de 20 años, durante 2021 hubo 31.900 nacidos vivos, de los cuales 1.135 fueron en niñas menores de 14 años, entre los cuales el 84,3% fueron no intencionales; mientras que entre las 30.765 adolescentes entre 10 y 19 que tuvieron un nacido vivo, el 68,4% fueron embarazos no intencionales. En este grupo etario, el 80% no usaba MAC, en el 22% era su segundo o tercer nacido vivo y, de estos últimos, en el 47% de los casos el intervalo intergenésico fue menor de 23 meses (7).

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva se creó en el año 2003 con el objetivo de garantizar la igualdad de derechos, el acceso a una atención integral de calidad en salud sexual y la salud reproductiva, la distribución de métodos anticonceptivos, la capacitación y actualización profesional de equipos de salud y la producción y distribución de materiales de promoción de derechos sexuales y reproductivos. Más tarde, en 2020, se creó la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con los objetivos estratégicos de garantizar el acceso efectivo a Métodos Anticonceptivos (MAC), el acceso a la interrupción del embarazo (IVE-ILE, Ley 27.610), la prevención y detección temprana de abusos sexuales y embarazos forzados y la promoción de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad.

Objetivo

En el año 2022, con el apoyo de UNFPA (8), se comenzó a implementar el proyecto que presentamos en este artículo, que tuvo como objetivo evaluar el impacto de la incorporación de implantes de dos varillas y modelizar una metodología de intervención que se pudiera escalar a todo el país.

Marco teórico - metodológico

La inclusión de un nuevo producto constituye una oportunidad estratégica que permitiría incrementar su oferta. Sin embargo, incluir nuevos insumos, en este caso implantes de dos varillas, es también un desafío (9) pues requiere superar las resistencias que siempre surgen ante la necesidad de transformar prácticas, capacitar a trabaja-

dores de salud para que puedan incorporar las competencias necesarias e implementar estrategias de monitoreo que permitan evaluar la evolución de su inclusión y los resultados de las estrategias implementadas.

El proyecto contempló las siguientes dimensiones:

- Estratégica
- Táctica
- Operativa

Dimensión estratégica

Esta dimensión considera la selección de provincias y la construcción de acuerdos de gestión, estrategias de intervención con cada una de las seleccionadas y la cantidad de implantes a distribuir en cada una de las provincias. Se proyectó un número inicial de implantes por provincia de acuerdo con el porcentaje de distribución de años previos de implantes de una varilla, luego de lo cual, esta cifra se adaptó teniendo en cuenta las cantidades de insumos que fueron colocando.

Las provincias seleccionadas fueron Misiones, Jujuy, Salta, Tucumán, Córdoba, Entre Ríos, Buenos Aires, Neuquén, Mendoza, Chubut y Rio Negro, que ya tenía experiencia en el uso del implante de dos varillas.

Dimensión táctica

La dimensión táctica definió la construcción de un diseño de gestión y andamiaje pertinente y adecuado para su implementación. En primer lugar, se identificó una coordinadora nacional del proyecto y se propuso que cada provincia seleccione un/a coordinador/a provincial que pudiera guiar la implementación y el monitoreo.

A su vez se definió una persona referente por cada efector (hospital, maternidad o centro de salud) responsable de estar en contacto con el/la coordinador/a provincial para reportar semanalmente los indicadores y el estado del proceso. En esta etapa, además, se adaptaron las estrategias definidas junto con las autoridades de cada provincia de acuerdo a nuevos acuerdos realizados con las personas responsables de cada uno de los niveles recién descriptos.

Dimensión operativa

Esta dimensión contempló el diseño de

actividades en cada uno de los territorios: selección de efectores, diseño e implementación de capacitaciones, constitución de espacios de seguimiento, implementación de las herramientas de indagación diseñadas para cumplir con los objetivos de esta intervención y definición de circuito de reporte de información.

La propuesta inicial realizada a las provincias fue incorporar un hospital o maternidad, más 15 centros de salud del primer nivel. Esta propuesta fue flexible y modificada de acuerdo con las características de cada provincia. Para la selección de los efectores se indicó que se considerara la capacidad de colocación de anticonceptivos de larga duración (LARC en adelante), y colocación de implantes de 1 varilla en particular, la calidad de los registros y reportes y presunción de buena aceptabilidad del método por parte del equipo de salud. Para ello se utilizaron fuentes de datos nacionales, provinciales y locales en algunas provincias.

El seguimiento del proyecto fue realizado en espacios semanales de encuentro de referentes provinciales con la referente nacional. Este espacio se concibió para el trabajo en conjunto, además de la evaluación y monitoreo permanente del proceso y funcionó como facilitador para el intercambio de saberes, inquietudes y pareceres entre las distintas provincias que permitió la emergencia de externalidades positivas que luego comentaremos.

En paralelo con el inicio de estos encuentros, se comenzó un curso de capacitación a capacitadores. El mismo fue destinado a profesionales seleccionadas/os por las/os referentes provinciales para que pudieran replicar las capacitaciones a nivel local. Estas personas capacitadas, que también fueron elegidas estratégicamente por sus capacidades de liderazgo, fueron las responsables de escalar las capacitaciones a los efectores seleccionados.

Para ambos espacios de capacitación se diseñaron herramientas para recolectar los saberes previos de los profesionales acerca del implante de 2 varillas y sus percepciones respecto a oportunidades y posibles dificultades o barreras que pudieran impedir la plena implementación de esta nueva

tecnología.

También se diseñó una herramienta que permitiera realizar el seguimiento de usuarias/os/es para evaluar aceptabilidad, aparición de efectos adversos y la calidad de la consejería realizada.

Resultados

En primer lugar, es importante resaltar que el objetivo de incluir una nueva tecnología y de diseñar un modelo que permitiera escalarlo a todo el país se cumplió. A continuación, se presentarán los resultados agrupados en tres grandes secciones:

- principales resultados de la incorporación de implantes de dos varillas,
- principales resultados de la implementación del proyecto y
- externalidades.

Principales resultados en la incorporación de implantes de dos varillas

Para indagar sobre la aceptabilidad de las personas usuarias, se realizó una encuesta al mes de la colocación del implante en el que también se indagó sobre la calidad de consejerías –porque es un paso clave para garantizar derechos y para incrementar la aceptabilidad del método– y posibles efectos adversos posteriores a la colocación.

Se contactaron a 3.601 personas, que corresponde al 39% del total de colocados. En relación con la calidad de las consejerías, el 93.65% de las usuarias refirió que le informaron cómo funcionaba el método, el 90.37% entendía cómo funciona y el 75.76% expresó saber cuáles eran los malestares que podrían aparecer y cómo resolverlos. Ante la consulta respecto de molestias posteriores a la colocación casi el 67% de las personas encuestadas respondió que no presentaba. Del 33% que respondió afirmativamente, el 55% destacó dolor local, el 17.8% mencionó cefaleas o dolores de cabeza, el 10.5% manifestó alguna alteración del sangrado menstrual, el 1.5% refirió aumento de peso y por último el 0.65% citó al acné como efecto adverso, lo cual coincide con la bibliografía internacional (10) (11).

Otra variable analizada para conocer experiencias de las usuarias fueron las extrac-

ciones anticipadas (12). Al momento de la realización de este informe se realizaron 23 extracciones, que corresponde al 0,26%. Lo cual muestra un excelente nivel de aceptación.

El análisis de las causas muestra que 4 (17%) de las extracciones anticipadas pueden adjudicarse a la curva de aprendizaje, a pesar de que las primeras colocaciones se efectuaron en simuladores. El resto se debió a cefaleas, a aumento de peso, acné, trastornos del ánimo, sangrado frecuente y malestar posteriores y en dos casos en que se logró realizar lisis tubaria que había sido el método priorizado.

En este apartado mostraremos los resultados cuantitativos de la intervención, la cantidad y caracterización de las/os profesionales capacitados y la cantidad de implantes colocados.

Durante 2022, en las primeras once provincias, se capacitaron 632 profesionales de 118 efectores. En lo que va de 2023 ya se capacitaron nuevos 204 capacitadores y 978 personas de los equipos de salud, 408 en las nuevas provincias y 570 de las que comenzaron durante 2022. En algunas provincias se llegó a capacitar a efectores de todas sus localidades, lo que generó una capacidad instalada para el futuro escalamiento de este método y una base de capacitadores para todas las provincias.

La distribución por profesión de las personas capacitadas, que se muestra en el siguiente cuadro, da cuenta de la amplitud disciplinar de quienes garantizan derechos en salud sexual y reproductiva (de ahora en adelante SSR) y del rol protagónico de las licenciadas en obstetricia.

Cuadro 3: Distribución de profesiones de personas capacitadas.

	Porcentaje
Lic. en obstetricia	27,96
Médica/o generalista	21,68
Médica/o ginecóloga/o	31
Otro	5,91
Residentes/as de ginecología	5,56
Residentes/as de medicina general	5,20
Residentes/as de obstetricia	2,51
Total general	100

Fuente: elaboración propia en base a in-

formación recabada en el proyecto.

Externalidades

La metodología de abordaje ha permitido que, desde el inicio del proyecto, hayan surgido externalidades positivas. Comentaremos brevemente algunas de ellas.

Este proyecto colaboró con el empoderamiento de nuevas personas referentes locales, que no fueron meras articuladoras sino que formaron parte del proceso de gestión sumando y debatiendo sus opiniones desde el momento de la planificación, discutiendo herramientas de registro, proponiendo modificaciones y adaptando las propuestas nacionales a la singularidad de sus provincias. Las reuniones semanales de seguimiento habilitaron la posibilidad de compartir experiencias de trabajo y gestión que fueron replicadas en otras provincias y muy valoradas por las personas participantes. Este fortalecimiento en las capacidades, entre otros, de gestión se reflejó en la incorporación de nuevas estrategias y en la calidad de sus informes.

Los intercambios permitieron incrementar la oferta de estrategias de abordajes territoriales, que se describen como estrategias privilegiadas para garantizar acceso (13) (14): operativos en puntos lejanos a efectores de salud, en instituciones barriales, escuelas y hasta en servicios penitenciarios. Este proyecto no sólo potenció la implementación de estas jornadas, sino que permitió la incorporación de consejerías sobre otras temáticas, entrega de otros métodos anticonceptivos y testeos rápidos de VIH y sífilis, con aplicaciones de penicilinas para quienes correspondiera, por ejemplo.

El proyecto también se convirtió en una oportunidad para fortalecer las capacidades docentes de equipos de salud locales, en la incorporación de herramientas informáticas, de estrategias de seguimiento de proyectos y la incorporación de nuevas herramientas de registro incorporadas desde la DNSSR (15).

Lecciones aprendidas y recomendaciones realizadas para el escalamiento

El implante de dos varillas demostró ser un LARC muy útil para estos espacios extramuros, con mayor aceptabilidad por las

usuarias y los equipos de salud respecto del DIU. Específicamente en relación con las personas usuarias, no se objetivaron diferencias en relación a las opiniones sobre el implante de una y el de dos varillas, los cuales son muy bien considerados en ambas variantes.

El proyecto muestra que si se implementan acciones de andamiaje que permitan apoyar, motivar y acompañar a los equipos en la incorporación de nuevas prácticas y de consejerías de calidad, no emergen resistencias significativas a la incorporación de una nueva variante tecnológica por parte de las personas usuarias ni de las y los integrantes de los equipos de salud.

Las experiencias realizadas en el marco de este proyecto fueron incluidas como estrategias generales de salud sexual de cada provincia, en las que, además, se potenciaron estrategias de anticoncepción posevento obstétrico inmediato (en adelante AIPEO). En los casos en que eligió priorizar la APS este proyecto favoreció la articulación con otros organismos estatales (Educación, Justicia), otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

En todos los casos, el implante surgió como el método de elección para AIPEO posIVE/ILE; por lo cual recomendamos considerarlo como población prioritaria para la implementación de la etapa de escalamiento.

La metodología de este proyecto colaboró

en la consolidación de nuevas figuras referentes locales, que emergió como una oportunidad de fortalecimiento de los equipos de gestión de cada una de las provincias participantes. En ellos también se valoró la relevancia de repensar los sistemas de información integrados y de incrementar el acceso a la información en todos los niveles para fortalecer la micro y meso gestión y la toma de decisiones basada en la información.

En este caso también, las licenciadas en obstetricia ocuparon un rol protagónico en las estrategias de salud sexual. Durante todo el proceso cumplieron roles claves de gestión e implementación, que refuerzan la importancia de acompañar el proceso que legitima sus prácticas en todas las jurisdicciones.

Conclusiones

La aceptación de profesionales y personas usuarias confirmó que es una decisión acertada incorporar este insumo a nivel nacional. Durante 2022 se diseñó un modelo de implementación que resultó adecuado, que mostró múltiples externalidades y que puso en evidencia que, cuando los abordajes son integrales, diseñados participativamente y se utilizan metodologías multidimensionales, no sólo permiten alcanzar los objetivos propuestos, sino también la aparición de externalidades capaces de incrementar las capacidades estatales.



Referencias bibliográficas

1 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación. Nota técnica 5: Implantes anticonceptivos subdérmicos. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-tecnica-5-implantes-anticonceptivos-subdermicos>

2 Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Disponible en: <https://www.amada.org.ar/index.php/home-comunidad/generalidades/121-eficacia-de-los-metodos-anticonceptivos>

3 Mateo, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos?. *Trabajos Y Comunicaciones*, (46), e040. <https://doi.org/10.24215/23468971e040>

4 Bertranou, J., & Casanova, L. (2015). Trayectoria hacia el trabajo decente de los jóvenes en Argentina, Contribuciones de las políticas públicas de educación, formación para el trabajo y protección social. Buenos Aires: OIT.

5 De León, G. (2017). Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social. Documento de Trabajo N°158: CIPPEC.

6 Gogna M, Binstock G. (2017) Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*. 13(1):63-72. doi: 10.18294/sc.2017.990.

7 SIP. 2021. Monitoreo DNSSR.

8 UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Acceso: <https://argentina.unfpa.org/es>

9 Hernández MI, Maceira D. (2019) Desafíos presentes para la incorporación de los implantes subdérmicos como método para prevenir el embarazo adolescente no planificado en los CeSAC de la Ciudad de Buenos Aires. Trabajo final maestría en Políticas Públicas. Universidad Torcuato di Tella.

10 Kassie, G. A., Gebrekidan, A. Y., Asmare Adella, G., Azeze, G. A., & Asegidom, Y. S. (2022). Prevalence of contraceptive implant discontinuation among women who used implant in Ethiopia: Systemic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221135486.

11 Margaritis, K., Margioulas-Siarkou, G., Margioulas-Siarkou, C., Petousis, S., & Galli-Tsinopoulou, A. (2023). Contraceptive methods in adolescence: a narrative review of guidelines. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 28(1), 51-57.

12 Durante, J. C., Sims, J., Jarin, J., Gold, M. A., Messiah, S. E., & Francis, J. K. (2023). Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review of Practices to Support Better Communication, Counseling, and Adherence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 97-114.

13 Gárate, M. R. (2012). Estudio: Introducción de métodos anticonceptivos en la oferta de servicios públicos. *Demanda Potencial*. Unfpa y Pathfinder. Lima.

14 UNFPA. (2020) Buenas Prácticas en Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva.

15 Para estos últimos se articularon encuentros de capacitación específica con el área de aseguramiento de insumos de la DNSSR.

PANDEMIA, DEMOCRACIA Y SALUD



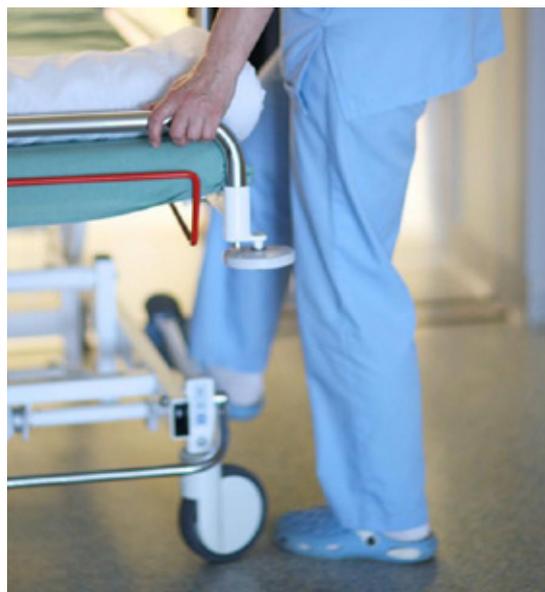
Por Pedro Brito Quintana
- Médico dedicado a la
salud pública

1

Los humanos somos seres que necesitamos metáforas para entender lo que nos pasa. Una de las más usadas en la Pandemia de Covid 19, fue la metáfora griega del apocalipsis. La mayoría de las veces la mención apocalíptica respondía a la versión de la catástrofe definitiva, el fin del mundo. Sin embargo, al considerar las múltiples consecuencias en la vida humana, entre ellas las respuestas que los sistemas de salud han tenido ante la pandemia, se usa otra versión de apocalipsis, más antigua. Esta evoca el desvelamiento de una realidad oculta, la revelación que la luz trae después de una tormenta o de un período de tinieblas. La aparición de una realidad oculta gracias a la luz del apocalipsis.

De muchas maneras la pandemia ha servido para revelar, cual apocalipsis, la realidad del Perú, su democracia y su sistema de salud. La crisis de la democracia es el continente de la crisis de la vida y la salud de los peruanos, y de su sistema sanitario. Ambas y una sola crisis desde hace más de treinta años. La dictadura fujimorista impuso el neoliberalismo como el camino a seguir por el Perú, dentro del nuevo orden global y sin fronteras del capitalismo financiero y de servicios. En la disyuntiva política y moral “entre estado y mercado” (la cuestión social en el capitalismo), entre el imperio de los derechos del ciudadano integral y el imperio del mercantilismo a ultranza, se optó por lo último, mercado, y eso marcó el destino peruano de las siguientes décadas.

Se aceptó que “no existe eso que llaman sociedad” ontribución de la Sra. Thatcher a la



filosofía política–, y se consagró el individuo como sujeto histórico de su libertad. Pero no el homus politicus ideal del liberalismo clásico, sino el homo economicus neoliberal. Libre para emprender y libre para consumir. Un “empresedor popular”, dueño de su destino y libre de elegir en un mercado. De tomar sus decisiones, sin imposición del Estado, ese voraz ogro monopolístico disfrazado de sociedad política.

La constitución de 1993 fue el plano para la construcción institucional de una corporación de individuos “libres de los límites autoritarios que imponen la planificación y el monopolio estatales”. Es la revolución neoliberal que, más allá de su vocación económica, es también proyecto político y cultural que gestiona este ensayo social de degradación cancerosa de la democracia peruana. En pocos lugares del mundo, la captura y sometimiento de la política por la economía neoliberal, se aprecia tan claramente como aquí.

Como lo escribió Wendy Brown, la “economización” neoliberal de la política no solo deforma y pervierte la capacidad y los términos y alcances de la Justicia en una democracia liberal para limitar, controlar o contestar los límites de los mercados en casi cada aspecto de la vida social. La economización invierte esta capacidad en sus opuestos de manera que el estado de derecho termina consagrando y conformando los valores de los mercados y sus adversos efectos distributivos (1).

2

El escenario peruano de los años de vida en pandemia ofrece el drama de la democracia.

Una democracia que “no es democracia”. Débil, deforme, manoseada, prostituida, encerrada en un orden económico neoliberal y regida por un orden político basado en un pacto de corrupción inaugurado el 2 de abril de 1992. Y que, ahora, después de media docena de períodos de gobiernos cooptados y corrompidos, llega a su máximo nivel, a partir del agresivo deterioro de la institucionalidad, desde julio de 2021, con la captura total del Estado y del gobierno. El régimen político de corrupción es ejercido, ahora por un congreso venal y mediocre, derivado en oficinas de lobby de las grandes empresas dueñas del país y de mafias de variada índole. Estas operan a cara descubierta con la impunidad garantizada por un sometido poder judicial que ya hace tiempo perdió el norte de la justicia en un Estado de derecho.

El efecto destructivo del neoliberalismo sobre todas las instituciones nacionales: sobre las responsables de las garantías ciudadanas, sobre las que deben orientar el desarrollo del país con políticas de Estado según prioridades democráticamente establecidas; y sobre la gestión pública de bienes y servicios ha sido implacable. En salud esto es muy claro. El aseguramiento “universal” –AUS– inventó mercados en el sector público para establecer la lógica de negocios (cumpliendo con el mandato de separar las funciones de financiamiento de la provisión “para impedir los abusos del monopolio público!!”). Así nacieron las IPRESS –“prestadoras o proveedoras” de servicios, es decir vendedoras– y las IAFAS –administradoras de fondos, o sea, compradoras–, que operan mediante “convenios” de provisión y las tarifas por actividad, cual óleo.



3

Ante la pandemia el Estado se mostró indiferente y hasta cruel con las mayorías nacionales. Irresponsable e inepto, como cuadra a su estatus “subsidiario”. Inicialmente obligado a asumir, renuente, un rol de protector de la salud y la vida de la gente, según el original y olvidado “principio del bien común”. Asumió formalmente como responsable de la lucha contra la pandemia. Pero fue una decisión sin mayores efectos prácticos, debido a la debilidad para gobernar sometido a los mercados, sin vocación ni capacidad para regular, que no pudo o no quiso controlar abusos del sector privado, ni la escasez de insumos oligopolizados, ni el caos de información. Aportó escasa educación a la población que debió organizarse de motu proprio y con sus escasos recursos.

La pandemia reveló una estafa: un sistema sanitario fallido que se vendía como la posibilidad segura para alcanzar el acceso universal efectivo a los servicios y bienes de salud que requiere la población peruana. En 2020 era difícil entender el cómo y el por qué del pésimo desempeño del sistema de salud ante la pandemia. Pero no era sólo el sistema sanitario, el que estaba en entredicho era el “modelo” peruano de desarro-

llo en el siglo XXI, sus éxitos económicos (el “milagro”), sus éxitos en la lucha contra la pobreza con el arribo de 5 millones de peruanos a la clase media.

4

¿Por qué hemos llegado a tener, a la fecha, más de 220.000 personas fallecidas por Covid 19?. La tasa más alta del mundo. Habiendo sido en marzo y abril de 2020 elogiados internacionalmente por las rápidas y estrictas medidas de confinamiento, se pasó pronto a ser objeto de estudio de un fracaso. Hay dos grandes razones para ello.

La primera se refiere a la quiebra casi total de la capacidad de un sistema que jamás desarrolló Atención Primaria de Salud, sobre todo en los establecimientos del primer nivel sin personal adecuado, sin capacidad resolutoria y sin el reconocimiento de sus comunidades. A esta debacle se agrega el también fallido componente hospitalario, que aún siendo el eje del sistema (mayormente urbano y que recibe la mayor parte del gasto en salud) mostró severos problemas: escasez de UCI mal equipadas, escasez de equipos de protección personal, escasez de oxígeno medicinal, déficit de recursos humanos, deficientes condiciones de trabajo del personal de salud, mal manejo regional de la pandemia –sin



alineamiento con el gobierno central-, falta de liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria (MINSa) que nunca logró coordinar estrategias con EsSalud, ni regular los abusos del sector privado.

La segunda razón. La mayor parte de la población carece de protección social. Entre ellos están los peruanos que carecen del derecho a tener derechos(2), que son muchos. La gente que, presa de la desesperación, viviendo en la precariedad y en la incertidumbre, poco a poco incumplió el aislamiento social obligatorio, y salieron día tras día a buscar trabajo. Y emprendieron a pie el regreso a sus lejanas comunidades. Para ellos y su familia no había disyuntiva: si no salía a buscar un trabajo y un ingreso, se moría de hambre.

El aparato del gobierno se mostró indiferente y torpe. A seis meses de emergencia, con un impacto social enorme, el gobierno sólo había podido repartir un bono de 760 soles a una parte significativa de la población, aunque se calcula que 6 millones más de peruanos lo necesitaban, pero no recibieron esa ayuda. A esto se debe agregar que no servían los registros o padrones de beneficiarios (y de personas "vulnerables"), a efectos de las residuales acciones de política social focalizadas en los pobres.

5

Un resumen de las condiciones en que se hallaba el sistema para enfrentar a uno de los mayores desafíos sanitarios de la humanidad en la era moderna:

- La salud de la población no es, y nunca fue, en 200 años de república, una prioridad política del Estado peruano. La Constitución de 1993 no reconoce a la salud como un derecho fundamental. Cabría esperar que, tal vez, alguna prioridad política se le dio a la salud, durante algún tiempo en estos tres años.

- Descuido irresponsable de la naturaleza: no hay una política nacional de Estado central ni regional para su preservación y cuidado. Somos un país principalmente minero (formal e informal) y agrícola (formal e informal), sin ninguna preocupación por la preservación del medio ambiente. Tampoco se pueden identificar políticas activas para prevenir y controlar los desastres naturales periódicos de cada temporada.

- Después de años de intentar

privatizar servicios de salud (a la manera de las ISAPRE chilenas), de la privatización de los fondos de pensiones-AFP, y del fracaso de crear un mercado de aseguramiento privado (que costó semi-privatizar la seguridad social para subsidiarlo), el MEF se decidió por el pluralismo estructurado exportado para la gran reforma neoliberal del sistema sanitario (3).

- En 2009, con el apoyo técnico y financiero de la agencia USAID, se estableció por ley el AUS. El eje de este nuevo sistema era y es el Seguro Integral de Salud (SIS), un subsidio público creado años antes para población pobre y trabajadores precarios. Completaban el elenco la EsSalud (trabajadores formales asegurados en la SS), el sector privado y los servicios para militares y policías, reconvertidos en IAFAS e IPRESS, para ser agentes de mercado. Este sistema mercantil en extremo, sin gobierno estatal, fue el que fracasó en la lucha contra la pandemia.

- Servicios de salud debilitados por años de medidas de austeridad y políticas de desfinanciamiento. Durante varios años el gasto público de salud peruano fue, y sigue estando, alrededor de 3.2% del PIB. Muy lejos del promedio de América Latina y la mitad del punto histórico de referencia de los sistemas que ya han alcanzado coberturas efectivas universales, que alcanza 6.5% del PIB.

- Un modelo sanitario sólo para la recuperación de la enfermedad individual. En un estudio (2020) del Ministerio de Economía y Finanzas se mostraba el grado de concentración de recursos públicos en los hospitales e institutos de atención de alta complejidad en el primer año de la pandemia: 76% del presupuesto, 72 % del personal y 91% de insumos sanitarios (4).

6

Durante la pandemia, en todos los casos, los servicios de salud estuvieron corriendo detrás de los enfermos. Una respuesta Covid - reactiva centrada en los hospitales y las UCI (hasta que llegaron las vacunas), tratando de salvar las vidas de los enfermos graves. Se abandonaron a los pacientes con enfermedades "no Covid". No hubo control de la producción ni distribución de insumos esenciales como oxígeno medicinal y ciertos medicamentos, ambos dejados al libre juego de los mercados y a la dañada capacidad económica de las familias. La vacunación fue,

como en la mayoría de países, tardía, insuficiente, dependiente de los recursos y de la oferta (precios), desigual y hasta ahora, incompleta. No existe aún una cabal idea del tamaño de la población protegida.

No hubo capacidad para prevenir contagio y controlar diseminación del virus. En los servicios de primer nivel, cercanos a los hogares, no se tomaron medidas para evitar contagios e identificar contactos. Las cuarentenas, a pesar del “énfasis” en las fuerzas del orden, fueron débiles y poco efectivas (por la magnitud de la pandemia, la paralización económica y por la condición de la población). Paradoja terrible: Covid ha sido la pandemia en la que los servicios peruanos no hicieron vigilancia epidemiológica.

De manera sistemática se ha destruido, en estas tres décadas, la capacidad institucional indispensable para un acceso efectivo y cobertura, y para el cumplimiento de las funciones del sistema de salud: tanto las de atención sanitaria integral, oportuna y de calidad (con base en la Atención Primaria), como de la capacidad para desempeñar las funciones esenciales de salud pública (5).

7

Fue en el tratamiento que el gobierno aplicó a la paralización de la actividad económica, el “segundo frente” de la guerra contra el virus, donde se reveló el efectivo “compromiso” del Estado. Las medidas de apoyo respondieron a dos estrategias diferentes: una en apoyo a la sobrevivencia de las víctimas del modelo económico, la otra para la sobrevivencia del propio modelo. ¿Salud de la población o salud de la economía?.

En campo social se usó, una vez más, las ya conocidas intervenciones limitadas de asistencia social de carácter residual y focalizado. Bonos insuficientes, de alcance limitados, sólo para los pobres empadronados; ayuda alimentaria a cargo de municipios que carecían de capacidad y recursos para cumplir con esa tarea, o capturados por mafias privadas. Quedaron fuera muchas familias y personas que no fueron identificados como pobres, o que vivían en zonas remotas, como las poblaciones indígenas de la Amazonía (6).

En contrapartida, el gobierno fue “claro y directo” en apoyo a las grandes empresas. Se generó un fondo de garantía para empresas y bancos

que empezó con 30.000 millones de soles y que pocas semanas después ya había alcanzado los 100.000 millones de soles, el pago al 35% de la planilla, la postergación del pago de obligaciones fiscales y la llamada suspensión perfecta de labores, que no es otra cosa que una obligada y peligrosa licencia sin goce de haber. La suma de todas las ayudas a la población pobre, informal, desempleada y de vida precaria, que vive de un empleo igualmente precario - informal, que suman 75% de todos los trabajadores, es una ridícula alícuota de esos más de 100.000 millones de soles iniciales de garantía del Estado, destinados para el salvataje de medianas y grandes empresas, gestionados por los bancos.

En suma: la pandemia desnudó la dramática desprotección social y la ausencia de derechos sociales que sufre una parte importante de la población, y la enorme desigualdad social. La situación sanitaria es una faceta de esa desprotección y de esa desigualdad. Los servicios públicos, financiados con impuestos generales y contribuciones a la seguridad social, fueron la única barrera contra la pandemia. Esos mismos servicios públicos que durante treinta años de neoliberalismo, han sido sistemáticamente desfinanciados, desmantelados, maltratados sus trabajadores, y sus organizaciones y servicios cada vez más fragmentados y descoordinados. Se hizo más profunda la segmentación del financiamiento, la fragmentación organizacional, y la desigualdad social en el acceso, según capacidad económica de los diversos grupos sociales y su inserción laboral. El comportamiento del sector privado en esta terrible situación fue una variante del delito y la amoralidad: lucro con la necesidad, cobros indebidos, sobrepagos, segregación y exclusión por razones económicas. No existió, y no existe, ni control ni regulación del Estado frente a los abusos de este sector. Nunca se acudió a la Ley General de Salud, ni al régimen de emergencia sanitaria.

8

En muchos países la propia experiencia con la pandemia ha sido evaluada científica y políticamente. Se han realizado investigaciones de política sanitaria para evaluar el desempeño del sistema y sacar enseñanzas y conclusiones para mejorarlo. Y se han asumido las respectivas responsabilidades políticas de quienes fueron dirigentes gubernamentales. Tal vez en la academia se hayan realizado y se esté estudiando el desempeño del sistema. Es posible y proba-

ble. ¿Pero que se hayan asumido por el gobierno responsabilidades políticas sea por la situación de quiebra del “exitoso” sistema aún antes de la llegada de la pandemia y por su pésimo desempeño durante?. Y ¿que se hayan definido y sancionado las responsabilidades correspondientes? La respuesta es un doble no.

Las responsabilidades políticas le corresponden al gobierno y sus agencias. Pero son responsables sus socios de EsSalud y de las clínicas y farmacias privadas. Son corresponsables los numerosos colegios profesionales, las numerosas universidades públicas y privadas, el Congreso, los partidos políticos y sus variantes, y la cooperación internacional. Debe reconocerse la labor de organización y apoyo que miles de organizaciones comunitarias de Lima y regiones que, como en las viejas experiencias de los '80, realizaron acciones solidarias en apoyo directo a los pobladores y a los servicios de salud públicos de sus respectivas zonas.

Son varios meses desde que la OMS levantó formalmente el estado de emergencia por pandemia. Lo que no significa que estemos libres del virus. Y entonces “la vida sigue igual”. Los gobiernos de turno decidieron no aprender nada ni darse por enterados. Siguió el desgobierno en salud y se hizo más crítica la condición de nuestra democracia. En marzo de este año el ciclón Yaku impactó la costa norte del país con sus fuertes vientos, lluvias torrenciales e inundaciones. En estas semanas habrá llegado el fenómeno del Niño con sus lluvias torrenciales y altas temperaturas. Ambas condiciones propicias para una explosión de *aedes aegypti*, el principal mosquito vector del dengue. A mediados de julio de este año el MINSA informaba de nuevos y tristes records para la salud pública nacional: más de 192.000 casos y 250 fallecidos. El desempeño del sistema sigue siendo deficiente. Los numerosos ministros desde julio de 2021 a la fecha se han caracterizado por su falta de calificaciones y su mal desempeño. Lo mismo está pasando con las actuales autoridades. Tal vez como nunca antes la agencia responsable de la autoridad sanitaria nacional, el MINSA, está desprestigiada, desmantelada e inefectiva. La salud de la población peruana no es prioridad política y nunca lo fue.

Referencias bibliográficas

(1) Brown, W. *Undoing The Demos. Neoliberalism's Stealth Revolution*. Zone Books, New York, 2013.

(2) Hannah Arendt En su obra más influyente *Los Orígenes del Totalitarismo*: “antes que haya cualquier derecho civil, político o social, debe existir alguna cosa como un “derecho a tener derechos”. Es necesario, para poder ser ciudadano de un estado-nación, ser parte de una comunidad política”.

(3) El pluralismo estructurado se basa en la creación intencional e interesada de mercados y cuasi mercados públicos y privados para atender, mediante el financiamiento público de seguros públicos y privados, para la población segmentada según capacidad de pago y según tipo de inserción en el mercado laboral. Esa propuesta en un país pobre, desigual, informal, precario y sin estado que regule los mercados, era una bomba de tiempo.

(4) Ministerio de Economía y Finanzas. Informe Técnico, 2020.

(5) A fines de enero de 2020, a pocas semanas de que se declare la emergencia nacional, el MINSA publicó su Informe de Brechas de Infraestructura y Capacidad de la Atención mostrando cifras que denotan una quiebra completa de la infraestructura, con mayores problemas en el área de Salud Pública y el primer nivel de atención, ambos componentes esenciales de una estrategia efectiva de lucha contra las epidemias.

(6) Habían pasado seis semanas de aislamiento social, y casi el 30% de trabajadores ya habían perdido sus empleos. Dos semanas después se informa que 50% de los hogares se han quedado sin ingresos y no están “bancarizados” (con dificultades de cobrar sus bonos). Para esa fecha (abril 2020) se estimó también que 50.000 hogares cayeron en la pobreza cada semana de la cuarentena, en tanto que 65% de peruanos perderían sus trabajos. Las imágenes de las largas columnas de migrantes internos, desesperados por no tener una salida a su desamparo en Lima, caminando hacia sus lejanos hogares o a sus lugares de origen, con sus escasos bienes al hombro, fueron muy elocuentes.