



Una Salud

Revista de la Asociación Argentina de Salud Pública

Año 1 - N° 2 Mayo de 2023



Llega nuestro congreso, usina de ideas para dinamizar la salud pública



● **El impacto de la vulnerabilidad social en las infancias y adolescencias**
por Gabriela Dueñas

● **Los plásticos y la salud global: un problema actual, poco abordado y fuera de control,**
por Luiz Augusto Galvão y Danielly Magalhães

● **La formación en salud pública a través de redes estructurantes: relato de experiencias en América Latina**
por Sebastián Tobar

● **Entrevista a Gabriela Bauer: "Existe una política pública que nos sitúa como pieza clave de un engranaje federal"**

● **Conceptos epistemológicos para entender una formación integral de los técnicos en salud**
por Rosa Aráoz





[] **Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública**

Colaboran en este número:

Rodrigo Sal Iturrería, Hugo Mercer, Alejandra Sánchez Cabezas, Javier Biasotti, Ma. Laura Rufino Daneri, Daniel Esteban Manoukian, Gabriela Dueñas, Maluca Cirianni, Sebastián Tobar, Frederico Peres, Adriano Massuda, Andreza Davidian, Luiz Augusto Galvão, Danielly de Paiva Magalhães, Rosa Alicia Araoz

Comité Editorial:

Claudio Bloch, Noemi Bordoni, Daniela Alvarez, Hugo Mercer

Diseño Gráfico: DCV Diego Lunansky

Contacto:

contacto@aaasap.com.ar

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: Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

Secretario General: Lic. Hugo Mercer

Tesorero: Lic. Ariel Goldman

Vocal 1°: Lic. Lidia Blanco

Vocal 2°: Lic. María Marcela Bottinelli

Vocal 3°: Dr. Ignacio Maglio

SUMARIO

Editorial

Pág. 3 Una salud para una sociedad más saludable

Pág. 4 Llegó nuestro congreso, un aporte para mejorar la salud de los argentinos

Políticas sanitarias

Pág. 6 Los desafíos de trabajar con calidad

Pág. 10 La conducción de la meso-gestión en contextos inusuales

Opinión

Pág. 14 Cosecharás tempestades

Territorios de la salud

Pág. 17 El impacto de la vulnerabilidad social en la salud mental y la educación de las infancias y adolescencias

Pág. 23 Las transformaciones necesarias

Entrevista

Pág. 26 Gabriela Bauer: "Existe una política pública que nos sitúa como pieza clave de un engranaje federal"

Territorios de la salud

Pág. 29 La formación en salud pública a través de redes estructurantes: Relato de experiencias en América Latina

Opinión

Pág. 39 Desafíos para el sistema único de salud de Brasil tras un gobierno de extrema derecha

Tubos y probetas

Pág. 44 Un problema actual, poco abordado y fuera de control

Pág. 49 Conceptos epistemológicos para entender una formación integral de los técnicos en salud

Reflexiones en las vísperas del 1° Congreso Internacional de AASAP

UNA SALUD PARA UNA SOCIEDAD MÁS SALUDABLE

Por Arnaldo Medina
Presidente de la Asociación
Argentina de Salud Pública



La salud es un tema fundamental en la vida de las personas y para la sociedad en su conjunto. Por eso, es necesario debatir sobre ella, conocer las diferentes problemáticas en busca de las soluciones efectivas. Para alcanzarlas, se requiere la creación de espacios de debate en los que participen la academia, los gobiernos y la sociedad civil.

Es en este contexto que la Asociación Argentina de Salud Pública decidió editar "Una Salud", como forma de promover ese concepto, abordando las principales discusiones que atraviesan a la salud pública desde una perspectiva integral, federal y multidisciplinaria.

En su segundo número, la revista presenta artículos que abordan temas cruciales como el de las infancias y adolescencias vulnerables; la formación de los recursos humanos en salud en la Región de las Américas y la contaminación del ambiente por plásticos a escala global, entre otros.

El segundo número de Una Salud, además, se presenta en las vísperas del 1° Congreso Internacional de AASAP, que será un encuentro único para escuchar las voces de las expertas y los expertos nacionales e internacionales, como Luis Eugenio Souza (Brasil), Presidente de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA), como así también de las voces de las y los protagonistas de todos los colectivos que componen el campo de la salud.

En este congreso habrá múltiples debates, en los que se discutirán estrategias para enfrentar los desafíos que plantea el sistema de salud en el contexto actual, marcado por la pandemia de COVID-19, la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria y la necesidad de fortalecer la atención

primaria de la salud y las consecuencias del cambio climático. Asimismo, se pondrá en discusión el modelo de desarrollo que se necesita para lograr una sociedad más saludable y equitativa, adaptado a cada realidad local y regional, y fomentando la creatividad y la flexibilidad para enfrentar un mundo cambiante.

Es importante destacar que para el desarrollo nacional es crucial un desarrollo sanitario acorde, y para ello es necesario contar con recursos y presupuesto suficientes. Es imprescindible jerarquizar las áreas gubernamentales vinculadas a la salud -y nunca más volver a reducir las-, dotándolas de recursos acordes a las necesidades y orientando las inversiones hacia la construcción de una sociedad más equitativa, garantizando una atención de calidad y accesible para toda la población. Eso es posible, ya se logró en otros países y el nuestro lo puede alcanzar.

Máxime en un contexto nacional de inestabilidad económica y política, con crecientes índices de pobreza e indigencia y condicionamientos externos que obstaculizan el desarrollo productivo, elementos que indefectiblemente impactan negativamente en la salud de las personas.

En definitiva, "Una Salud" y nuestro congreso internacional buscan fomentar el debate y la reflexión en torno a la salud pública en nuestra sociedad.

Es necesario que todos los actores involucrados trabajen en conjunto para construir un sistema de salud más equitativo y eficiente, y para ello se requiere de la participación activa y comprometida de cada una y cada uno de nosotros.



Bajo el lema “Una salud: para una Argentina con equidad”

LLEGA NUESTRO CONGRESO, UN APORTE PARA MEJORAR LA SALUD DE LOS ARGENTINOS

Con la presencia de relevantes figuras del campo sanitario nacional e internacional, el encuentro de la Asociación Argentina de Salud Pública busca generar masa crítica para aportar a la consolidación de una salud pública comprometida y robusta.

Luego de recorrer diferentes áreas del país en precongresos en los que se debatieron problemáticas sanitarias locales y regionales, esos insumos llegan a la ciudad de Buenos Aires para nutrir al Congreso Internacional de la AASAP “Una salud: para una Argentina con equidad”, que se realizará los días 31 de mayo, 1 y 2 de junio el Centro de Convenciones Palais Rouge, con la participación de relevantes figuras del ámbito internacional y especialistas destacados del ámbito nacional.

Alrededor de dos mil participantes entre sanitarios, profesionales del campo de la salud, docentes, funcionarios, trabajadores y trabajadoras de la salud se involucraron activamente en discusiones que tuvieron como escenario las ciudades de Comodoro Rivadavia, Santiago del Estero, La Plata, Córdoba, Salta, Bariloche, Posadas, Parana, Rosario y La Matanza.

El encuentro configurará uno de los eventos más trascendentes de la historia reciente en el ámbito sanitario. Expositores extranjeros como Naomar Almeida Filho, especialista en Salud Colectiva y pionero de la Epidemiología Crítica en Brasil, o Luis Eugenio de Souza, Presidente de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud pública, compartirán espacios con referentes nacionales del ámbito académico, referentes políticos sanitarios y una nutrida representación de trabajadoras y trabajadores, especialistas, académicas y académicos, y docentes.

La apuesta de la Asociación Argentina de Salud Pública es acumular conocimientos para aportar a las políticas públicas en salud, en el convencimiento de que para que un país se desarrolle tiene que existir una política de salud que acompañe ese desarrollo sustentable con equidad y justicia social.

A la salida de la pandemia, la salud pública estuvo a la altura del desafío, demostrando su importancia y necesidad. Ahora es imperioso que la salud esté en el debate político en el contexto pre-eleccionario, para el que la AASAP tiene mucho por decir y aportar en un diálogo del que participen los gobiernos, la academia y la sociedad civil.

Distribuidos en variados ejes que reflejan la amplitud del sector salud, las mesas y áreas temáticas en las que se estructuraron contemplan las dimensiones políticas, los marcos legales, los sistemas de salud, la gestión y el talento humano, la ciencia y la tecnología, la salud ambiental y el acceso.

También habrá abordajes específicos en torno a cuestiones como las estrategias de respuesta a la pandemia, las diversidades, las violencias, el envejecimiento poblacional, los abordajes territoriales de APS, los avances y desafíos en salud sexual y reproductiva y los consumos problemáticos.

A eso se suman los desafíos de las adolescencias a la salud pública, las emergencias sanitarias y la gestión de riesgos de desastres, las estrategias innovadoras en salud mental en el mundo, las

infancias y los principales desafíos para la salud pública, la salud integral con perspectiva de discapacidad y la soberanía alimentaria y la nutrición pública.

Asimismo se prevé la realización de talleres interactivos sobre aspectos que inciden en la gestión sanitaria, tales como comunicación, enfermería, voluntariado, perspectiva sindical, etc.

Por qué “Una salud”

La elección del concepto “Una salud” no fue azarosa: se trata de un enfoque impulsado desde hace dos décadas en ámbitos académicos, y que ha tomado con fuerza la propia Organización Mundial de la Salud. El paradigma entiende a la

salud humana y a la sanidad animal como interdependientes, a partir de su vinculación en el contexto de los ecosistemas en los cuales coexisten.

Desde una perspectiva colaborativa, el concepto “Una salud” también implica la necesaria integralidad con que tiene que caracterizarse y analizarse la salud. Un campo en el que se pueda dialogar y generar vínculos de manera horizontal, y no solamente desde la visión de los servicios de salud. Un territorio en el que se articulan e interactúan el tema ambiental, las cuestiones alimentarias, los aspectos que impactan en el desarrollo, la presencia de la pobreza, la salud animal, la amenaza de nuevas pandemias a partir de las zoonosis, al respeto por la diversidad, a los géneros, a la interculturalidad, a las necesidades de las minorías, etc.

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

- 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.
- 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.





LOS DESAFÍOS DE TRABAJAR CON CALIDAD

La calidad en las organizaciones constituye un concepto que fue evolucionando a lo largo del tiempo. El concepto explícito de calidad comenzó en el siglo XIX junto con la revolución industrial, en donde se promovió el reemplazo de maquinarias en lugar de mano de obra, luego se asoció a cálculos estadísticos y al desarrollo de sistemas, hasta que en los años '90 Armand Vallin Feigenbaum crea el concepto de Calidad Total, con una definición basada en un enfoque sistémico de las organizaciones y en la mejora continua de los procesos organizacionales. Una concepción que sostiene como prioridad la satisfacción del cliente/usuario, pasando a formar parte de un eslabón clave de la planificación estratégica (García, 2001; Mayo Alegre y otros, 2015).

Cuando se habla particularmente de organizaciones prestadoras de servicios de salud, el usuario y destinatario final de los servicios es el paciente. Es por eso que el objetivo de trabajar con calidad en este tipo de organizaciones implica poner el foco en cómo mejorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes y sus expectativas, permitiendo mejorar los servicios prestacionales de la organización y, por ende, brindar un mejor y mayor acceso a nuestro sistema sanitario.

Una institución de salud, y especialmente del ámbito público, reviste carácter de entidad con funciones, misiones y responsabilidades complejas en donde convergen demandas múltiples en un contexto de autonomía y autogestión, desde llevar a cabo prestaciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud para dar respuesta a los pacientes en las distintas etapas de su vida, hasta actividades de formación profesional para las diversas especialidades de salud y de referencia en investigación.

Es por ello que, en ese contexto, no caben dudas de que corresponde al Estado desplegar políticas

Por Rodrigo Sal Iturrería y
Ma. Laura Rufino Daneri



públicas tendientes a que todas las personas tengan un nivel de vida adecuado, con una mejora en las condiciones de su existencia, y que, puntualmente en materia de salud, esas políticas públicas deben realizarse mediante exigencias propias de la calidad en la gestión pública (Muratorio, 2019; Aplicación de normas y certificaciones técnicas de calidad y sustentabilidad en la contratación pública).

La experiencia de trabajar con calidad en la administración del Hospital Posadas

A inicios de 2020, y en el marco de la decisión política ministerial de profundizar el proceso de fortalecimiento institucional del Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas", su dirección de Administración definió que la principal estrategia para lograr las transformaciones de gestión deseada fuera trabajar con calidad. La calidad entendida como la elaboración de procesos sistémicos, en donde prime el trabajo por procesos, la estandarización de los mismos, el desarrollo y seguimiento de indicadores de gestión, y el acompañamiento y compromiso de todo el equipo de Administración del hospital.

Es pertinente comentar que poco después de definir estratégica y políticamente que la transformación de gestión iba a tener como pilar fundamental a la calidad, sobrevino la pandemia, y fue allí, en marzo de 2020, en donde se cimentó uno de los primeros pilares de la transformación de la administración del hospital. Es importante destacar esto porque se mantuvo el objetivo basado en el pensamiento estratégico, a pesar del escenario ineludible que se presentaba.

Para ello, el equipo de la Administración tuvo que replantear la forma de lograrlo, doblgando esfuerzos para que el desafío no se viera interrumpido ni postergado. Este tipo de decisiones definen el destino de una organización, sobre todo en el ámbito de la gestión sanitaria, en donde siempre hay urgencias que se deben atender, y circunstancias que tienden a “distraer” a los decisores, lo cual respalda el hecho de que la planificación estratégica debe ser la agenda principal de toda gestión.

Al iniciar el camino hacia un sistema de gestión de calidad se encontraron diferentes problemáticas, algunas vinculadas a la casi nula comunicación y articulación entre los departamentos dependientes de la Administración, y otras a la falta de controles por oposición, de estructuras procedimentales y de herramientas de trabajo para gestionar las actividades diarias, lo cual imposibilitaba conocer no sólo cuestiones básicas como el volumen de producción, sino incluso aspectos fundamentales de gestión como los tiempos y resultados de cada tarea, entre otras.

En ese contexto, y no obstante el comienzo del aislamiento social preventivo establecido a causa de la pandemia por Covid-19, se propuso como meta institucional implementar un sistema de gestión de calidad que atravesase a toda la administración, alcanzando todos sus procesos. El comienzo del camino consistió en querer certificar bajo normas internacionales de calidad (ISO-9001) el proceso completo de compras y contrataciones del establecimiento. Es justo aclarar que el hospital hasta ese entonces no había obtenido ninguna certificación similar en su historia. La elección de dicho proceso se decidió considerando la enorme trascendencia que tiene para que los bienes y servicios necesarios puedan adquirirse en tiempo y en forma, siendo un eslabón fundamental para mejorar la calidad de atención de los pacientes.

Decretada la meta a mediano plazo, se comenzó a trabajar en una reorganización del trabajo que fue diagramada, por un lado, a partir de la definición del proceso (entradas, salidas), y por el otro, a través del diálogo permanente con todos los equipos de trabajo intervinientes, de manera tal de lograr adhesión y compromiso para afrontar el enorme reto.

Esto implicó el desarrollo de herramientas de soporte para la recolección de datos que permitieran conocer cuantitativamente el trabajo e instrumentos de estandarización de los procedimientos invo-

lucrados, lo cual posibilitó al poco tiempo conocer el estado real de situación.

Luego se profundizó el modelo de gestión mediante la asignación de funciones y responsabilidades de acuerdo a perfiles de puestos especialmente creados según las necesidades de las áreas intervinientes. A su vez, y considerando que desde décadas atrás la administración del hospital venía trabajando sin procesos estandarizados, sin controles por oposición, sin registros e indicadores de seguimiento por procesos, fue necesario capacitar a las y los trabajadores sobre las herramientas de gestión a utilizar y sobre la importancia de trabajar con calidad. Como resultado del enorme esfuerzo y compromiso de todo el equipo de administración, a fines del año 2020 se logró el primer hecho histórico: certificar el proceso de compras y contrataciones bajo normas internacionales de calidad.

Luego de haber certificado el primer proceso, sucedió algo que debe destacarse y es un fiel ejemplo de la adhesión lograda: comenzaron a “levantar la mano” el resto de los departamentos proponiendo y solicitando que sus procesos fueran los próximos certificados bajo normas internacionales de calidad, a pesar de haber observado y de conocer el gran esfuerzo que ello implicaba.

Así fue que la administración decidió continuar con la certificación de los procesos vinculados a la liquidación de facturas y pago a proveedores, y luego de un esfuerzo enorme en el año 2021, se logró con éxito la certificación de este nuevo proceso y la recertificación del anterior. En 2022, se alcanzó también la certificación del proceso de alta, modificación y baja de bienes patrimoniales.

Este proceso tiene una enorme implicancia desde lo operativo y desde lo simbólico para el hospital, dado que históricamente nunca antes se le había otorgado la relevancia que amerita dicho proceso, que trata ni más ni menos del cuidado de los bienes patrimoniales de la institución.

¿Por qué trabajar con calidad?

Uno de los ejes trascendentales que propone la calidad es el fomento en la creación de un liderazgo horizontal en todos los niveles jerárquicos. Esto resulta importante porque son los líderes en todos los niveles quienes terminan por promover la unidad y compromiso para lograr los objetivos definidos.

La calidad permite crear condiciones en las que las personas realmente se involucran en el logro



F 3

Administración y Finanzas Dirección General

IRAM certifica que:
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Av. Pde. Arturo U. Illia s/n y Marconi Morón 386 - (B1684) - El Palomar - Partido de Morón - Pcia. de Buenos Aires - República Argentina

posee un Sistema de Gestión de la Calidad que cumple con los requisitos de la norma:

IRAM - ISO 9001:2015

Cuyo alcance es:

Recepción de solicitudes y gestión de la realización de interconsultas entre profesionales de la salud.
Recepción de solicitudes y gestión de la realización de teleconsultas y realización de estudios y/o procedimientos diagnósticos a pacientes.
Adquisición de bienes y/o servicios desde la recepción del requerimiento hasta la recepción del bien / servicio.

Certificado de Registro N°	9000-9978
Vigencia Desde	16/12/2020
Hasta	16/12/2023
Emisión	30/12/2020

Este certificado es válido siempre que la organización mantenga en operación, en condiciones satisfactorias, su Sistema de Gestión de la Calidad y que cumpla con el Acuerdo de Certificación ICN-CO y el Procedimiento DC-PG-006.

[Firma]
Gerencia de Área de Certificación de Sistemas de Gestión

[Firma]
Gerencia de Gestión

IRAM | Pasa. 552/09 | C100-0AAR | Buenos Aires, República Argentina | certificacion@iram.org.ar | www.iram.org.ar

IRAM certifica que:
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Av. Presidente Arturo U. Illia s/n y Marconi Morón 386 - (B1684) - El Palomar - Partido de Morón - Pcia. de Buenos Aires - República Argentina

posee un Sistema de Gestión de la Calidad que cumple con los requisitos de la norma:

IRAM - ISO 9001:2015

Cuyo alcance es:

Recepción de solicitudes y gestión de la realización de interconsultas entre profesionales de la salud
Recepción de solicitudes y gestión de la realización de teleconsultas y realización de estudios y/o procedimientos diagnósticos a pacientes.
Adquisición de bienes y servicios, desde la recepción del requerimiento hasta la recepción del bien y servicio y la liquidación y pago al proveedor.
Administración y aplicación de vacunas.
Mantenimiento de equipos médicos críticos (categoría A) y control y mantenimiento de equipos de quófrano.
Elaboración y fraccionamiento de formas farmacéuticas no estériles semisólidas, líquidas y anisotrópicas.
Fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas.

Certificado de Registro N°	9000-9978
Vigencia Desde	16/07/2021
Hasta	16/12/2023
Emisión	11/09/2021

Este certificado es válido siempre que la organización mantenga en operación, en condiciones satisfactorias, su Sistema de Gestión de la Calidad y que cumpla con el Acuerdo de Certificación ICN-CO y el Procedimiento DC-PG-006.

[Firma]
Gerente de Área de Certificación de Sistemas de Gestión

[Firma]
Gerente de Gestión

IRAM | Pasa. 552/09 | C100-0AAR | Buenos Aires, República Argentina | certificacion@iram.org.ar | www.iram.org.ar

IRAM certifica que:
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Av. Pde. Arturo U. Illia s/n y Marconi Morón 386 - (B1684) - El Palomar - Partido de Morón - Pcia. de Buenos Aires - República Argentina

posee un Sistema de Gestión de la Calidad que cumple con los requisitos de la norma:

IRAM - ISO 9001:2015

Cuyo alcance es:

Recepción de solicitudes y gestión de la realización de interconsultas entre profesionales de la salud.
Recepción de solicitudes y gestión de la realización de teleconsultas y realización de estudios y/o procedimientos diagnósticos a pacientes.
Adquisición de bienes y/o servicios desde la recepción del requerimiento hasta la recepción del bien / servicio.

Certificado de Registro N°	9000-9978
Vigencia Desde	16/12/2020
Hasta	16/12/2023
Emisión	30/12/2020

Este certificado es válido siempre que la organización mantenga en operación, en condiciones satisfactorias, su Sistema de Gestión de la Calidad y que cumpla con el Acuerdo de Certificación ICN-CO y el Procedimiento DC-PG-006.

[Firma]
Gerencia de Área de Certificación de Sistemas de Gestión

[Firma]
Gerencia de Gestión

IRAM | Pasa. 552/09 | C100-0AAR | Buenos Aires, República Argentina | certificacion@iram.org.ar | www.iram.org.ar

de los objetivos de la organización. Liderar su trabajo, aumentar su competencia, emplear una clara comunicación, disponer de información precisa, contar con herramientas para mejorar el trabajo diario, afianzar los mecanismos de planificación, son cuestiones que sobrevienen ineludiblemente cuando se trabaja con perspectiva de calidad.

Precisamente eso es lo que ocurrió con la implementación de un sistema de calidad en la administración del hospital Posadas; además de los resultados que se describirán, el clima de la organización dio un giro muy positivo, logrando una concientización generalizada respecto a que todas y todos los integrantes de la organización hacen a la calidad organizacional y que por ello la contribución y el compromiso desde lo individual resulta fundamental para la eficacia y la mejora del sistema. Nada de lo que se logró hubiese sido posible sin la inversión del tiempo necesario para escuchar, para capacitar, para convencer y motivar a las y los trabajadores. El resultado se vio rápidamente reflejado en la aparición de un enorme sentido de pertenencia y orgullo por parte de todo el equipo de la Administración.

Aún en un esquema en el que podría pensarse que el contexto de aislamiento social dificultó la puesta en funcionamiento de las prácticas de calidad, el hospital logró superar las barreras lógicas que sufren estas organizaciones al transformar su forma de trabajo, y lograr resultados muy interesantes que servirán de ejemplo para las próximas transformaciones dentro de la institución.

En relación a los procesos en términos generales, se incorporaron indicadores de gestión que posibilitan la medición y seguimiento de cada proceso clave de la administración (facturación, cobranzas, compras y contrataciones, pagos, bienes patrimoniales, entre otros). Particularmente en el proceso de compras y contrataciones, se logró disminuir de 5 a 2 meses en promedio los tiempos licitatorios, con todo lo positivo que eso genera (mayor capacidad y reacción de adquisición de bienes y servicios, mejores precios y reducción de los trámites por vías de excepción). En cuanto al proceso de liquidación y pago de facturas, la Administración logró reducir los tiempos de procesamiento a la hora de liquidar y pagar, lo cual posibilitó mejorar la ejecución presupuestaria, y por ende disponer rápidamente de la posibilidad de solicitar más recursos financieros.

En cuanto al último proceso certificado, el de alta, modificación y baja de bienes patrimoniales,

el hospital logró insertar por un lado en el consciente colectivo de las y los trabajadores la importancia de cuidar los bienes propiedad del hospital, y por el otro un circuito que garantiza la trazabilidad de cada uno de los más de 25.000 bienes que posee el establecimiento.

En conclusión, y a los fines de contemplar la experiencia vivida dentro del hospital Posadas, si bien las condiciones de los hospitales públicos no son las mejores ni las deseadas, es fundamental, además dar respuestas a las situaciones del momento, pensar, diseñar e implementar estrategias a mediano y largo plazo a los fines de lograr la transformación que tanto queremos de nuestros hospitales.

Es incuestionable que la implementación de un sistema de gestión de calidad implica un enorme esfuerzo por parte de los actores involucrados. Particularmente en el ámbito sanitario resulta crucial –independientemente del momento coyuntural dado–, que este tipo de decisiones vayan de la mano de la existencia de un compromiso político para poder avanzar a pesar de las posibles resistencias y dificultades que puedan presentarse.

Los frutos de trabajar con calidad, más allá del rendimiento en términos de producción, reflejarán la dedicación de equipos que siempre buscarán y tendrán como meta trabajar mejor.

Bibliografía:

- García, R. E. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Revista médica de Chile*, 129(7), 825-826.
- Mayo Alegre, J. C., Loredó Carballo, N. A., & Reyes Benítez, S. N. (2015). En torno al concepto de calidad. Reflexiones para su definición. *Retos de la Dirección*, 9(2), 49-67.
- Muratorio, J. I. (2020). Aplicación de normas y certificaciones técnicas de calidad y sustentabilidad en la contratación pública. Disponible en: <https://cijur.mpba.gov.ar/doctrina/14897>



Pandemia y condiciones de excepción

LA CONDUCCIÓN DE LA MESO-GESTIÓN EN CONTEXTOS INUSUALES

Este texto apunta a iniciar el análisis de algunas variables que debieran ser atendidas en orden a preparar la conducción de la meso-gestión para un proceso de reforma. Rescata algunos aportes conceptuales y ejemplos de experiencias recientes en contextos excepcionales, para contribuir a la reflexión sobre el perfil deseado de las conducciones de establecimientos de salud.

Debe interpretarse como un aporte parcial, que obviamente no pretende sostener que este nivel sea la columna vertebral de un proceso de transformación en el campo de la salud argentino, pero que, sin embargo, podría constituirse en uno de los motores de mejoras progresivas.

Importancia de la meso-gestión en salud

La **macro-gestión en salud**, o **gestión pública**, es el nivel de decisión en salud que involucra la intervención del Estado para, a partir de un diagnóstico de situación que detecta problemas de alcance poblacional, establecer prioridades de actuación. Ese nivel, representado por los ministerios de Salud de las provincias, traza la línea gruesa de la política sanitaria y debe propiciar, además, acciones tendientes a corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar integral de la comunidad estimulando cambios en los estilos de vida, al tiempo de inmiscuirse en temas tales como las políticas de protección del ambiente, la regulación de la incorporación de tecnología, los recursos humanos y la red de servicios sanitarios.

A las cuestiones que atañen al conjunto de los dispositivos públicos y privados destinados a salud, ese nivel es responsable también de la financiación de la sani-

Dr. Daniel Esteban Manoukian

Médico sanitarista, CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar - UNCo). Ex director del Hospital Zonal Chos Malal (Neuquén) y ex secretario de Políticas Públicas de Salud de Río Negro.



dad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos, la organización y la gestión, de los servicios sanitarios de titularidad pública.

La **meso-gestión** o **gestión institucional**, involucra a los hospitales, clínicas, gerencias de obras sociales y seguros. Estas instituciones plantean metas, asumiendo como principal desafío de la gestión coordinar y motivar a los integrantes de los equipos de salud para alcanzar los objetivos que fueron definidos, siguiendo el lineamiento establecido por la macro-gestión. La meso-gestión es el puente entre el diseño de la política sanitaria y la ejecución de la misma en terreno.

La **micro-gestión** o **gestión clínica**, es donde recae la mayor responsabilidad en los propios trabajadores de salud, es decir en las personas que establecen el contacto directo entre la institución y el usuario que acude a satisfacer necesidades de distinta índole. Una particularidad del sector de la salud es que el médico es responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, para lo cual gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

Un proceso de reforma del sistema de salud, pergeñado para garantizar el acceso universal al derecho a la salud, implica cambios profundos en los tres niveles de

gestión, aunque probablemente la transformación de la meso-gestión aparezca como la tarea más compleja, considerando algunas de las características de los escenarios actuales.

“Cambiar el modelo de gestión de las instituciones constituye una tarea más compleja y difícil de lograr que plantear reformas estructurales de las reglas y la dinámica de los sistemas. Redefinir el modelo de gestión a nivel institucional no es otra cosa que reconvertir las instituciones. Mientras la reconversión significa cambios de misiones y funciones, y por lo tanto de prioridades, la reingeniería se limita a una redefinición de estructuras y procesos”. (Ginés González García)¹

La referencia anterior evidencia como, sobre finales del siglo anterior, ya se reconocía ese desafío. Se han agregado nuevas dificultades, del contexto social y cultural y algunas relacionadas con cambios en el perfil y las expectativas de los trabajadores de salud y su consecuente vinculación con la tarea. Se trata de una arista compleja que merece un análisis y debate necesario e impostergable, pero que se aleja del objetivo de este texto.

El complejo camino de construcción de conductores

Una organización compleja como lo es un hospital, que a su vez forma parte de una red de establecimientos, no puede actuar en forma aislada con sus propias reglas. Antes bien, debe responder a un lineamiento claro y preciso marcado por la macro-gestión, signado por el objetivo superior de garantizar el acceso universal al derecho a la salud.

Por esa razón consolidar conducciones, para que las mismas faciliten el logro de los objetivos de la organización, necesariamente implica sostener el principio de **“unidad de concepción”**, es decir, congruencia en el sistema de análisis de la realidad y el horizonte que se perfila como lo esperado. Respetando esa consigna se buscará la **“unidad de acción”**, de tal manera de multiplicar el efecto de las acciones sanitarias en el territorio.

Sin embargo, el conducir no resulta de aplicar recetas previamente diseñadas. Tal como ocurre con las guías clínicas que sirven de orientación, pero que deben ser aplicadas de acuerdo al caso concreto que se enfrenta, las vicisitudes que enfrenta un conductor deben ser resueltas coherentemente con los principios de esa unidad de concepción, adecuándose al escenario concreto donde le toca actuar.

“La conducción política es todo un arte, y ese arte está regido por principios, como todas las artes”. (Juan Perón)²

La ciencia difiere del arte y se rige por leyes que establecen que a los mismos efectos corresponden las mismas causas. El arte, en cambio, no tiene ni reglas fijas ni leyes, se rige por principios que pueden enunciarse de una misma forma, pero que se aplican de distintas maneras. La medicina en general y la conducción de servicios de salud es en gran medida un arte, respecto del cual nadie puede arrogarse la posesión. En ese arte los grandes principios se transforman mediante la aplicación del criterio y la capacidad del conductor que instrumenta en cada caso concreto. *“Las mismas causas en la conducción no producen los mismos efectos”.*

No se puede aprender la política, se debe comprender la política, decía Perón. Tomando esa idea diríamos que el secreto de aportar positivamente en contextos de incertidumbre, parte de entender la lógica de funcionamiento y actuación de los componentes del complejo entramado de un equipo de salud, para intentar desplegar la mayor sabiduría posible en cada situación.

“La política es una sucesión de hechos concretos, en cada uno de los cuales las circunstancias varían diametralmente. Hay cosas que son semejantes y pueden inspirar, pero igual, no hay nada... La conducción técnica presupone generalmente el ejercicio amplio del criterio. Para la conducción no sirve la memoria, no sirve la retentiva. Es útil solamente el criterio, que debe estar basado en una erudición suficiente”. (Juan Perón)³

Para alimentar ese criterio, como elemento fundante a partir del cual se despliegan las dotes potenciales del conductor, señalamos que es conveniente que quien asume esa responsabilidad provenga del seno mismo del equipo, y que luego de cumplir una etapa en esa función, retorne al trabajo de terreno de tal manera de no desconectarse de la realidad. Se trata de un nutritivo aporte que contribuye a consolidar su formación y a que ese mismo trabajador, ahora desde otro puesto, colabore constructivamente con la organización al haber enriquecido su mirada.

Conducir implica formarse, al tiempo que se desarrolla la capacidad de ver el panorama con amplitud, sensibilidad e imaginación que facilita la creatividad aplicada y conducente.

“Conducir no es como muchos creen, mandar. Conducir es distinto a mandar. Mandar es obligar, conducir es persuadir”. (Juan Perón)⁴

Conducir es persuadir. No hay nada que lleve a forzar la voluntad de los hombres, sino promoverla

y lanzarla. El conductor debe ser un predicador que persuada, enseñaba Perón en sus cursos, resaltando que quien conduce indica caminos y muestra ejemplos. Orienta y establece un rumbo, coherente con aquella unidad de concepción antes mencionada.

La conducción exige convicción en torno a los principios, e intransigencia en cuanto a los objetivos trazados. Sin embargo, esa actitud no debe confundirse con autoritarismo al coordinar los esfuerzos del equipo, debiendo ser transigente en lo referido a los métodos para lograr el cometido propuesto. Ni dogmatismo fanático, ni puro pragmatismo. Y en ese discurrir la conducción se ve obligada a respetar el principio de **“lealtad a dos puntas”**, esto es, lealtad hacia arriba y hacia abajo en la cadena que conforma esa organización, resultando la sinceridad el único medio de comunicación efectivo.

El **“principio de la economía de fuerza”** sostiene que para vencer no se necesita ser fuerte en todos los frentes todo el tiempo, es suficiente con serlo en el momento y en el lugar donde se produce la decisión. Quien conduce debe crear y actuar, pero la aplicación del criterio para adaptar los principios a un contexto determinado, obliga a aprovechar todos los recursos disponibles que no están concentrados solamente en el conductor, sino en distintos componentes del equipo que deben articularse.

Coherente con el principio de economía de fuerzas, el desafío de las conducciones es lograr aprovechar los saberes, las experiencias y las técnicas que pueden desarrollar cada integrante, combinándolos en forma creativa para lograr sortear la situación problemática. Esto es posible si se conoce a los compañeros de ruta y se establece una relación de confianza mutua que facilite el rendimiento pleno de esas virtudes.

Un sistema de salud que pretende mantenerse actualizado para defender el acceso al derecho a la salud, requiere formar, estimular y acompañar a las conducciones de la meso-gestión, respaldando en forma efectiva su accionar en el contexto de un intercambio dinámico y sostenido.

Actuación en contextos de excepción y actitud para conducir

En tiempos de pandemia se repite que crisis es oportunidad, y quizás, una pregunta siempre vigente para quienes conducen es ¿qué de lo que haga hoy puede quedar como capacidad instalada para el futuro? Hay potentes ejemplos en el ámbito de la salud al respecto. Por ejemplo, la epidemia de polio del segundo lustro de los '50 nos dejó un hospital, el María Ferrer, que se convirtió en referencia nacional para enfermedades

respiratorias, y la endemia de paludismo con el trabajo desplegado bajo la dirección de Carlos Alberto Alvarado en tiempos de Ramón Carrillo, dio lugar más tarde el “plan de salud rural” iniciado en la provincia de Jujuy.

En Neuquén contamos con elocuentes ejemplos recientes. La implementación de un centro coordinador de camas—conducido por el nivel central del ministerio de Salud provincial, para asignar los lugares de internación disponibles en unidades de cuidados intensivos según la necesidad de los pacientes—, empleando todos los recursos del sistema de salud (públicos y privados), fue una innovación a favor de un proceso de integración efectiva, pasible de ser aprovechada y ampliada.

La experiencia nacida en Cutral C6 y luego extendida a otras localidades de Neuquén, al implementar una Red de Abordaje Comunitario para acompañar a los pacientes y sus familias durante la pandemia, fue otro ejemplo de puesta en marcha de un dispositivo novedoso, que en este caso amplió las fronteras de los equipos de salud, incorporando actores comunitarios voluntarios como parte de los mismos.

El diseño y la puesta en práctica de protocolos de adecuación a situaciones de excepción se constituyen naturalmente en instrumentos de entrenamiento para formación y fortalecimiento de conducciones de la meso-gestión.

La **revisión participativa de lo actuado**, la **reproducción de simulacros**, aun cuando se piensa que los protocolos han sido probados en tiempo real, y la **ejercitación de la epidemiología de campo en contexto de trabajo interdisciplinario**, son prácticas que deben incorporarse al conjunto de tareas desplegadas por la conducción de hospitales. Esto es así en función del rédito productivo de cada experiencia, tanto para la institución como para las propias conducciones, imprescindibles para fomentar un armónico funcionamiento de la red sanitaria.

En esa misma línea se inscriben las **instancias de intercambio fluido entre los responsables de estas conducciones**, no solamente para enriquecerse con la experiencia del otro, también para fortalecer lazos de cooperación en la acción y ampliar la mirada respecto de alternativas posibles como las antes mencionadas.

En contextos de excepción se ponen a prueba las dotes de las conducciones que, como toda construcción humana, no puede aspirarse a que sean perfectas, pero sí a que se optimicen en función de poder servir mejor a los objetivos institucionales. En esas condiciones inusuales, quienes conducen —para limitar sus yerros— pueden apegarse a esquemas verticalistas acatando

acríticamente las recomendaciones emanadas por la autoridad superior, refugiándose en posturas rígidas y autoritarias en su vinculación con los trabajadores bajo su dependencia.

Pero las situaciones de excepción, que plantean desafíos locales que no pueden ser previstos desde la conducción central, invitan a asumir actitudes donde se recreen instancias de diálogo que faciliten la participación activa de los componentes del equipo, aportando creatividad y plasticidad para encontrar salidas innovadoras.

A menudo los entornos inusuales ponen en evidencia situaciones que previamente se habían revelado como deficitarias y no se habían abordado, como el caso comentado de la articulación inteligente para el uso racional de la alta complejidad, o la falta de instancias de análisis participativo. Una lección más que las conducciones de la meso-gestión —aunque no exclusivamente éstas— debieran aprovechar, es la de accionar en el presente evitando procrastinar, es decir, sin dejar para mañana lo que puede encararse hoy para esqui-

var la eclosión de un potencial conflicto en contexto de excepción.

Las conducciones de la meso-gestión serán actores claves de los procesos de transformación, pero el desafío es complejo. El cuidado de este grupo de trabajadores que asumen una función esencial debe estar siempre presente en la agenda de la macro-gestión para vertebrar instancias de estímulo, capacitación y respaldo en la gestión.

Practicar este tipo de conducción, que se aleja del modelo autoritario sin caer en el propio del *laissez faire*, obliga a contar con responsables convencidos del marco conceptual que inspira al sistema de salud, sólidamente formados en aspectos de epidemiología, gestión y economía de la salud, con la autoridad que emana de su trayectoria laboral y su ejemplo, abiertos a escuchar y articular los aportes de los integrantes del equipo desde una postura humilde, y con disposición para consolidarse en los aciertos y aprender de los propios errores.

Referencias bibliográficas

¹ González García, Ginés (1998). "La política y la gestión sanitaria. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud". VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.

² Perón, Juan Domingo (1973). "Conducción política". Ediciones de la reconstrucción, Buenos Aires, 1973, pp. 167-168.

³ Perón, Juan Domingo (1973). "Conducción política". Ediciones de la reconstrucción, Buenos Aires, 1973, pp. 39-41

⁴ Perón, Juan Domingo (1973). "Conducción política". Ediciones de la reconstrucción, Buenos Aires, 1973, pág. 320.

COSECHARÁS TEMPESTADES

Por Alejandra Sánchez Cabezas
Vicepresidenta de la AASAP y Presidenta del Consejo
de Salud Comunitaria de la SAM



En lo que va del año una serie de hechos conmocionaron a la sociedad. El juicio de los adolescentes que asesinaron a patadas a Fernando Báez Sosa —por la brutalidad del hecho—, y la no menor brutalidad de la respuesta social y mediática; el calvario de Lucio Dupuy (un niño de 5 años torturado, abusado y finalmente asesinado por su madre y su pareja); y el infierno padecido por una madre y un padre cuya niña de 21 días tuvo una muerte súbita, a pesar de lo cual fueron acusados, sin pruebas, por abuso sexual y golpeados en la cárcel ante la mediatización y difusión de sus nombres.

Estos hechos generaron un sinfín de preguntas y debates en toda la sociedad. ¿Generaron también preguntas en el campo de la salud? Desde mi punto de vista, no las suficientes. Y si bien algunas personas puedan pensar que, aunque la salud sea expresión de la sociedad en la que se vive, no se puede pensar cada hecho social con el cristal de la salud. En este artículo les propongo realizar otro camino.

Incluir la salud como un evento vital implica comprender que la salud, la enfermedad y los procesos de cuidado no son hechos aislados sino expresión de otros procesos sociales que los exceden. Esto significa que no podemos pensar la salud por fuera de los acontecimientos económicos, políticos e ideológicos en los que se inscriben.

Entender a la salud en este contexto no consiste en yuxtaponer las ciencias sociales a las ciencias biomédicas, ni en medicalizar la vida, sino en repensar la vida y la salud desde otra perspectiva¹. Desde esta mirada, la ciencia de la salud deja de ser sólo una disciplina biomédica para convertirse en una caja de herramientas que permite aprehen-

der una amplia gama de dimensiones implicadas en la supervivencia de las poblaciones, como las formas de gobierno, la conformación de las relaciones entre Estado y sociedad civil, las maneras de impartir justicia, las condiciones materiales de vida, los modelos de producción, las creencias y las maneras de comunicar, entre otras, analizándolas de acuerdo a su potencia vital.

Frente a los hechos sociales a los que hice referencia, que no son casos aislados sino que hablan de la sociedad en la que vivimos ¿tenemos las personas que trabajamos en salud algún papel que cumplir?

Si entendemos la salud desde la perspectiva de la atención, en la que un equipo de profesionales “atiende” a personas que demandan un servicio para resolver un problema de salud, estos hechos no tienen casi nada que ver con la salud, salvo por algunos aspectos puntuales. Pero si entendemos al proceso salud-enfermedad desde la perspectiva del cuidado, nos referimos entonces a una serie de movimientos que parten del sistema sanitario, pero también de la vida de las personas hacia múltiples sectores (educación, justicia, etc.), hacia otros saberes (ciencias sociales, filosofía, entre otras), a diversos actores (grupos domésticos, pares), y más aún, hacia otras situaciones de la vida cuyo eje no es la enfermedad^{2,3}.

De esta manera, la perspectiva del cuidado se corre de una prestación de mercado y obliga a interpretar la sociedad y los hechos sociales en clave de compromiso incluyente, no de contacto especializado. No se trata de medicalizar la sociedad, sino de entender lo que pasa en la sociedad en clave de implicación. No se trata de extender el campo de la atención a lo que sucede en otras

dimensiones sociales, se trata de descifrar a la sociedad en clave de cuidado, se trata de analizar si, como grupo social, estamos incrementando o empobreciendo nuestra capacidad de cuidado, si estamos ampliando o no nuestra capacidad de subsistir como comunidad, si estamos o no potenciando nuestras fuerzas vitales.

Frente a los casos a los que me referí, me pregunto ¿podemos hacernos cargo de cuidar si no podemos hacernos cargo de lo que generamos como sociedad? ¿Podemos cuidar si no podemos identificar a los niños en riesgo, ni podemos acompañar a quienes atraviesan un duelo, porque tenemos avidez por señalar y culpabilizar? ¿Podemos cuidar si estamos ocupados/as y ansiosos/as por encontrar culpables a todo lo que sucede? ¿Podemos cuidar si no podemos detectar ni frenar la violencia hasta que mata? ¿Podemos cuidar y clamar venganza al mismo tiempo?

Neves y Massaro hablan de antropofagia como un movimiento de producción de intolerables que se inscriben en claves sensoriales y éticas, y que tienen como consecuencia que los problemas “se griten”. En esta línea se preguntan cómo entretener a la salud con los posicionamientos éticos y con el entretendido del funcionamiento social⁴.

Un grupo de adolescentes que fueron dejando señales de violencia y agresión que ninguna persona adulta pudo identificar a tiempo para frenarlas. Un grupo de adolescentes rodeados por personas adultas que no pudieron conducirlos a un lugar seguro para sí ni para otros. Un grupo de adolescentes que realizaron un brutal asesinato que los llevó a encontrarse con otras personas adultas que sólo querían venganza, que no pensaron en cuidar, ni en reparar, porque, por sobre todo, estaban ansiosas de fama, por ganar, por castigar, o por desligar responsabilidades.

¿Qué sociedad diseñamos? ¿Qué condiciones de existencia y de experiencia reproducimos?

Un niño con lesiones, en una, dos, tres escuelas; yendo a uno, dos, tres centros de salud; caminando por una, dos, tres calles; jugando en una, dos, tres plazas; viviendo en un vecindario con uno, dos, tres familias vecinas.

Unos padres declarados culpables y golpeados por el abuso y asesinato de una niña de 21 días fallecida por muerte súbita, por una sociedad enojada y dispuesta a castigar a quienes le indiquen los noticieros. Una sociedad que grita encolerizada y castiga sin saber, sin esperar pruebas.

No quiero hacer más de lo mismo, no quiero encontrar culpables para señalar, porque no se trata de explicar un hecho por una sola causa, sino a través de las prácticas en las que está anclado⁵.

Pensar a la sociedad desde la perspectiva del cuidado implica entender a la realidad como contingencia histórica. Como un enredo de eventos y movimientos dispares que expresan un choque de fuerzas. Un choque en el que los fenómenos y las cosas adquieren tantos significados y valores como las fuerzas de las que se apropian⁶.

Los adolescentes que mataron a Fernando, el público que clama por venganza y las personas adultas que no vieron a Lucio muestran las vibraciones de la vida social cristalizada en ellos. Estos hechos son, por un lado, materializaciones visibles de lo que sentimos y construimos, por efecto o por defecto. Pero por otro, como vientos, producen y reproducen fuerzas, afectos y tempestades.

Frente a estos hechos podemos creer que así son, aparecen como aparecen las tempestades, sin que ninguna persona en particular haya hecho nada para que así suceda. Podemos creer que cada época es manipulada por pequeños grupos activos que sólo piensan en sus mezquinos objetivos inmediatos, ambiciones y pasiones personales.

Periodistas con ansias de ratings, funcionarios/as con pocos escrúpulos, abogados con ambicio-



nes políticas, vecindarios distraídos, sistemas de protección incompetentes, clubes inescrupulosos, frente a los cuales nada podemos hacer. ¿No tenemos nada que ver? Podemos creer que son hechos aislados, que nada tenemos que ver, que es la fatalidad la que nos arrolla.

Sin embargo, Gramsci dice que cuando esos hechos suceden, algunas personas lloriquean compasivamente, otras maldicen obscenamente, pero nadie o muy pocas se preguntan: si yo hubiera cumplido con mi deber, si hubiera tratado de hacer valer mi voluntad, mis ideas ¿habría ocurrido lo que pasó? Pero nadie o muy pocas personas culpan a su propia indiferencia, a su escepticismo, a no haber ofrecido sus manos y su actividad a los grupos de ciudadanos que, precisamente para evitar ese mal, combatían, proponiéndose procurar un bien⁷.

Sin embargo, son muchas las personas que consideran que estos eventos no se deben al azar, saben que son rastros de fuerzas y afectos que hemos ido construyendo, o dejando que otras per-

sonas construyan. Fuerzas y afectos que infiltran los dispositivos de saber, de poder, de afectación y de subjetivación que van construyendo la historia⁸. Saben que no salieron de la nada, que no son sólo fruto de unas pocas personas. Saben que, como los vientos, no provienen de una primera y única intención o como resultado de una sola cosa, sino que muestran “la escena en la que las fuerzas se exponen y se enfrentan, en la que pueden triunfar, pero que también se las puede confiscar”⁹.

Frente a estos hechos, que no son casos aislados, sino que hablan de la sociedad en la que vivimos, las personas que trabajamos en salud tenemos un papel que cumplir. Podemos seguir pensando que padecemos la realidad, que no somos responsables de lo que sucede y que nada podemos hacer, o podemos sumarnos a quienes están intentando elaborar una nueva forma de pensamiento que se conecte con la vida y se convierta en un renovado sentido común¹⁰.

La elección es nuestra, la cantidad de energía es la misma.



Referencias bibliográficas

¹ Laurell C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales N° 37 - Septiembre 1986.

² Campos, G.W.S. (2009) Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial.

³ Michalewicz, Alejandro, Pierri, Carla, & Ardila-Gómez, Sara. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de investigaciones, 21(1), 217-224. Recuperado en 14 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100021&lng=es&tlng=es.

⁴ Neves CAV, Massaro A. Biopolítica, producción de salud y otro humanismo. Interface (Botucatu) 13 (suppl 1). 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500003>

⁵ Veyne, P. Cómo se escribe la historia. Ensayo de epistemología. Fragua. 1972.

⁶ Neves CAV, Massaro A. Biopolítica, producción de salud y otro humanismo. Interface (Botucatu) 13 (suppl 1). 2009. Pág. 507. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500003>

⁷ Gramsci A. Odios a los indiferentes, en La ciudad futura, 1917. Disponible en: <https://marxismocritico.com/2011/10/15/odio-a-los-indiferentes/>

⁸ Neves CAV, Massaro A. Biopolítica, producción de salud y otro humanismo. Interface (Botucatu) 13 (suppl 1). 2009. Pág. 507. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500003>

⁹ Foucault M. Nietzsche, la genealogía de la historia. Pre-textos. España 1979. p. 61.

¹⁰ Gramsci, A. El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce. Buenos Aires: Nueva Visión. 2008.

EL IMPACTO DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN LA SALUD MENTAL Y LA EDUCACIÓN DE LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

Por Gabriela Dueñas
Dra. en Psicología. Lic. en Educación. Psicopedagoga.



Según distintos estudios que viene publicando la CEPAL, la vulnerabilidad es un rasgo dominante propio del nuevo patrón de desarrollo de sociedades como las nuestras. Esto es lo que convierte a este concepto en un interesante analizador de diversas problemáticas sociales de fines del milenio, complementario a los tradicionales enfoques de pobreza y de distribución del ingreso.

Siguiendo a Pizarro (2001), los términos “vulnerabilidad” y “grupos vulnerables” se vienen utilizando con mucha frecuencia en círculos intelectuales y gubernamentales de América Latina. Los fuertes impactos sociales provocados por los programas de ajuste tienen responsabilidad en la incorporación de esta terminología. Sin embargo, no se observa gran precisión conceptual cuando se hace referencia a la vulnerabilidad social y la mayoría de las veces se la confunde con pobreza.

El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento.

Por su parte, el concepto de pobreza, al expresar una condición de necesidad resultante sólo de la insuficiencia de ingresos, se encuentra limitado para comprender el multifacético mundo de los desamparados.

Como se desprende de las definiciones precedentes, el enfoque de vulnerabilidad al dar cuenta de la “indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, shocks y estrés” (Chambers, 1989 en Pizarro, 2001) provocados por eventos socioeconómicos

extremos, entrega una visión más integral no sólo sobre las condiciones de vida de los sectores de la población identificados por la escasez de sus ingresos efectivos como pobre, sino que permite también ampliar el foco de análisis, incluyendo a otros que se encuentran en situación de riesgo cierto de pobreza, al mismo tiempo que considera para esto y entre otras variables la disponibilidad de recursos y las estrategias de las propias familias para enfrentar los impactos que las afectan.

Por este motivo, constatar y valorar los recursos y capacidades que tienen los sectores de la población más desprotegidos en vez de insistir exclusivamente en la escasez de ingresos, como lo hace el enfoque de pobreza, interesa desde el punto de vista interpretativo de la salud/salud mental y de la educación, entre otros.

Ahondando en esto último, resulta oportuno advertir también que la perspectiva que ofrece el concepto de vulnerabilidad social permite a la vez, visibilizar la importancia de considerar que la capacidad de enfrentar situaciones críticas aparece ligada al impacto negativo en la salud/salud mental de los sujetos que genera no sólo la preocupación por el desempleo, sino también la inseguridad que sienten aquéllos que sí lo tienen, pero cuyo puesto de trabajo les ofrece escasa o ninguna estabilidad, protección o un ingreso insuficiente para protegerse de futuras crisis.

Esta circunstancia, y en relación al tema que aquí nos ocupa, termina haciendo mella en el ámbito educativo, las escuelas, uno de los principales espacios sociales contemporáneos en los que como nunca antes en la historia nuestras infancias y adolescencias se encuentran institucionalizadas gran parte de sus vidas, motivo por el cual allí se ponen en juego los diversos aspectos y variables que interactúan de manera altamente significativa

durante sus complejos procesos de subjetivación que, como bien se sabe desde el campo de la salud mental, tienen lugar en tiempos tempranos de la vida.

De ahí la importancia de considerar desde la perspectiva integral que nos ofrece el concepto de “vulnerabilidad social” el entramado que existe entre educación, salud/salud mental y procesos de constitución subjetiva de niñas/os y adolescentes.

Vulnerabilidad y escolaridad

En efecto, no sólo el desempleo sino también las condiciones de precariedad e inestabilidad laboral que niñas/os y adolescentes observan que padecen las/los adultos a cargo de su cuidado y educación[i] tienen serias consecuencias en los procesos de escolarización, marcando de manera particular las trayectorias educativas de amplios sectores estudiantiles, incluidos aquellos de clases medias, teniendo en cuenta —entre otras cuestiones— que en los tiempos que corren ya no parece ser cierto aquella promesa que indicaba que del nivel educativo que se alcance dependía el acceso digno y justo al mundo laboral. Al respecto, cabe recordar que sin embargo, aún hoy se insiste en sostener por ejemplo que el nivel secundario es el que se ocupa de preparar a las/os jóvenes para el mundo del trabajo.

Al respecto, y si bien es cierto que una certificación de estudios secundarios, o incluso terciarios/universitarios, suele continuar funcionando como una especie de “paracaídas”, hace tiempo que, para muchas/os jóvenes, los referidos han dejado de ser percibidos como una “garantía” a futuro de movilidad social ascendente, tal como —reiteramos— continua sosteniendo en sus discursos el mundo adulto.

Ante esta realidad, como es de esperar, se exacerba el clásico conflicto inter-generacional propio de la adolescencia, viéndose atravesado por profundos sentimientos de falta de confianza y descreimiento de las/os más jóvenes hacia las/os adultos.

Llegar a ser como sus adultas/os, familiares, conocidas/os o docentes, ya no es una meta ni una referencia para muchas/os jóvenes. Ante la falta de “balizas”, reina la incertidumbre entre ellas/os como en sus adultas/os.

En relación a esto último, cabe recordar que si bien es cierto que una cuota óptima de incertidumbre resulta ser una variable saludable a tener

en cuenta en cualquier proyecto de vida que se encare, y que su percepción en términos de problema a resolver o pregunta sin una respuesta certera por anticipado resulta constituirse en un buen motivo que motoriza a las/os sujetos a investigar, conocer, pensar, estudiar, etc., tampoco es menos cierto que si esa sensación de incertidumbre invade todos los ámbitos de la vida de las personas de manera intensa y persistente, ésta suele transformarse en una condición de inestabilidad e inseguridad incompatible con el despliegue de una vida saludable, dando lugar a estados depresivos, ataques de pánico, angustia intensa, violencia, dificultades de aprendizaje, aislamiento, o inhibiciones, comportamientos autoagresivos, baja autoestima, etc., sólo por mencionar algunos de sus efectos negativos.

Por su parte, las referidas condiciones profundizan los desacuerdos entre las familias y las escuelas poniendo en riesgo la clásica alianza que se requiere entre las/os adultos a cargo de su cuidado y de su educación, problemática sobre la que se viene ahondado en otras publicaciones (Dueñas, 2011).

Resulta necesario en este análisis no olvidar de poner en agenda de manera prioritaria una cuestión no menor que está afectando seriamente las condiciones de escolarización actuales y a las que en este trabajo, por falta de espacio, sólo se hará mención a continuación en términos de las dificultades del sistema educativo para actualizarse al ritmo de las demandas del S.XXI. En efecto, frente a la revolución exponencial que supone la llegada de las nuevas Tecnologías Informáticas de la Comunicación (TICs), cuestión que quedó claramente al desnudo durante la pandemia y aún persiste, las condiciones en las que hoy continúan escolarizándose nuestras infancias y adolescencias pueden calificarse de altamente vulnerables.

Los conceptos de salud, trabajo y educación

Si la perspectiva de considerar el concepto de “vulnerabilidad social” nos ofrece, entre otras posibilidades, la de ampliar nuestra comprensión de modo más integral acerca de la condición de desamparo que padecen grandes sectores de la población, más allá de aquellos que se identifican como “pobres” considerando para esto y de manera exclusiva la escasez de sus ingresos, y en su lugar nos permite tener en cuenta en nuestros análisis los recursos con los que cuentan y las es-

trategias a las que apelan las personas para garantizarse una vida digna y hacerle frente a los diversos problemas con los que las crisis económicas las interpelan, no será tarea difícil articular el referido concepto con el de salud/salud mental e inferir luego sus efectos sobre los procesos de subjetivación de niñas/os y adolescentes que, proviniendo de diversos sectores socio económicos, transitan su escolaridad en condiciones de alta vulnerabilidad.

Para esto resulta oportuno traer a consideración los siguientes conceptos cuyos desarrollos resultan afines al paradigma al que nos convoca la Ley Nacional de Salud Mental 26657:

- **Acerca del concepto de salud/salud mental:**

Al respecto Floreal Ferrara define a la salud como “la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida”. Profundizando en esta dirección, Ferrara plantea que la salud es un proceso, y agrega que, “como el río de Heráclito, nunca es la misma”, asociándola a aquello que está ocurriendo en el contexto en el que se inscribe la historia de vida de las/os sujetos. De esta manera nos convoca a una lectura que se acerca a entender el proceso salud-enfermedad desde lo colectivo a partir del cual la enfermedad no puede ser leída desde la perspectiva unicausal, focalizándose de manera excluyente en los individuos, tal como lo plantean y se insiste desde ciertas perspectivas de fuerte sesgo positivista. En síntesis, la salud es un producto histórico-social y es sinónimo de articulación con las/os otras/os, con la historia y con el contexto.[ii]

En la misma línea, cabe señalar que durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud ocurrida en 1978, un evento de trascendencia histórica convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se definía a la salud como un derecho humano fundamental cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Alma Ata, 1978).

Por su parte, resulta oportuno y pertinente recordar que Vicente Galli (1987) al definir a la salud como “el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos”, explicita una dimensión ligada a la salud cuando

refiere a “la producción de futuro” que conduce a su necesaria articulación con otros conceptos que se vienen anticipando desde la perspectiva que ofrece la noción de “vulnerabilidad social” ligados a las posibilidades que el actual contexto les ofrece a las/os jóvenes de construir sus proyectos de vida, el acceso a un trabajo digno y el sentido de la educación en relación a esto último.

- **Acerca de la noción de trabajo:**

Desde un enfoque integral de la salud /salud mental que parte de una perspectiva de derechos que contempla la interdependencia existente entre ellos, se considera al “trabajo” como un derecho humano clave cuya vulneración impacta de lleno sobre otro derecho humano fundamental que es el derecho a la salud. Esto es así en la medida que bien se lo puede definir como un organizador fundamental de la vida psíquica y comunitaria tanto por el sustento económico que proporciona, como por la dignificación y la posibilidad efectiva de inclusión social derivado del intercambio social con otras/os que supone o requiere la producción de un bien o de un servicio.

Como se infiere de lo dicho, situados en un presente inestable, inseguro, o en condiciones de desamparo, y sin posibilidades de vislumbrar un horizonte probable de independencia económica, autonomía, dignidad e inclusión social, no estarían dadas las mínimas condiciones contextuales saludables como para poder proyectarse a futuro, con lo cual, de manera particular las/os jóvenes que se encuentran tramitando su salida de la adolescencia, se encuentran hoy en serios problemas[iii].

- **El sentido de la educación para las infancias y adolescencias actuales**

Como señala Margulis (2003): “la “juventud” es una “creación” relativamente reciente y la escuela está inscripta en ese proceso de “creación de juventud” como sujeto social. Entonces, preguntarnos acerca de los procesos subjetivos promovidos en los jóvenes que conforman y atraviesan ese territorio, implica revisar procesos de significación social de adolescencias situadas”. Al respecto, y cómo se anticipó, si bien desde su creación como sistema educativo, la idea de la educación y la escuela estuvieron anudadas fuertemente a la ilusión de progreso y ascenso social en el conjunto de las sociedades modernas, sobre todo en la primera mitad del siglo XX, el clivaje de esta institución –junto con otras instituciones

tradicionales— es una marca de época significativa que nos interpela acerca del lugar que las/os adolescentes le asignan a la escuela y el nuevo sentido otorgado al progreso.(Zaldúa,2016).

Ahondando en esta dirección, relevamientos recientes realizados entre estudiantes de escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense como el ya citado estudio publicado por M.E Lenta, M.P. Paowlowicz y R Moschela en Zaldúa, G (2016) parecen indicar que, como señala Duschatzky (1999), no sólo el pasaje por la escuela continúa siendo significativo para los estudiantes sino que se sigue articulando con una idea de progreso aunque ya no entendido como ascenso social sino como posibilidad de despegue de la fatalidad de origen. Más que enfatizar un mejor trabajo que el de sus padres en términos de lugar social, las/os adolescentes consultados en el referido estudio enlazan al pasaje por la escuela como instancia que da herramientas para el futuro y un trabajo, aunque no necesariamente mejor.

No obstante, al indagar sobre los aspectos que los estudiantes cuestionan de su propia escuela, en los resultados del referido estudio se observaron indicadores de problemáticas de diversa índole que las/os jóvenes señalaron, entre otros, en relación a aspectos vinculados con la precariedad de recursos didácticos, entre los que destacan la falta de conectividad y de la infraestructura edilicia escolar.

Pero la/os estudiantes indicaron también aspectos que ponen en tensión los discursos hegemónicos que vinculan a las/os adolescentes con el desinterés por el estudio e incluso la escasa conciencia sobre el propio derecho a la educación, al referirse a sus escuelas como espacios donde muchos docentes se ausentan, existe alta rotación de cargos, las tareas no se exigen y la violencia social se expresa sin un abordaje alternativo desde el mundo adulto.

A través de los resultados, se puede observar de qué modo el contexto de vulnerabilidad social en la que está inserta la escuela irrumpe en ella brindando una educación que también precariza, al afectar el despliegue del ejercicio de las tareas docentes, los programas educativos y que se expresa en la laxitud de normas, valores y límites que claramente perciben las/os estudiantes, y como es de esperar, termina impactando en su dimensión subjetiva.

Estos aspectos señalados por estudiantes interrogan críticamente los procesos de escolarización

en escuelas medias, entrando en sintonía con el planteo de G. Kessler (2004) a partir del término “escolaridad de baja intensidad”.

El autor se refiere a aquellas trayectorias que se caracterizan por el “desenganche” de las actividades escolares en territorios donde las instituciones en crisis no pueden salir de la lógica reproductiva de la vulnerabilidad social.

Desde la perspectiva de este trabajo, y siguiendo con esto a Flavia Terigi (2007), se considera necesario advertir que no sólo se trata de las condiciones del presente las que generan para los chicos y las chicas alto nivel de desafiliación con respecto al proyecto escolar. También lo son las oportunidades “a futuro” que ofrece el sistema, ligadas a la referida promesa de preparación para acceder al mundo del trabajo y la movilidad social ascendente, estrechamente asociada al “sentido de la educación”.

Al respecto, tiene sentido identificar la marcada incertidumbre e inseguridad en las que hoy se inscriben las posibilidades de las/os jóvenes de construir un proyecto de vida que se requiere reconocer para encontrar formas de activar relaciones intensas de los adolescentes y jóvenes con la escuela.

A propósito de este tema, Silvia Bleichmar señalaba que en nuestro país [iv] estamos comenzando a tener generaciones enteras que tienen tiempo por delante, pero no futuro (Bleichmar, 2005); o tienen futuro en términos de la perspectiva que se han construido respecto de lo que tienen por delante.

El desafío que se abre a la escuela es entonces proponer un futuro, claro que con categorías que tienen que ser distintas de las históricas. Evidentemente, no es aquel futuro de la escuela de principios y aún mediados del siglo XX. Se hace necesario preguntarnos cuál es el futuro que la escuela media está en condiciones de proponer y de sostener como proyecto para sus alumnas y alumnos. (Terigi, 2007).

La incertidumbre como obstáculo en la construcción de un proyecto de vida

Retomando aquello que se anticipaba acerca de la perspectiva que ofrece el concepto de “vulnerabilidad social” como un potente analizador que permite visibilizar, entre otras cuestiones, la marcada incertidumbre que sienten numerosas/os jóvenes en relación a su futuro, enlazada a los cuestionamientos respecto de lo que les ofrece el

sistema educativo en las actuales condiciones, y el sentido de la educación “en jaque” ante la falta de garantías de promover y propiciar el acceso justo y digno al mundo laboral con su consecuente promesa de movilidad social ascendente, a esta altura del recorrido que se propone en este artículo, se puede dar cuenta de la marca del contexto socioeconómico en el que se inscriben sus trayectorias singulares y colectivas, oportunidades, deseos y apuestas.

Considerar a los procesos de constitución subjetiva que tienen lugar durante las infancias y adolescencias como eventos situados y colectivos supone no solo un desafío para la pedagogía sino también todo un reto para la psicología y la psiquiatría en sus versiones paradigmáticas hegemónicas.

Como bien advierten M.E Lenta, M.P. Paowlowicz y R Moschela en Zaldúa, G (2016): “Psicosocialmente, la adolescencia tiene la potencia de ser un tiempo abierto a la resignificación y a la producción de distintos procesos de recomposición psíquica entre los que Bleichmar (2005) destaca los modos de concreción de la sexualidad y la reformulación de ideales, lo que implica nuevos procesos identitarios.”

Estos procesos están ligados a las condiciones históricas en las que acontecen, en las que el vínculo intergeneracional y las significaciones sobre el territorio se conforman como coordenadas clave.

En un momento histórico en el que se naturaliza la precariedad de la vida, se exagera la vulneración de derechos y se vive el clivaje de instituciones tradicionales —como la familia y la escuela—, se interrogan los soportes subjetivos que referencian el porvenir. En ese marco, los sentimientos de impotencia y zozobra frente a la representación del tiempo futuro pueden producir descreimiento en la posibilidad de la conquista del espacio social.

Ahondando en el tema, algunos autores enfatizan que el sentimiento de debilidad para enfren-

tar un sistema social injusto y la amenaza de no encontrar reconocimiento del otro social pueden retornar generando modos de respuestas fallidas como acciones agresivas contra sí y los otros, e inhibición expresada en la renuncia al futuro.

“Se constituye así una representación doblemente problemática de esta etapa vital que convierte a los jóvenes en el “enemigo” del orden social: la de los adolescentes excluidos asociados a la violencia y delincuencia; y la de los sectores medios siempre pasibles de “caer” o “desviarse”, lo cual no se justifica por “todas las oportunidades que tienen”. (Zaldúa, G. 2016)

Comprender estas circunstancias, considerando para esto los aportes al campo de la salud como los citados F. Ferrara, V. Galli, y las declaraciones de Alma Ata, evitando negar las complejidades y sufrimientos que hoy supone el tránsito hacia la adultez en estos contextos, sin dudas contribuiría a adecuar las intervenciones que desde el campo de la salud/ salud mental se realizan sobre las infancias y adolescencias actuales incluyendo aportes inter y transdisciplinarios a las clásicas lecturas “psi”, centradas en los individuos y sus condiciones de vida “particulares”, para dar lugar a una comprensión de carácter integral, que a la vez permitiría reconsiderar la importancia de los abordajes de carácter comunitarios en adecuación además al nuevo paradigma al que nos convoca la Ley Nacional de Salud Mental.

Preguntar y preguntarse desde adolescencias situadas por los deseos, los futuros, las prácticas y sus sentidos habilita senderos no sólo para desarmar discursos sociales y de las disciplinas instituidos que reproducen identidades patologizadas, tuteladas y exclusiones diversas, sino también para promover movimientos subjetivos en y entre las/os propias/os protagonistas y los adultos a cargo de su acompañamiento tanto del campo de la salud/salud mental como del de la educación, al interrogar(se /nos) por trayectorias supuestamente predefinidas.(Dueñas, 2011,2013).



Referencias bibliográficas:

Bleichmar, Silvia (2005). Primera conferencia. Ciclo "Subjetividad en riesgo: herramientas para el rescate", organizado por la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con los directivos y profesionales de las escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires a partir del siniestro ocurrido en República Cromañón el 30 de diciembre de 2004. Sitio Web: <http://www.buenosaires.edu.ar/areas/educacion/eventos/actualidad/bleichmar.pdf>

- Castel, R. (2004). Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social. Ed. Topia. Buenos Aires
- Dueñas, G (2011) "¿Niños en Síndromes?". Ed. Noveduc. Bs As.
- Dueñas, G (2013) "Niños en peligro. La escuela no es un hospital". Ed. Noveduc. Bs As.
- Duschatzky, S. (1999). La escuela como frontera. Reflexiones sobre la experiencia escolar de jóvenes de sectores populares. Buenos Aires: Paidós.
- Ferrara, Floreal (1987) "Teoría Social y Salud" Ed. Catálogos. Bs As.
- Kessler, G. (2004). "Sociología del delito amateur". Paidós. Buenos Aires
- Margulís, M. (2003). "Juventud, cultura y sexualidad. La dimensión cultural de la afectividad y la sexualidad de las jóvenes de Buenos Aires". Biblos. Buenos Aires.
- Pizarro, R. (2001) "La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina". CEPAL. División Estadísticas. Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf

- Terigi, Flavia (2007) "Los desafíos que plantean las trayectorias escolares" Conferencia dictada en el marco del Foro Latinoamericano de Educación Jóvenes y docentes. La escuela secundaria en el mundo de hoy" Organizada por la Fundación Santillana en Bs As. del 28 al 30 de Mayo de 2007. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar>
- Zaldúa, Graciela (2016) "Intervenciones en Psicología Social Comunitaria". Ed Teseo. Bs As.

[I] Aquí se dice "salud/salud mental" con el propósito de visibilizar que sin salud mental no hay salud.

[II] Por su parte, las/os docentes a cargo de su acompañamiento y contención, además de llevar adelante sus tareas específicas de conducir los procesos de enseñanza de contenidos curriculares, deben considerarse también en condiciones de vulnerabilidad social atentos a la precariedad de sus condiciones laborales.

[III] Pero F. Ferrara plantea también una discusión que puede ser interesante, oponiendo la idea de conflicto a la de equilibrio que propone la OMS. Es decir que nos convoca a pensar que no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que justamente sería la evitación vía negación de los conflictos y que por lo tanto no lucha por resolverlos, lo que certifica la enfermedad.

[III] La inclusión socio-laboral y el recibimiento de una compensación digna por la participación en procesos productivos aparecen como derechos relevantes. Sin embargo, en el contexto actual de precarización creciente de los derechos laborales que mantiene a amplios sectores de la población con trabajo no registrados, tercerizados o desempleados, las políticas sociales de inclusión socio-laboral producen ciudadanía parcial.

[IV] Refiriéndose] Refiriéndose a Argentina.





Enfermería y salud mental¹

LAS TRANSFORMACIONES NECESARIAS

“Si los médicos solo vemos la enfermedad, si solo indagamos el órgano enfermo, correremos el riesgo de pasar por alto ese mundo, ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red tejida de ensueños y esperanzas. Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”².

Ramón Carrillo

Las enfermeras³ han realizado muchos cambios en los últimos tiempos, sobre todo en lo referido a la autonomía profesional: desde la formación y capacitación (de ser trabajadoras empíricas hasta lograr la profesionalización universitaria, tanto de grado como de postgrado, postítulos, participación en residencias interdisciplinarias), el logro de algunos lugares de conducción en hospitales y o programas sanitarios, y las nuevas responsabilidades en las prácticas comunitarias.

Pero son las enfermeras que trabajan en el campo de la salud mental las que han hecho las mayores transformaciones, ya que el nuevo modelo de cuidado de la salud presenta grandes desafíos. En muchos casos, esos cambios afectan su identidad profesional, pero en otros, esa transición brinda una gran oportunidad de redefinir y avanzar en su nueva función, absolutamente diferente a la de la práctica médica.

Por Maluca Cirianni
Enfermera y psicoanalista



En Argentina, la enfermería logró autonomía profesional hace sólo 30 años con la promulgación de la ley de ejercicio profesional N°24.004, sancionada en el año 1991, que en su artículo 2 expresa:

“El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes”.

“Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería

Hasta el año 1991, el ejercicio de la enfermería estuvo regido por la ley 17.132 del año 1967 que lleva por título *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de éstas*. Las colaboradoras eran las enfermeras.

Cuando hablamos de enfermería y de salud mental aludimos a un campo complejo de la praxis (teorías y prácticas) que es muy difícil aislar, diferenciar. ¿Podríamos decir que es una especialidad? Desde la perspectiva teórica de la salud colectiva, la praxis de enfermería que proponemos organiza

una serie de conceptos y prácticas vinculadas con las personas que sufren padecimientos subjetivos, pero por otro lado, cada persona que sufre cualquier enfermedad es un ser humano integral, por lo que su cuidado exige el conocimiento de múltiples enfoques y de disciplinas fuera del campo de la medicina, como la antropología social, la educación, el derecho, el psicoanálisis, la filosofía, la sociología y la comunicación social. Desde esta perspectiva es imprescindible también acordar con un proyecto ético político que se centre en las necesidades de los otros y otras como ciudadanos de derecho. Reivindicamos el legado de Eva Duarte de Perón: *"donde hay una necesidad hay un derecho"*.

Propongo complejizar, abrir preguntas, aceptar que no se tienen todas las respuestas y que nuestro trabajo no es un listado de técnicas con fundamentos, sino una **tarea de gran complejidad y máxima creatividad** que nos exige disponer de teorías, conceptos y estrategias clínicas, que nos conduzcan a la interpretación de las situaciones que el malestar de la época nos presenta.

Una persona que recibe un diagnóstico de cáncer, otra que está a punto de entrar en el quirófano, otra que está en estudio por reiteradas anemias, una mujer que acaba de perder un hijo, otro que cursó un infarto, alguien que ya no encuentra motivos para vivir, un niño con leucemia, un joven que necesita ser trasplantado, alguno que acaba de perder un familiar querido, una familia a punto de ser desalojada, un trabajador que es despedido, alguien que llega sin poder decir palabra inundado por un dolor incommensurable, un niño aterrorizado y al mismo tiempo avergonzado, y así podríamos enumerar a todas y cada una de las personas que tenemos que cuidar, como seres integrales y únicos, y sobre todo, sujetos sociales y culturales a quienes se les juegan miedos, angustias, incertidumbres, preocupaciones familiares y sociales (laborales, de desarraigo, de aislamiento, etc.). Como dice el nombre de esta revista, hay una sola salud, la que considera al ser humano integral y singular en un contexto histórico y político determinado.

La plena vigencia e implementación en nuestro país de la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental demanda de las enfermeras que puedan alojar el sufrimiento y la "locura", o al decir de Marcelo Percia, las demasías⁵, en cualquier institución de los diferentes niveles del sistema de salud. Pero también que puedan intervenir sobre las condiciones de vida por medio de la promoción y prevención comunitaria.

Estas modalidades de atención, como las ideologías que las sustentan, no siempre son explicitadas claramente y a veces los mismos trabajadores y trabajadoras de la salud no son conscientes de ellas. En muchos casos, las acciones que se desarrollan ponen de manifiesto conflictos entre conceptos, valores y prácticas.

Nuestra propia práctica nos ha demostrado las desigualdades en las modalidades de atención, como por ejemplo, vinculadas al género (la práctica obstétrica); al subsistema de atención (pública, de obras sociales o privada); respecto a la consideración de la participación de la población; el enfoque: más preventivo, curativo o de promoción; en el uso de tecnologías más o menos complejas; en las relaciones personales entre el equipo de salud; entre lugares geográficos, para mencionar solo algunas entre tantas.

Si bien en las últimas décadas se ha avanzado mucho en el mejoramiento y transformación de las modalidades de atención, aún sigue vigente el modelo médico hegemónico tanto en el sistema de salud como en la población que recibe la atención.

Considero importante distinguir y analizar críticamente aquellas formas de intervención que reproducen o refuerzan las determinaciones que condicionan los lazos sociales actuales y que afectan tanto a los sujetos de atención como a los y las trabajadoras de la salud.

Estar atentos a:

- El uso de discursos que promoviendo la uniformidad generan la segregación, discriminación y exclusión.
- El desligamiento de lo social y lo cultural de la genealogía de los sujetos.
- La subordinación de la modalidad terapéutica o la clasificación de la demanda a criterios procedentes del mercado o del ámbito de los intereses institucionales.

Es derecho de todas las personas y obligación del Estado ofrecer modalidades de atención adecuadas a las necesidades de la población y no del sistema productivo y de consumo o mercado de la salud, que satisfice las necesidades de las minorías privilegiadas en detrimento de las mayorías. Es significativo que en muchos libros y artículos de salud se denomine clientes a las personas que necesitan o demandan cuidados.

En el campo de la salud siempre está en juego la vida de las personas como sujetos de derecho y

un modo de intervenir sobre su malestar o sobre su enfermedad y su dolor. La salud es un campo de lucha política, técnica y profesional. Se da sobre los cuerpos de las personas y de los pueblos. Con la última peste, denominada pandemia de coronavirus, esto quedó más al descubierto.

Como dice Fernando Ceballos (2021):

La incertidumbre, el silenciamiento, la opresión y la alienación como eje del trabajo neoliberal son tremendas y nuestros cuerpos lo saben. Entonces sostenemos que después del COVID 19 hay vida, y vamos a tener que profundizar nuestras luchas como trabajadoras y trabajadores de salud para que las condiciones de trabajo nos puedan garantizar la producción de cuidados, para que empecemos a creer en nuestros conocimientos y les demos estatus de saber, para sostener una ley de salud mental vapuleada por una arremetida de la psiquiatría y la neurociencia, para que se entienda que el encierro no cura, que la medicalización tranquiliza sólo a los que intentan dominar la locura y que debemos definitivamente incluir a la salud mental en el sistema de salud. El cuidado depende de nosotros, de ese instante único en donde la micropolítica de un encuentro se inunda de posibilidades de producción de subjetividad”.

Considero importante problematizar la función de la enfermera en general, y en particular en el campo de la salud mental, dando lugar a la reconceptualización del rol, en un momento histórico ideal por el consenso creciente en la valoración del ejercicio de los derechos humanos en general y de las personas y comunidades que sufren en particular.

Las prácticas también deben ser pensadas como instrumentos necesarios para la construcción de estrategias clínicas interprofesionales⁶ donde el cuidado enfermero tiene que ser pensado como una instancia de aporte al equipo de salud.

Es imprescindible que nos autoricemos a hacer lo que responsable y conscientemente creemos,

darnos la palabra, adueñarnos del silencio, protagonizar la interrogación del sentido de lo que nos pasa.

Es necesario y urgente autorizarnos a cuestionar clínicas excluyentes, tecnocráticas, moralizantes, administraciones burocráticas de la vida de las personas que sufren, y a responder por lo que hacemos con toda la autonomía que nos da la ley del ejercicio de nuestra profesión.

La salud, y en particular la salud mental, está directamente relacionada con las condiciones de vida de las personas y sus grupos de pertenencia (familia, trabajo, hospital, escuela, policía, iglesias, organizaciones políticas, etc.). Condiciones no solo económicas y sociales, sino de desarrollo personal y cumplimiento de deseos y proyectos. Las injustas situaciones de la vida aumentan la desigualdad y en consecuencia la vulnerabilidad, producen desamparo e indefensión, modos de vida indignos que llevan en muchos casos al adormecimiento e inmovilización a través del consumo de drogas o a las múltiples expresiones de violencia desesperada.

A partir de propuestas transformadoras en la prestación de servicios en el campo de la salud mental, cobran relevancia las políticas públicas de ampliación de derechos, que implican la creación de condiciones individuales, grupales y colectivas que alivien el dolor y permitan que la vida valga la pena de ser vivida.

Creo necesario hacer un llamado a nuestras colegas a una revisión de la función dominante actual de la enfermera, para apostar desde allí a la construcción de una clínica de enfermería en salud mental que nos incluya con nuestros deseos y esperanzas. Una convocatoria a la invención de estrategias de intervención no convencionales, eficaces, creativas, colectivas, comunitarias, transculturales, multidisciplinarias, intersectoriales, de pequeños y grandes grupos, que impacten en las instituciones y que dignifiquen nuestra profesión.

Referencias bibliográficas

1 Título del libro de mi autoría, de pronta publicación.

2 Carrillo, Ramón. Teoría del Hospital. Primera edición- Buenos Aires Biblioteca Nacional 2012 Pág. 31

3 De acá en adelante para referirme a enfermeras y enfermeros lo haré en femenino.

4 Este artículo no aclara qué tipo de servicios, por lo que se infiere que puede administrar cualquier servicio, incluso direcciones de hospitales, cargos de direcciones ministeriales, y ministerios.

5 Percia, Marcelo Demasías Locuras normalidades – meditaciones para una clínica menor. Ediciones La Cebra. 2017

6 Prefiero denominarlas así y no como interdisciplinarias porque son diferentes profesiones las que confluyen en un equipo y no siempre son de disciplinas diferentes.



35
AÑOS

Cuidando a futuro
de nuestro



El presente del principal hospital pediátrico de alta complejidad

GABRIELA BAUER: “EXISTE UNA POLÍTICA PÚBLICA QUE NOS SITÚA COMO PIEZA CLAVE DE UN ENGRANAJE FEDERAL”

La presidenta del Consejo de Administración del Hospital Garrahan analiza la situación del más grande efector pediátrico de la Argentina, sus orígenes, el impacto de la pandemia y los desafíos actuales, y hace hincapié en la recuperación del salario de los trabajadores y el abordaje integral de la salud basado en la perspectiva de derechos y contra las violencias.

La médica pediatra **Gabriela Bauer** llegó al hospital Garrahan en 1992 para sumarse al programa de Seguimiento de Niños con Enfermedad Pulmonar Crónica en el servicio de neumonología, tarea que compartía con la atención de bebés en el consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo, en el área de neonatología. Tercera por orden de aparición en una familia de 12 hermanos y hermanas, la actual presidenta del Consejo de Administración del establecimiento pediátrico insignia de la Argentina, tomó el desafío de conducirlo en tiempos signados por la pandemia, pero que en el caso del Garrahan, son siempre tormentosos, colmados de complejidades no sólo epidemiológicas sino muchas veces fruto de vaivenes políticos y administrativos.

En diálogo con **Una Salud**, Bauer resalta la capacidad de respuesta del establecimiento a la alta complejidad pediátrica, señala el complejo desafío de alcanzar una recuperación del salario de sus trabajadores y enfatiza que una de las principales lecciones aprendidas de la pandemia es la de “que nadie se salva solo”.

Como presidenta del Consejo de Administración y profesional con una larga carrera en el hospital, ¿cómo y por qué el hospital se transformó en un centro de referencia nacional y de la región para las infancias?

Para responder esa pregunta me gusta recuperar la idea de Luis Alberto Dal Bo, uno de los primeros directores del hospital, en relación a la institución como modelo vivo y a sus posibilidades de evolución, impulsadas por la convicción de que es posible mejorar el mundo en que nos toca vivir.

Entonces, en los orígenes del Garrahan hubo una voluntad de personas que tomaron la posta respondiendo a una necesidad de desarrollar la alta

complejidad pediátrica en la Argentina. A mediados de los '80, el país registraba una importante disminución de la mortalidad infantil en lo referido a las enfermedades prevalentes: las diarreas, las infecciones respiratorias y todo lo vinculado al primer nivel de atención. El desafío fue generar los cuidados de alta complejidad, iniciar las terapias intensivas tanto neonatales como pediátricas para seguir impulsando el aumento en la sobrevida de las enfermedades que requerían tales intervenciones.

Ese grupo fundacional contó con un alto entendimiento de las perspectivas sanitarias pediátricas y pensó un modelo de hospital que fue una verdadera plataforma para llegar a donde hoy estamos. A eso se sumó un avance en las tecnologías, y luego la voluntad política de invertir y seguir confiando en el desarrollo de la salud pública de alta complejidad que tuvo lugar durante los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner: el ECMO, el Berlín heart y respiradores de última generación que representaron un salto de calidad en el tratamiento y respuesta de las enfermedades complejas.

Todo eso hizo que los resultados en sí mismos, es decir, la producción en salud ganada estos años, representados en la atención de más de 600 mil consultas anuales, 11 mil cirugías, 30 mil sesiones de hospital de día para chicos con cáncer y alrededor de 100 trasplantes por año, ubiquen al Garrahan como centro de referencia de la alta complejidad pediátrica del país y Latinoamérica.

¿Cómo definiría el presente del Hospital Garrahan?

Podemos definirlo como un tiempo signado por múltiples desafíos. Por un lado, el desafío que representa la crisis social y económica que atraviesa el país, la crisis de valores, la pérdida de confianza en las instituciones, la fragilidad democrática frente a un Poder Judicial que se contrapone a la justicia social, el lugar de las niñeces en estos tiempos, la representación social de las y los trabajadores de salud, entre otros.

Luego, desafíos que son comunes a los de otros efectores de la salud que como el Garrahan deben dar respuesta a la alta complejidad. Las dificultades en las licitaciones de bienes de consumo o capital (medicamentos, tecnología, etc.), donde predomina un mercado que propende a la especulación, que deja a un lado el interés superior como lo es la necesidad de dar respuesta a personas que sufren

enfermedades complejas y prioriza las ganancias.

Otro reto importante que tenemos es alcanzar una recuperación del salario de los trabajadores de la salud, especialmente de quienes cumplen horarios prolongados y efectivos. Se trata de un salario que sufrió un fuerte deterioro durante el gobierno anterior y que con la inflación actual no se ha logrado recomponer a los valores de 2010-2015. Y luego, los desafíos particulares de este hospital que somos.

Contamos con 4800 trabajadores en planta permanente, más alrededor de 1200 residentes y becarios en formación, a los que se suma otro tanto que representan las y los trabajadores de los servicios de alimentación, de limpieza y de seguridad. Y todos ellos en permanente vinculación con niños, adolescentes y familias de todo el país. Los indi-



cadores de recuperación de la atención del primer semestre de 2022 dan cuenta de la capacidad de respuesta que mantiene hoy el hospital.

Ha priorizado alguna problemática en particular dentro de las múltiples que atraviesan al establecimiento?

Retomando la idea de los desafíos particulares, hoy uno de los problemas que priorizamos desde la conducción es el valor identitario actual del trabajador del Estado, de su compromiso con la cultura del trabajo colectivo, de dedicarse al cuidado integral de personas que la Constitución Nacional reconoce como de interés superior, en un plantel que hoy está conformado mayormente por jóvenes ya que un número considerable de las y los “fundadores” del hospital se ha ido jubilando en los últimos cinco años.

El hecho de ser una institución referente habla de una construcción progresiva basada en vínculos de confianza entre personas: por un lado familias que recibieron respuesta, contención, cuidados para los problemas acuciantes de salud de un hijo o hija, y por otro lado integrantes de equipos pediátricos que recibieron formación y capacitación desde el hospital. Todo eso va tejiendo la trama de las redes infinitas que se van logrando desde la Oficina de Comunicación a Distancia. Se sumó también un programa de referencia y contrarreferencia que hoy se ha resignificado como Garrahan Federal, que sacó a los equipos del hospital para llevarlos al terreno, para poder tangir las necesidades concretas de hospitales de todo el país colaborando en el fortalecimiento de servicios, y al mismo tiempo aprender sobre las superaciones que se logran.

Muy vinculado a eso, está la priorización de la participación de pacientes en aspectos vinculados a la atención. El hospital creó el año pasado el Consejo Consultivo de Adolescentes, una experiencia participativa única donde los chicos y chicas evalúan cómo son atendidos sin mediaciones y proponen alternativas para mejorar las estrategias de cuidado desde su perspectiva.

Por supuesto, género y violencias también son desafíos para el hospital en el contexto histórico en que nos encontramos. Para la institución, contar con leyes específicas como la de Educación Sexual Integral (ESI), la Ley Micaela o la aprobada hace apenas unos días para capacitar contra las violencias hacia las infancias, la Ley Lucio, buscan alcanzar el nivel de garantía de derechos, nos proponen correr

de lo asistencial y entender lo que significa la obligación desde el Estado de mejorar el conocimiento de estas problemáticas y actuar para prevenirlas y evitarlas.

Ahora bien, nada podría pensarse en esta construcción sin la voluntad política de acompañar e invertir en el desarrollo del Hospital Garrahan. Más allá de las crisis atravesadas en los 35 años que lleva funcionando, y del hecho concreto de que hubo períodos y gobiernos con mayor visión de fortalecimiento, la capacidad de respuesta a la alta complejidad pediátrica como la expresan por ejemplo los trasplantes de órganos, las cirugías de cardiopatías congénitas o los tratamientos del cáncer infantil, hoy existe una política pública que tiene a nuestra institución como una pieza clave de un engranaje en red federal.

Qué impacto tuvo la pandemia en el funcionamiento hospitalario?

A grandes rasgos, en el campo pediátrico la pandemia influyó a través del aislamiento social preventivo y obligatorio que fue requerido por la amenaza del Covid, más que por el Covid en sí mismo. Pero es demostrable que representó problemas muy serios que podemos agrupar en dos categorías amplias. Por un lado, ralentizó y generó pérdida de oportunidad en el cuidado integral de niños, niñas y adolescentes, sobre todo en procesos de salud-enfermedad desafiantes, crónicos y/o discapacitantes. Pero trabajamos intensamente para mitigar las brechas de acceso, con las redes de tele salud funcionando de manera clave para esta tarea.



Por otra parte, al igual que en el mundo y más allá de las acciones que comunitariamente se fueron implementando, una proporción que se estima considerable de niños, niñas y adolescentes sufrieron efectos devastadores por el aislamiento, atravesados por situaciones de violencia doméstica o condiciones de pobreza, sin contar con la escuela u otros modos de socialización. También es claro que se perdieron oportunidades de acceso a controles preventivos de salud o de vacunación.

En la etapa final del impacto de la pandemia sobre el funcionamiento del hospital, quedan lecciones aprendidas?

No se si en el presente podemos darnos el atributo de definir que lección aprendimos y cuál nos

falta. Hablar de la pandemia en general fastidia, enoja, atrae emociones que en general no son gratas, a lo que se suma la vida misma, la inflación, las perspectivas que no son tan positivas, los medios que hablan de lo malo. Salvo en el caso del Mundial, pareciera que la felicidad está separada del nosotros.

Por eso en medio de este clima es difícil evaluarnos. Necesitamos protagonizar un período en el que seamos capaces de reflexionar colectivamente mejor para definir realmente qué es lo que aprendimos. Y también tenemos que buscar otros modos de aprender, en esta tarea tan titánica como única que significa ser partícipe de la transformación social.

Pero sí podemos decir que aprendimos y reafirmamos que nadie se salva solo. Que el tener un sistema de salud como el que tenemos es de un valor incalculable, pero además hace falta más tiempo para evaluar otros aprendizajes.

PERFIL

Gabriela Bauer es médica pediatra egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Realizó su residencia y fue jefa de residentes en pediatría y neonatología en el hospital Francés. Se incorporó al Garrahan en 1992 a partir de una capacitación en Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo. Trabajó en el Programa de Seguimiento de Niños con Enfermedad Pulmonar Crónica del servicio de neumonología y en consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo, en el área de neonatología.

Fue jefa Clínica de Condiciones Crónicas Complejas en el Área Ambulatoria entre 2014 y 2021. Ejerció el cargo de directora de Salud Perinatal y Niñez del ministerio de Salud de la Nación entre 2020 y 2022. Forma parte del Instituto PATRIA. Es miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Realizó una maestría en Metodología de la Investigación Social en la Universidad de Tres de Febrero y en la Universidad de Bologna (Italia) en Argentina, y un Programa de Actualización en Estadística para Ciencias de la Salud en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales.





LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DE REDES ESTRUCTURANTES: RELATO DE EXPERIENCIAS EN AMÉRICA LATINA¹

Por Sebastián Tobar²
y Frederico Peres³



RESUMEN

El presente artículo postula que la creación nacional y regional de redes de instituciones formadoras en salud pública contribuye, de manera estratégica, para el fortalecimiento de la formación de salubristas y, consecuentemente, para el desarrollo de los sistemas de salud. A partir de una experiencia exitosa de creación de la Red de Escuelas de Salud Pública de América Latina (RESP América Latina), observamos que el trabajo en red promueve oportunidades para generar transformaciones necesarias para el fortalecimiento de capacidades locales y regionales, a partir del relevamiento de las ofertas formativas disponibles en la región, de la discusión de temas estratégicos para las instituciones formadoras, del intercambio de experiencias sobre prácticas pedagógicas y de la promoción de estrategias para el desarrollo de habilidades y competencias alineadas a

las necesidades de los sistemas de salud. La experiencia de organización de una "red de redes" de instituciones formadoras permite que diferentes grupos de actores sociales y políticos identifiquen problemas comunes y desarrollen estrategias de organización de recursos, prácticas y saberes, a fin de maximizar la efectividad, eficacia y eficiencia en su accionar. Y, en este sentido, permitió reflexionar sobre los diferentes contextos que determinan los procesos formativos y de desarrollo de recursos humanos en salud, identificando cuales son las características comunes o desafíos, intercambiando flujos para el mejor desarrollo de sus funciones.

Palabras-clave:

formación profesional en salud pública; recursos humanos en salud; América Latina; sistemas de salud.

INTRODUCCIÓN

La formación en salud pública es un proceso fundamental para el éxito de las políticas, servicios, programas y sistemas de salud^{1, 2, 3}. Sanitaristas o salubristas bien formados serán aquellos que entiendan la relación entre salud y sus determinantes y lideren los procesos relacionados al cuidado, individual y colectivamente, haciendo posible prevenir, atender e incluso anticipar los problemas que afectan la salud de la población^{3, 4}.⁵ La formación en salud pública resulta crítica para mejorar el bienestar de las personas y comunidades, a través de la constitución de redes integradas entre los servicios de salud y sus usuarios, en los distintos territorios^{2, 3, 6, 7}.

La salud, los riesgos que la afectan y las enfermedades, así como los cuidados individuales y colectivos en salud, son socialmente producidos y están relacionados a los contextos económicos, políticos y sociales de cada país o región^{7, 8, 9}. En tal sentido, la formación en salud pública necesita estar alineada con las características y particularidades de cada país, posibilitando, desde una perspectiva interprofesional, reflexionar sobre las particularidades de los procesos salud enfermedad, sus determinantes socio-ambientales y sobre cómo se organizan los programas y sistemas de salud para afrontar las consecuencias de dichos procesos^{1, 2, 8, 9}.

En los últimos diez años, se registró un aumento significativo de las ofertas de cursos y programas de formación en salud pública en varios países latinoamericanos^{10, 11}, que se distribuyen en forma asimétrica entre e intra países, no siempre con un criterio que refleje las verdaderas necesidades y los contextos de los servicios, programas y sistemas de salud^{10, 11, 12}. Considerando la enorme heterogeneidad socio-ambiental y cultural de América Latina, la distribución asimétrica de capacidades formativas, las dificultades de retención de los recursos humanos en salud en las zonas más vulnerables y con menos recursos, así como los diferentes niveles de desarrollo en que se encuentran los sistemas de salud en la región, el presente artículo postula que la creación nacional y regional de redes de instituciones formadoras en salud pública contribuye, de manera estratégica, para el fortalecimiento de la formación de salubristas y, consecuentemente, para el desarrollo

de los sistemas de salud latinoamericanos^{10, 11, 12, 13}. A partir de una experiencia exitosa de organización de una red de instituciones formadoras en salud pública en la región de América Latina, el artículo sostiene que el trabajo en red promueve oportunidades de generar las transformaciones necesarias para el fortalecimiento de capacidades locales y regionales, a través de un trabajo coordinado entre instituciones formadoras en salud pública, ampliando el acceso de los trabajadores de la salud a ofertas formativas de calidad, alineadas a las necesidades de los servicios y programas de salud y que consideren, en sus programas y planes de estudio, el desarrollo de competencias y habilidades relacionadas a las funciones esenciales de la salud pública.

LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA

La formación del salubrista en América Latina ha sido discutida en diversos estudios regionales^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14}, en los cuales algunos puntos en común son destacados. Primeramente, hay una convergencia de los autores sobre las marcadas contradicciones que caracterizan la formación en Salud Pública en América Latina^{12, 13}. Desde el punto de vista de la estructuración de los programas, donde el pensamiento crítico que se ha conformado regionalmente desde los movimientos de la medicina social y de la salud colectiva no se expresa en los currículos de gran parte de los cursos y programas de formación en Salud Pública^{7, 14}, hasta el avance tímido relacionado con la necesidad de incorporación de distintos conocimientos y prácticas científicas en la formación del salubrista, ubicándolos en diferentes niveles de existencia y expresión⁵, como estrategia para avanzar en la perspectiva disciplinaria impuesta por la formación de pregrado^{1, 6}, son muchos los desafíos que se presentan, para el desarrollo de cursos y programas de formación en Salud Pública en América Latina. La formación en salud pública en América Latina se remonta a principios del siglo XX, con experiencias aisladas, centradas en el desarrollo de habilidades y competencias para afrontar las consecuencias de las enfermedades tropicales^{15, 16}. En los años 1920, y con el apoyo de la Fundación Rockefeller, se crean las primeras Escuelas de Salud Pública en América Latina, a partir de la experiencia pionera de creación

de la Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, en Baltimore, Estados Unidos¹⁶. En 1922 se crea, en Cuernavaca, México, la Escuela Nacional de Salud Pública, hoy vinculada al Instituto Nacional de Salud del país. En 1924, en São Paulo, Brasil, se crea el Instituto de Higiene que, siete años más tarde, se convierte en la Escuela de Higiene y Salud Pública (hoy Facultad de Salud Pública, vinculada a la Universidad de São Paulo). Y en 1927, se crea el Instituto Carlos Finlay, en La Habana, Cuba, hoy Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba¹⁶. A pesar de dichos esfuerzos, hasta la mitad del siglo XX, la mayoría de los salubristas de la región siguieron siendo formados en el extranjero¹⁵.

En 1959, la Organización Panamericana de la Salud, por iniciativa de su Director, el Dr. Abraham Horwitz, organizó una primera reunión de Escuelas de Salud Pública de América Latina (San Miguel Regla, México¹⁷). Nueve escuelas estuvieron representadas en este evento y desde entonces estas reuniones se repitieron cada dos años, tratando de analizar cada una de las disciplinas que componen este campo especializado.

En 1974, en la reunión que tuvo lugar en Lima, Perú, las Escuelas representadas decidieron crear la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública – ALAESP¹⁸. Ya en esta época, el número de programas de formación se venía ampliando principalmente por la oferta de formación de postgrado en varias de las Facultades de Medicina de la Región. La incorporación de estos programas de postgrado a la ALAESP introdujo un importante estímulo para incorporar un esfuerzo de investigación más significativo, además de introducir la oferta de grados académicos al nivel de maestría y doctorado^{18,19}.

La ALAESP realizó más de 20 reuniones en la región, donde se abordaron aspectos como los objetivos institucionales de las Escuelas, la enseñanza de la bioestadística, la administración de salud, la epidemiología, analizando la situación

socio económica de la región, la necesidad de desarrollo de recursos humanos, la estrategia de atención primaria y la investigación de servicios de salud, entre otros¹⁸. A partir del 2003, la ALAESP empieza a tener una actuación más débil, pero es posible visualizar las contribuciones de esta alianza o de la creación de redes para el fortalecimiento de capacidades nacionales en salud pública⁵.

LA RED DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE AMÉRICA LATINA - RESP

En 2008, con la creación del Consejo Suramericano de Salud en el ámbito de la UNASUR, los países miembros establecen un espacio de integración en materia de Salud, con vistas a incorporar los esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional y promover políticas comunes y actividades coordinadas entre los países del bloque^{20,21}.

El 24 de noviembre de 2009, los ministros que integraban el Consejo Suramericano de Salud, reunidos en Guayaquil, Ecuador, por medio de la Resolución 07/09, aprobaron la creación de “redes estructurantes” para los sistemas de salud de los países de la UNASUR^{21,22,23}. La Red de Escuelas de Salud Pública de la UNASUR – RESP/UNASUR se creó el 1 de abril de 2011, a partir de la necesidad de fortalecer los procesos de formación de recursos humanos en salud pública, contribuyendo a la mejora de la calidad de la formulación e implementación de políticas de salud y estimulando la reflexión sobre los servicios, programas y sistemas de salud^{21,22,23}. La RESP/UNASUR tenía como objetivo principal fomentar la cooperación técnica e intercambio de experiencias entre las escuelas de salud pública, centros formadores e instancias de gobierno de los países miembros de la UNASUR, apoyando el fortalecimiento de capacidades locales y regionales de formación y educación permanente de salubristas^{22,23} (Cuadro 1).

Cuadro 1

Objetivos estratégicos de la Red de Escuelas de Salud Pública de la UNASUR (RESP/UNASUR)

Eje I. Fortalecimiento de la Enseñanza en Salud Pública en la Región Suramericana	Promover el desarrollo de la estrategia de políticas y la formación de recursos humanos para afrontar los retos de los sistemas de salud de la región. Apoyar políticas de Estado y de Gobierno con el fin de promover la mejor gobernanza sobre los procesos de formación de recursos humanos para la salud a través de vínculos entre las Escuelas de Salud Pública con incumbencia de Escuelas de Gobierno y Ministerios de Salud de la Región
---	--

Eje II - Fortalecimiento de la Investigación en Salud Pública en la Región Suramericana	Concebida como oportunidad para estructurar el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países generando sinergias para la formación en salud pública Permitiendo implementar y ejecutar en el ámbito de las actividades de formación, capacitación, y habitación de la fuerza de trabajo en salud, de actividades de investigación y de acciones orientadas para el desarrollo tecnológico.
Eje III - Estrategias de Comunicación, Acceso a la Información y Diseminación del Conocimiento;	Permitiendo potenciar o crear sinergias que incrementen el espacio para alcanzar objetivos no imaginables para cada miembro de la red. Permitiendo la producción de conocimiento entre las instituciones que las componen en la interface de áreas de salud, educación y trabajo, que permiten ampliar y fortalecer sus actividades y enseñanza y cooperación técnica

Fuente: Construcción propia

Los planes de trabajo de la RESP/UNASUR incluían metas para fortalecer la formación de trabajadores en salud pública, a través del intercambio de experiencias y desarrollo de la cooperación técnica, ampliando y perfeccionando actividades de enseñanza, investigación y desarrollo tecnológico de sus miembros. Desde su creación, la Secretaría-Ejecutiva de la RESP/UNASUR ha sido ejercida por la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), de Brasil.

La principal estrategia destacada en los planes de trabajo de la RESP/UNASUR ha sido el fomento a la creación de redes nacionales de instituciones formadoras en salud pública, en una lógica de constituir la RESP/UNASUR como una "red de redes", apoyando la creación de redes nacionales de Brasil, Chile y Perú (Cuadro 2) y contribuyó a la creación en Argentina y Colombia.

Cuadro 2

Atributos de las Redes Nacionales de Escuelas de Salud Pública

Rede Brasileña de Escuelas de Salud Pública – RedEscola	Red Chilena de Instituciones Formadoras de Salud Pública	Red de Docentes, Investigadores e Instituciones Formadoras en Salud Pública en el Perú
<p>Misión: Articular y fortalecer las escuelas, los núcleos y los centros formadores en salud pública y en salud colectiva, con estrategias para el desarrollo de políticas y acciones en el ámbito de la Educación en Salud, mirando a la producción de conocimientos y la calificación de los trabajadores actuantes en el SUS.</p>	<p>Misión: Articular a las entidades universitarias formadoras de Salud Pública para el desarrollo de la disciplina, en los ámbitos de docencia e investigación de excelencia y vinculación con el medio, generando sinergias que potencien la contribución del conjunto de la Red a las políticas públicas de salud en Chile.</p>	<p>Misión: Contribuir con la salud de la población, mediante el fortalecimiento de la formación médica y de otras profesiones con competencias en el campo de la salud pública en el país, comprometidos con el desarrollo social y sanitario.</p>
59 instituciones públicas de todo el país, que deben ser instituciones formadoras pública (universidades, escuelas estatales, municipales y centros formadores)	19 instituciones públicas y privadas de todo el país entre Universidades y la Escuelas de Salud Pública de la Universidad de Chile	30 instituciones Públicas y Privadas entre Facultades de Medicina, Escuela de Salud Pública e Instituciones Formadoras

<p>Objetivos Específicos: Apoyar la formación de trabajadores y profesionales de salud Promover el fortalecimiento y valorización de las Escuelas de Salud Pública. Desarrollar acciones de formación orientadas al fortalecimiento de la salud pública y de la salud colectiva; Adoptar las directrices del SUS como referencias básicas para el desarrollo de los procesos formativos; Actuar para fortalecer la Política Nacional de Educación Permanente en Salud</p>	<p>Objetivos Específicos: Formación de profesionales de la salud Investigación en salud pública Políticas públicas en salud</p>	<p>Objetivos Específicos: Promover el fortalecimiento de la formación universitaria con enfoque de salud pública en el pregrado, posgrado y educación continua. Identificar tendencias y necesidades educacionales en salud pública para la formación de pregrado, posgrado y educación continua, a través de mecanismos que faciliten la producción, sistematización y circulación de información. Definir prioridades y estrategias para el desarrollo de investigación conjunta, promoviendo la conformación de grupos de investigación interuniversitarios. Promover la cooperación interinstitucional para la elaboración y ejecución de planes y proyectos en áreas consideradas prioritarias, buscando alternativas y experiencias que puedan ser compartidas. Coordinar con las entidades públicas y privadas, el diseño y la implementación de políticas y estrategias que promuevan la mejor gobernanza sobre los procesos de formación de recursos humanos para la salud pública.</p>
---	---	--

Fuente: Construcción propia a partir de documentos de las redes, disponibles en <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br> (Red Brasileña); <http://www.saludpublica.uchile.cl/escuela/alianzas/102695/red-de-instituciones-formadoras-en-salud-publica> (Red Chilena); http://www.aspefam.org.pe/redisp/doc/bases_redisp.pdf (Red Peruana) [acceso 11 nov 22]

La Red Brasileña de Escuelas de Salud Pública (RedEscola), creada en 2008, constituye un espacio de construcción y de intercambio de conocimientos, de debates y concreción de acciones cooperativas involucrando las cuestiones de educación en salud y la formación en salud pública en el país²⁴. Se trata de una gran red de cooperación abierta y de asociación voluntaria, sin fines de lucro, que agrega 59 instituciones públicas que se dedican a la formación en salud pública, con el propósito de desarrollar acciones integradas orientadas hacia el Sistema Único de Salud (SUS) fortaleciendo la educación, investigación y extensión^{24,25}.

Creada el 18 de julio de 2012, la Red Chilena de Instituciones Formadoras de Salud Pública articula a instituciones de formación con la principal motivación de participar en un proceso que cambie las lógicas de competencia que hoy predominan en la

sociedad por una genuina vocación de cooperación y colaboración^{22, 26}. La apuesta de la red chilena es un cambio de paradigma reorientando las energías personales e institucionales hacia la construcción de confianza para generar sinergias que potencien la salud pública^{22, 26}.

La Red Peruana de Docentes, Investigadores e Instituciones Formadoras en Salud Pública, creada el 30 de mayo de 2019, por iniciativa de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina- ASPEFAM, está orientada a mejorar la formación de médicos y otras profesiones con competencia en la salud pública, comprometidos con el desarrollo social y sanitario²⁷. La red incorpora en su membresía no solo a las Facultades de Medicina sino a otras instituciones de educación superior que impartan enseñanza en salud pública, investigadores en salud pública y docentes de programas de pregrado,

postgrado y educación continua en salud pública²⁷. En Colombia y Argentina también se ha propiciado la creación de redes, que se encuentran en proceso de institucionalización.

Red de Escuelas de Salud Pública de América Latina - RESP América Latina

Con la suspensión de las actividades de la UNASUR, la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) realizó gestiones con la Coordinación del Programa Subregional de América del Sur de la OPS, planteando resignificar la RESP/ UNASUR en una nueva red.

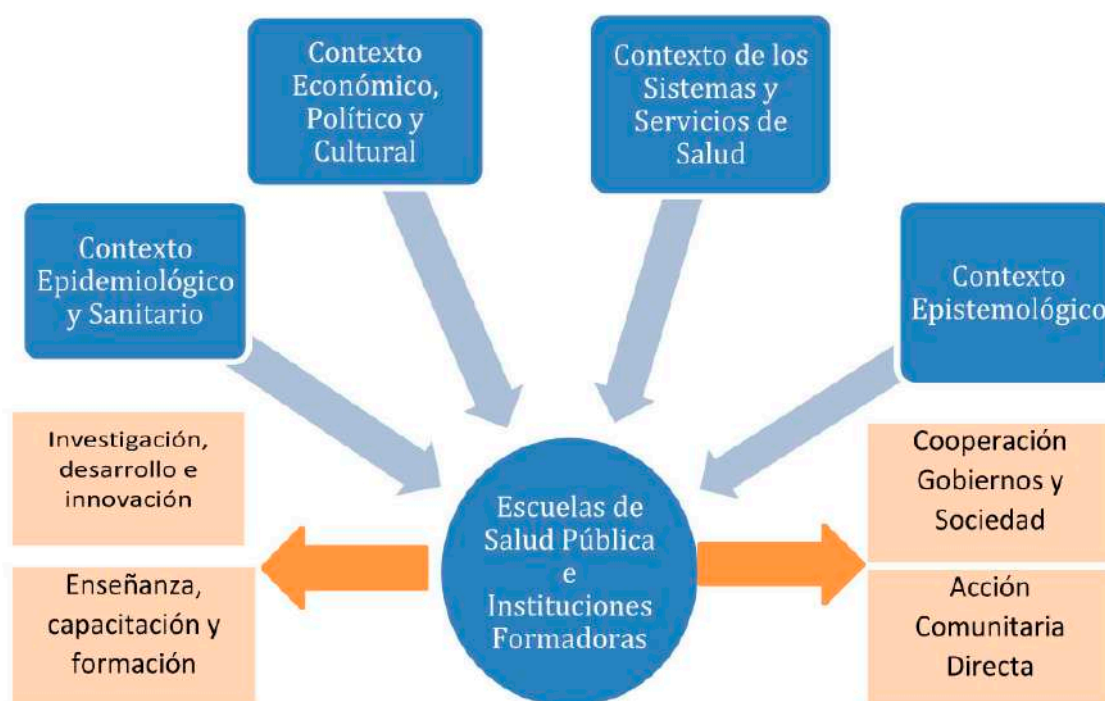
En 2019, se realizó la Reunión Propositiva de la Red Latino Americana de Escuelas y Centros Formadores de Salud Pública (posteriormente renombrada Red de Escuelas de Salud Pública de América Latina – RESP América Latina), con la participación de instituciones de Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay, Perú, y Uruguay. La RESP América Latina prioriza cuatro líneas temáticas, que

considera los desafíos compartidos regionalmente para la formación de pregrado y postgrado en salud pública:

- Acceso Universal y Atención Primaria de la Salud
- Conceptualizaciones y competencias en la formación en salud pública
- Agenda 2030 y sus ODS
- Inseguridad alimentaria y emergencia climática

Considerando la existencia de redes nacionales y el rol de la RESP América Latina como una “red de redes”, se buscó priorizar acciones que consideren los contextos económicos, políticos, culturales, epidemiológico, sanitario y de la propia historia y estructura de los sistemas de salud de sus países, así como en el contexto epistemológico regional (Figura 1).

Figura 1
El Contexto de la Formación de Profesionales en Salud Pública



Fuente: Construcción propia

Esta red basa su accionar en una nueva modalidad de cooperación bajo la denominación de “cooperación estructurante en salud”, que incorpora la planificación estratégica centrada en las realidades nacionales de cada país o institución, que los entiende como “socios”, descartando la tradicional concepción de donadores y receptores de la cooperación²⁸. Adopta un enfoque horizontal, dirigido al desarrollo integral de los sistemas de salud a partir del desarrollo y fortalecimiento de capacidades junto a los miembros de la red, identificados como “instituciones estructurantes” de los sistemas de salud nacionales.

En este sentido, organizó una agenda de trabajo que incluyendo el diagnóstico de las ofertas formativas en salud pública en América Latina, realización de webinarios, talleres (presenciales y virtuales) y coloquios sobre temas asociados a las cuatro líneas temáticas priorizadas y desarrollo de estudios colaborativos. Los mapeos de la formación en salud pública se iniciaron en 2012, en el ámbito de las instituciones formadoras de Suramérica, realizándose actualizaciones en 2014 y 2016. En 2021, bajo la coordinación de la RESP América Latina, se inicia el I Mapeo de la Formación en Salud Pública en América Latina¹⁰, concluido en abril de 2022. Dicho Mapeo representó un avance importante para diagnosticar la formación regional de salubristas, a partir de un análisis cuantitativo de cursos y programas de formación en la región.

El I Mapeo Latinoamericano¹⁰, permitió establecer una agenda de actividades junto a las instituciones formadoras de la región, con el objetivo de identificar debilidades y oportunidades para calificar las ofertas formativas disponibles. Entre los puntos identificados como estratégicos para el mejoramiento de los programas de salud pública, se encuentran: la necesidad de avanzar hacia la concepción de salud universal; el equilibrio entre el desarrollo de competencias específicas destinadas a resolver problemas inmediatos, con la generación de conocimientos y desarrollo de capacidades institucionales nacionales sostenibles; la incorporación, en los planes de estudio de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la promoción de acciones intersectoriales; y la priorización de competencias para actuación en programas con foco en la población y en el territorio, en vez de programas y actividades enfocadas en los individuos y procesos salud-enfermedad.

Los mapeos han identificado que las escuelas de salud pública son pilares para la formulación e implementación de políticas públicas de salud, así como para el fortalecimiento de la gobernanza de los sistemas de salud, en tanto su carácter estructurante¹⁰.

Los coloquios de instituciones formadoras han permitido la participación de representantes de los países de la región y posibilitado la identificación de problemas y oportunidades comunes para las instituciones formadoras de América Latina.

Los coloquios han permitido el intercambio de experiencias sobre la formación en salud pública, identificando oportunidades de trabajo articulado para el perfeccionamiento de las estrategias de formación de formadores, la alineación de los currículos y planes de estudios con las necesidades de los sistemas de salud regionales y el trabajo colaborativo para la generación de datos regionales sobre habilidades y competencias desarrolladas en el marco de cursos y programas de formación en la región.

El trabajo coordinado por la RESP (UNASUR y América Latina) ha posibilitado la realización de talleres para la discusión de temas de interés de las instituciones formadoras de la región, como los criterios de calidad adoptados en la formación de salubristas (Quito, Ecuador, en 2015), la incorporación de tecnologías educacionales por las instituciones formadoras (Lima, Perú, en 2016), la formación de formadores (Rio de Janeiro, Brasil, en 2017 y La Habana, Cuba, en 2018) y la formación de salubristas para afrontar los efectos de la inseguridad alimentaria en el marco de la crisis climáticas (talleres virtuales realizados entre 2021 y 2022). Los talleres y el trabajo en red han permitido que diferentes grupos de actores sociales y políticos identifiquen problemas comunes y desarrollen estrategias de organización de recursos, prácticas y saberes.

Los webinarios realizados por la RESP América Latina han impulsado la discusión colectiva sobre modelos de formación y prácticas pedagógicas, identificando contradicciones entre los modelos paradigmáticos utilizados como referencia por los cursos y programas de formación ofertados y las competencias y habilidades desarrolladas en el marco de dichos cursos. Estos espacios de intercambio han permitido avanzar en dichas contradicciones y superar la constante oposición

entre los modelos tradicionales – o aquellos basados en competencias y habilidades clásicas de la salud pública, heredadas del movimiento de la medicina preventiva estadounidense – y los modelos críticos desarrollados a partir del pensamiento de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. El trabajo de la RESP América Latina, coincidiendo con autores como Peñaranda Correa et al.⁶, Hernández⁷, y López-Ríos et al.²⁹, identificó diversos avances en la formación en salud regional, mismo que aún centrada en el modelo tradicional de desarrollo de habilidades y competencias y considerando de manera marginal a los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la Salud Pública en su revisión más reciente³⁰. También, se observa la necesidad de una mejor alineación entre los currículos de los cursos y programas de formación en salud pública, en América Latina, y las necesidades de los servicios, programas y servicios de salud regionales. Y, en este sentido, refuerza la importancia del trabajo coordinado por la RESP América Latina.

CONSIDERACIONES FINALES

Como observamos, resulta de importancia estratégica la colaboración entre instituciones formadoras, sobre todo en el marco de redes y foros regionales, para la posibilidad de superación de las contradicciones que marcan la formación de salubristas en América Latina. Las redes de instituciones formadoras pueden crear espacios que contribuyan a las competencias profesionales, ampliar la diversidad de ofertas curriculares y aumentar la producción y diseminación del conocimiento regional en salud pública.

La agenda de trabajo de la Red de Escuelas de Salud Pública de América Latina (RESP América Latina) apuntó la necesidad de que los procesos formativos en salud pública logren contrarrestar el modelo hegemónico (tradicional) de formación, orientado por el enfrentamiento de los procesos salud-enfermedad y basado en el concepto de riesgo, hacia un modelo internacionalmente alineado con la lógica epistemológica Sur-Sur y que, según Hernández⁷, debe estar basado en cinco principios: la garantía de la soberanía sanitaria, nacional y regionalmente; la decolonialidad en el pensamiento y en las prácticas de salud; la promoción de la interculturalidad; el fortalecimiento

de la cooperación Sur-Sur estructurante; y la horizontalidad en la organización de los procesos formativos.

Sustentado por el trabajo de la RESP América Latina, es posible formular algunas recomendaciones, con el objetivo de fortalecer la formación de recursos humanos en salud pública para los servicios, programas y sistemas de salud:

La formación en salud pública tiene que basarse en el enfoque de educación permanente, y sus presupuestos conceptuales y metodológicos, entendida como una estrategia transformadora de los paradigmas de la formación y de las prácticas de salud, así como para el desarrollo personal, social y cultural, en el que el sujeto es activo en cuanto a su proceso de aprendizaje.

Es necesario que estos programas tengan un equilibrio apropiado entre teoría y análisis de la realidad, problematizándola y reflexionando sobre los determinantes de la salud de manera que den cuenta de los contextos nacionales y regionales.

Estos procesos de formación tienen que plantearse no como conocimientos enlatados o cerrados sino que deben promover procesos de aprendizaje colectivo, con empoderamiento de las personas con potencial transformador, aproximándose de lo que plantea la perspectiva crítica de la salud colectiva regional.

Las instituciones formadoras en salud pública desempeñan un papel estratégico para la superación de las desigualdades que marcan los procesos de determinación socio-ambiental de la salud. El trabajo en red entre las instituciones permite reflexionar sobre estos contextos viendo cuales son las características comunes o desafíos e intercambiando flujos para el mejor desarrollo de sus funciones.

¹ Queríamos manifestar nuestro agradecimiento y reconocimiento al Coordinador del Centro de Relaciones Internacionales en Salud: Paulo Buss, al Director de la Escuela Nacional de Salud Pública "Sergio Arouca" ENSP/FIOCRUZ: Dr. Marco Menezes y al Vicepresidente de Ambiente, Atención y Promoción de la Salud (VPAAPS/Fiocruz): Hermano Castro por sus importantes reflexiones, que contribuyeron al presente artículo.

¹ Sociólogo (UBA), Magister y Doctor en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ/Brasil). Investigador Asociado y Consultor Senior del Centro de Relaciones Internacionales en Salud, Fundación Oswaldo Cruz. CRIS/Fiocruz Brasil.

² Sociólogo (UBA), Magister y Doctor en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ/Brasil). Investigador Asociado y Consultor Senior del Centro de Relaciones Internacionales en Salud, Fundación Oswaldo Cruz. CRIS/Fiocruz Brasil.

³ Biólogo (UERJ), Magister en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ), doctorado en Salud Colectiva (UNICAMPS) y post doctorado en Salud Ambiental y Ocupacional (Mount Sinai School of Medicine, NYC, EEUU). Investigador Senior de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz ENSP/FIOCRUZ/BRASIL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Montenegro-Martínez G. Los propósitos de la educación en salud pública. *Rev Fac Nac Salud Púb.* 2019; 37(2): 67-74.
- Inga-Berrosipi F, Rodríguez CA. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Per Med Exp y Salud Púb.* 2019; 36: 312-318.
- Arroyo HV. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Global Health Prom.* 2009; 16(2): 66-72.
- Cardona A, Franco A. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev Fac Nac Salud Púb.* 2006; 23(2): 107-114.
- Jarillo-Soto EC, López-Arellano O. Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Rev Salud Púb.* 2007; 9: 140-154.
- Peñaranda Correa F, López Ríos JM, Molina Berrío DP. La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia la Prom Salud.* 2017; 22(1): 123-133.
- Hernández HG. Repensando la educación en salud pública. La salud colectiva como medio para alcanzar la soberanía en salud en América Latina. *Salud Problem.* 2022; 29: 88-97.
- Artaza O, Santacruz J, Girard J, Alvarez D, Barría S, Tetelboin C, ... Medina A. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Rev Pan Salud Púb.* 2020; 44: e83.
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Pan Salud Púb.* 2002; 12(2), 128-136.
- Peres F, Blanco-Centurión MP, Silva JMB, Brandão AL. Mapeo de la Formación en Salud Pública en América Latina: perspectivas para las instituciones formadoras. *Rev Pan Salud Pública.* 2022; 46: eXX [en prensa].
- Buss P, Tobar S. Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America and the Caribbean. In: *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.* Oxford UK: Oxford University Press; 2018. Disponible en: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24?print=pdf> [acceso 11 nov 2022]
- Barreto M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(7): 2097-2108.
- Basile G. La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. *II Dossiers Salud Internacional Sur Sur.* República Dominicana: FLACSO/LaCOMARCA; 2018. Disponible en: http://biblioteca.flacso.edu.ar/flacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf [acceso 11 nov 2022]
- Feo Ó. Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. *Med Soc.* 2008; 3(4): 275-284.
- Cueto M, Palmer S. History of Public Health in Latin America. In: *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.* Oxford UK: Oxford University Press; 2018. Disponible en: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-20?print=pdf> [acceso 11 nov 2022]
- Organización Panamericana de la Salud. Las escuelas de salud pública en la América Latina. *Educ Médica y Salud.* 1969; 3(4): 167-216.
- Organización Panamericana de la Salud. Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública (San Miguel Regla, Estado de Hidalgo, México, 2-7 noviembre 1959). [Internet]. *Publicaciones Científicas*, No 49 (Junio 1960). Washington DC: OPAS; 1960. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/47910/41682.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [acceso 11 nov 2022]
- Buss PM. La perspectiva de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. In: *Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.* In: *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas.* Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2001. p.43-48.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe consolidado de las reuniones ALAESP/ASPH/OPS: documento básico para la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública. *Educ Médica y Salud.* 1989; 23(1): 14-53.
- Barnabé IR. UNASUL: desafíos e importancia política. *Mural Intern.* 2011; 2(1): 40-48.
- Gomes-Temporão J, Faria M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Rev Per Med Exp y Salud Púb.* 2014; 31(1): 740-746.
- Arteaga Ó. Reunión Red de Escuelas de Salud Pública de UNASUR. *Rev Chil Salud Púb.* 2015; 19(1): 7-8.
- Campos RDF. Participación ciudadana y políticas de salud en la Unasur. *Ciênc Saúde Col.* 2017; 22(7): 2161-2167.
- França T, Magnago C, Belisário SA. Diagnóstico situacional das Escolas de Saúde Pública da rede SUS. *Gest Trab Edu e Saúde.* 2021; 1(1): 170-188.
- Souza RMP, Costa PP. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. *Saúde Debate.* 2019; 43 (spec1): 116-126.
- Vergara M. La falta de perspectiva sanitaria en el sistema de salud chileno. *Rev Méd Chile.* 2021; 149(9): 1347-1351.
- Red Peruana de Docentes, Investigadores e Instituciones Formadoras en Salud Pública. *Bases Constitutivas* [Internet]. Lima: REDISP; 2019. Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/redisp/doc/bases_redisp.pdf [acceso 11 nov 2022]
- Buss PM, Ferreira JR. Cooperação estruturante em saúde: Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde e a cooperação Sul-Sul. In: Buss PM, Tobar S (orgs.). *Diplomacia da saúde e saúde global: Perspectivas latino-americanas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p.115-141.
- López-Ríos JM, Molina-Berrío DP, Peñaranda-Correa F. Visibilidad y tendencias teóricas de la educación para la salud en cuatro países de América Latina, 2003-2013. *Rev Ger Polit Salud.* 2018; 17(35), 1-12.
- OPS. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [acceso 11 nov 2022]



DESAFÍOS PARA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE BRASIL TRAS UN GOBIERNO DE EXTREMA DERECHA

Por Adriano Massuda (*) y Andreza Davidian (**)

(*) Profesor de la Escuela de Administración de Empresas de la Fundación Getulio Vargas (FGV EAESP) e investigador del Centro de Estudios de Planificación y Gestión Sanitaria (FGV-Saúde)

(**) Doctoranda de la FGV EAESP y de la Escuela de Altos Estudios en Salud Pública (EHESP, Rennes) financiada por la CAPES (88887.504139/2020-00)



La creación del Sistema Único de Salud (SUS) fue la mayor conquista de la ciudadanía social en Brasil. La salud ha sido inscrita como derecho de todos y deber del Estado en la Constitución Federal que selló la redemocratización del país a finales de la década de 1980. La implantación de un sistema de salud universal estaba en consonancia con los principios de Alma-Ata, que tanto influyó en los países latinoamericanos para promover reformas de sus sistemas de salud con el fin de que se hicieran más inclusivos y así hacerle frente a las desigualdades socioeconómicas.¹

El aparente consenso técnico y normativo todavía no exime a la universalidad de los dilemas redistributivos y de los desafíos de gobernanza.² En Brasil, ha tomado tres décadas estructurar un sistema público que atienda mejor las necesidades de salud de la población, asigne recursos para incluir a los

sectores desatendidos y marginados, y proteja al país en situaciones de emergencias sanitarias.^{3 4}

El ministerio de Salud, como autoridad sanitaria nacional y gestor federal del SUS, ha tenido un rol crucial en la formulación y la ejecución de las políticas de salud. En efecto, ha orientado, apoyado e incentivado a los gobiernos locales en los procesos de implementación de programas y de la ampliación de la oferta de servicios, en especial con relación a la atención básica por medio de la Estrategia de Salud de la Familia.^{5 6 7}

Sin embargo, los avances alcanzados desde la implementación del SUS se han confrontado a la crisis político-institucional y a los años de gobierno de extrema derecha del ex presidente Jair Bolsonaro, que impusieron grandes retrocesos al país y a su situación de salud, llevando al país a una gravísi-

ma crisis sanitaria.⁸ Además de los efectos directos causados por el Covid-19, que incluyen más de 693,8 mil muertes en el país hasta finales de 2022 (10,4% de las muertes globales),⁹ la pandemia ha comprometido la prestación de procedimientos que no están relacionados con el Covid-19 por parte del SUS.¹⁰

La negligencia y el desmantelamiento de las políticas públicas y de las áreas técnicas del ministerio de Salud que fueron promovidos por el gobierno de Bolsonaro se han reflejado en el deterioro de varios indicadores de salud en Brasil. Por ejemplo, solamente el 71% de la población objetivo fue vacunada contra la poliomielitis en 2021, la cobertura más baja desde 1995,¹¹ y la tasa de mortalidad materna pasó de 55,3 a 110,2 muertes por cada 100 mil nacimientos entre 2019 y 2021.¹² La crisis humanitaria que afecta al pueblo yanomami en la Amazonía expresa las consecuencias catastróficas de las acciones e inacciones del gobierno anterior para ciertos grupos de la sociedad brasileña.^{13 14 15 16}

La elección de Lula abre perspectivas para un nuevo ciclo en Brasil.¹⁷ Frente a la violencia a la que se ha enfrentado la democracia brasileña, la posesión del gobierno fue inclusiva y representativa, simbolizando el compromiso de reunificar y reconstruir el país. Liderando una amplia coalición que incorporó a diversos actores e incluso a antiguos adversarios políticos en defensa de la democracia, Lula nombró a la primera mujer al frente del ministerio de Salud. Socióloga de prestigio en la comunidad científica de la salud pública y con una larga trayectoria en la Fundación Oswaldo Cruz, la mayor institución de investigación biomédica de América Latina, Nísia Trindade desempeñó un papel crucial durante la pandemia puesto que se erigió como figura de contrapunto al negacionismo populista de Bolsonaro. Este movimiento fue importante en el sentido de recomponer la autoridad técnico-política del ministerio de Salud, lo cual había sido progresivamente ocupado por los militares en los últimos años.

Nísia compuso el Grupo Técnico de Salud de la Comisión de Transición Gubernamental (CTG), que, a partir de un sólido diagnóstico del conjunto de retrocesos normativos, institucionales y presupuestarios del sector, recomendó prioridades inmediatas y acciones clave para la nueva administración federal.¹⁸ De entrada, la ministra revocó los actos normativos sin base científica y los que violaban los derechos humanos, sexuales y reproductivos.¹⁹ Promovió cambios en la estructura ministerial, como la creación de una secretaría de Salud Digital,

para transformar las estrategias de las tecnologías de información y comunicación, así como el restablecimiento del departamento de VIH/Sida, Hepatitis Virales e Infecciones de Transmisión Sexual, reconocido mundialmente por el éxito de la respuesta brasileña a estas condiciones de salud, que había sido afectado durante el último gobierno.

Hay también iniciativas para aumentar la cobertura de vacunación, reforzar la atención primaria y reducir los tiempos de espera para la atención especializada.²⁰ La aprobación por el Congreso de un presupuesto extra de R\$ 22,7 millones (US\$ 4,5 millones) para el ministerio de Salud para 2023 respaldará estos esfuerzos.²¹ En los primeros 100 días de gobierno, se han tomado medidas para restablecer programas exitosos como Mais Médicos y Farmácia Popular. También se proyectan políticas para mejorar la capacidad de respuesta del SUS a las emergencias de salud pública y reanudar el fomento del desarrollo del complejo económico-industrial de salud.²²

Otras recomendaciones del CTG que han sido adoptadas incluyen políticas ministeriales centradas en la salud de la mujer, los niños, los adolescentes y las personas mayores, la salud mental y las enfermedades crónicas, y directrices antirracistas. La resiliencia del sistema de salud debe además integrar la agenda prioritaria de la nueva administración.²³ En un sistema altamente descentralizado es fundamental recuperar el papel coordinador del ministerio de Salud, así como reactivar las instancias interfederativas y de participación social del SUS, que históricamente han sido foros de negociación para la aprobación de políticas nacionales de salud, con representación de los gobiernos federal, estatal y municipal.

A pesar del contexto de polarización política, la elección presidencial fue una oportunidad para que diversos grupos de interés de los sectores público y privado unieran esfuerzos para contribuir a la elaboración de los programas de los candidatos.^{24 25 26 27 28 29} Hubo un consenso sin precedentes entre las propuestas presentadas. En primer lugar, se reconoce que la financiación insuficiente es uno de los principales obstáculos para el desarrollo del SUS, y que es necesario establecer un aumento progresivo de los recursos públicos destinados a la salud (de 4% a 6%-7% del producto interno bruto) y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos.

En segundo lugar, es necesario instituir un nuevo mecanismo de gobernanza regional del SUS para hacer frente a las grandes desigualdades existen-

tes a nivel municipal. Esto requiere equilibrar poder, funciones y responsabilidades entre los gobiernos federal, estatal y municipal para mejorar la coordinación de las redes sanitarias a nivel regional. En tercer lugar, la atención primaria sigue siendo identificada como la mejor manera de enfrentar los desafíos de la salud en Brasil, pero necesita estar mejor equipada, dotada de más personal e integrada en las redes de salud utilizando la telesalud.

En cuarto lugar, es necesario abordar las fallas de mercado del sector privado y las deficiencias en la reglamentación que han conducido a un aumento del gasto en tratamientos de alto coste mediante la judicialización de la salud.³⁰ En quinto lugar, es crucial adecuar la formación, la asignación y la provisión de personal a las necesidades del sistema. Finalmente, es necesario utilizar mejor los datos disponibles del SUS para optimizar la gestión del sistema de salud y acelerar la transformación digital del SUS mediante una política nacional orientada por el ministerio de Salud.

Si hay un legado de la reciente pandemia, como viene defendiendo la OMS, es la ventana de oportu-

nidad que se abre para que los países se replanteen caminos dirigidos a reforzar sus sistemas de salud y se preparen para los retos futuros.³¹ La gobernanza de un sistema de salud complejo como el brasileño no es una tarea sencilla y su fortalecimiento exigió esfuerzos de innumerables actores —entre políticos, gestores, activistas y profesionales de la salud— comprometidos a lo largo de los años con la construcción del SUS como una política de Estado, no de gobierno.

Después de los reveses impuestos por el gobierno de Bolsonaro y el impacto de la pandemia, quedó clara la necesidad de restablecer una agenda convergente, que agregue diferentes actores bajo el imperativo de enfrentar los problemas estructurales del SUS y fortalecerlo. Esta debe ser una prioridad en la agenda del gobierno, así como una bandera de la sociedad civil. La 17ª Conferencia Nacional de Salud, que se celebrará en julio de 2023, ofrecerá una oportunidad para revitalizar la participación social y renovar el compromiso con los valores que sustentan el SUS, cruciales para mejorar la salud y el bienestar de todos los ciudadanos de Brasil.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Atun R, de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- 2 Greer SL, Méndez CA. Universal Health Coverage: A Political Struggle and Governance Challenge. *Am J Public Health*. 2015;105 Suppl 5(Suppl 5):S637-S639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302733>
- 3 Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- 4 Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829. <https://doi.org/10.1136/bmjgh2018-000829>
- 5 Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
- 6 Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012) [published correction appears in *Health Policy Plan*. 2021 Jun 25;36(6):997]. *Health Policy Plan*. 2018;33(3):368-380. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>
- 7 Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate* [Internet]. 2018 42(spe1):18–37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- 8 Ventura D. After testing times, Brazil is back *BMJ* 2023; 380 :p48. <https://doi.org/10.1136/bmj.p48>
- 9 Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. COVID-19 Dashboard. 2023. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (Consulta: 03 abril 2023).
- 10 Bigoni A, Malik AM, Tasca R, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am*. 2022;10:100222. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>
- 11 DATASUS. Departamento de Informática del SUS. Inmunizaciones desde 1994. Ministerio de Salud de Brasil. 2022. <https://datasus.saude.gov.br/aceso-ainformacao/imunizacoes-desde-1994/> (Consulta: 03 abril 2023).
- 12 DATASUS. Departamento de Informática del SUS. Panel de control de la mortalidad materna. Ministerio de Salud de Brasil. Brazilian Ministry of Health. 2022. <https://datasus.saude.gov.br/paineis-demonitoramento-svs/> (c).
- 13 Garcia HM, de Garcia Alves Feitosa G, de Menezes HL, et al. Pandemic of hunger: The severe nutritional deficiency that kills Yanomami ethnic children. *J Pediatr Nurs*. 2022;65:e1-e2. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.024>
- 14 Robortella DR, Calvet AA, Amaral LC, et al. Prospective assessment of malaria infection in a semiisolated Amazonian indigenous Yanomami community: Transmission heterogeneity and predominance of submicroscopic infection. *PLoS One*. 2020;15(3):e0230643. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230643>
- 15 Ferrante L, Fearnside PM. Mining and Brazil's Indigenous peoples. *Science* 2022; 375: 276. <https://doi.org/10.1126/science.abn6753>
- 16 Machado AM, Bedinelli T, Brum E. "We are not even able to count the bodies". SUMAÚMA. 20 de enero de 2023. <https://sumauma.com/nao-estamos-conseguindo-contar-os-corpos/> (Consulta: 03 abril 2023).
- 17 Chioro A, Gomes Temporão J, Massuda A, et al. From Bolsonaro to Lula: The opportunity to rebuild universal healthcare in Brazil in the government transition. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2023 Feb. <https://doi.org/10.1002/hpm.3627>
- 18 Comissão de Transição Governamental 2022. Relatório do Grupo Técnico de Saúde—Produto 2.

- Brasília: Comissão de Transição Governamental, 2022. https://futurodasaude.com.br/wpcontent/uploads/2023/01/GTsaude_Relatorio-Final1.pdf (Consulta: 03 abril 2023).
- 19 Ministerio de Salud, Gobierno de Brasil. Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023. https://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html (Consulta: 03 abril 2023).
- 20 Ministerio de Salud, Gobierno de Brasil. Discurso de Posse da Ministra de Estado da Saúde Nisia Trindade. Jan 4, 2023. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/confira-o-discursoda-ministrada-saude-nisia-trindade-durante-a-cerimonia-de-posse> (Consulta: 03 abril 2023)
- 21 Siqueira C, Piovesan E. “PEC da Transição é promulgada pelo Congresso”. Agência Câmara de Notícias. 21 de diciembre de 2022. <https://www.camara.leg.br/noticias/931149-pec-da-transicao-epromulgada-pelo-congresso/> (Consulta: 03 abril 2023).
- 22 Temporão J, Gadelha C. The Health Economic-Industrial Complex (HEIC) and a New Public Health Perspective. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. Published online: 29 July 2019. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.27>
- 23 Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Rocha R, Massuda A, Castro MC. Health systems resilience: is it time to revisit resilience after COVID-19?. *Soc Sci Med.* 2023;320:115716. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115716>
- 24 Confederação Nacional da Indústria. Saúde: Agenda pós-pandemia. Brasília: CNI, 2022. 77 p. : il. – (Propostas da indústria eleições 2022 ; v. 21) https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/44/8c/448c7a25-ee10-4e70-866ed28a8657803f/doc_21_-_saude_web_v4.pdf (Consulta: 03 abril 2023).
- 25 Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Demais Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo Proposta Saúde São Paulo 2022: Rumo ao Acesso Sustentável/Organizadores Francisco Balestrin, Dirceu Barbano, Tacyra Valois. São Paulo: SindHosp, 2022. https://sindhosp.org.br/wpcontent/uploads/2022/05/RumoAcessoSustentavel_Digital-Completo_compressed.pdf (Consulta: 03 abril 2023).
- 26 Associação Nacional de Hospitais Privados. Propostas para o futuro da saúde no Brasil: Como criar caminhos de acessibilidade, igualdade e modernidade. São Paulo: Anahp, 2022. https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2022/11/Ebook-Anahp_Propostas-para-o-futuro-da-saude-no-Brasil.pdf (Consulta: 03 abril 2023).
- 27 Frente pela Vida. Diretrizes para a Política de Saúde no Brasil. Brasília: Frente pela Vida, 2022 <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/08/DIRETRIZES-PARA-UMA-POLITICADE-SAUDE-SUS-FpV-5-8-22-1.pdf> (Consulta: 03 abril 2023).
- 28 Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Agenda Mais SUS: Caminhos para Fortalecer à Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022. <https://agendamais.org.br/todos-os-documentos/> (Consulta: 03 abril 2023).
- 29 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Propostas do Conass aos candidatos e às candidatas à Presidência da República—2022. Brasília: Conass, 2022. https://www.conass.org.br/wpcontent/uploads/2022/08/Propostas_Candidatos-1.pdf (Consulta: 03 abril 2023).
- 30 Biehl J, Petryna A, Gertner A, Amon JJ, Picon PD. Judicialisation of the right to health in Brazil. *Lancet* 2009; 373: 2182–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61172-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61172-7)
- 31 World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond - WHO position paper. WHO/UHL/PHCSP/2021.01. <https://extranet.who.int/uhcpartnership/sites/default/files/reports/WHO-UHL-PHC-SP2021.01-eng.pdf> (Consulta: 03 abril 2023).

Gracias Juan Felipe Duque por la revisión en español.



Los plásticos y la salud global

UN PROBLEMA ACTUAL, POCO ABORDADO Y FUERA DE CONTROL¹



Por Luiz Augusto Galvão² y Danielly de Paiva Magalhães³

La contaminación es la más silenciosa de las tres crisis planetarias. Son muchas las sustancias a las que estamos expuestos todos los días y que se acumulan en el cuerpo desde el vientre de nuestra madre. De muchas de estas sustancias ya hemos determinado los efectos, muchas han sido prohibidas, otras han establecido límites de concentración de exposición y de otras aún sabemos muy poco: en estas últimas incluimos la contaminación plástica. Los plásticos son actualmente el producto con

menor tiempo de uso y mayor riesgo para el medio ambiente, debido a su persistencia y difícil degradación. La figura 1 muestra el ciclo de vida de los plásticos. El alcance de estos efectos en la salud humana, aunque poco conocido, puede ser igual a la crisis climática. Además, al igual que en el tema climático, la mayor producción y uso se da en los países desarrollados y afecta a los países más pobres, caracterizando otra crisis socio-ambiental generada por la discriminación y el racismo sistémico.



Figura 1 – Ciclo de vida de los Plásticos. Fuente: modificado de la IUCN.

La contaminación por plásticos es un problema transfronterizo e intersectorial que no puede resolverse solo con iniciativas nacionales o regionales, de ahí la importancia de crear un acuerdo multilateral global. En marzo de 2022, con motivo de la Asamblea de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente-UNEA 5.2, 193 miembros aprobaron el ambicioso instrumento jurídicamente vinculante para controlar la contaminación por plásticos. La propuesta final debe presentarse en 2024 y tiene como objetivo acabar con los plásticos de un solo uso y aprovechar el desarrollo de tecnologías para el "uso circular" de los plásticos, apostando por el reciclaje, así como la gestión del uso a los océanos. La resolución propone que el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente-PNUMA establezca un Comité de Negociación Intergubernamental (INC) con el mandato de preparar un nuevo acuerdo global legalmente vinculante para combatir la contaminación por plásticos que forma parte del derecho internacional.

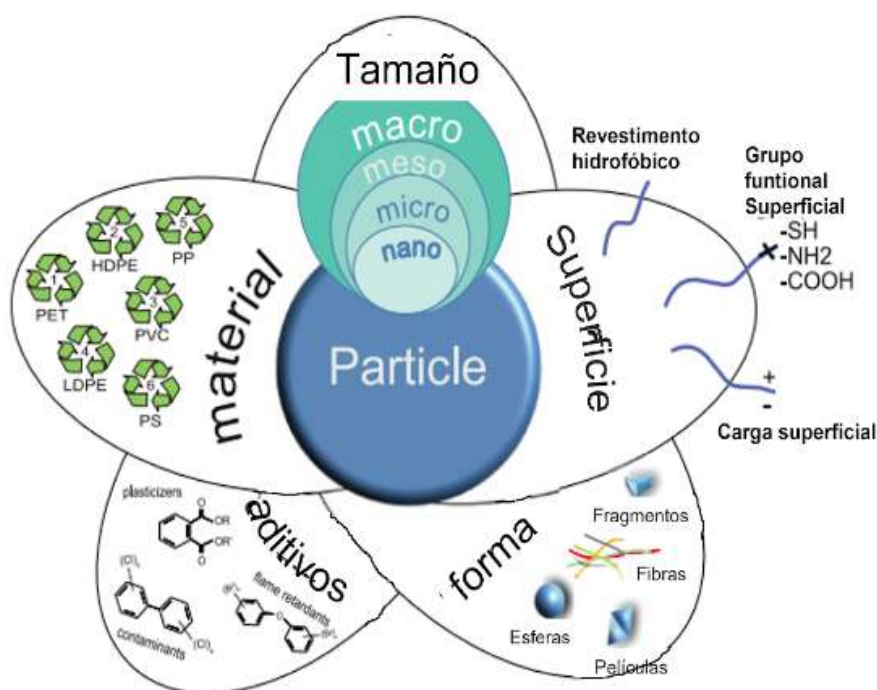
En febrero de 2022, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) publicó el informe "Perspectivas globales de plásticos: impulsores económicos, impactos ambientales y opciones de política", que señala que la generación global de desechos plásticos se duplicó con creces entre 2000 y 2019, de 156 millones de toneladas a 353 millones de toneladas por año. En el informe se plantea también que casi la mitad de los residuos plásticos provienen de los países de la OCDE. Los generados anualmente por persona oscilan, de media, entre 221 kg en Estados Unidos, 114 kg en los países europeos de la OCDE y 69 kg en Japón y Corea. Casi dos tercios de los desechos plásticos provienen de productos con una vida útil de menos

de cinco años, con un 40% proveniente de envases, un 12% de bienes de consumo y un 11% de prendas de vestir y textiles. En cuanto a la producción, el informe destaca que el 90% de los plásticos provienen de "la producción y conversión de combustibles fósiles, es decir, el plan global también contribuirá a controlar el cambio climático. La producción de nuevos plásticos es más viable económicamente que el reciclaje", solo el 9% de los residuos plásticos se reciclan, es necesario abaratarlos e invertir en tecnologías de reciclaje, del resto de los residuos, el 50% va a vertederos y el 19% se incinera y contribuye con el 3,4% de las emisiones globales de efecto invernadero en 2019.

Una vez liberado al medio ambiente, el plástico se degrada constantemente, aumentando continuamente la concentración de micro y nanoplásticos durante décadas. Se reconocen 10 tipos diferentes de tamaños de partículas de plástico entre macro, meso, micro y nanoplásticos. La composición también es diversa e incluye material, forma, superficie de reacción y cientos de aditivos, como se muestra en la siguiente figura. (Fig.2)

Los efectos directos de los microplásticos en la salud humana aún se desconocen. Algunos plásticos tienen compuestos en su composición que alteran el sistema endocrino. Los nanoplásticos ya se encuentran en todas partes, en el suelo, el agua, el aire, los alimentos y forman parte de muchos de nuestros artículos para el hogar e incluso de la ropa. Ya se encuentra en el agua potable, incluida el agua embotellada. También se ha encontrado recientemente en sangre y leche materna. Sin embargo, la complejidad del tamaño de las partículas y la mezcla de plásticos dificulta la generación de pruebas toxicológicas y epidemiológicas.

Figura 2 – Atributos de los plásticos a ser considerados en la evaluación de exposición y riesgo. Fuente: modificado de WHO, 2022



La OMS advierte que, aunque los datos científicos son insuficientes para inferir efectos sobre la salud, los plásticos no deben considerarse seguros para la salud humana y su uso y producción deben reducirse y reevaluarse. Por ejemplo, concluyen que, a pesar de la falta de estudios que las sustenten, las propiedades fisicoquímicas de las partículas plásticas inhaladas, como el tamaño, la forma y la densidad, influyen en su posible depósito en las regiones alveolares de los pulmones, donde su bio-persistencia puede tener efectos adversos como asma y otros trastornos respiratorios. La investigación hasta la fecha sugiere que los efectos potenciales para la salud de la exposición a los plásticos incluyen irritación respiratoria, disnea, disminución de la capacidad pulmonar, tos, obesidad, aumento de la producción de flemas, enfermedades y problemas cardiovasculares, asma y cáncer. Además, los plásticos tienen un impacto significativo en la salud del planeta, contribuyendo a la contaminación del aire, el agua y el suelo, la pérdida de biodiversidad y sus efectos en la seguridad alimentaria, así como los servicios ecosistémicos de las especies en peligro de extinción.

Existen varias referencias importantes sobre el tema de los plásticos y salud, algunas de ellas son:

Informe de la OMS de 2022 sobre la exposición dietética y por inhalación a nano y micropartículas de plástico y sus posibles implicaciones para la salud humana de 2022.

Estudio de 2022 sobre la acumulación global de residuos de plástico y los impactos multifacetedos

del plástico en la salud biológica en una perspectiva de salud única.

Revisión de la literatura sobre plásticos y salud publicada en la revista *The Lancet Planetary Health* en 2019. La revisión destacó los principales productos químicos tóxicos presentes en los plásticos y sus efectos en la salud humana, además de discutir las principales fuentes.

Estudio publicado en la revista *Environmental Science & Technology* en 2018 que examinó los efectos de la exposición a productos químicos tóxicos presentes en los plásticos en la salud humana.

El estudio hecho en 2019 por un consorcio de instituciones titulado "Plástico y Salud: Los Costos Ocultos de un Planeta Plástico".

El panel online de la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (IUCN) de 2023 sobre plásticos.

La comisión Minderoo - Mónaco sobre Plásticos y Salud Humana que debe divulgar los descubrimientos y recomendaciones de marzo de 2023 durante la Semana del Océano de Mónaco y publicó el informe completo de la Comisión en los *Annals of Global Health*.

Estas referencias brindan información importante sobre los impactos de los plásticos en la salud humana y el medio ambiente, así como los pasos necesarios para reducir la contaminación plástica y proteger la salud pública. Con la degradación

constante de los plásticos en el medio ambiente, el sector de la salud debe alentar estudios epidemiológicos más sólidos para comprender los efectos potenciales y las posibilidades de prevenir la exposición.

Aunque ha habido varios esfuerzos para estudiar el problema, incluidos algunos más recientes que encontraron asociaciones específicas y biológicamente plausibles de efectos sobre la salud, hay varias preguntas de investigación relevantes que deben explorarse, como:

1. ¿Cuáles son los químicos tóxicos en los plásticos que pueden afectar la salud humana?
2. ¿Cuál es el alcance de la exposición humana a los químicos tóxicos en los plásticos?
3. ¿Cuáles son los impactos en la salud humana asociados con la exposición a químicos tóxicos en los plásticos?
4. ¿Cómo reducir la exposición humana a los químicos tóxicos en los plásticos?
5. ¿Cuáles son las mejores prácticas para reducir el impacto de los plásticos en la salud del planeta?

Los resultados de los estudios sobre los impactos de los plásticos en la salud son importantes para proteger la salud humana y preservar el medio ambiente. Es fundamental comprender cómo pueden afectar la salud humana a largo plazo y qué medidas se pueden tomar para minimizar estos riesgos. Además, la investigación puede ayudar a informar políticas y regulaciones que fomenten una producción y un uso más sostenibles de los plásticos.

La salud planetaria también considera cuestiones sociales y en este sentido sabemos que la contaminación causada por los plásticos es particularmente pronunciada en comunidades pobres y marginadas que a menudo enfrentan altos niveles de exposición a la contaminación plástica, ya que se encuentran muchas industrias que producen y desechan grandes cantidades de plástico en áreas pobres y de minorías étnicas. Además, las personas en estas comunidades a menudo se ven obligadas a trabajar en tareas peligrosas y mal pagadas, que las exponen aún más a la contaminación plástica.

Para combatir las desigualdades en la contaminación plástica y sus efectos en la salud, es importante tomar medidas para reducir la producción y el consumo de plástico, así como promover prácticas sostenibles de gestión de residuos. Además, es importante combatir la desigualdad socioeconómica y el racismo ambiental que contribuyen a la concen-















tración de la contaminación plástica en comunidades pobres y marginadas.

Aunque parece ser un tema alejado de la práctica de la salud pública, debemos advertir que existen acciones concretas que las autoridades de salud pueden tomar, principalmente en la concientización de la población sobre los riesgos para la salud asociados a la exposición a los químicos presentes en los plásticos y la contaminación ambiental (Tabla 1). También pueden desarrollar políticas públicas para reducir el consumo y disposición de plásticos, incluyendo el establecimiento de leyes y reglamentos que restrinjan el uso de plásticos de un solo uso, fomenten el reciclaje y promuevan la adopción de alternativas sostenibles. Además, los ministerios de Salud pueden apoyar la investigación sobre la relación entre la exposición al plástico y la salud humana, así como invertir en tecnologías para monitorear la contaminación plástica y mitigar los impactos en la salud.

La academia (universidades y centros de investigación) también tienen un papel importante en el tema de los plásticos. Los investigadores pueden realizar estudios para evaluar los efectos de los plásticos en la salud humana y el medio ambiente, así como desarrollar alternativas plásticas sostenibles. Los clubes también pueden educar al público sobre los riesgos asociados con la exposición a los plásticos y la importancia de reducir el consumo y la eliminación adecuada.



Tabla 1 - Los siete tipos de plásticos, su reciclado, ciclo de vida y características físico-químicas y toxicológicas

Código de Identificación y abreviatura	Nombre del polímero	¿Reciclable?	% Reciclaje anual	Tiempo para descomponerse en condiciones normales	Temperatura máxima	Nivel de toxicidad	Toxina(s) más comúnmente lixiviada(s)
 PET	tereftalato de polietileno	Comúnmente reciclado	36%	5-10 años	70°C (158°F)	 Alta	Oxido de antimonio, bromo, diazometano , óxido de plomo, óxido de etileno de níquel y benceno
 HDPE	Polietileno de alta densidad	Comúnmente Reciclado	30-35%	100 años	120°C (248°F)	 Bajo	Oxido de cromo, peróxido de benzilo, hexano y ciclohexano
 PVC	Cloruro de polivinilo	A veces reciclado	<1%	Nunca	70°C (158°F)	 Alta	Benceno, tetracloruro de carbono, 1,2-dicloroetano, ftalatos, óxido de etileno, cromato de metilo, metanol, anhídrido ftálico, tetrahidrofurano y sulfato tribásico de plomo, mercurio, cadmio, bisfenol A (BPA)
 LDPE	Polietileno de baja densidad	A veces reciclado	6%	500- 1000 años	80°C (176°F)	 Bajo	Benceno, óxido de cromo, hidroperóxido de cumeno e hidroperóxido de terc-butilo
 PP	Polipropileno	Ocasionalmente reciclado	3%	20-30 años	135°C (275°F)	 Bajo	Metanol, 2,6-di-terc-butil-4-metilfenol y ditiocarbamato de dibutilo de níquel
 PS	Poliestireno	Comúnmente reciclado (pero difícil de hacer)	34%	50 años	90°C (194°F)	 Alta	Estireno, etilbenceno, benceno, etileno, tetracloruro de carbono, alcohol polivinílico, óxido de antimonio e hidroperóxido de terc-butilo, benzoquinone
 OTRO	Otro Todos los demás plásticos, incluidos el acrílico, la fibra de vidrio, el nailon, el policarbonato y el ácido poliáctico (un bioplástico)	Difícil de reciclar	Bajo	Mayoría de estos plásticos: nunca Ácido poliáctico: 6 meses	Policarbonato: 135 °C (275 °F) Ácido poliáctico: 150 °C (302 °F)	 Alta	BPA, BPS, así como todas las demás toxinas mencionadas

1 Una primera versión de este Artículo fue publicada en portugués en los Cuadernos N03/2023 del CRIS de Saúde Global e Diplomacia da Saúde. Centro de Relaciones Internacionales en Salud CRIS de la Fundación Oswaldo Cruz. Disponible en: <https://portal.fiocruz.br/documento/cadernos-cris-fiocruz-informe-03-2023>. Traducción del Portugués: Sebastián Tobar

2 Luiz Augusto Galvão - Investigador de CRIS/FIOCRUZ y profesor adjunto de la Universidad de Georgetown, Doctor con un doctorado en salud colectiva en IESC / UFRJ (2015) y una maestría en salud pública en ENSP / FIOCRUZ (1996).

3 Danielly de Paiva Magalhães - Investigadora de EFA/FIOCRUZ, Doctora con un doctorado en química en UERJ (2014) y una maestría en salud pública en ENSP / FIOCRUZ (2007).

4 OECD (2022), Global Plastics Outlook: Economic Drivers, Environmental Impacts and Policy Options, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/de747aef-en>.

5 Dietary and inhalation exposure to nano- and microplastic particles and potential implications for human health. Geneva: World Health Organization; 2022. disponible en:

<https://www.who.int/publications/item/9789240054608>
Morrison M, Trevisan R, Ranasinghe P, Merrill GB, Santos J, Hong A, Edward WC, Jayasundara N and Somarelli JA (2022) A growing crisis for One Health: Impacts of plastic pollution across layers of biological function. *Front. Mar. Sci.* 9:980705. doi: 10.3389/fmars.2022.980705

Akdogan Z, Guven B. Microplastics in the environment: A critical review of current understanding and identification of future research needs. *Environ Pollut.* 2019 Nov;254(Pt A):113011. doi: 10.1016/j.envpol.2019.113011

Geyer R, Jambeck JR, Law KL. Production, use, and fate of all plastics ever made. *Sci Adv.* 2017 Jul 19;3(7):e1700782. doi: 10.1126/sciadv.1700782

Landrigan PJ, Raps H, Symeonides C, Chiles T, Cropper M, Enck J, Hahn ME, Hixson R, Kumar P, Mustapha A, Park Y, Spring M, Stegeman J, Thompson R, Wang Z, Wolff M, Yousuf A, Dunlop S. Announcing the Minderoo - Monaco Commission on Plastics and Human Health. *Ann Glob Health.* 2022 Aug 25;88(1):73. doi: 10.5334/aogh.3916

6 El estudio de la salud planetaria es una nueva aproximación al conocimiento de la interdependencia entre la actividad humana y los sistemas naturales como el agua, el aire, la tierra o la biodiversidad y su impacto en el bienestar de las persona

Técnica y tecnología

CONCEPTOS EPISTEMOLÓGICOS PARA ENTENDER UNA FORMACIÓN INTEGRAL DE LOS TÉCNICOS EN SALUD



Por Rosa Alicia Araoz
FMED-UBA

¿Cómo puede la epistemología contribuir a la formación actual de los técnicos en salud? Quizás porque tanto la epistemología como la *techné* comparten el origen etimológico y fueron los primeros filósofos griegos los que dividieron los distintos tipos de conocimiento.

Esa primera *techné* significaba “saber qué (hacer)”, lo que puede ser entendido como “encontrar o pensar una solución para una situación”, distinto de “saber cómo (hacer)” que se aplicaba a la simple construcción de los elementos en forma repetitiva y que se conocía como *empeiria*.

Es interesante observar como entre los renombrados filósofos clásicos griegos, mientras algunos no diferenciaban la *techné* de la ciencia o el arte y por lo tanto era “la aplicación sistemática de la inteligencia a todos los campos de la actividad humana”, fue Aristóteles quien consideró marcar

la diferencia con las artes reproductivas rutinarias, vinculadas con la tradición y la artesanía, es decir que el artesano podía reconocer la forma y para qué sirve, pero no poseía la verdadera *techné* que era el conocimiento superior por el que fue creado un objeto, ni tampoco poder explicar el por qué el uso de un material ni cómo obtener determinada forma en su fabricación.

Durante los siglos siguientes se profundizó la separación de la ciencia de otros tipos de conocimientos como la religión o el arte, mientras que la *techné* continuó dentro de los saberes prácticos y de construcción.

En la actualidad, algunos filósofos como E. Agazzi aportan otras definiciones: sostiene que técnica es “un conjunto de conocimientos eficaces que el hombre ha desarrollado a lo largo de los siglos para mejorar su manera de vivir prácticamente”,

y le devuelve en cierta forma su valor antiguo de ser inseparable de cualquier actividad humana, sin diferenciar lo natural de lo adquirido. Pero establece una posible condición de posibilidad que puede separarla de la ciencia, si solo se considera "la acumulación, modificación y trasmisión empírica".

Y con la modernidad reapareció el sufijo – logos (razón para los antiguos griegos) que se sumó a la raíz techné, convirtiéndose en tecnología, que diferenciada por siglos y conceptualizaciones de la primera techné, esta moderna tecnología para Agazzi es lo que ocurre una vez desarrollada la técnica y lo que sirve para pensar prácticas concretas sin necesidad de la experiencia previa.

Esta definición permite entender por qué con la técnica se pueden justificar descubrimientos azarosos sin explicaciones teóricas concretas, mientras que la tecnología moderna sirve de guía para la construcción de máquinas y cosas justificadas por el uso que se les va a dar.

Otro filósofo de la técnica y la tecnología, J. Ellul, considera un error típico de los intelectuales al analizar la técnica o tecnología como sinónimos de máquinas y herramientas que fueron conocidas desde siempre y que en los recientes siglos tuvieron un auge sorprendente.

Su análisis del cambio de mentalidad con respecto a la técnica y la tecnología desde que se produjo la separación entre ciencia, moral y arte al eliminarse el elemento unificador que era la religión, explica como la razón convirtió el conocimiento técnico/científico en la actividad cuyo objetivo era conocer la naturaleza para dominarla y de alguna forma también, controlar a los seres humanos.

De esta forma fue que al perder la techné griega su característica de incluir el logos y pasó a ser sinónimo de prácticas rutinarias realizadas artesanalmente, los laboratorios donde se empleaban instrumentos para medir y cuantificar los episodios de la naturaleza que se deseaban comprender y dominar, también rebajaron su antigua consideración.

El término tecnología tuvo su aparición por primera vez en inglés en 1816 en un curso en la Universidad de Harvard sobre "aplicación de las ciencias a las artes útiles", y en 1832 la Enciclopedia Americana lo incluyó definiéndolo como "principios, procesos y nomenclaturas". Así planteada la diferencia entre techné y tecnología, los nuevos instrumentos que ayudan al mejor vivir de las sociedades occidentales pasaron a llamarse tecnologías, adueñándose para su justificación del conocimiento del logos que tuvo en un principio la techné.

En castellano recién aparece entre 1918 y 1938 en un intento de justificación de cientificidad de un libro de Tecnología mecánica.

Las definiciones continúan en discusión y analizan estos cambios pero pueden diferenciarse básicamente en dos grupos: instrumentales o sustantivas. Las primeras son las teorías que consideran que las tecnologías y la técnica son neutras y por lo tanto pueden compartirse en distintos campos científicos, de esto se derivan los distintos procedimientos que permiten aplicaciones en laboratorios para estudios médicos, químicos, físicos y otras ciencias derivadas o autónomas, aunque no se incluyen en esta posible aplicabilidad de términos y conceptos respectivos en las ciencias sociales. Estas teorías también sostienen que la tecnología y la técnica pueden estar limitadas por factores externos, pero no alterada por ellos. Es decir que el resultado de un experimento científico tiene características universales en principio.

Dentro de los autores que defienden esta postura está M. Bunge, para quien una filosofía de la tecnología debe centrarse en "las reglas tecnológicas o normas fundamentales de la acción", que son cadenas de formulaciones capaces de ser sometidas a un análisis lógico o formal, de donde se deriva su vínculo con la ciencia, a la que queda subordinada.

Por el contrario, las teorías sustantivas son las que niegan esta característica y sostienen como lo expresaron J. Ellul (1912-1994) y M. Heidegger (1889-1976) que la tecnología se establece como una nueva opción de "sistema cultural" con el objetivo de reorganizar y controlar el mundo social que la tecnología se establece como una nueva opción de "sistema cultural" con el objetivo de reorganizar y controlar el mundo social.

Pero Ellul diferencia por un lado la técnica actual como más cercana a la techné griega y la define como "la totalidad de métodos racionalmente logrados y que tengan absoluta eficiencia" donde se destacan la racionalidad y la eficiencia y de la que desprende la conceptualización de tecnología, como la actividad técnica productiva autónoma que genera e intenta imponer valores a la sociedad a partir precisamente del atractivo que generan los bienes para consumo de masas y que para diferenciarse asume el sufijo – logos.

Desde una mirada histórica, económica y social, considera que el ritmo de los sistemas técnicos que desarrollaron los países burgueses adelantados fueron llevados al máximo de sus "posibilidades de crecimiento ordenado" y entonces apareció la tec-

nología con un ritmo acelerado y reemplazó a esos sistemas técnicos, sometiéndolos a su nuevo dominio con lo que agudizó un quiebre con los países que no iban al mismo ritmo técnico.

Así las sociedades de habla no inglesa observaron con asombro los adelantos de la Revolución Industrial que facilitaban y cambiaban las comodidades de la sociedad a finales del siglo XVIII cuando se dieron otras características necesarias, tales como la existencia de una larga experiencia técnica, una economía favorable, un medio social más dinámico que los siglos anteriores y el surgimiento de una clara visión práctica y técnica donde la máquina como producto proveniente de la ciencia, no solo modificaba la naturaleza sino que podía sustituirla.

Ellul sintetiza que la tecnología por lo tanto puede ser entendida como el desarrollo de la industrialización a gran escala del producto obtenido del ejercicio de la técnica y que esta no perderá en ningún momento su vínculo con el conocimiento. Técnica y artesanía no son equivalentes aunque compartan un primer momento en la evolución de las prácticas manuales de las sociedades humanas hasta que se obtuvieron el instrumental y las habilidades comprobadas que luego se generalizarían y traspasarían a la industria.

Porque es importante señalar que la tecnología implicará a la industria como generadora de instrumentos que pondrá a disposición de los científicos y que estos deberán entonces aprender las habilidades necesarias para utilizarlos, revirtiéndose en cierta forma lo que en un comienzo era la fabricación del instrumental por los mismos científicos.

Tecnicaturas y tecnologías en salud en Argentina

Las conceptualizaciones continúan debatiéndose, pero como las teorías sustantivas sostienen, hubo cambios sociales que incluyeron e influyeron en la formación y la educación y que impactaron también en el campo de la salud.

En nuestro país hay registros de formación o capacitación de personal en tareas complementarias o auxiliares de la medicina desde la época de nuestra colonia (parteras, dentistas y flebotomos o sangradores) pero su evolución hasta el siglo XX es dispar.

Puede mencionarse la creación de la escuela de enfermería que C. Grierson organizó a finales del siglo XIX en el Círculo Médico Argentino, que ha-

bía sido recientemente creado y otros cursos que se incorporaron posteriormente a la Cruz Roja Argentina.

Todas esas enseñanzas tenían como característica la duración de 1 a 3 años de acuerdo a la especialidad y su objetivo era formar personas para actividades específicas en la salud.

Ya iniciado el siglo XX hubo otras iniciativas pero la más representativa fue la escuela que se inauguró en el hospital Rawson en la década del '40 debido al impulso que generaba el desarrollo de la cirugía y por la que se necesitaban enfermeras, instrumentadoras y también se incluyeron los preparadores de histología.

Para 1957 un informe muestra otras carreras técnicas dictadas en los hospitales: Enfermería, Enfermeras Instrumentadoras, Instructoras de Enfermería, Auxiliares de Hemoterapia, Auxiliares de Laboratorio Clínico, Auxiliares de Psiquiatría, Auxiliares de Radiología, Auxiliares de Audiología y Prótesis Dental para Sordomudos.

Aunque lo más probable es que la formación de las distintas tecnicaturas en salud derive de la trayectoria práctica de la misma medicina, porque hasta la creación de las universidades en la Edad Media, los médicos se formaban a la par de un maestro médico como aprendices, como ejercicio teórico puede hacerse una comparación con las escuelas de artes y oficios o la formación profesional no universitaria de décadas posteriores.

Porque al igual que la formación profesional, las tecnicaturas o ramas auxiliares de la medicina y salud, solo comprendían conocimientos básicos para desarrollar la actividad laboral requerida y no tenían el compromiso de formar en otros saberes a los estudiantes.

Recién hacia 1960 la formación profesional no universitaria incluirá el desarrollo de aptitudes humanas que enriquezcan no solo la actividad laboral sino también el bienestar individual y colectivo. Pero a diferencia de esos recorridos educativos que podían desarrollar distintas personas aún sin tener toda la educación formal básica completa, las tecnicaturas en salud en general fueron de nivel terciario (con excepción de la enfermería, que siguió su propia trayectoria).

Esta falta de exigencia en la alfabetización básica formal debe comprenderse dentro de un contexto global de educación que no era homogéneo en todas las sociedades, incluido nuestro país. Existían naciones que sin tener alto nivel básico de educa-

ción, tenían una tradición de trabajo artesanal o manual que hacía necesaria una (capacitación) formación profesional para optimizar los requerimientos formales de las actividades laborales modernas.

El concepto de servicios recién aparece alrededor de la última década del siglo XX y comienzos del actual siglo y resulta ser más apropiado a las prestaciones de las distintas tecnicaturas en salud, aunque en algunas se generen productos tangibles (ej. radiología o histotecnología). La corta duración de los cursos y lo sensible de las actividades que desarrollan los/as técnicos/as en salud, hicieron del hospital público el lugar más frecuente para su formación porque los programas se correspondían ampliamente a prácticas especializadas y específicas.

Por todas estas razones las tecnicaturas en salud necesitaron una revisión en relación a los programas de formación porque aparece la división de médico/a-personal técnico-auxiliares-paciente sumándose las especializaciones de la medicina que llevan también a la aparición de nuevas tecnicaturas y auxiliares.

“El Técnico en Salud es aquel que realiza acciones específicas en el campo de la salud fundamentalmente sistematizadas y toma decisiones dentro del área de su competencia; colabora con el personal de nivel superior para facilitar la mejor utilización y rendimiento de los servicios de salud; ejecuta sus

acciones con la supervisión directa o indirecta del personal de nivel superior, así como puede ejercer funciones de supervisión a personal de igual o menor calificación. La complejidad de sus acciones es mayor que la del personal auxiliar y menor que la del personal de nivel profesional o su equivalente”

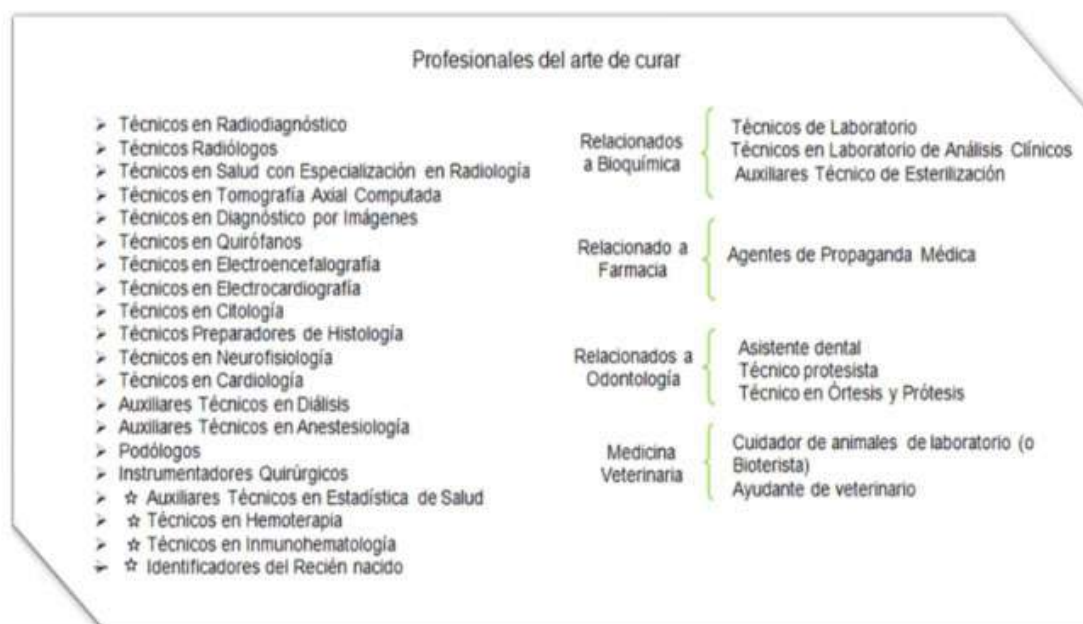
OPS/OMS en 1996.

Pero como se observó, a la fecha de esa definición, la fragmentación geográfica, financiera e institucional, hacía difícil la homologación de criterios en relación a la formación y formalización, aunque las competencias están claramente definidas, algo que es una característica fundamental de las tecnicaturas: su especificidad.

Actualidad de algunas tecnicaturas en salud

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2020 muestra la alta inserción laboral formal en el sector de la salud pública, que es de 16,4% contra un 31,2% en relación al resto de trabajadores.

En la actualidad existen 30 tecnicaturas vinculadas a la salud que requieren matrícula en la provincia de Buenos Aires, y continúan en aumento con o sin esa matriculación para el ejercicio técnico en el resto del país.



Esta división se hizo en consideración que las tecnicaturas vinculadas a la Salud tienen diferentes orígenes históricos que merecen ser estudiados aunque en el actual contexto multidisciplinario, las distintas profesiones pueden hacer distintos aportes de formación y experiencia. Información actualizada del Ministerio de Salud provincial.

Fuente: Matriculación R.U.P. Pcia. de Bs. As.

Elaboración propia

En un informe de investigación de 2012 se observa que las tecnicaturas terciarias no universitarias tienen el mayor peso de formación, aunque las estadísticas solo diferencian por público o privado y a nivel estatal existen carreras dependientes de municipalidades, provincias o de la Nación.

Los registros son parciales porque dentro de las tecnicaturas suelen figurar solamente aquellas que tienen algún impacto significativo en la estadística, en perjuicio de las otras tecnicaturas de las que no se encuentra información además de la promocional o publicitaria de las instituciones que las dictan. Por lo tanto los cuadros de investigaciones suelen mostrar solo: laboratorio (entendiéndose de análisis clínico), hemoterapia, radiología, enfermería (en todas sus alternativas), fonoaudiología e instrumentación quirúrgica.

Entre los años 2002 y 2003 se estableció un convenio entre ministerios de Salud y Educación que llevaron a la formación de una comisión interministerial para tratar los distintos esfuerzos para

actualizar el estatus de algunas tecnicaturas, como también poder fijar un perfil a nivel nacional para cada una.

En algunos casos la falta de información sobre las competencias de cada tecnicatura derivaron en algunas negociaciones prolongadas, como el caso de laboratorio de análisis clínicos y su relación con los bioquímicos.

En varias de las tecnicaturas se llegó a un acuerdo dentro de los tiempos proyectados, otras avanzaron muy lentamente y otras se encuentran estancadas. Un ejemplo es el caso de la histotecnología, entre otras, que comenzó como Escuela de Preparadoras de Histología en el hospital Rawson y que no logra un estatus de tecnicatura superior ni tampoco ingresar a la oferta de tecnicaturas universitarias, aunque de la misma forma que otras trayectorias, haya tenido una importante y constante actualización mediante cursos y congresos que le permiten ser precisamente la tecnicatura responsable de la histotecnología como actividad tecnológica.



Laboratorio de Histología, 1914 - Royal Free Hospital, Londres.
De las más antiguas imágenes con personas que trabajaban en un laboratorio de histotecnología. Fuente: internet solo para este artículo.



Copia de un certificado de la
Esc. Municipal de
Preparadoras de Histología del
Hosp. Rawson, 1955



Algunos equipos, materiales y productos obtenidos en los actuales Laboratorios de Histotecnología.

Porque aunque existan otras tecnologías, no siempre se puede procesar el material en fresco y el estudio histológico es reconocido actualmente por diversos investigadores como una aproximación al estado de complejidad de los organismos vivos.

El perfil que solicitan las tecnicaturas y que se puede transformar en una ley nacional, implica también que la formación y prestación de servicios tenga una uniformidad de calidad en todo el país con las debidas adaptaciones regionales. Desde lo laboral puede fijar las pautas para evitar arbitrariedades en las designaciones o excesos en las obligaciones laborales y de acuerdo a las zonas, repercutir el caso de las jubilaciones, donde la categorización diferencial entre auxiliar y técnico puede tener algún impacto.

La autonomía de los técnicos es otra característica propia y en relación al desarrollo epistemológico, está justificada y no invade el campo de competencias profesionales.

Comentarios finales

Entre las tecnicaturas hubo un constante esfuerzo como el caso de la histotecnología en la educación permanente en salud (EPS) que permitieron compensar y complementar los conocimientos iniciales, además de permitir la inserción laboral en los actuales mercados de trabajo, dinámicos y dependientes de la innovación técnica y la investigación en general.

En las investigaciones analizadas se observó que existen altos niveles de educación privada en la tecnicaturas en salud, donde el estudiante está

forzado a pagar sus estudios y puede repercutir en un alejamiento de formación de calidad en el área sanitaria. Con el incremento de universidades, de infraestructura hospitalaria y centros de salud públicos se pueden reactivar algunas de las experiencias frustradas como el caso de la provincia de Buenos Aires, y que permitan el acercamiento de personas interesadas en carreras cortas con salida laboral altamente asegurada, y que en el caso de las universidades pueda proyectarse a futuro con alguna articulación de carreras de grado.

Otra ventaja que ofrecen es que el estudiante o interesado puede experimentar sin un gran desgaste de tiempo si su vocación está orientada a alguna rama específica. Como las tecnicaturas en salud requieren de prácticas hospitalarias, aseguran sin demasiados trámites la vinculación con hospitales públicos, además de actuar como bolsa de trabajo y socializar al estudiante en relación al mercado laboral. De esta forma tienen bajos costos institucionales y para el estudiante.

La formación de calidad en las tecnicaturas en salud debe tener el mismo resguardo que toda carrera profesional sobre ese servicio aseguran las leyes nacionales y Constitución Nacional.

Desde la epistemología la contribución teórica puede servir para unificar algunos criterios comunes a varias carreras técnicas en salud, que luego se pueden derivar a las distintas especializaciones según corresponda y dejar de aplicar teorías provenientes de la industria para no seguir siendo considerados operarios/as en la cadena de montaje, y pasar a ser tecnólogos competentes.

Agradecimiento a Juana Victoria Galeano, que gentilmente colaboró con su certificado Técnica de Histología del Hospital Rawson del año 1955.

Bibliografía

Agazzi, E (1997). Técnica y tecnología. Seminario Fac. Filosofía de la Univ. Sevilla.

Araoz, RA (2022) La Técnica Histológica desde sus orígenes y una mirada a nuevas tecnologías, Revista de la Sociedad Argentina de Histotecnología. Vol 31(1): 13-19.

Cadile, M del C; Cavaliere, M; Duré, I; Faccia, K; Heymans, J; Laplacette, G; Mazzitelli, MA; Saulo, H; Suárez, N (2012) La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la argentina. Primera etapa: un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2010-2011. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga Ministerio de Salud de la Nación.

Delfino, JA (1988) ¿Qué está pasando con la educación superior? en Delfino, JA; Gertel, HR; Sigal, V (eds) La educación superior técnica no universitaria. Problemática, dimensiones, tendencias. Ministerio de Cultura y Educación. Secretaría de Políticas Universitarias. 15-32

Dirección General de Cultura y Educación. Dirección de Formación Profesional. Manual para el Formador de Instructores. Módulo I. De la formación profesional. 5-14.

Duré, MI; Cadile. M del C. (comp) La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2015

Feenberg, A (2002) Introduction: the parliament of things, en Critical theory of technology. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/44828056>

Garcés Giraldo, LF; Giraldo Zuluaga, C (2013) La técnica como modo de saber en la investigación con animales. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 38:195-205.

Medina, M (1995) Tecnología y filosofía: más allá de los prejuicios epistemológicos y humanistas. Isegoria, 12:180-197.

Montoya Suárez, O (2008) De la técnica griega a la técnica occidental moderna. Universidad Tecnológica de Pereira. Scientia et Technica, 39 (39):298-303. Introducción Historia de la tecnología. Tecnología en la Edad Media

Recuperado de: <https://www.sjsu.edu/people/patricia.backer/history/introduction.htm>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación Argentina. Situación ocupacional de los trabajadores de la Rama Salud. Sobre datos de EPH y SIPA 2021

Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/ofertus/datos/informesydocumentos>

<http://etimologias.dechile.net/?tecnologi.a>

