

AASAP

“Una Salud”

La Revista de la Asociación
Argentina de Salud Pública

Año 4 - N° 9 febrero de 2026



Sostener la salud pública

Ciencia, comunidad y compromiso en tiempos adversos

- Sobre el desmantelamiento del Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT)
- Homenaje a João Carlos Pinto Dias
- La intersectorialidad como desafío ineludible

Organización editora: Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP)

Dirección Editorial: María Marcela Bottinelli.

Dirección Honoraria: Hugo Mercer.

Comité Editorial: Claudio Bloch, Noemi Bordoni, Daniela Alvarez, Hugo Mercer, Javier Biasotti, Sebastián Sustas, Adrián Díaz, Bárbara García Godoy, María Marcela Bottinelli.

Correo electrónico: unasalud.revista@gmail.com

Dirección legal: Austria 2248

Ciudad/Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

CP: 1425



Asociación Argentina
de Salud Pública



[] Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública

Colaboran en este número:

Alejandra Sánchez Cabezas, Carlos M. Leveau, Gabriela Lourtau, Blanca Giménez Prieto, Daniela Moyano, Jorge Chauí, Mario Elmo, Patricia Spinelii, Raúl, Bianchi, Lucas Aletta, Sabrina Appeceix, Elías Maldonado, Nahor Denti, Mgr. Ramiro Huber, Leticia Williams, Guadalupe Rivero, Yanina Miragaya, Garbero Irene, Tirado Sandra, Deisy de Freitas Lima Ventura, Dra. Marcela Bottinelli, Lic. Dolores García, Lic. Claudia A. Pugliese, Lic. Silvia Quevedo.

Comité Editorial:

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

Comunicación: Sebastián Valerio

Diseño Gráfico: Juan Manuel Artero

Contacto:

unasalud.revista@gmail.com

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

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

Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

Presidenta: Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

Vicepresidente 1º: Dr. Arnaldo Medina

Vicepresidenta 2º: Dra. Alejandra Barcala

Secretario General: Lic. Hugo Mercer

Secretaria Académica: Dra. Noemí Bordoni

Secretario de Actas: Lic. Rodrigo Sal Iturrería

Tesorero: Lic. Federico Machado

Vocales Titulares: Dra. Ana Pereiro; Dr. Ignacio Maglio; Dra. Marcela Bottinelli

Vocales Suplentes: Dr. Daniel Manoukian; Lic. Daniela Álvarez; Lic. Enrique Mansilla

Órgano de Fiscalización: Lic. Francisco Viola; Lic. Iara Mastrodonardo

SUMARIO

Editorial

Pág. 3: Editorial

Pág. 7: Primer experiencia de campo práctico en comunidad para estudiantes de “Enfermería en Salud Comunitaria I” 2do cuatrimestre 2024 - UNAHUR

Pág. 10: Gigantes disfrazados de molinos. Sobre el desmantelamiento del Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT)

Pág. 22: Homenaje a João Carlos Pinto Dias

Pág. 29: Políticas sociales. La intersectorialidad como desafío ineludible

Pág. 34: La experiencia de los talleres sobre alimentación con adolescentes. Aprendizajes y desafíos a partir de la influencia de las redes sociales

Pág. 40: Reflexiones sobre la Gestión Territorial en Salud y Atención Primaria de la Salud

Pág. 48: Soberanía sanitaria en repliegue: implicancias regulatorias y sanitarias del acuerdo con Estados Unidos

Sostener:

un acto científico-político



Alejandra Sánchez Cabezas
AASAP
 Presidenta

Publicar una revista no es simplemente editar artículos. No es únicamente seleccionar manuscritos, evaluar pares, revisar referencias, corregir estilo o diseñar tapas. Sostener una revista en el tiempo es, ante todo, una decisión política del campo científico.

En un contexto de recortes presupuestarios, desfinanciamiento de la investigación, precarización laboral y deslegitimación del conocimiento experto, mantener viva una publicación de salud pública constituye un acto deliberado de posicionamiento. Es afirmar que la producción de conocimiento importa. Que el debate importa. Que la evidencia importa. Que las palabras —cuando se escriben con responsabilidad intelectual y compromiso con la realidad— tienen efectos.

Cada número que publicamos es resultado de un trabajo silencioso y persistente. De equipos editoriales que sostienen procesos largos. De autoras y autores que investigan en condiciones adversas. De evaluadores que leen con rigor sin recibir más recompensa que la convicción de que la calidad importa. De instituciones que, aun con limitaciones, siguen apostando a la producción científica nacional.

Estamos habituados a leer la historia como una sucesión de hechos destacados y figuras singulares. Vemos congresos, leyes, políticas emblemáticas, declaraciones, hitos institucionales. Pero rara vez nos detenemos a pensar en la trama de trabajo silencioso que los hizo posibles. Cada acontecimiento visible es el resultado de innumerables horas invisibles. Cada logro público descansa sobre una base de

esfuerzo colectivo que no siempre es nombrado.

En este sentido, vale recordar las preguntas que formula Bertolt Brecht en Preguntas de un obrero que lee:

“¿Quién construyó Tebas, la de las siete Puertas?

En los libros aparecen los nombres de los reyes.

¿Arrastraron los reyes los bloques de piedra?

Y Babilonia, destruida tantas veces,

¿quién la volvió siempre a construir?

¿En qué casas de la dorada Lima vivían los constructores?

¿A dónde fueron los albañiles la noche en que fue terminada la Muralla China?

La gran Roma está llena de arcos de triunfo.

¿Quién los erigió?

¿Sobre quiénes triunfaron los Césares?

¿Es que Bizancio, la tan cantada, sólo tenía palacios para sus habitantes?

Hasta en la legendaria Atlántida,

la noche en que el mar se la tragaba,

los que se hundían, gritaban llamando a sus esclavos.

El joven Alejandro conquistó la India.

¿Él solo?

César derrotó a los galos.

¿No llevaba siquiera cocinero?

Felipe de España lloró cuando su flota fue hundida.

¿No lloró nadie más?

Federico II venció en la Guerra de los Siete Años.

¿Quién venció además de él?

Cada página una victoria.

¿Quién cocinó el banquete de la victoria?

Cada diez años un gran hombre.

¿Quién pagó los gastos?

Tantas historias.

Tantas preguntas.”

Estas preguntas interpelan también al campo de la salud pública. ¿Quién sostiene cotidianamente los servicios cuando las políticas cambian? ¿Quién garantiza la atención cuando faltan insumos? ¿Quién enseña cuando el sistema se debilita? ¿Quién investiga cuando el financiamiento se retrae? ¿Quién escribe cuando el clima desalienta? ¿Quién resiste cuando las decisiones públicas afectan derechos?

La postura de la Asociación Argentina de Salud Pública es clara: en medio de la crisis profunda que atraviesa nuestro país, elegimos sostener. Sostener la producción científica. Sostener el debate público informado. Sostener a quienes, desde hospitales, centros de salud, universidades, territorios y organizaciones sociales, continúan haciendo posible la salud

pública en la Argentina.

Sostener a quienes atienden.

A quienes investigan.

A quienes escriben.

A quienes enseñan.

A quienes gestionan con responsabilidad.

Y, por supuesto, a quienes resisten cada nueva medida injusta que amenaza con erosionar el derecho a la salud.

Esta revista es parte de ese soporte. No es un gesto menor. Es una forma de decir que la salud pública no se reduce a coyunturas ni a nombres propios. Es una construcción colectiva, histórica y cotidiana. Y mientras existan personas dispuestas a seguir construyéndola, también existirá la decisión de visibilizar su trabajo, fortalecer su legitimidad y acompañar su persistencia.

Porque detrás de cada página publicada hay muchas manos.

Y porque la historia de la salud pública argentina no la escriben sólo “grandes personas”, sino quienes, día tras día, hacen que el sistema no se detenga.



**Si te perdiste los
Webinarios
ahora podés
volver a verlos en
You Tube**



CÓMO Y PARA QUÉ SUMARSE A LA AASAP

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

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

Los beneficios que brindamos

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



www.aasap.org.ar

Primer experiencia de campo práctico en comunidad para estudiantes de

“Enfermería en Salud Comunitaria I” 2do cuatrimestre 2024 - UNAHUR

Carlos M. Leveau

Contexto:

La experiencia conjunta de los estudiantes de Enfermería Comunitaria I y II, que participaron en prácticas conjuntas, se organizó de forma sistemática para abordar problemáticas de la comunidad mediante tácticas de comunicación e investigación, y para examinar críticamente los aprendizajes con el objetivo de generar conocimiento a partir de la experiencia. En el marco de la Licenciatura en Enfermería, las asignaturas Enfermería en Salud Comunitaria I y II combinan contenidos teóricos y prácticos y comparten el mismo espacio de campo y un enfoque temático común. En la materia Enfermería en Salud Comunitaria I, los estudiantes reciben una formación especializada para abordar problemáticas comunitarias con el propósito de promover, rehabilitar y recuperar la salud de individuos, familias y comunidades, enfatizando que sus acciones beneficien a toda la comunidad y que fomenten la colaboración activa en un equipo interdisciplinario para la creación y ejecución de proyectos comunitarios. Por su parte, Enfermería en Salud Comunitaria II desarrolla las competencias necesarias para su desempeño profesional y personal, facilita la comunicación con personas, familias y comunidades, y enseña a aplicar estrategias comunicativas, estadísticas e informáticas, además de utilizar la investigación documental para diagnosticar la situación de salud comunitaria. De este modo, los estudiantes contribuyen al desarrollo sustentable mediante una intervención crítica y participativa, identificando y analizando problemas de salud reales y potenciales e implementando intervenciones basadas en una planificación participativa. En estas instancias compartidas se favorece el análisis de las dinámicas de aprendizaje, lo que resulta enriquecedor tanto para estudiantes como para docentes y es clave para mejorar futuras experiencias educativas. Se empleó una herramienta de sistematización para construir el relato, recopilando infor-

mación de los dos grupos protagonistas: los estudiantes de Enfermería en Salud Comunitaria I, acompañados por los guías de Enfermería en Salud Comunitaria II. A partir de la organización y el análisis de los datos obtenidos, se interpretó el contexto histórico y social complejo de las experiencias de campo, se identificaron reacciones, resultados y percepciones, y se buscó comprenderlas y comunicarlas. Este proceso, aunque desafiante, resultó enriquecedor. Se reconstruyó el proceso, se analizó críticamente y se extrajeron lecciones aprendidas para orientar futuras acciones transformadoras, con el objetivo de generar conocimiento a partir de la experiencia y trascenderla. Así, la sistematización aporta una comprensión profunda del proceso y genera resultados que pueden ser evaluados y servir como objeto de investigación, colocando a los protagonistas —aquellos que vivieron la experiencia— en el centro de la reflexión.

Descripción de la experiencia:

En las prácticas de Enfermería en Salud Comunitaria I y II durante el segundo cuatrimestre de 2024, se propuso una reflexión crítica sobre experiencias en salud comunitaria, valorando los aprendizajes, promoviendo la colaboración y destacando el rol de los orientadores; se consideró la educación comunitaria como instrumento de transformación que potenció los avances en la formación de los estudiantes. Los estudiantes participaron de manera activa en la solución de problemas comunitarios, fortaleciendo tanto sus habilidades profesionales como personales. Se fomentó la colaboración grupal, la reflexión crítica y la dedicación a la realidad social, reforzando la función del enfermero en entornos comunitarios. La experiencia facilitó la integración de teoría y práctica, promoviendo un aprendizaje relevante y la construcción de relaciones con la comunidad.

La experiencia comenzó con un total de 69 estudiantes de la materia Enfermería en

Salud Comunitaria II, que acompañaron, en sus días y horarios de práctica, a 167 estudiantes de la materia Enfermería en Salud Comunitaria I. Se planificó un cronograma previo en el que se asignó a uno o más guías a cada grupo. Cabe destacar que ambas materias desarrollaron sus prácticas en el CAPS Ángel Bó, lo que hizo posible que ambos grupos compartieran el campo práctico y demostraran sus habilidades.

Para la experiencia, se organizó un cronograma vinculado; el primer encuentro entre los estudiantes de ambas materias se llevó a cabo en el Centro de Simulación Cecilia Grierson, ubicado en el edificio Trabajo Argentino, en Teniente Origone 151. En esos primeros encuentros, ambos grupos se integraron: los guías de Enfermería en Salud Comunitaria II organizaron y compartieron las actividades de terreno a realizarse a partir de la Semana 6. Se dividieron algunos grupos de Enfermería en Salud Comunitaria I, acompañados por estudiantes de Enfermería en Salud Comunitaria II. Los guías trabajaron junto a sus compañeros de ESC I, realizando entrevistas y exámenes físicos.

De acuerdo con el cronograma, se continuó aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a las necesidades detectadas en las personas y en el área de trabajo, identificando los requerimientos y problemas derivados del estado de salud y de la situación social; se elaboró un diagnóstico participativo con la comunidad que asiste a las actividades del centro de salud. Las actividades quedaron registradas en los anecdóticos y se mantuvo la integración en cada encuentro; se realizaron tomas de constantes vitales utilizando la Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para enriquecer la entrevista. Los guías orienta-

ron a sus compañeros de ESC I, basándose en la bibliografía recomendada y en el uso oportuno de una encuesta, para conocer el concepto de diagnóstico comunitario, mapeo y reconocimiento del territorio. Con la encuesta se identificaron características del tipo de viviendas, factores negativos para el cuidado y la salud, problemáticas ambientales como basurales y contaminación acústica, instituciones intermedias (comedores, clubes), servicios de salud, educación y espacios verdes, así como un mapa de la manzana. En sus anecdóticos, registraron cada una de las actividades diarias de forma ordenada, descriptiva y detallada.

En las semanas 13 y 14 del calendario académico del segundo cuatrimestre de 2024, se inició el análisis de la experiencia con el fin de construir colectivamente el relato. Se contactó por correo electrónico a un grupo de estudiantes de ESC I y ESC II para solicitarles su contribución a este relato de experiencia. Se envió una breve encuesta a una muestra intencional de estudiantes, utilizando las mismas preguntas, salvo la primera, correspondiente al rol designado en la materia que cursan.

Aprendizajes:

La experiencia de los estudiantes de Enfermería en Salud Comunitaria I y II fue valiosa tanto a nivel personal como académico. Se destacó el aprendizaje mutuo, la cooperación en equipo y la posibilidad de intercambiar saberes, rememorando los inicios y las incertidumbres. A pesar de los desafíos organizativos, la experiencia facilitó la reflexión sobre el propio progreso y la importancia de la orientación educativa. Se plantearon mejoras como una organización más eficiente y una mayor diversidad de espacios. La colaboración y el respaldo entre

los integrantes se volvieron fundamentales para el desarrollo profesional, valorando la fusión entre teoría y práctica, la confianza y el intercambio intergeneracional como pilares de la educación en salud pública.

La experiencia de estudiantes de ESC I fue valiosa tanto en lo personal como académico. Se destacó el aprendizaje mutuo, la cooperación en equipo y la posibilidad de compartir saberes, recordando inicios e incertidumbres. A pesar de los desafíos organizativos, la experiencia propició la reflexión sobre el propio progreso y la reflexión sobre la importancia de la instrucción. Se propuso mejoras como una organización más eficiente y diversidad de espacios. La colaboración y el respaldo se volvieron fundamentales para el desarrollo profesional, valorando la fusión entre la teoría y la práctica, la confianza y el intercambio entre generaciones como pilares para la educación en salud pública.

Desafíos:

Se identificaron desafíos presentes en varias áreas y se proponen mejoras para futuras iteraciones, entre ellas una mayor organización con una planificación más detallada, roles definidos y grupos estables, la unificación de bibliografía y consignas, y la posibilidad de utilizar espacios comunitarios alternativos a los CAPS. También se señaló la necesidad de mejorar la comunicación con la comunidad y la preparación previa de los estudiantes como aspectos clave. En cuanto a cambios organizativos y metodológicos, se planteó diversificar los espacios de trabajo comunitario, emplear metodologías de entrevista más efectivas y actualizar los materiales de estudio, destacando la importancia de una preparación

previa adecuada, una comunicación efectiva y un apoyo continuo a los estudiantes. Finalmente, se enfatizó la necesidad de promover un ambiente de confianza y respeto, en el que las opiniones de los estudiantes sean valoradas.

Conclusiones:

Entender en el campo de la salud pública es esencial para optimizar prácticas y normativas. Las intervenciones exitosas, una vez organizadas y evaluadas, pueden ajustarse a otros contextos, maximizando recursos y decisiones. La OMS enfatiza la promoción de buenas prácticas como táctica para robustecer los sistemas de salud. Este procedimiento demanda valoración, redes de colaboración y análisis crítico para conseguir una réplica contextual y sustentable.

En resumen, la experiencia con los alumnos de Enfermería en Salud Comunitaria I y II resultó muy gratificante para todos los participantes. Se destacó el entusiasmo y la curiosidad de los estudiantes, así como la oportunidad de compartir conocimientos y experiencias personales. A pesar de las dificultades iniciales, se valoró el proyecto y se reconoció el crecimiento personal y profesional de los acompañantes. Los participantes señalaron la experiencia como enriquecedora tanto a nivel personal como académico, enfatizando el valor de compartir saberes y experiencias con los estudiantes de ESC I y recordando sus propios inicios para superar inseguridades. Se subrayó el aprendizaje mutuo, la importancia del trabajo en equipo y la satisfacción de contribuir al desarrollo de otros, además de permitirles reflexionar sobre su propio progreso, reforzar su seguridad y contemplar la docencia como una posible carrera futura.

Sobre el desmantelamiento del Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT)

GIGANTES DISFRAZADOS DE MOLINOS

Dr. Oscar Daniel Salomón.

Investigador Superior CIC CONICET. Director INMeT ANLIS Dr CG Malbrán 2011-2024. Director CeNDIE-ANLIS Dr CG Malbrán 1997-2011.

Cuando idealistas como el Quijote enfrentan a sus enemigos gigantes, la voz del materialismo prosaico los corrige, advirtiéndoles que son solo molinos girando sus aspas. Sin embargo, el de la Mancha y otros defensores de la justicia social saben que aquello, que otros naturalizan como viento, es en realidad una corriente artificial creada por los poderosos al agitar los brazos. Solo los molinillos de juguete, que nunca faltan, al intentar emular y ser funcionales a los cíclopes de mirada única, giran en la dirección impuesta repitiendo que esa ráfaga es el huracán de la época, se plantan en el camino, y pretenden así cerrarles el paso a las humildes cabalgaduras de los jinetes que solo llevan por armadura la honestidad.

Como gigantes contra Quijotes, el ataque sistemático a los principios de equidad sustentados por la educación y la salud pública, la ofensiva contra el empoderamiento de los marginalizados mediante la cultura y la ciencia, se manifiesta hoy en gran parte del hemisferio occidental. ¿Por qué entonces fragmentar ese fenómeno globalizado y analizar, como caso estudio, la destrucción del Instituto Nacional de Medicina Tropical-INMeT?, una institución relativamente pequeña en uno de los tantos países sometidos a las autocracias reaccionarias de viejo cuño y reciente reemergencia.

Porque la ideología y métodos utilizados para hacer desaparecer al INMeT resultan ejemplares, desnudan las intenciones de un proyecto de cambio social profundo, disfrazado con

justificaciones circunstanciales. Porque para lograrlo, como veremos, se instrumentaron las herramientas típicas de los regímenes antidemocráticos, la prepotencia legal, las mentiras como argumentos axiomáticos, la celeridad y violencia para instrumentar su muerte súbita, la intimidación extorsiva, y el saqueo del capital físico, humano y simbólico.

Hoy los ejecutores pueden vanagloriarse de su éxito temporal, que excede la simple destrucción de un instituto, al demostrar la penetración generalizada de una ideología, que aborrece la solidaridad como derecho. Pues a pesar del repudio nacional e internacional de colegas y asociaciones que generó el desmantelamiento del INMeT, se logró también el silencio cómplice de quienes deberían haber levantado la voz, y callaron por miedo, oportunismo, o revanchismo mezquino; y forzaron la resignación de las víctimas con la frase que debería llevar la nueva puerta del infierno, "es lo que hay".

El espectro tiempo-espacio continuo del proceso de aniquilación del INMeT podemos dividirlo, para fines analíticos, según los criterios de Braudel (1) que aplicamos también a la eco-epidemiología (2), en la macroescala o larga duración en este caso el marco ideológico, donde se inscriben los discursos neoliberales y autoritarios que deslegitiman al Estado como garante de derechos colectivos, la mesoescala o duración media que corresponde al escenario local, y la microescala de la corta duración, institucional e individual. La duración media com-

prende, entre otros, el contexto histórico previo inmediato del país, los problemas estructurales de arrastre, que se podrían haber optimizado sin necesidad de destruir, la economía cotidiana percibida, y los estereotipos etarios y geográficos representados por sus mismos enunciadores, narrativas que justifican la desaparición de instituciones esenciales como modernización. Estos componentes de la mesoescala espacio temporal son constitutivos del actual monólogo del poder para exhibir, como espejismos futuristas, los reflejos de ideas antediluvianas. Sin embargo, solo interesan y se pueden interpretar en la clave nacional, efímera, de los arribistas del momento. Por ello, en este artículo nos referiremos a los dos extremos, la microescala instrumental y la macroescala ideológica.

EL MÉTODO DEL DISCURSO – SI NO EXISTO NO PIENSO

El discurso: “¿Have you no sense of decency, sir?”

Con esta pregunta, el 9 de junio de 1944, el abogado principal del ejército de EEUU Joseph Welch, en una audiencia televisada, cansado de acusaciones falsas, concluyó la carrera del senador McCarthy (3). Expuesto públicamente a sus mentiras ese perseguidor, cuyo único mérito era haberse construido como juez, fiscal y verdugo a partir de discursos altisonantes, testimonios falaces, riesgos magnificados, y potenciales apocalipsis inventados, volvió a su dimensión real de personaje mediocre, condenado por el castigo social.

El 07/07/2025, la tarde anterior a que concluyeran los poderes extraordinarios delegados por los legisladores en el presidente de la nación, en otro juicio televisado, pero sin siquiera defensores, a su vocero le bastaron veintidós segundos de una conferencia de prensa, con



errores y tropiezos de lectura, para condenar y “disolver” catorce años de trabajo del INMeT. Necesitó menos tiempo, para denigrar el esfuerzo de los agentes radicados en Puerto Iguazú y Tucumán, que los segundos utilizados por el ministro de desregulación, en la misma conferencia, anunciando que el presidente reuniría a doscientos funcionarios para festejar su diligencia en la destrucción de organismos imprescindibles del Estado. A la mañana siguiente, en el boletín oficial, el Decreto 458/25 formalizaba lo anunciado, fundamentado en el Informe del Ministerio de Salud “(IF-2025-72085018-APN-ANLIS#MS) mediante el cual propició la disolución del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL (INMET)”, citando textualmente algunas de sus difamaciones (4).

El informe técnico (IF) mencionado, fue firmado cinco días antes del decreto presidencial por la Dra. Claudia Perandones, titular de la

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud ANLIS Dr Carlos G Malbrán por decreto presidencial del 8/11/2024. El INMeT, creado en 2011, desde 2019 se integró a la ANLIS, por iniciativa de la misma Dra. Perandones (en su gestión

anterior del 2018 al 2020). Y aunque se podría explicar su decisión personal como la entrega de un Instituto, que “puede ser disuelto”, en calidad de cordero sacrificial para congraciarse con los dioses, el texto del informe, sus afirmaciones falsas, falacias y contradicciones, más allá de ser provocadoramente insultantes para los agentes del INMeT, más allá del método de instrumentación que rememora lo peor de las dictaduras, más allá de las excusas coyunturales, mal oculta su motivación ideológica. Como en el caso del senador McCarthy, la mentira sistemática y el desprestigio infundado lanzado como acusación, desde una relación asimétrica de poder,



se vuelven herramientas de los paladines del emperador ocasional, por convicción o conveniencia, para impedir al que piensa distinto el derecho de réplica.

Argumentos del discurso 1

En el análisis presupuestario el IF indica que el crédito vigente del INMeT para 2025 es de \$779.527.887. Dado que las autoridades de la ANLIS se han comprometido a conservar los contratos del personal dependiente del Ministerio de Salud, a cambio de silenciar cualquier protesta, si se conserva el "Inciso 1" correspondiente a salarios, cerrar la institución según las cifras publicadas por el mismo gobierno central, equivale a un "ahorro" de U\$ 102.994,65 por año, al momento de la firma del IF. Y aun si no cumplieran su palabra de conservar los contratos, situación probable ya que negaron la existencia del IF cuando este ya estaba elevado por vía oficial, el monto del presupuesto total anual es varios órdenes de magnitud menor que el valor del terreno de 11 hectáreas, los 10000 m2 de laboratorios incluyendo áreas con niveles bioseguridad 2 y 3, las seis viviendas, el equipamiento de alta complejidad, y el capital humano formado en la última década. De esta manera, la inversión realizada por el Estado nacional para alcanzar el nivel del INMeT en 2025, al que están destruyendo hasta el desguace estructural, equivale a varios cientos de años de los gastos fijos y corrientes del mismo INMeT, usados como excusa para su cierre.

El IF señala "Estructura organizativa: No existe una estructura aprobada". Las autoridades no pueden desconocer que, desde la creación de la ANLIS en 1997, trece años antes de la creación del INMeT, nunca existió una "segunda apertura". Por ello, no se han aprobado desde esa fecha estructuras más allá de las del Ministerio de Salud de la Nación, y nunca alcanzaron al interior de sus organismos descentralizados o desconcentrados. De todas maneras, cumpliendo el mandato de la reglamentación del INMeT, se elevó en 2011, antes de los 90 días de creado, una propuesta de estructura discutida con los organismos correspondientes, y se volvió a elevar actualizada, toda vez que las autoridades o los auditores la solicitaron.

Cuando el IF refiere a la dotación del personal, sugiere el número de agentes implícitamente como indicador del poco impacto de la desaparición institucional. No se incluyen los

investigadores de CONICET, con lugar de trabajo en INMeT, aunque si figuran en las páginas de internet de los otros Institutos de la ANLIS, ni el impacto local al obviar el personal tercerizado de limpieza y seguridad. Tampoco tiene en cuenta que, desde el momento de traslado del INMeT de un edificio prestado de 300 m2 al edificio de 10000 m2, existieron y existen restricciones legales de incorporación de nuevos agentes al Estado (desde enroque 1x1 a 2x1 a 3x1), iniciadas por decreto 632/2018, durante la misma gestión que colocó a la Dra Perandones en su primer período como titular de la ANLIS. Este marco normativo impidió integrar nuevos recursos humanos, a menos que se contara con mecanismos extraordinarios como padrinazgos y nepotismo, de los que el INMeT careció en toda su trayectoria. Por otra parte, concursos de admisión y regularización con perfiles trabajados por más de un año, y con exámenes rendidos por los aspirantes, fueron anulados en diciembre de 2023.

El IF dice: "Más aún, incluso en aquellas funciones que el INMeT efectivamente desarrolla, el desempeño del Instituto presenta debilidades significativas", y refiere que "si bien la ejecución presupuestaria alcanzó el 98,73%, el cumplimiento de la meta física "Desarrollo de Investigaciones" fue sensiblemente inferior, dado que se concluyó el 67,9% de las 20 investigaciones previstas". El porcentual indicado en el IF es correcto, aunque muestra una lectura superficial de los documentos probatorios, ya que son 19 las publicaciones ejecutadas de las 28 proyectadas, y omite la justificación elevada oficialmente por ese retraso, cuando también se informó que el incumplimiento se compensaría en los períodos siguientes, como se hizo.

Las publicaciones en revistas científicas internacionales de acceso abierto (Open Access), como es norma, debido a dificultades presupuestarias y de transferencia de divisas, debió restringirse en 2024 a aquellas revistas que no tuvieran costos asociados a la publicación. Estas últimas tienen una demora extensa desde la aprobación de artículos por pares hasta su publicación efectiva, que puede ser de más de un año. Por ello, la meta referida contaba con el número comprometido de investigaciones concluidas, con artículos aprobados por los revisores científicos, pero aún en prensa. Ejemplo de ello es que, en el informe de metas del primer trimestre de 2025, de 4 publicaciones com-

prometidas se ejecutaron 8, el 200%.

En forma adicional, el sesgo difamatorio también se revela cuando el IF resalta la única meta deficiente, mientras todos los otros indicadores de metas físicas de 2024 se ejecutaron en exceso, ninguno en defecto: difusión de conocimiento-documentos comprometidos/ ejecutados 34/55 (+161,8%); asesoramiento técnico-informe realizado 50/92 (+184,0 %); capacitación-curso 12/25 (+208,3%); diagnósticos de rutina de eventos-diagnóstico de laboratorio 18000/21545 (+119,7%). Estos valores cobran relevancia pues señalan, a su vez, el incremento de los roles referenciales y de diagnóstico del INMeT, roles que el IF dice, como veremos más adelante, que no se cumplieron.

Argumentos del discurso 2

Un segundo grupo de aseveraciones falaces del IF, además de las estructurales-administrativas discutidas arriba, es la: "Superposición de funciones con otros Institutos Nacionales (...) Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatała Chaben" y el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui", con los "que se encuentra en franca duplicidad con las enunciadas funciones del referido INMeT" (...), lo que fragmenta las capacidades institucionales, impidiendo el aprovechamiento de recursos técnicos y humanos de forma coordinada".

La lógica de concentrar la investigación y evaluación de estrategias para contribuir al control de enfermedades tropicales a mil cuatrocientos kilómetros del subtrópico, no solo desestima el valor del trabajo en terreno y sentido federal del mismo, sino que también implicará falta de eficiencia y altos costos, precisamente las acusaciones corrientes esgrimidas para justificar las acciones contra el Estado. La permanencia continua en territorio reduce inversión al evitar viajes de campaña, siempre expuestos a fallar por eventualidades climáticas. Los resultados son más confiables y contribuyen mejor a las estrategias sanitarias al ser continuos en el tiempo, abarcando todas las estaciones del año. También sus recomendaciones son más sostenibles por discutir su instrumentación a través de una relación fluida y permanente con las autoridades locales, y con la comunidad a la que la Institución se integró.

Llevarse equipos de alta complejidad ya instalados y únicos en la región, para duplicarlos

en Institutos de Buenos Aires, con costos importantes de acarreo y re-calibración, es innecesario por redundante, y resulta un contra-ejemplo de "eficiencia funcional", que realmente impediría "el aprovechamiento de recursos técnicos y humanos de forma coordinada". Además, incrementa el riesgo epidemiológico al requerir como rutina de vigilancia o ante brotes epidémicos el transporte de material biológico sensible a zonas no endémicas, y retrasa la intervención rápida y oportuna. Posiblemente el INMeT, como proyecto sanitario federal, inclusivo, enfocado a poblaciones fragilizadas, localizado en frontera como escudo epidemiológico, actor de soberanía sanitaria y promotor de la integración regional, es lo que realmente resulta incompatible con la gestión actual. Esa centralidad absoluta parece contradecir los enunciados del IF de "sobredimensionamiento de la estructura jurisdiccional", y que su desaparición no representa "menoscabo de la Salud Pública (...) y los derechos fundamentales de la población".

Por otra parte, aducir el estudio de patógenos comunes como "superposición", sin atender al objetivo territorial, implicaría para organismos como el CDC o la Fiocruz tener solo sedes en Atlanta o Rio de Janeiro. Incluso en la misma ANLIS, temas como Hantavirus, Dengue o COVID, son abarcados por diferentes Institutos desde diferentes aspectos, hay departamentos e institutos que comparten nombre hasta en la misma ciudad, y unidades operativas dependiendo de un centro en Buenos Aires a más de setecientos kilómetros en un tema que es mandato de otro Instituto. Aceptar la lógica arbitraria de eliminación por similitud nominal, llevaría a parafrasear el conocido poema del Martin Niemöller: Primero vinieron a buscar al INMeT, y yo no dije nada...

Argumentos del discurso 3

Un tercer grupo de argumentaciones del IF se concentra en el desprestigio malintencionado de los catorce años de trabajo continuo, y los logros alcanzados por una comunidad de investigadores, técnicos de apoyo y administrativos comprometidos con el proyecto de salud pública que representa el INMeT, y las autoridades y colaboradores que cooperaron para llegar a ellos.

En el IF se reconoce la creación del INMeT por una ley nacional. Se omite decir que, desde 2011 a 2019, actuó como organismo des-

concentrado dependiendo directamente del Ministerio de Salud, y que la ley de creación fue votada por unanimidad, en ambas cámaras del congreso, por legisladores de diferentes afiliaciones políticas.

El IF desconoce, a su vez que, reglamentada la creación, en un taller inaugural, todos los institutos equivalentes de América Latina, asesoraron sobre la futura proyección del INMeT. Ignora que durante un año treinta expertos de diferentes disciplinas, instituciones, sectores y áreas geográficas desarrollaron su mandato de misiones, funciones y actividades esenciales, propuesta luego legitimada mediante una consulta ampliada, que incorporó más de mil doscientas opiniones de la comunidad científico-sanitaria. Dicho mandato fue instrumentado mediante talleres de referentes de todo el país y la región sobre temas específicos como vivienda y salud, pueblos aborígenes o animales ponzoñosos, vertidos en libros publicados de puestas al día y propuestas de trabajo. La definición de los objetivos básicos mediante construcción colectiva, la conformación conceptual y operativa en el marco teórico de la eco-epidemiología de base territorial, no sólo resultaron inéditas para este tipo de instituciones en Argentina, sino contradicen la tendencia de la gestión actual de desprecio por el consenso, remplazado por decisiones inconsultas.

El IF sentencia, que el accionar del INMeT“(…) se limita, de hecho, a tareas vinculadas con la capacitación de recursos humanos y el desarrollo de investigaciones básicas con poca influencia en las políticas públicas a nivel nacional y sin impacto a nivel clínico ni sanitario.”“si bien cuentan con el equipamiento y la capacidad tecnológica, no desarrollaron en todos estos años actividades de diagnóstico referencial ni formaron parte activa de las redes de laboratorio que constituyen el ANLIS MALBRÁN.”“Asimismo, el organismo no ha llevado adelante acciones concretas en materia de prevención, control o tratamiento de enfermedades tropicales y subtropicales” Estas sentencias condenatorias contienen diferentes afirmaciones que necesitan ser discriminadas para evidenciar su intencionalidad.

Al caracterizar las investigaciones como básicas, sin impacto, los autores del IF deciden ignorar los numerosos resultados del trabajo institucional, con respaldo documental, coordinado con los institutos de referencia nacionales

de la ANLIS, como indica la reglamentación de la ley de creación. Algunos ejemplos de estas pesquisas “sin impacto” son, el liderazgo de un proyecto sobre enfermedades transmitidas por insectos, en espejo en los países de frontera compartida, que modificó la estrategia de vigilancia de Brasil, Paraguay y Uruguay, o el desarrollo de antígenos sintéticos para producir antivenenos y manejo alternativo en pacientes accidentados con animales ponzoñosos endémicos de la región. De la misma manera, la conducción de estudios multistitucionales de infecciones bacterianas, virales y ectoparásitos en animales de áreas silvestres en contacto con humanos, como el Parque Nacional, reservas provinciales y borde de granjas, fue considerado caso ejemplo de Una Salud y riesgo de reemergencia por la Organización Mundial de Salud Animal, y presentado en un webinar organizado por la dirección cuatripartita de Una Salud (OMS, FAO, UNER, OMSA) el mismo día del decreto de disolución del INMeT. Las evaluaciones de riesgo de brotes urbanos de fiebre amarilla, de riesgo laboral o por condiciones socioambientales a la exposición de patógenos, el impacto de cambio climático, y las estrategias sugeridas de vigilancias y control de las enfermedades tropicales basadas en evidencia, tampoco fueron consideradas.

Las nombradas arriba y otros muchas investigaciones “básicas” de contribución a las estrategias de salud pública están desarrolladas en los casi 300 artículos publicados, 36 tesis de posgrado concluidas, 40 libros, capítulos, y en coautorías de manuales de OPS y OMS. Entre los últimos, también a modo de ejemplo de la “poca influencia”, se encuentran guías prácticas de manejo integrado de vectores para América latina, y de recomendaciones para lograr los objetivos de desarrollo sustentable en enfermedades negligenciadas tropicales a nivel mundial, atendiendo al escenario post-pandemia. Sin duda, la evaluación subjetiva de las actividades desarrolladas por INMeT de parte de los autores del IF, es coherente con quienes repudian explícitamente a los organismos multilaterales, a las agendas internacionales coordinadas e inclusivas, y al trabajo conjunto y sinérgico de actores múltiples.

Sobre las “capacitaciones de recursos humanos (…) de poca influencia”, se omiten los cursos teórico-prácticos, también con respaldo documental, para agentes nacionales y de

América latina, pasantías de profesionales de España, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y la mayor parte de los países hispanoamericanos, y los cursos del TDR Latinoamérica para mejorar la capacidad y calidad de investigación biomédica. También es pertinente citar aquí, la propuesta de desarrollo de una tecnicatura junto a la Universidad Nacional de Misiones, para la inserción de jóvenes de la localidad a las tareas profesionales del INMeT, y para ofrecerles a su vez una formación universitaria y salida laboral ante la demanda local de laboratorios privados.

El no haber desarrollado “diagnóstico referencial” o formar parte de las redes nacionales de ANLIS, ignora que estas redes deben respetar las jurisdicciones provinciales, por lo que el INMeT articula con ellas y los referentes nacionales. De la misma manera, las “acciones concretas en materia de prevención, control o tratamiento de enfermedades tropicales”, corresponde por mandato y ley a otros organismos operativos, como le fuera señalado al INMeT por autoridades nacionales y provinciales. La referencia a diagnósticos e “impacto clínico”, por otra parte, parecen estar asociadas a un sesgo conceptual sobre el papel de los laboratorios de salud pública, apropiado para la época de Pasteur y Koch, pero que en este siglo solo lo conserva como excluyente la medicina basada en el individuo y con objetivos de lucro.

La salud pública ya incorporó, y es parte del mandato por construcción colectiva del INMeT, el marco referencial de la eco-epidemiológica, como ya se señaló, multidisciplinaria que diagnostica eventos y monitorea procesos antes que personas, para contribuir al desarrollo y evaluación de estrategias y herramientas para su prevención, alerta temprana, manejo, mitigación y control socio-ambiental, con impacto efectivo, eficiente, sostenible y participativo. Por otra parte, la superación de metas proyectadas indicadas en la sección anterior, debida al papel referencial alcanzado para diferentes patógenos desatendidos, y el nombramiento del INMeT en 2022 como centro de referencia del Programa Regional de Leishmaniasis por OPS (5), demuestra que su calidad referencial fue reconocida en la región a pesar de los pocos años transcurridos desde su creación.

Finalmente, el IF agrega en su desvalorización, intentando dividir y crear conflictos inexistentes entre instituciones sinérgicas: “Esta limitada actividad (del INMeT), en contraste con la amplia

proyección e impacto en el sistema de salud de las actividades y logros de otros institutos del sistema ANLIS”. No caeremos en la provocación, comparar la importante producción del INMeT, en función del número de profesionales, con la de los otros centros e institutos, especialmente aquellos que están alejados de los centros urbanos principales y tienen apenas influencia municipal, sería compartir la mezquindad del pensamiento generalizador que desprecia las particularidades. Sin embargo, sí debemos señalar que se obvia que el INMeT fue un instituto en creación en una zona desfavorable, sin grupo previo de trabajo ni concentración de recursos universitarios próximos. Que en los diez años desde la cesión del terreno se tuvo que atender al diseño edilicio, consultado con instituciones internacionales, la evaluación ambiental del terreno, la provisión de agua segura y calidad eléctrica ante cortes continuos, el tendido de kilómetros de fibra óptica, la pavimentación de caminos de acceso desde el centro de la ciudad, la llegada de transporte público, y el equipamiento y especificidades de laboratorios de bioseguridad dos y tres incluyendo recubrimiento de paredes y zócalos. La etapa fundacional incluyó ocuparse de detalles como las piletas de lavado diseñadas especialmente y mesadas de acero, la distribución de carga eléctrica según equipamiento, las barandas de seguridad para lavado del exterior vidriado, la calidad de las juntas de las cañerías y diseño de la planta de tratamiento de aguas o el índice de dilatación de las baldosas del techo. Un tema central también fueron los incentivos temáticos para incorporar profesionales, que debían radicarse con sus familias, desde distintos lugares de la república. Y simultáneamente a lo nombrado, se generó la producción que fue mencionada en los párrafos anteriores y posicionó al instituto como un actor importante en el ámbito científico y sanitario nacional e internacional, presidiendo incluso congresos mundiales y argentinos en Puerto Iguazú.

El método: Nacht und Nebel

El decreto del tercer Reich del 7 de diciembre de 1941, “Directivas para la persecución de las infracciones cometidas contra el Reich o las Fuerzas de Ocupación en los Territorios Ocupados” es conocido como Nacht und Nebel, noche y niebla. El decreto 458/25, ya sin necesidad de accionar secreto por hacerlo durante un absolutismo enmascarado de democracia, comparte

con el del régimen nacionalsocialista la violencia antirepublicana, la perversidad, la prisa para llegar a un punto de no retorno, el saqueo, y el método para imponer el miedo, silenciar la protesta y desarticular cualquier reacción.

Describiremos este accionar puntualizando algunos momentos que resultan representativos:

- En la tarde del 7/7/25 gente no relacionada a ANLIS informa, por amistad, a agentes de INMeT, que el vocero presidencial anunció su disolución en una conferencia de prensa a mil cuatrocientos kilómetros del Instituto. La decisión se basa en un informe negado hasta ese mismo día por sus autores.

- Mañana del 8/7/25, se publica del Decreto 458 en el Boletín Oficial. Desautorización de toda actividad directiva o administrativa local, "el INMeT ya no existe", se inhibe el uso de su nombre desde ese instante.

- Mañana del 9/7/25, personal de seguridad (tercerizado) no permite entrar al Instituto por ser feriado a aquellos agentes con permiso otorgado previamente, ya que los permisos de manejo cotidiano en Iguazú, desde unas horas atrás, se debían hacer en Buenos Aires

- Desde 10/7/25, extorsión del Ministerio a los agentes INMeT para que se mantengan en silencio y no protesten, a cambio de mantener los contratos vigentes. Todos son sospechosos de robo potencial, por lo que personal de seguridad puede revisar bolsos y mochilas, y ante cualquier evento convocar a la policía. Ejemplo de intimidación: me hacen llegar, por terceros, el mensaje que será judicializado por mis declaraciones, y un agente de seguridad me dice que un comisario lo llamó para averiguar donde vivo y con qué vehículo me muevo.

- A la semana del decreto llega una delegación de ANLIS central sin preaviso, retiran equipo y precintan otros equipamiento que no se pueden llevar, poniendo en un mismo lote tachos de basura y equipos inteligentes de ultrafrío (-80°C). Se inicia el proceso de derivación de agentes, con pérdida de salario al designarlos en institutos no ubicados en zona desfavorable, y la promesa de comisionarlos en institutos locales, pero sin garantía de continuar la financiación de sus líneas de trabajo. Desvinculan, con expresiones despectivas, a los agentes del CONICET con lugar de trabajo en INMeT. Intentan retirar, con prepotencia autoritaria, equipos

en los que estaban trabajando profesionales que hasta esa mañana no sabían que se iba a interrumpir su trabajo, anuncian el cierre definitivo del edificio por el inminente paso a fin de mes, de la propiedad a la AABE (transferencia que hasta la fecha, meses después del decreto, no ocurrió). Crean un nuevo canal de comunicación administrativo Iguazú - Buenos Aires funcional al proceso de destrucción, desarticulando la jerarquía ejecutiva y administración regular del INMeT. Se destaca que apenas tres días antes de la llegada de los liquidadores que clausuraron el INMeT y dieron de baja todas sus actividades, actuando "en representación" de la autoridad de la ANLIS, en una reunión en Ciudad de Buenos Aires convocada por esa misma autoridad, se garantizó la continuidad del trabajo habitual, incluyendo salidas de campo y proyectos mientras se realizaba todo el proceso administrativo, lo que llevaría mínimo de tres a cuatro meses. La contradicción abyecta entre los compromisos orales y los hechos, la falta de comunicación con los afectados, y la evidente falta de planificación, se evidenció hasta en su ignorancia de los principios básicos de bioseguridad, al manipular instrumental no descontaminado en el que los investigadores estaban trabajando. Un despojo no solo administrativo, sino también una amenaza concreta a la seguridad biológica y ética.

- Hasta la segunda semana, retorno de la comisión de retiro de equipamiento, seleccionado a gusto de los ejecutores como en un remate, y demostrando nuevamente improvisación al sorprenderse por el volumen del inventario del Instituto. Reasignación de los institutos de derivación de agentes, cambiando los asignados la semana anterior, por aspectos administrativos de RRHH no contemplados en su primer ataque. Desconocimiento de responsabilidad de biocustodia del material biológico. Cierre definitivo del Instituto dejando a los trabajadores sin funciones ni lugar asignado, 42 proyectos financiados trunco, 15 tesis interrumpidas, los insectarios y cultivos parasitarios perdidos por imposibilidad de mantenimiento. Se destaca, en este sentido, el cese de la cría del mosquito *Aedes albopictus*, ya presente en Misiones, cuya experimentación se restringió al INMeT, con presencia de proyectos de diferentes universidades del país, para evitar la dispersión accidental de un transmisor de arbovirus que podría colonizar hasta Tierra del Fuego. Se con-

tinúan llevando equipamiento y entregando muebles a terceros. Ejemplo de humillación: se me comunica que debo abandonar la vivienda institucional, por “no tener vínculos” con el Malbrán, con el que tuve mi primer vínculo como voluntario en 1970, durante el segundo año de colegio secundario; y al realizar la mudanza un agente de seguridad supervisó que “no me robe nada” y solo retirase mis muebles, según una lista autorizada con firma.

- Desde la tercera semana preguntan por peso y tamaño de los grandes equipos estructurales como los dos grupos de generadores Volvo Penta de 550KVA y 1000lt cada uno, equipos de aire del área de bioseguridad 3, 2 y resto del edificio (converter VRF Carrier y TRF Trane). Terceros me informan que están solicitando equipos pesados de transporte, ya que retirar dichos equipos implicará daño estructural edilicio, y que están ofreciendo equipos a diferentes laboratorios. Se llevan grifería de los baños, y las mesadas de acero como para construir o equipar institutos en otro sitio, o por necesidad personal. Del mismo modo, priorizaron llevarse equipamiento de informática y biología molecular según el gusto de quienes ejecutaron el despojo.

La cruzada contra la equidad de género quizás los llevó a confundir hasta los géneros literarios, y representar un drama como una comedia absurda, con personajes bufos: el que se percibe como héroe contra el desguace estatal de la década de 1990 y en 2025 dirige su desarrollo: el lugarteniente presencial experto en desenmascarar mecanismos de opresión para defensa de los oprimidos, ahora manipulando el discurso, pretendiendo que las víctimas agradezcan a sus victimarios mientras cavan su fosa, menoscabando primero sus logros para decirles luego que su trabajo es importante, paladín de la paz dirigiendo a su tropa como general que ordena el acorralamiento de prisioneros de guerra; el administrativo evaluando la proyección e impacto sanitario-científico regional; el técnico experto que se benefició personalmente como asesor durante la construcción del INMeT, beneficiándose nuevamente con su carroñeo; el campeón de la rebelión popular revelándose como ególatra excluyente al alimentar el odio serial y un coro griego, comparsa que más dice con el silencio pertinaz que con palabras.

En el IF se evidencian, como dice Piscitelli, los “juicios (valoraciones) disfrazados de afirmacio-

nes (descripciones) que nos impiden ver que, muchas veces, atribuimos a los demás propiedades definitorias que no son sino el resultado de nuestras proyecciones” (6) Sin embargo, en la corta duración, realmente cortísima, la brutalidad autoritaria utilizada para destruir un proyecto sanitario, la soberbia de la ignorancia aplicada para instrumentar esa destrucción, la humillación asumida y pasividad funcional de colectivos con antecedentes de respuesta activa, no hubiese sido posible sin un marco ideológico de larga duración, que permite naturalizar la falta de empatía por el prójimo, y la mentira e insulto como herramientas legítimas de desenso.

IDEOLOGÍA y PAISES POTEKIN

Los propaladores contemporáneos del egocentrismo como norma, pregonan un objetivo principal, la aniquilación del Estado leviatánico, pretendido opresor de la libertad. En ese marco, la disolución de la cohesión social no es un simple daño colateral de un líder ex machina, sino el mecanismo esencial a ser destruido para alcanzar la tierra prometida. Y disolución, según la Real Academia Española (7), como acción de deshacer algo poniendo fin a la unión de sus componentes, o rompimiento los lazos o vínculos existentes entre varias personas, es precisamente el término utilizado en el decreto de desaparición del INMeT.

Estos personajes emergentes se presentan como novedad, pero adhieren a una vieja doctrina del poder económico concentrado, ya reformulada por la Baronesa Thatcher: “¿(…) y quién es la sociedad? ¡No existe tal cosa! Hay hombres y mujeres individuales y hay familias, y ningún gobierno puede hacer nada excepto a través de las personas, y las personas se preocupan primero por sí mismas.”(8)

Obsesionados por la originalidad crean escenografías ya creadas para exhibir países ilusorios, como los engañosos pueblos Potemkin, el poderoso gobernador y amante de la zarina Catalina II, con costumbre de disfrazarse él mismo y disfrazar villas falsas. Estos pueblos inexistentes se repetían a lo largo del río Dniéper, con bailarines vestidos como campesinos y decorados falsos, para engañar a emperadores, nobleza propia, y embajadores extranjeros. Observadores de un mundo ficticio desde la comodidad del lujoso barco imperial, sin acercarse a la orilla, que aceptaban conscientemente ser engaña-

dos por conveniencia.

El escenario actual parece replicar, el despotismo de hace tres siglos, ahora sin ilustración, pero desde un individualismo tecnológico más próximo al colectivismo militar de hace cien años, ambos enraizados en el mercantilismo antidemocrático. Como señaló Zygmunt Bauman para el holocausto, estos fenómenos no son anomalías de la historia, sino expresiones extremas de la acumulación de capital (9). Pero en el siglo XXI, a diferencia del siglo precedente, la maximización del beneficio se centra en el yo, sin maquillajes nacionalistas, religiosos o paternalistas, aunque con el mismo antifaz de liberalismo, estrategia ya utilizada desde la revolución industrial. Quizás por eso algunos de sus voces, en Argentina, propongan el trabajo infantil o la venta de órganos sin ruborizarse.

Sin embargo, para entender el fenómeno actual se deben tener en cuenta otros afluentes históricos que contribuyeron a su conformación. El medio es el mensaje enunciado por Marshall McLuhan (10), al popularizarse como principio secundarizó el contenido, y el desarrollo de la publicidad del siglo XX terminó vaciando de mensaje el remanente del contenido, transformándolo en promotor de compulsiones ajenas al razonamiento. A ello se sumaron, a horcajadas del último cambio de milenio, precipitadamente, los avances tecnológicos en comunicación. Aquello que se originó mediante internet, con la pretensión de generar una red de ciencia democrática y una democracia horizontal participativa, derivó en la glorificación banal del ego, hic et nunc, el yo, aquí y ahora, cuya evolución describieron el mismo Bauman denominándola sociedad líquida (11), y luego Byung-Chul Han caracterizándola como sociedad transparente (12). El concepto trascendente de comunidad profunda, como telar tridimensional entrelazado de relaciones solidarias, se convirtió entonces en una superficie sin espesor, formada por individuos encapsulados, obsesionados por el reconocimiento fugaz de desconocidos.

Este sistema desagregado resultó así terreno fértil para la fanfarria que desvaloriza los sistemas representativos democráticos, y propone la extinción del Estado garante de una distribución equitativa de la riqueza. Se proclama la anomia, señalando a los gobiernos, a las leyes conquistadas en siglos de luchas por la justicia social, como la fuente de la esclavitud del yo.

Bajo el lema de “sálvese quien pueda”, se oculta la realidad histórica, que solo se salvarán los que se salvaron siempre. Bajo el principio de un pretendido equilibrio autónomo del mercado, se obvian los múltiples ejemplos donde la falta de control estatal resultó en el dominio absoluto de la sociedad por poderes paralelos. Mercenarios del odio, manipuladores del escándalo continuo como mecanismo de aturdimiento, justifican el insulto vacío en una pretendida de batalla cultural, escondiendo que el mismo concepto de batalla cultural fue creado para combatir el discurso hegemónico de larga data, sin solución de continuidad, que ellos mismos representan hoy.

En consecuencia, la pulsión publicitaria, la promoción de la tecnología como herramienta de gratificación autoreferencial, de la repetición incansable de premisas falsas como pueblos Potemkin para imponer la vanagloria del yo sobre el nosotros empático, permeó el pensamiento y accionar hasta de muchos de sus críticos. Estos son algunos de los términos referenciales que confluyeron y contribuyen a explicar el entorno donde ocurre la destrucción precipitada del INMeT, los métodos utilizados, y la falta de reacción de actores tradicionalmente reactivos a eventos similares de mucho menor magnitud. Mientras el INMeT recibió el apoyo explícito de Institutos y miles de colegas de Argentina, América y Europa, la capacidad de oposición colectiva fuera de los afectados directamente quedó aletargada, como durante una enajenación bélica. Algunos pares y cuerpos representativos negocian la priorización de la protesta según el rédito de su propio clan, y para justificarse ante sus propios principios éticos reformulan la realidad como la supervivencia del que más condesciende, no del más resiliente. Como propone Bateson, siempre seleccionamos y editamos interiormente la realidad percibida para ajustar-la a nuestro sistema de ideas sobre el mundo exterior (13).

FINAL INCONCLUSO: Moscú por un kopek

“Moscú se quemó con una candela de un kopek”, es un aforismo ruso del siglo XVI, que se popularizó en el resto de Occidente en el siglo XIX a partir de la invasión napoleónica, otro autoproclamado emperador, y la tierra arrasada como estrategia defensiva. Una ciudad incendiada con una vela de un centavo es una fatalidad, sin embargo, arrasar una ciudad a conciencia para ahorrarse un centavo es crimi-



INMeT

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y TOXICOLOGÍA

nal. Por ello, en la microescala, los ejecutores y sus odiadores seriales de todo signo deberán responder ante la justicia como criminales por la enajenación de los bienes del Estado, qué se llevaron, adónde, para suplir qué necesidad crítica, sin que valgan como defensa, las excusas usuales del “mal menor”, el “cumplía órdenes” o “la obsecuencia debida”.

Pensar que lo ignorado en la evaluación técnica del INMeT fue por ignorancia, sería un insulto a nuestra inteligencia. Sin embargo, reclamar su condena legal o social no se debe a un “yo acuso” de reivindicación personal, sería repetir sus motivaciones mezquinas. El objetivo de exponer el discurso engañoso de ambigüedades y su método represivo, es impedir que el travestismo ideológico recurrente de estos personajes les permita reincidir en el futuro.

La comparsa funcional que optó por el silencio, por otra parte, compartirá la complicidad sin vergüenza de los negacionistas. Usarán el equipamiento como quien usa la vajilla de plata que saben perteneció a personas muertas en las cámaras de gas, o se apropiarán de líneas temáticas e impondrán filiación institucional y hasta coautorías como el agente de la represión, que hizo desaparecer a los padres y se apropió de sus hijos, para que “tengan un futuro de bien sin las malas influencias de origen”.

En relación con la escala de la larga duración, que esperamos no sea tan larga, no nos detendremos aquí en la validez constitucional y ética de los poderes extraordinarios unipersonales, cedidos en tiempos de paz por los cuerpos representativos a un autócrata. Fueron varias las instituciones atacadas el día que terminaban esa delegación de poderes. Aquellas con mayor peso específico social por ser icónicas, mayor

acceso mediático por su asociación con corporaciones, o apoyo sindical por volumen de trabajadores, han logrado avanzar en su defensa legítima, aunque con el campo de lucha dividido. Esperemos lo mejor para todas y cada una de ellas, pero trabajemos por un mejor futuro para el Estado nacional que representamos en conjunto.

Byung-chul Han, en su reciente invocación a la esperanza (14), llama a evitar el pesimismo paralizante, que no encontrará una solución por que dejó de buscarla. Por eso no basta la indignación, debemos ser proactivos, reconstruir desde el nosotros, recuperar el diálogo, la discusión inteligente, confluir desde distintas perspectivas para desarrollar propuestas políticas alternativas, factibles, instrumentales, concretas, que superen las consignas. Debemos desenmascarar a los mercaderes de insultos que festejan los endeudamientos internacionales como éxitos. Debemos desencantar a los compatriotas que aún creen en el futuro prometido del individualismo impúdico. Debemos reinstalar la convicción del destino común mediante la dignidad del otro, que los valores guía de la justicia social sean nuestro objetivo.

En la microescala, quienes tenemos la honrosa tarea de pasar el testimonio en la carrera de relevos de la ciencia, siempre esperamos que todos los huevos incubados sean aves de paraíso. A veces nacen un par de dragones de Komodo, que se quieren comer a los otros pichones del nido para crecer. Debemos entonces desplazarlos hacia donde otros dragones se sostienen por canibalismo. Si por esas decepciones dejamos de aceptar huevos para incubar, nunca tendremos el orgullo de verlos crecer como aves del paraíso.

Al Quijote, un grandilocuente quema libros en nombre de su ortodoxia, y un universitario mediocre con la costumbre de disfrazarse, lo volvieron a la cordura para que, en lugar de tendencias creadas por gigantes poderosos, crea en molinos movidos por el viento del momento. Su epitafio proclama “Del mundo en tal coyuntura, Que acreditó su ventura. Morir cuerdo y vivir loco”. Si es ese el caso, será preferible vivir y morir locos, pero ya no como hidalgos solitarios. En este siglo, para continuar el camino del hidalgo de La Mancha contamos con una tropa de cabalgaduras y jinetes jóvenes, aves del paraíso. Como dijo Pedro Henríquez Ureña, cité en el discurso fundacional del INMeT en 2011, y repetí en el discurso de consolidación del INMeT al inaugurar el edificio propio en 2022:

“No es ilusión la utopía, sino el creer que los ideales se realizan sin esfuerzo y sin sacrificio. Hay que trabajar. Nuestro ideal no será la obra de uno o de dos o tres hombres de genio, sino de la cooperación sostenida, llena de fe, de muchos, innumerables hombres (y mujeres) modestos.” (15)

Y para la convocatoria a reconstruir lo colectivo, habrá que tener presente las palabras de Antonio Machado, luego de andar muchos caminos y abrir muchas veredas. Señalar a los soberbios y pedantones, borrachos de sombra negra, “Mala gente que camina y va apestando la tierra”, para rescatar y unir a los muchos “Donde hay vino, beben vino; donde no hay vino, agua fresca. Buena gente que viven, laboran, pasan y sueñan”. (16)

NOTAS

1) Braudel, F. (1970). La historia y las ciencias sociales. Madrid: Alianza.

2) Salomón OD. (2023). Contribución de la historiografía al desarrollo de estrategias preventivas en salud pública. Una Salud. Revista de la Asociación Argentina de Salud Pública 1 (1): 19-21.

3) “Have You No Sense of Decency”: The Army-McCarthy Hearings. History Matters- George Masson University <https://historymatters.gmu.edu/d/6444>

4) Conferencia de prensa de vocero presidencial 07/07/2025 https://www.youtube.com/watch?v=4pY0S4Vzfr&ab_channel=Vocer%C3%ADaPresidencial minutos 19:58 20:20

Boletín Oficial 08/07/2025 <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/328021/20250708>. DECTO-2025-458-APN-PTE - Dispónese disolución.

Informe Técnico Dra Claudia Perandones 03/07/2025 IF-2025-72085018-APN-ANLIS#MS

5) <https://www.paho.org/es/noticias/6-7-2022-ops-nombra-al-instituto-nacional-medicina-tropical-argentina-como-centro>

6) Alejandro Piscitelli. Ciencia en Movimiento, la construcción social de los hechos científicos (I). Centro Editor de América Latina 1995, pg 46. (pg 48)

7) <https://dle.rae.es/disoluci%C3%B3n>

8) Cita original “(...) and who is society? There

is no such thing! There are individual men and women and there are families and no government can do anything except through people and people look to themselves first” Woman’s Own. 23/09/1987. Entrevista por Douglas Key, Pg 29-30. Traducción del autor)

9) Bauman, Zygmunt (1989) Modernity and the Holocaust. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press..

10) Marshall McLuhan (1994). Understanding Media. The Extensions of Man. Cambridge. Massachusetts: MIT Press,

11) Bauman, Zygmunt (2002) Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

12) Byung-Chul Han (2013) La sociedad de la transparencia. Barcelona, Herder Editorial, 2013,

13) Bateson Gregory Steps to an Ecology Mind. Jason Aronson Inc Northvale, New Jersey, London. Engel M Preface pg vii:

14) Byung-Chul Han. El espíritu de la Esperanza. Ed. Herder 2024

15) Pedro Henríquez Ureña. Patria de la Justicia, En: La utopía de América. Ed Estudiantina, La Plata (Buenos Aires) 1925 / Biblioteca Ayacucho #37 (Caracas) 19891 <https://www.ensayistas.org/antologia/XXA/h-urena/phu.htm>

16) Antonio Machado. He andado muchos caminos, En: Soledades, galerías y otros (1907) <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/soledades-galerias-y-otros-poemas-983792/html/>



Homenaje a

João Carlos Pinto Dias

12/08/1938 – 31/12/2025

João Carlos Pinto Dias, nació en Rio de Janeiro el 12 de agosto de 1938. Nieto de Ezequiel Caetano Dias, pionero de la medicina tropical en América, compañero de Oswaldo Cruz y Carlos Chagas, director de la primera filial del “Castelo Mourisco” en Minas Gerais (MG). Emmanuel Dias, hijo de Ezequiel, continuó su legado fundacional en la enfermedad de Chagas, como médico y científico con conciencia social. Ambos dejaron una impronta recordada siempre con emoción por João Carlos, tercero de los cinco hijos que Emmanuel tuvo con Nícia de Magalhães Pinto.

En ese ambiente familiar João Carlos, desde niño, asistió a conversaciones entre los precursores más importantes de la salud pública y el tropicalismo de Brasil. Y también, desde muy joven, comenzó a colaborar en el campo y el laboratorio con su padre, quien lo alentó a estudiar en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, donde fue director de la Liga Brasileira de Combate a la Enfermedad de Chagas y se graduó en 1963.

De regreso a MG, trabajó como médico en la sede del Instituto Oswaldo Cruz de Bambuí del que su padre era director. Cargo que pasa a ocupar, luego del fallecimiento de este, en un accidente automovilístico, y que ejerce entre 1964 y 1970, junto a la labor asistencial como jefe de la unidad sanitaria y director clínico del hospital N. Sra. de Brasil. De esta manera, tres generaciones de investigadores de la misma familia trabajaron en el foco de Chagas de Bambuí. Entre las múltiples innovaciones que introdujo en ese período, inició la integración participativa de la comunidad en el monitoreo de triatomíneos y prevención de la enfermedad de Chagas, capacitando a profesores rurales junto a su esposa, Rosinha Borges Dias, trabajadora social. Esta actividad resultó sospechosa para los agentes de la Revolución Militar, y enmarca también la convicción democrática que defendió a lo largo de su trayectoria.

En 1970 trabajó para la Companhia Energética de São Paulo, en el hospital de Ilha Solteira. En 1972 regresó a MG, donde se doctoró en infectología y medicina tropical por la Universidad Federal en 1982. Previamente, en 1978, ya había sido nombrado Jefe del Laboratorio de Biología de Triatomíneos y Epidemiología de la Enfermedad de Chagas del CPqRR/FIOCRUZ,

MG, hasta asumir como Director del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en el Ministerio de Salud entre 1985 y 1990, luego Superintendente General de la Fundación Ezequiel Dias en 1991, presidente da Fundação Nacional de Salud (FUNASA) en 1992 y coordinador de FUNASA en MG de 1995 a 1997.

Durante el ejercicio de esos cargos, entre sus múltiples aportes, destacamos, en MG, el desarrollo de un programa de control de bancos de sangre, y del Laboratorio estadual de diagnóstico de enfermedades transmitidas por sangre, que se transformó en laboratorio de referencia nacional. En esta etapa también promovió la inclusión de los infectados por *Trypanosoma cruzi*, para que fueran escuchados en las investigaciones y congresos de investigadores, y utilizó medios de comunicación innovadores, como cómics, para involucrar la participación de niños de las áreas rurales en la vigilancia de triatomíneos. Desde la responsabilidad nacional priorizó la lucha contra la malaria, el cólera, el dengue, las campañas de vacunación contra el sarampión, la asistencia a las comunidades yanomami, y la construcción de la unidad de vacunas bacterianas de Fiocruz. El enfoque social de sus iniciativas contribuyó al desarrollo del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). Sus trabajos sobre transmisión de *T. cruzi* y control de triatomíneos fundamentaron la propuesta realizada, junto con el profesor Chris Schofield, secundada por los referentes de los países involucrados y la Organización Panamericana de la Salud, para implementar y coordinar la Iniciativa para la Eliminación de *Triatoma infestans* en los países del Cono Sur.

Fue miembro del Comité de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Organización Mundial de la Salud, y de la Academia Mineira de Medicina, presidente de la Sociedad Brasileña de Medicina Tropical electo en 1988, coordinador del Comité de Ética de la Investigación del Instituto René Rachou Fiocruz MG, y desde 1991 profesor titular de la facultad donde se doctoró.

Recibió la Medalha da Ordem do Mérito Médico e Científico Carlos Chagas- Ministerio de Salud, Brasil, y la Ordem Nacional do Mérito Científico - Presidencia de la República, Brasil; fue miembro de número de la Academia de Ciencias de MG, e investigador emérito de

la Fundación Oswaldo Cruz desde 2009,

Sus cientos de trabajos científicos y capítulos de libros son testimonio de una vida comprometida no solo con las parasitosis tropicales, sino con quienes las padecen. A sus numerosos discípulos inmediatos y a quienes lo consideramos un maestro, su vida,

resiliencia, e integridad ejemplar, nos deja la invaluable enseñanza que la salud pública es una herramienta de justicia social y dignidad humana

Falleció en su sitio en el mundo, su querida Belo Horizonte, el 31 de diciembre de 2025

Dr David E Gorla

Investigador Superior CONICET Contratado Ad Honorem.

Instituto de Diversidad y Ecología Animal.
Universidad Nacional de Córdoba

A la memoria de Joao Carlos

Conocía JC a inicios de la década de 1980, en las reuniones anuales en las que el Programa Nacional de Chagas de Argentina reunía a los Programas Provinciales e investigadores de todo el país en Villa Giardino o La Falda, en la provincia de Córdoba. Fue la primera vez que escuché uno de sus trucos histriónicos usando como muletilla su portuñol, que escondía un profundo conocimiento de la cultura argentina. Usaba en más de un pasaje aquello de "lo que pasa que tales personajes son unos ... unos ... boludos, se puede decir boludo en español, Dr NN"? mirando a alguno de sus encumbrados colegas sentados en primera fila.

Presenció muchas conferencias de JC en distintos escenarios de países de nuestra América Latina y Europa. En todas sus presentaciones su profundo mensaje político era conmovedor, hablaba en nombre de las comunidades afectadas por la enfermedad de Chagas, sacudía el castillo de cristal de la academia requiriendo su compromiso y le hablaba de frente a autoridades municipales, provinciales, nacionales, o de organismos internacionales.

Presenciar una conferencia de JC era disfrutar como si uno estuviera asistiendo a un concierto de música clásica. Comenzaba su charla con un volumen de voz casi inaudible, con el cuerpo encogido más pequeño de lo que realmente era, uno tenía que sentarse en el borde de la silla para acercarse y escuchar mejor. Y en ese

tono, como si estuviera acompañado por un instrumento melancólico, describía el sufrimiento de la gente afectada. Más de una vez me emocionó hasta las lágrimas, y no fui el único. En el segundo movimiento, sin que uno se diera cuenta, comenzaba a aumentar el volumen de su voz, a la orquesta se sumaban más instrumentos. Entonces comenzaba a interpelar al mundo académico. Frecuentemente era el momento de preguntar "se puede decir boludo"? En el tercer y último acto, con un vozarrón y una estatura que había crecido hasta los 2 metros, con la sinfónica a todo volumen, el público con la espalda contra la silla y mirando hacia arriba, descargaba una andanada de verdades apelando al compromiso de técnicos, académicos y políticos presentes. El final a toda orquesta era siempre igual, con el público aplaudiendo de pie y el agradeciendo con su pícaro y cómplice sonrisa.

Presenció muchas conferencias de JC. En cada una, sin fallar, me sacudió emocionalmente. Semanas después, en mi reconstrucción, siempre sentí que su mensaje me había cambiado, que había aprendido y que había descubierto nuevos caminos. Fue el más exquisito Maestro con los que me tocó interactuar. Gracias Maestro. Su dedicación al trabajo sobre la enfermedad de Chagas salvó la vida de miles y mejoró la vida de millones de personas en América Latina.

Formó parte de un equipo de estrellas de la medicina tropical continental. Junto al gaúcho Antonio Carlos Silveira, el mineiro Aluizio Prata y el carioca José Rodrigues Coura, crearon una delantera que llevó a la salud pública continental a reconocimientos internacionales. Fue un honor inmenso haber compartido parte de los caminos que JC trazó y nos inspiraron como trabajadores de la medicina tropical y la salud pública continental.

Dr Ricardo E Gürtler

Profesor Titular Emérito de la Universidad de Buenos Aires

Investigador Superior del CONICET.

El momento siempre imprevisible, la partida de João Carlos revivió varios pasajes de mi vida y las profundas impresiones que dejó en mi generación y en las siguientes. Misteriosamente empezaron a resonarme algunos versos de una milonga que tenía olvidada. Él probablemente conocía esta Milonga de Jacinto Chiclana, con versos de Jorge Luis Borges y música de Astor Piazzolla en la voz de Edmundo Rivero, ya que era un gran conocedor de la cultura rioplatense. Alguna vez lo escuché en la platea de un congreso espontáneamente recitar unos versos de "Los Hermanos", de Atahualpa Yupanqui.

Esos versos de la milonga decían "...Quién sabe por qué razón, me anda buscando ese nombre; me gustaría saber cómo habrá sido aquel hombre. Alto lo veo y cabal, con el alma comedida; capaz de no alzar la voz y de jugarse la vida. Nadie con paso más firme habrá pisado la tierra; ... Solo Dios puede saber la laya fiel de aquel hombre; señores, yo estoy cantando lo que se cifra en el nombre. Entre las cosas hay una de la que no se arrepiente nadie en la tierra. Esa cosa es haber sido valiente. Siempre el coraje es mejor, la esperanza nunca es vana; ..."

"Alto lo veo y cabal," me resuena repetidamente, hablando de su estatura reflejada en los tipos de desafíos que enfrentó y sus seguros vaivenes. El poema realza el coraje, como expresión del que actúa de corazón; la valentía, del que tiene valor; la esperanza, "nunca es vana", y el destino, como la irreversible decisión de dedicar su vida a un propósito que nos trasciende. Todo esto evoca la figura de João Carlos en mi alma.

Escuché a João Carlos por primera vez allá por 1981 en un seminario en el Instituto Fatale Chaben. Su avión llegó tarde, y su esperada presencia fue muy calurosamente recibida por sus colegas argentinos, casi con reverencia. Eran épocas de la dictadura, y se notaba un aire diferente en la sala. Quién era este hombre, me pregunté, y pronto supe lo que él significaba para este grupo de notables que pugnaba por emerger: un liderazgo y fuente de inspiración y energía inagotables,

en pos de una misión que todos compartían, con eje en la salud pública de la región y la acción mancomunada desde los Estados. No lo supe hasta mucho después: esa y otras reuniones fueron la semilla de las Iniciativas Intergubernamentales para Controlar y Eliminar la Enfermedad de Chagas, en las cuales João Carlos tuvo rol protagónico desde su creación a la implementación y monitoreo a lo largo de tres o cuatro décadas. "El Gran Sueño", como lo soñaron premonitoriamente con Chris Schofield en una prolongada conversación casual en un aeropuerto, él me contó.

¡Qué orador y movilizador de masas ha sido João Carlos a través del continente! ¡Qué generosidad y consistencia en su tarea! Su rol podría asimilarse a la de un embajador itinerante de Brasil y de FIOCRUZ para la salud pública continental. O la de un defensor de los derechos humanos y de los sectores populares históricamente postergados. A la de un maestro inspirador cuyo impacto no hay índice que pueda medir. Lo recuerdo meticulosamente tomando notas durante toda reunión a la que asistí, y participando muy activamente en el diálogo colectivo con estudiantes, investigadores y expertos por igual. Lo recuerdo suavizando una fogosa controversia entre expertos con un comentario bienhumorado, apaciguador, para devolver el debate a un carril más amistoso y productivo. Sabía cortejar los oídos de su audiencia y hacerla participar de su presentación, invocando nombres aquí y allá, recurriendo a la historia y sus propios maestros y antecesores. Lo recuerdo en almuerzos preguntando con conocimiento sobre las cuestiones socio-políticas y económicas que ocurrían en nuestros países. Lo recuerdo junto a la biblioteca de su oficina, en la que se reclinaba para dar forma a los casi cientos de artículos que publicó, y que dan cuenta de esa labor intelectual prominente combinada con la acción en múltiples frentes. Ahí se pueden reconocer rasgos de una tradición familiar, y los de una época del siglo XX que trasciende a la región y a la salud comunitaria. Como un espejo, la trayectoria de João Carlos nos da la posibilidad de interrogarnos sobre la naturaleza de nuestra misión como científicos e intelectuales en un planeta cruzado por múltiples crisis, inestabilidad estructural, y cambios en el ordenamiento global.

Dr Tomás A Orduna

Hospital Muñiz, Buenos Aires

Una querida colega amiga de Belém do Pará, Taninha, “posteó”, en su estado de red social, la esquila con la triste noticia sobre el fallecimiento del Maestro João Carlos Pinto Días el mismo día 31 de diciembre ppdo., a las pocas horas de su lamentable partida. Al leerla, sentí una tristeza profunda que me envolvió y decidí también poner en mi red social la esquila de marras, como pequeño homenaje-recordatorio de uno de los Maestros que más he respetado en mi formación como médico tropicalista.

Tuve la suerte de conocer al Prof. Pinto Días en el año 1989 en ocasión de estar cursando mi Diplomatura en Medicina Tropical en la Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, en Uberaba, Minas Gerais (MG), bajo la dirección del Maestro Aluizio Rosa Prata. Justamente, acompañados por el Prof. Prata, nuestro grupo (“turma”) de 7 alumnos llegamos a la localidad de Bambuí (MG) una mañana del mes de septiembre. Allí nos dirigimos al “Posto Avançado de Estudos Emmanuel Dias”, asociado al Centro de Investigaciones René Rachou (CPqRR) del Fiocruz-Minas, donde fuimos recibidos por el Dr. Pinto Días. Durante varias horas, la visita de terreno se convirtió en una clase magistral sobre la historia de la enfermedad de Chagas, contada por un protagonista directo, no sólo con vivencias personales únicas a partir de su propia historia familiar de padre y abuelo relacionados con la dolencia y el propio Dr. Carlos Chagas, sino con la experiencia y el compromiso absoluto

con los pacientes sufrientes del terrible flagelo tripanosomiásico y su lucha decidida a lograr el fin de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi* como meta para todo el país (logrado en 2006, certificado por OPS).

Las palabras que creo sintetizan lo que transmitió el Maestro a jóvenes y ávidos colegas son varias: pasión con el ejercicio de la Medicina, vehemencia para expresar ideas y sentires, compromiso social, sensibilidad ante el sufrimiento, empatía con el paciente, humanismo médico, respeto de la historia y de quienes nos precedieron en la profesión, humildad, rigurosidad científica.

Regresé, en la tarde de ese día, con un bagaje de conocimientos que aún atesoro, pero, más importante aún, “tocado” por su contagiante entusiasmo por la medicina y por resolver, o intentarlo como mínimo, los problemas de las personas-pacientes y mejorar la salud pública, ¡de la que era un gran defensor!

La vida me dio la oportunidad de reencontrarlo muchas veces en distintos lugares del Brasil, y compartir conferencias o clases (“palestras”) suyas, recibir trabajos por él publicados de primera mano, dialogar sobre distintas cuestiones académicas pero también de otros temas sociales o culturales, compartir una “cervejinha” y saber que siempre el apretón de manos se acompañaba de una sonrisa y disposición para la conversa con el joven argentino de bigotes, “o bigodão” como muchos amigos me dicen en el tropicalismo brasileiro.

¡Gracias Maestro João Carlos! QEPD.

Dr Oscar D. Salomón

Investigador Superior CONICET

IBS-CONICET-UNaM / INMeT-ANLIS-MS,
Puerto Iguazú

Investigadores de todas las edades confluían a la presentación. Para mi formación inicial, en fisiología de triatomíneos, no era un nombre “de la bibliografía”, pero me dejé llevar por la corriente. Al frente un hombre, aparentemente frágil, comenzó a crecer en el discurso, su expresión amable se endureció al denunciar indignado la causa social de las enfermedades tropicales. Invocaba a los enfermos de Chagas, sus familias, su contexto de vida, sus dificultades cotidianas para subsistir; recuperaba con voz firme la voz de quienes no eran escuchados. Había conocido a João Carlos Pinto Dias.

“Primera Reunión de la Comisión Intergubernamental del Cono Sur para la Eliminación de *T. infestans* y la interrupción de la Tripanosomiasis Americana Transfusional”, Buenos Aires 1992. Asistí acompañando a la Dra. Elsa Leonor Segura, ya como integrante del proyecto de participación comunitaria. Los referentes académicos y programáticos de Argentina, Chile, Brasil, Bolivia, Paraguay y Uruguay, debían definir desde qué entendían por “eliminación”, hasta consensuar métodos, estrategias, indicadores de cobertura y calidad. Eran personalidades diferentes, curtidos en gestión nacional, con experiencia en escenarios epidemiológicos, sociodemográficos y culturales diferentes, actuando con estructuras sanitarias, políticas y presupuestarias distintas. La discusión era respetuosa pero intensa, como lo fue en todas las reuniones sucesivas, y en las evaluaciones cruzadas entre países,

gracias a la participación oportuna de João Carlos. Nuevamente, con voz tranquila y firme, mediaba entre opiniones cruzadas recordando el objetivo común de salud pública, que debía primar por encima del narcisismo u orgullo nacional.

Luego, siendo yo secretario de un congreso en Argentina, el Dr Pinto Dias, uno de los invitados internacionales estrella, recibió la noticia que había sido desplazado repentinamente de su cargo federal. Recuerdo su tristeza, y su humilde solicitud para retirarse del evento. Poco tiempo después aceptó una responsabilidad estadual, nuevamente centrada en Chagas. Otra vez me enseñaba que, a pesar de las oscilaciones políticas, en democracia es más importante el poder para hacer, que la ambición de hacer para tener poder, anteponiendo las necesidades de las comunidades fragilizadas al protagonismo personal.

Hoy, al mirar en perspectiva su trayectoria, recordando con una sonrisa sus abrazos afectuosos, recupero una última lección, que justifica hacer esta semblanza mediante recuerdos personales. Su vida entera nos enseñó que el verdadero legado no es el material, que puede y suele ser desmantelado o disfrazado por referentes improvisados. El legado más importante que nos dejan figuras de la talla de João Carlos Pinto Dias es el inmaterial, su honestidad, dignidad y sensibilidad social. Verdaderos maestros, porque siembran discípulos con convicción de lucha por la salud colectiva, por las personas desatendidas del sistema con enfermedades desatendidas por la industria, discípulos dispuestos a resistir en la adversidad y volver a crecer cuando la oportunidad lo permita.

Asociación Argentina de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Inscríbete en la Maestría en Salud Pública que realizamos entre la Asociación Argentina de Salud Pública y la Universidad Nacional Arturo Jauretche



Escaneá el QR
para más información

Iniciamos en marzo

Para consultas e inscripción escribinos a mae.saludpublica@unaj.edu.ar

O hacé click acá



POLÍTICAS SOCIALES

La intersectorialidad como desafío ineludible

Dr. Daniel Esteban Manoukian

Médico sanitarista, Dr. en Ciencias Médicas (UNLP). Integrante del CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar - UNCo) y del Centro de Estudios de la Sociedad de Medicina Rural de Neuquén

“Un espíritu crítico demanda romper con lo instituido, promover la discusión de diversas posturas, como camino a la verdad, ya que creemos que ella sólo tiene sentido pleno, al cabo de una polémica” Tomás Torres Aliaga y Alicia Torres Secchi

Los sistemas de salud, que otrora fueron modelos por su gran capacidad para resolver escenarios sanitarios muy adversos, se basaron en modelos de planificación normativa y de decisiones centralizadas. Hacia finales de la década de 1960, con el auge de este modelo de planificación y con evidente brecha entre los países centrales y los periféricos, se aceptaba tomar decisiones con poca o nula participación de los efectores y mucho menos, de la propia comunidad a la estaban dirigidas las acciones propuestas.

La “Alianza para el Progreso” (1961-1970) fue una iniciativa de Estados Unidos bajo el gobierno de John F. Kennedy que se presentaba con la intención de promover la cooperación económica, social y política con América Latina para mejorar las condiciones de vida, y consolidar las democracias. Si bien esos objetivos nunca llegaron a consolidarse, sus recomendaciones generaron una impronta en los modelos de planificación.

En ese contexto el “método CENDES-OPS” se impuso como una herramienta idónea para la planificación y priorización de problemas de salud pública. Desarrollada por el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) en Venezuela, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), este método guía a los profesionales y comunidades (aunque con escasa, o nula,

participación de éstas), a identificar, analizar y priorizar problemas de salud mediante la aplicación de criterios como magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y tendencia.

Así, siguiendo una secuencia pautada, e planificador, generalmente un sujeto externo al escenario en cuestión, luego de concluir en un diagnóstico de situación, determina alternativas de solución a los problemas detectados, considerando aquellas estrategias más factibles. A partir de ese planteo, formula planes que serán aplicados por los actores locales, con la presunción de éxito en un contexto signado por una supuesta certidumbre.

En un atrevido intento de síntesis, podría decirse que esos años, se caracterizaron por una conjunción de situaciones, entre ellas:

- Evidencia de que pocos problemas ocasionaban muchas muertes evitables,
- Existencia de poca capacidad local instalada para planificar y decidir,
- Pocos efectores ávidos de contar con una conducción que ordenara y marcara el camino,
- Cultura institucional verticalizada, alineada, con sentido de acatamiento, antes que de cuestionamiento o mirada crítica.

Hoy el campo de las políticas sociales en general, y el de la salud en particular, se muestra mucho más complejo. Además de

que se ha asimilado, en muchos casos como fruto de reiterados tropiezos y fracasos, que en este campo “todos juegan”, resulta cada vez más evidente que no pueden pensarse y diseñarse estrategias de intervención apelando a pensamientos lineales.

Se hace necesario incluir en nuestros análisis la epistemología de la complejidad y sus consecuencias metodológicas. Esto es necesariamente así porque el mundo no es mecánico y preciso. La mayor parte de la naturaleza, incluidas las sociedades construidas por los humanos, no se conducen en forma lineal y en consecuencia es difícil prever su comportamiento.

Parte de intentar asir esa complejidad es asumir que las sociedades conjugan grupos de agentes que interactúan en tiempo real y que generan actividades que alteran los contextos, los resultados y los comportamientos. Al mismo tiempo esas intervenciones también responden a un trayecto histórico y cultural, es decir que esas interacciones tienen una cierta inercia. En definitiva, los sistemas creados por las personas, y el de salud, es uno de ellos, son sistemas complejos, y como tales, impredecibles.

Esos escenarios de certidumbres, que de alguna manera otorgaban tranquilidad, necesariamente abrieron lugar a otros, que no deben ser ineludiblemente caóticos, desordenados o absolutamente impredecibles. Se trata, en todo caso, de transitar en las instituciones, desde el

orden rígido de otrora, hacia un perfil de plasticidad ordenada, de los promedios a la epidemiología situada, y para el caso de salud, del hospital al barrio, que no es lo mismo que decir al centro de salud, porque el territorio es mucho más si nos animamos a reconocer que hay otros actores sociales involucrados en el proceso de construir salud colectiva.

Por eso también hay que pensar este sistema de salud fragmentado y que habitualmente se describe como de 3 componentes (público, de la seguridad social y de los seguros privados), con un cuarto componente que tienen muchos ropajes (promotores comunitarios de salud, pastores y células de iglesias, grupos de pacientes que se asocian por padecer problemas comunes, vecinos con intereses comunes, etc.).

En ese campo signado por la complejidad, la intersectorialidad aparece como un desafío ineludible. Tanto para intentar interpretar mejor la realidad, como para operar con sentido transformador sobre la misma. Transitar, o intentar al menos, una actitud innovadora, sosteniendo la vocación por contribuir a la mejora colectiva, entendemos que requiere de:

- **Humildad:** como la clara conciencia de la limitación propia, personal, de la disciplina a la pertenecemos y de la institución formal que nos cobija.

- **Aceptación del otro:** que es mucho más que tolerancia, actitud propia de la

resignación de tener que soportar a un distinto, sino, la idea de identificar a ese otro como un ser digno aportante de un poder enriquecedor en las miradas y también en las intervenciones.

- **Capacidad para construcción de consensos.** Lograr esos acuerdos no implica obturar ideas u opiniones, sino, simplemente, establecer prioridades. Esto es, decidir qué acciones emprender primero superando la tendencia a elegir de acuerdo a las preferencias individuales o grupales, para dar lugar a la adaptación del sistema sanitario como instrumento de la propia comunidad en orden a dar respuestas al perfil epidemiológico.

- **Perseverancia:** para sostener una línea conceptual de acción que debe preservarse a pesar de los obstáculos que aparecen en el camino. Esa actitud demanda una actitud docente de adoctrinamiento persistente, de todo el equipo de salud, porque el conjunto de ideas que impregnan una propuesta de construcción colectiva con sentido integral no queda automáticamente instalado en la cultura organizacional, sino que es menester alimentarla.

Pero los equipos no funcionan en piloto automático. No alcanza con proponer un plan, por más pormenorizado que éste sea. Aún en la hipotética ilusión de contar con uno que efectivamente esté ajustado al perfil epidemiológico, el devenir de las acciones en el terreno es complejo y sinuoso. Se requiere conducir. Y conducir, ya se sabe, no

es mandar, es persuadir.

Conducir en contextos de complejidad e incertidumbre, pero, sobre todo, cuando resulta evidente mejorar para poder cumplir con la misión, requiere sostener una actitud de disconformismo. Aquella que surge de la rebeldía y la crítica, pero no se queda en la queja, sino que avanza con creatividad y asume riesgos, sin perder la razón de ser y sin traicionar las ideologías, que deben estar claras porque sustentan y dan respaldo al accionar.

Asumir riesgos es entre otras cosas, animarse a una convocatoria amplia, que dé lugar a pensamientos disruptivos y prácticas alterativas -que aportan para cambiar la realidad-, desde la disposición de construir en forma interdisciplinaria e intercultural para enriquecerse con el aporte de distintas miradas y saberes, desde los enfoques de distintas generaciones, y desde la intersectorialidad.

La intersectorialidad, es decir, el avanzar incorporando a actores que pertenecen a distintos sectores formales, pero también informales, deviene en un desafío ineludible si el producto buscado pretende dar cuenta de situaciones no resueltas, o de nuevas y complejas demandas. Son horas para explorar el reto de intentar asir, o al menos, acercarse a la lógica de planificar y ejecutar de sectores distintos al propio, con la convicción de que en esa amalgama anida un potencial que no podemos darnos el lujo de desperdiciar.



Referencias bibliográficas

Bronzo, C. (2007). "Intersectorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza", XX Concurso del CLAD: ¿Cómo enfrentar los desafíos de la transversalidad y de la intersectorialidad en la gestión pública?

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23 (1), 5-46.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es

Dunn, W. (1981). *Public policy análisis: An introduction*, Enflewood Cliffs, Prentice Hall.

FLACSO. (2015). Informe técnico para el diseño de plan de trabajo para orientación de programas de Salud Pública. Chile.

Frenk Barquin, P. (coordinadora) (2021). "Informe final de evaluación de programas gubernamentales. Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables".

Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-244177_informe_final.pdf

Longo, R. et al. ("Redes intersectoriales en

salud y construcción de lo común en tiempos críticos". Facultad de Psicología – UBA. Anuario de investigaciones, volumen XXX.

Monasterio, J. (2020). "La interdisciplinariedad y la intersectorialidad como enfoques integradores en el proceso de diseño y formulación de políticas públicas". Universidad Metropolitana. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Venezuela. *Gestión I+D*, volumen 5, N° 3.

OPS (2017). Documento conceptual: Intersectorialidad. Disponible en:

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

Rovere, M. (2016). "Redes en salud. Los grupos, las instituciones y la comunidad". Editorial El Agora, Buenos Aires.

Sousa Campos, G. (2009). Democracia institucional y la co-gestión de colectivos organizados para la producción. En: *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Editorial Lugar, Buenos Aires.

Torres Aliaga, T. y Torres Secchi, A. (2010). "¿Por qué callan, si nacen gritando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud. Iruya, 1978 – 2008". ENDEPA (Equipo Nacional de Pastoral Indígena).



YA PODÉS INGRESAR AL

Repositorio del Archivo del Derecho a la Salud



Y también seguir
cargando fotos acá!



Asociación Argentina
de Salud Pública

La experiencia de los talleres sobre alimentación con adolescentes

Aprendizajes y desafíos a partir de la influencia de las redes sociales

González Baldrés, Lautaro Ezequiel - Aguirre, Verónica Noemí

Integrantes del Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN/CIC).

Resumen

El taller de Promoción de la Alimentación Saludable, desarrollado por el Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN/CIC-PBA), se lleva a cabo de manera ininterrumpida desde 2013 en escuelas estatales del Gran La Plata. Haremos referencia a reflexiones desprendidas de los talleres recientes realizados en escuelas secundarias, cuyo foco fue la promoción y adquisición de herramientas para la comprensión de publicidades y empaquetados de alimentos. En ese marco, se identifican ciertas estrategias de marketing de los productos (como publicidades encubiertas), el influjo de creadores de contenido a través de mensajes engañosos y/o peligrosos en redes sociales, la circulación de 'dietas', y la promoción de métodos no confiables para tonificar músculos. Este trabajo subraya los efectos de ciertos mensajes promocionados en internet en distintas prácticas y creencias de las y los adolescentes participantes de los talleres. Finalmente, y con base en ello, se proponen lineamientos para docentes con recomendaciones para la transmisión de mensajes sobre alimentación y salud.

Keywords: nutrition, health, adolescence, workshop

Contexto

Como parte de las tareas del Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil CEREN, dependiente de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC-PBA), realizamos diversas actividades de transferencia con niños, niñas y adolescentes (NNyA) desde 2013 en el Gran La Plata en temas que relacionan la alimentación con la salud. Para este trabajo, nos referiremos a los talleres de Promoción de la Alimentación Saludable desarrollados con adolescentes en 2024 y 2025 en escuelas secundarias y también en el marco del programa ENVION.

Los criterios que se utilizan en los talleres para seleccionar contenidos se basan en las normas establecidas en las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA, Ministerio de Salud), en resultados de investigaciones realizadas sobre el tema, y en la sistematización de las notas de campo de los talleres. También se releva información del foro del Consejo Argentino sobre Seguridad de Alimentos y Nutrición a través de la página Infoalimentos, (que recoge y responde preguntas generales de la población), el manual técnico-metodológico de las GAPA y los contenidos sobre alimentación incluidos en los diseños curriculares de enseñanza en la Provincia de Buenos Aires.

En virtud del diálogo con esos materiales, la información y las estrategias de los talleres se reelabora y amplía, de la mano de la renovación de problemáticas planteadas por directivos y/o docentes y de acontecimientos que toman estado público (como el debate legislativo sobre rotulado frontal).

La prioridad temática de los talleres estuvo ligada a los datos poblacionales relevados por el CEREN durante 2023-2024 en estudiantes secundarios del Gran La Plata. Un tercio de estos tenía exceso de peso y un 20% tensión arterial elevada (Wright et al., 2024) y sus hábitos alimentarios reflejaban la importancia del consumo de alimentos ultraprocesados (sobre todo bebidas azucaradas, golosinas y galletitas/ facturas). Asimismo, de la encuesta autoadministrada que acompañó el relevamiento, surgió la baja importancia otorgada al contenido de sal en las comidas. Interrogados sobre los octógonos de advertencia en rotulado frontal, poco menos de un tercio los consideraba a la hora de comprar, el 61,2% expresó que "no los consideraba" y un 7,5% señaló "no comprar productos con octógonos". Entre quienes sí consideraban las indicaciones de las etiquetas, el 38,8% reparaba en "exceso

de azúcares"; 26,3% en "exceso de grasas totales", 16,9% en "exceso de calorías"; 12,2% en "exceso de grasas saturadas" y 5,6% en "exceso de sodio" (Weingast et al., 2025). Con base en estos datos, el taller buscó aportar herramientas para comprender el rotulado nutricional y para identificar la confiabilidad de la información. También se abordaron otras problemáticas emergentes en los talleres, en especial vinculadas al consumo de carne.

Descripción de la experiencia

Los talleres denominados "¿Saludable según quién?" diseñado para el nivel secundario (2 encuentros de 2 horas cada uno) y "¿Qué es qué en lo que comés?" diseñado para el programa ENVION (1 encuentro de 2 horas) se llevaron a cabo en el periodo 2024/25 en 6 escuelas y en 9 sedes del ENVION, abarcando 42 cursos (y sus respectivos docentes) y 777 estudiantes.

El taller se compone de las siguientes instancias:

1. Se muestra información obtenida de la búsqueda en redes sociales o Google sobre "alimentación saludable" (encontrando, por ejemplo, mensajes tales como "La importancia de desayunar agua tibia con limón", "Los peligros de desayunar agua tibia con limón", "El alcohol, un aliado para el corazón").

2. Se exhiben y analizan obras pictóricas antiguas (ej. con reyes, plebeyos y mendigos almorzando), publicidades sobre alimentos del siglo pasado.

3. Se problematiza lo que transmiten los mensajes anteriores.

4. Se consulta a las y los estudiantes sobre la información que poseen en la temática y se debate alrededor de la misma, indagando sobre la confianza en dicha información.

5. Finalmente, se ponen en diálogo esos saberes con los que emanan de la normativa basada en la autoridad médico nutricional.

6. Se comparten fuentes de consulta y actividades lúdicas para reforzar contenidos y materiales de apoyo para que docentes y coordinadores del programa ENVION puedan replicar la experiencia.

Concluidos los primeros talleres en secundaria, y posterior al análisis de las notas de campo, se evidenció que ciertas afirmaciones erróneas aparecían en todos los grupos y con un alto nivel de insistencia. Debido a ello surgió la necesidad de reforzar ciertos temas, en especial referidos al consumo de carne. La recurrencia de lo que percibíamos como error nos condujo a profundizar sobre las fuentes de información y sobre la legitimidad que las y los estudiantes asignaban a dichas fuentes tales como TikTok, X (anteriormente Twitter) e Instagram.

En efecto, una de las principales discrepancias giró en torno a la centralidad asignada al consumo de carne.

En línea con ello, en estudios previos del CEREN la carne aparecía como el segundo alimento que nunca debería faltar, después del agua (Weingast et al., 2025). Concordante, en más del 65% de los cursos la mayoría de NNyA creía que el consumo de carne era primordial para el desarrollo de un cuerpo privilegiado (esbelto en mujeres, musculoso en hombres), y se la pensaba como la única o mejor fuente de proteína, y a la proteína como el nutriente principal. Lo anterior se acrecienta con la asistencia a "gimnasios" de barrio (muchas veces, un espacio con máquinas no habilitado como tal) donde se mezcla con la confianza en el efecto de la creatina, las barras de proteínas y las bebidas deportivas y energéticas. Esto se da pese a que son conscientes de las recomendaciones médico/nutricionales sobre consumir frutas y verduras en primer lugar. Se visualiza, además, que en ocasiones confunden la carne con la carne procesada (no siempre se diferencia una pata de pollo de un nugget de pollo, por ejemplo)

A diferencia de los talleres con grupos de primaria, donde el alimento que mencionan más importante es Frutas y Verduras, con adolescentes prevalece Carnes y Huevos. Incluso, con frecuencia, al salir de un curso donde la mayoría sostenía que el grupo de alimentos más importante era Carne y huevos, la docente refirió que el tema ya había sido trabajado y que el curso debía tener conocimiento sobre la importancia de este grupo de alimentos. Cabe mencionar que la

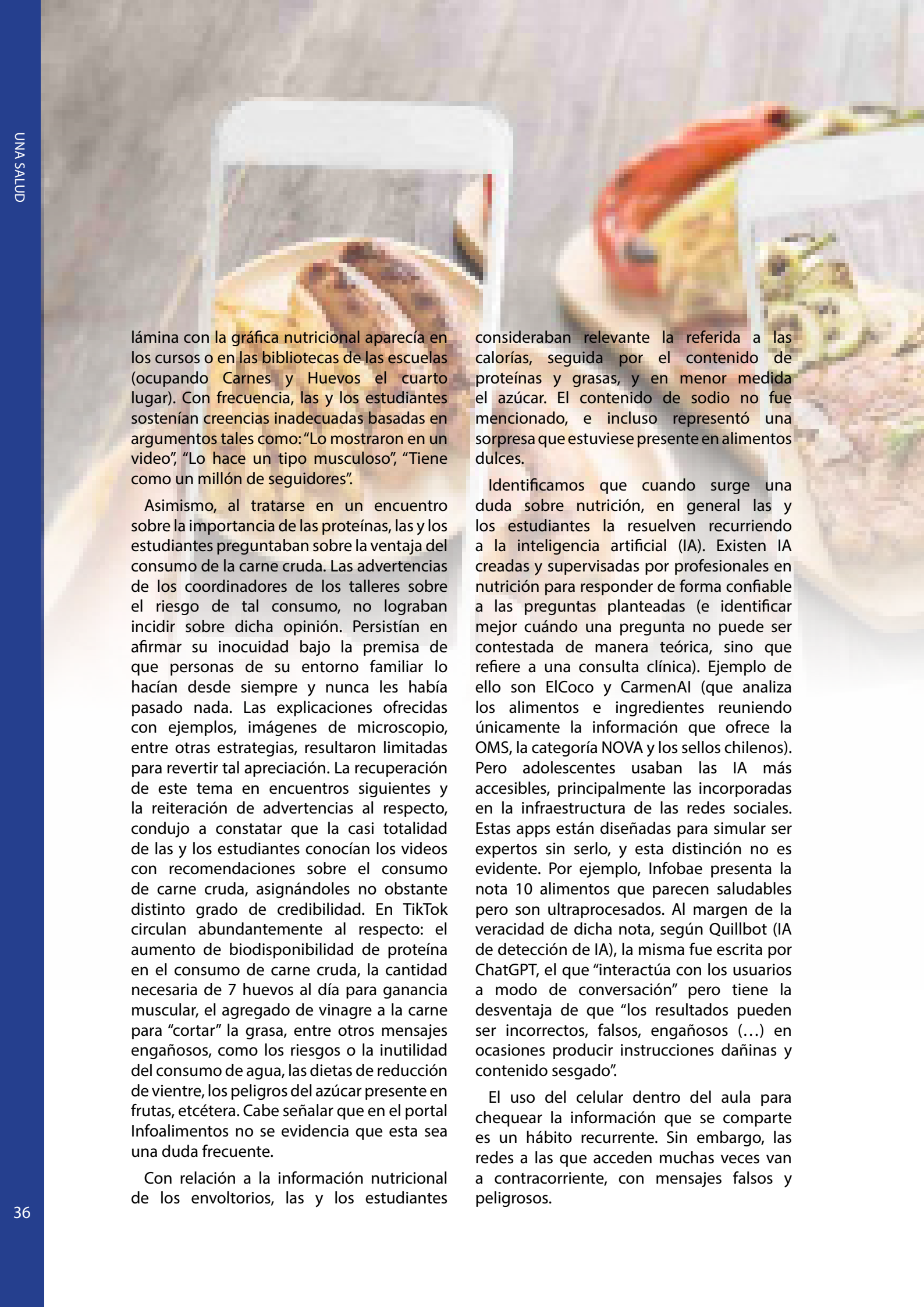


lámina con la gráfica nutricional aparecía en los cursos o en las bibliotecas de las escuelas (ocupando Carnes y Huevos el cuarto lugar). Con frecuencia, las y los estudiantes sostenían creencias inadecuadas basadas en argumentos tales como: “Lo mostraron en un video”, “Lo hace un tipo musculoso”, “Tiene como un millón de seguidores”.

Asimismo, al tratarse en un encuentro sobre la importancia de las proteínas, las y los estudiantes preguntaban sobre la ventaja del consumo de la carne cruda. Las advertencias de los coordinadores de los talleres sobre el riesgo de tal consumo, no lograban incidir sobre dicha opinión. Persistían en afirmar su inocuidad bajo la premisa de que personas de su entorno familiar lo hacían desde siempre y nunca les había pasado nada. Las explicaciones ofrecidas con ejemplos, imágenes de microscopio, entre otras estrategias, resultaron limitadas para revertir tal apreciación. La recuperación de este tema en encuentros siguientes y la reiteración de advertencias al respecto, condujo a constatar que la casi totalidad de las y los estudiantes conocían los videos con recomendaciones sobre el consumo de carne cruda, asignándoles no obstante distinto grado de credibilidad. En TikTok circulan abundantemente al respecto: el aumento de biodisponibilidad de proteína en el consumo de carne cruda, la cantidad necesaria de 7 huevos al día para ganancia muscular, el agregado de vinagre a la carne para “cortar” la grasa, entre otros mensajes engañosos, como los riesgos o la inutilidad del consumo de agua, las dietas de reducción de vientre, los peligros del azúcar presente en frutas, etcétera. Cabe señalar que en el portal Infoalimentos no se evidencia que esta sea una duda frecuente.

Con relación a la información nutricional de los envoltorios, las y los estudiantes

consideraban relevante la referida a las calorías, seguida por el contenido de proteínas y grasas, y en menor medida el azúcar. El contenido de sodio no fue mencionado, e incluso representó una sorpresa que estuviese presente en alimentos dulces.

Identificamos que cuando surge una duda sobre nutrición, en general las y los estudiantes la resuelven recurriendo a la inteligencia artificial (IA). Existen IA creadas y supervisadas por profesionales en nutrición para responder de forma confiable a las preguntas planteadas (e identificar mejor cuándo una pregunta no puede ser contestada de manera teórica, sino que refiere a una consulta clínica). Ejemplo de ello son ElCoco y CarmenAI (que analiza los alimentos e ingredientes reuniendo únicamente la información que ofrece la OMS, la categoría NOVA y los sellos chilenos). Pero adolescentes usaban las IA más accesibles, principalmente las incorporadas en la infraestructura de las redes sociales. Estas apps están diseñadas para simular ser expertos sin serlo, y esta distinción no es evidente. Por ejemplo, Infobae presenta la nota 10 alimentos que parecen saludables pero son ultraprocesados. Al margen de la veracidad de dicha nota, según Quillbot (IA de detección de IA), la misma fue escrita por ChatGPT, el que “interactúa con los usuarios a modo de conversación” pero tiene la desventaja de que “los resultados pueden ser incorrectos, falsos, engañosos (...) en ocasiones producir instrucciones dañinas y contenido sesgado”.

El uso del celular dentro del aula para chequear la información que se comparte es un hábito recurrente. Sin embargo, las redes a las que acceden muchas veces van a contracorriente, con mensajes falsos y peligrosos.

Si bien se afirma que NNYA son nativos digitales lo cierto es que con frecuencia quedan atrapados en contenidos apócrifos. En una ocasión el profesor de tecnología nos solicitó intervenir para explicar por qué la dieta prescrita por Grok (IA de X) a una chica era incorrecta, debido a que este docente no lograba persuadir a la alumna respecto a no hacer consultas médicas a una IA.

El interés que NNYA tienen por la alimentación es lo que los motiva a consumir contenido digital como el mencionado. Sin embargo, herramientas implementadas a nivel nacional, como los octógonos o las denominaciones de producto no logran atraer tal curiosidad. A manera de ejemplo, reproducimos un intercambio que se dio en un curso:

Un estudiante preguntó: "¿El alfajor tiene sal? ¡Nooo!". Otro preguntó: "¿Es verdad que los alimentos que tienen sal hacen mal?". Luego de responderle, otro prosiguió: "Eso hace mal, pero si yo le pongo sal a la comida, eso no es malo ¿no?". Otro relativizó nuestra respuesta: "Bueno el mate tiene cafeína y todos tomamos. Tienen sal todas las cosas dulces compradas, o sea procesadas. Igual vos te guías por el sabor. Encima la sal cada vez te pide más."

Aprendizajes y desafíos

Considerando que fuentes científicas nacionales e internacionales actuales reconocen que:

-9 de cada 10 alimentos publicitados durante programas dirigidos a NNYA, son de alimentos que representan un riesgo para la salud (FIC, 2015).

-Que entre los principales alimentos no recomendados publicitados aparece la carne procesada, que puntúa doble como factor de riesgo cardiovascular según la encuesta DQQ (Herfort, Ballard y Rzepa, 2024).

-Que publicidad y estado nutricional tienen una relación estrecha. Un metaanálisis encontró que la cantidad de tiempo que NNYA mira televisión impacta en la cantidad de calorías que consume (OHA, 2019).

-Que dentro del grupo etario de 13 a 15 años, en una década la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE 3, 2018) registró un incremento de casi 10 puntos porcentuales en el sobrepeso y se duplicó la obesidad.

-Que en la población de 5 a 17 años, la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2, 2019), encontró que el exceso de peso estaba presente en el 41,1% (20,7% con sobrepeso y 20,4% con obesidad).

-Que más del 60% de las personas responsabilizan por su mala alimentación a sus propios hábitos, muy por encima de razones de entorno, precio o accesibilidad (ENFR, 2018).

-Que los alimentos ultraprocesados aparecen en las publicidades (y son frecuentemente elegidos) vinculados con razones de salud (Piaggio, 2017), practicidad (Arriagada et al, 2022) y palatabilidad ("crujiente", "cremoso").

-Que lo "sano" de un producto no se corresponde a la frecuencia con que es publicitado (FIC, 2018)

-Que el desciframiento de información nutricional presente en los envoltorios requiere dedicar una cantidad considerable de tiempo.

-Que incluso a explorar y descifrar la información que aparece en un paquete el mismo puede resultar engañoso, vaya el ejemplo del término "Light" (ANMAT, s/d).

-Que la palatabilidad, cualidad destacada de los productos ultraprocesados, requiere del uso de aditivos (también vinculados a la duración) y va en desmedro de la densidad



nutricional.

-Que la mayoría de usuarios de redes sociales carece de herramientas para discernir la calidad y fuente de la información que circula (Fernández, 2019).

-Que la normativa nacional aconseja un consumo proporcionalmente mayor que en otros países de carnes rojas (Cámara et al, 2021), pero en los talleres se observa que NNyA ponderan su importancia aún por encima de estos estándares.

Por todo lo expuesto, creemos necesario ofrecer herramientas que puedan transmitir información nutricional de forma clara y convincente y que sean transversales al contenido curricular, dado que no basta con el espacio actualmente destinado a la temática.

Conclusiones

Las frecuentes interacciones de las y los estudiantes con las redes sociales, a partir de las cuales surge información errónea, debe ser comprendida como una oportunidad para desarrollar los temas de interés del estudiantado y lograr niveles de problematización más profundos que los previstos en la planificación inicial.

Se han registrado buenos resultados en la transmisión de información sobre salud a partir de:

1) Un diseño semi-flexible del material, donde los temas a tratar pueden ser ampliados mediante ejemplos o demostraciones

empíricas. Muchos experimentos en salud pueden ser localizados y observados en redes sociales o replicados de forma casera sin dificultad. Temas como el consumo de carne cruda, no necesariamente emergen en todos los cursos, pero en el caso en que lo hagan, es necesario tener un material que aborde la temática.

2) Consultar, además de la bibliografía de los tópicos a tratar, redes sociales e influencers sobre los temas relacionados. Muchos de estos pueden ser localizados con una simple búsqueda donde se escribe el concepto a indagar precedido de un símbolo numeral (hashtag).

3) Fomentar la crítica al contenido que circula, incluyendo el que promovemos en los talleres permite que puedan debatir y mencionar información contraria que reciben de otros medios. El fenómeno donde no les "resulta creíble" que relativicemos Carne y Huevos como un grupo de alimentos más en lugar del más importante invita a pensar/ensayar otras modalidades de abordaje.

4) Destinar un espacio donde se les consulte respecto a temáticas vinculadas a lo trabajado en clase que hayan visto en redes. Debido a que TikTok ofrece videos en base a la geolocalización del usuario es probable que la información falsa o peligrosa que expresa un estudiante sea accesible al conjunto. Por lo tanto, las preguntas pueden ser dirigidas, y luego permitir que surjan otras afines.



Referencias

- Administración Nacional De Medicamentos, Alimentos Y Tecnología Médica (s/d). Alimentos 'light' y 'diet': no siempre sirven para bajar de peso. Argentina: Ministerio de Salud. Extraído el 07/01/26 de <https://www.argentina.gob.ar/anmat/comunidad/alimentos-light-diet>.
- Arriagada, L. et al. (2022). Consumo de productos ultraprocesados y motivos de elección en estudiantes universitarios de 18 a 30 años, que residen en el amba en el mes de septiembre del año 2022. Rev. RNI. Escuela de Nutrición UBA. Septiembre.
- Cámara, M., Giner, R. M., González-Fandos, E., López-García, E., Mañes, J., Portillo, M. P., Rafecas, M., Domínguez, L., & Martínez, J. A. (2021). Food-Based Dietary Guidelines around the World: A Comparative Analysis to Update AESAN Scientific Committee Dietary Recommendations. *Nutrients*, 13(9), 3131. <https://doi.org/10.3390/nu13093131>
- Fundación Interamericana del Corazón (2015). Informe de investigación: publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas en la tv argentina.
- Herforth, A. W., Ballard, T., & Rzepa, A. (2024). Development of the Diet Quality Questionnaire for measurement of dietary diversity and other diet quality indicators. *Current Developments in Nutrition*, 8(8), 103798. <https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2024.103798>
- INDEC (2018). 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
- Míguez Fernández, L. (2019). Influencia de las redes sociales en la alimentación saludable. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Madrid.
- Min. De Salud de la Nación (2018). 3º Encuesta Mundial de Salud Escolar.
- Min. De Salud de la Nación (2020). Guías Alimentarias para la Población Argentina.
- Min. de Salud de la Nación. (2019). 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. Argentina.
- Obesity Health Alliance (2019). An analysis of adverts shown during a week of 'Britain's Got Talent' live shows. Extraído de <https://obesityhealthalliance.org.uk/wp-content/uploads/2019/10/BGT-advertising-analysis-2019.pdf> al 02/09/2025.
- Piaggio, L (2017). Diversión ultra-procesada: productos alimenticios dirigidos a niños y niñas en supermercados de Argentina. Aproximación a las estrategias publicitarias y la composición nutricional. *Rev. Diaeta*. 35(159):9-16.
- Weingast, D.; Cardozo, M.; Aimetta, C.; Wright, R.; Sanjurjo, A.; Martini, A. (2025). Percepciones y prácticas sobre la alimentación de estudiantes que concurren a escuelas estatales urbanas del Gran La Plata. XII Jornadas de Sociología de la UNLP. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP, diciembre de 2024. Ensenada.
- Wright, R., Sanjurjo, A., Martini, A., Aimetta, C., Cardozo, M. y Weingast, D. (2024). Presión arterial y el estado nutricional en estudiantes que asisten a escuelas de educación secundaria estatal y urbana del Gran La Plata. *Rev. Fed. Arg. Cardiol*. 53(4):195-200.

Reflexiones sobre la Gestión Territorial en Salud y Atención Primaria de la Salud

Carlos Anigstein

Introducción

El territorio es más que un simple espacio geográfico; es una **construcción social** donde las personas viven, se comunican y trabajan. A pesar de la diversidad de quienes lo habitan, mantiene una identidad cultural, social y sanitaria que es moldeada por sus valores y creencias. Según Milton Santos, el territorio se compone de lugares contiguos y redes de información que, al conectarse, generan jerarquías, normas y una gran capacidad de cambio. Bajo esta concepción, el territorio debe ser visto como el lugar donde se **“produce la salud de la población”** y donde la sociedad organiza su respuesta a los problemas sanitarios a través de su sistema de salud.

La mayor parte de la población no tiene un contacto continuo e integral con el sistema de salud. Este funciona como un radar que solo se ocupa de las personas cuando **“aparecen en la pantalla”**, dejando una brecha en el acceso que se manifiesta en la búsqueda de “corredores sanitarios” alternativos. Esta fragmentación se ve agravada por las nuevas exigencias de la transición demográfica (menor fecundidad y mayor longevidad) y epidemiológica (mayor prevalencia de ECNT).

Frente a esta realidad, la Gestión Territorial en Salud (GTS) emerge como un enfoque estratégico y un cambio de paradigma. Su objetivo es planificar, organizar y coordinar las acciones de diversos actores (gobierno, comunidad, sociedad civil) para que la salud sea el motor de todas las políticas y acciones municipales.

La implementación efectiva de la Gestión Territorial en Salud (GTS) exige el desarrollo de la **intersectorialidad en el territorio**. Este concepto, fundamental para la **gestión**

socio-sanitaria en el nivel local, implica que la salud no puede ser abordada únicamente por el sector sanitario. Requiere la articulación y coordinación de todas las áreas del gobierno local y de la sociedad civil para influir positivamente sobre los determinantes sociales, tal como se plantea en estudios sobre la construcción de la intersectorialidad en Chile (CEPAL). De esta manera, la GTS se convierte en el vehículo para operativizar la visión de “Salud con Todas las Políticas”(3) y para consolidar el enfoque integral de la Atención Primaria de la Salud (APS).

La GTS es el **“cómo”** que hace posible la Atención Primaria de la Salud (APS). Mientras que la APS define el modelo de atención, es decir, qué servicios se deben ofrecer, la GTS define el modelo de gestión, es decir, cómo se planifican y organizan esos servicios para que sean efectivos en un territorio concreto.

Este modelo encuentra su espacio ideal en lo local (municipio, cantón, comuna, etc), que es la unidad política, geográfica y social más cercana a las necesidades de la gente. Este enfoque implica que la puerta de entrada al sistema de salud debe ser el territorio, adaptando los servicios a las necesidades reales de la población a través de una integración horizontal y vertical.

Ejes relevantes a considerar a partir de la experiencia

Rol del Estado y Participación Ciudadana. Un país debe contar con un gobierno que priorice el rol del Estado para disminuir las desigualdades y generar equidad. Esto requiere un régimen democrático que no solo sea representativo, sino que también promueva la **democracia participativa**. La participación directa de la ciudadanía es crucial para evitar

la desconexión entre representantes y representados y para prevenir la captura del poder por élites.

-Responsabilidad del Gobierno Local. Todos los gobiernos locales — incluyendo municipios, partidos, cantones o comunas— tienen una responsabilidad social ante los problemas de salud. Esta premisa es especialmente relevante en los países o provincias donde la salud está municipalizada, pero aún en los gobiernos locales que no tienen a cargo los servicios de salud, deben tener la obligación de articular acciones porque la salud necesita un abordaje integral. Esta responsabilidad social es indelegable e implica que debe haber un gobierno local que gestione integralmente todo su territorio, abarcando desde los centros urbanos con mayor desarrollo económico hasta los barrios más alejados y vulnerables.

- **Compromiso y Motivación de los Funcionarios.** Es vital que los funcionarios de salud del gobierno local demuestren un compromiso genuino para diseñar un plan que responda a las necesidades locales. Esto significa adaptar los programas provinciales y nacionales a la realidad del territorio, en lugar de replicarlos automáticamente.

- **Planificación Estratégica como Antídoto a la Fragmentación.** La planificación estratégica es fundamental para ordenar las políticas y acciones. Esta visión integral es el opuesto a la fragmentación, ya que permite que los diferentes actores comprendan su rol y la dirección del trabajo, facilitando la cohesión en lugar de la división. La ausencia de planificación genera fragmentación, la cual dificulta el avance y provoca frustración en los equipos de trabajo.

- **Modelo de Gestión Organizado y Participativo.** Se requiere un modelo de gestión que, aunque no sea autoritario, esté organizado con niveles de decisión bien definidos. Una estructura más horizontal fomenta la participación del personal y crea espacios de gestión colaborativa.

¿Cómo se puede definir la GTS?

La gestión territorial es un enfoque estratégico que busca planificar, organizar y coordinar las acciones de diversos actores (gobierno, sector privado, sociedad civil) en

un espacio geográfico delimitado, con el fin de promover el desarrollo sostenible y mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

La GTS define cómo se implementa el modelo de atención de la APS de manera efectiva en un municipio o territorio específico. Se orienta a la planificación estratégica integral del territorio, con la salud de la población como objetivo central de todas las políticas y acciones municipales.

Sus principales características son:

- **Planificación Estratégica Integral:** No se limita a la atención médica. Implica la planificación, organización y coordinación de acciones con múltiples actores, incluyendo al gobierno, la comunidad y la sociedad civil, para una visión compartida del territorio.

- **Liderazgo en Gobierno y Gobernanza Intersectorial y Participativa** en el ámbito de la Gestión Territorial en Salud

- **El Gobierno se refiere a la estructura formal y jerárquica del sistema de salud local.** Es el cuerpo directivo a nivel territorial, integrado por funcionarios con capacidad de decisión, cuyo rol es conducir la red de servicios. Sus funciones incluyen elaborar planes estratégicos de salud municipal, desarrollar compromisos de gestión y tomar decisiones sobre la distribución de recursos.

- **La Gobernanza representa el aspecto horizontal y colaborativo de la gestión.** Se refiere a la capacidad para promover y conducir la gestión horizontal y el diálogo social, incluyendo a la comunidad, la sociedad civil y otros sectores. Los espacios como las Mesas de Trabajo Intersectorial y los Consejos Locales de Salud, son cruciales para asegurar que las políticas públicas respondan a las necesidades reales del territorio.

- **La GTS requiere un liderazgo que combine estos dos enfoques:** un Gobierno organizado y con capacidad de decisión para dirigir el sistema de salud, y una Gobernanza que fomente la intersectorialidad y la participación ciudadana para crear una visión compartida y garantizar que el cuidado de la salud sea un objetivo central para todas las políticas municipales.

- **Enfoque en el Cuidado Integral:** Se centra en el cuidado continuo e integrado de la salud de todas las personas, reconociéndolas

como sujetos activos de derecho. Para lograrlo, combina la intervención sobre los problemas de salud individuales y colectivos con la movilización de la acción intersectorial.

- Superación de la Fragmentación: La GTS es una estrategia para enfrentar la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la cual es generada por la segmentación y fragmentación del sistema. Para ello, se apoya en el desarrollo de la Salud Digital (HCD), Redes por Líneas de Cuidado, Centrales Reguladoras de Turnos, Oficinas Integrales de Redes con mecanismos de referencia y contrarreferencia, y la nominalización y georreferenciación de la población bajo la responsabilidad de los equipos de salud.

Es una forma de gestionar y tomar decisiones centradas en el cuidado integral, integrado y continuo de la salud de todas las personas que viven y transitan un territorio. Este enfoque las reconoce como sujetos activos y de derecho. Para ello, integra la intervención sobre los problemas de salud y sus determinantes a nivel individual y colectivo, movilizando la acción intersectorial para articular y complementar las iniciativas de los diferentes programas del Estado y la sociedad civil.

La APS y la GTS están estrechamente relacionadas y se complementan, pero no son lo mismo (Elaboración propia)

La APS se centra más en el Modelo de Atención y Cuidado: define qué servicios de salud se deben entregar y bajo qué principios. Se orienta a una atención cercana, preventiva y continua, centrada en la persona. Su enfoque es integral, integrado y continuo, buscando reemplazar el modelo fragmentado y hospitalocéntrico. La APS además, se concibe como el primer nivel de contacto de los individuos y las familias con el sistema de salud.

La Gestión Territorial en Salud se orienta más al Modelo de Gestión, a la planificación estratégica integral del territorio, con la salud de la población como objetivo central para todas las políticas y acciones municipales. Facilita la implementación efectiva y el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) en un territorio específico. Asegura que esa atención llegue eficazmente a cada comunidad según su realidad. El

propósito la GTS es hacer operativa la APS en un territorio específico. Es la "sintonía fina" de la APS. **La APS es el "qué" y la GTS es el "cómo":** Esta es la metáfora clave para entender la relación. La APS define el modelo de atención, es decir, qué tipo de servicios se deben ofrecer. La GTS, en cambio, define el modelo de gestión, es decir, cómo se planifican y organizan esos servicios en un territorio concreto para que sean efectivos. Esta relación, retomando a Max Weber, no es solo de complementariedad, sino de afinidad electiva: el enfoque de cuidado de la APS (el "qué" ético y clínico) solo puede consolidarse y ser efectivo cuando encuentra la estructura de gestión de la GTS (el "cómo" territorial y político) que lo potencia, garantizando el vínculo sostenido y la respuesta integral al problema de salud. La GTS es una estrategia para operativizar la APS de forma "situada" en un municipio o territorio. Asegura que la atención llegue de manera eficaz a cada comunidad según su realidad.

Consideraciones clave para la gestión territorial en salud

Las funciones clave para la gestión territorial en salud se refieren a las acciones y responsabilidades fundamentales que un gobierno local debe llevar a cabo para asegurar que el sistema de salud de su jurisdicción sea integral, equitativo y responda a las necesidades de la población.

a) Estructuras de Gobierno y Gestión

El primer pilar se centra en el cambio de paradigma de la organización del sistema de salud a nivel local. En lugar de una estructura vertical y jerárquica, se propone una red de servicios con los siguientes componentes esenciales:

- Organismo de Decisión y Conducción (Gobierno): Es un cuerpo directivo a nivel territorial, integrado por funcionarios con capacidad de decisión, cuyo rol es conducir la red de servicios.

- Espacios de Participación Ciudadana e Intersectorialidad (Gobernanza): Son las mesas de trabajo intersectoriales municipales y los mecanismos de participación del personal y la comunidad que organizan y sostienen el diálogo social.

- Instancia de Coordinación Operativa:

Corresponde a la designación de funcionarios a cargo de coordinar el trabajo en el terreno. Su función es enfrentar la segmentación y fragmentación del sistema para garantizar el acceso equitativo y el cuidado continuo e integral de la salud de todas las personas.

Para implementar eficazmente estas estructuras, es fundamental desarrollar un trabajo territorial sólido que involucre a la comunidad y a los equipos de salud.

b) Trabajo Territorial en Salud

Este segundo pilar implica involucrar a las personas que viven y trabajan en el terreno como sujetos activos de derecho en el autocuidado de su salud y en el acceso a los servicios. Este modelo pone como centro el cuidado continuo, integrado e integral de la salud.

Su éxito se garantiza a través de una población nominalizada (registrada) a cargo de promotores sociales y comunitarios, así como de equipos de salud capacitados y comprometidos.

Este nuevo modelo de Gobierno y Gobernanza dota al gobierno local del poder y la capacidad para definir políticas y elaborar un plan estratégico que incluya la cartera de servicios, la Salud Digital, las Redes por Líneas de Cuidado, los Centros Reguladores de Consultas, Prácticas y Estudios, el Control de Gestión y el Financiamiento.

Descripción de las funciones

La Gestión Territorial de Salud se construye sobre procesos colectivos de participación: comenzando por un Análisis de Situación de Salud Local participativo, la gestión participativa del personal de salud, la participación intersectorial, ciudadana y comunitaria en el todo el territorio municipal y en cada una de las áreas programáticas de los Centros de Atención Primaria.

En ese contexto es necesario definir las funciones de cada uno de los componentes de Gobierno y de Trabajo Territorial.

Funciones del dispositivo de Gobierno

a) Elaboración de un Análisis de Situación de Salud Local (ASSL) y el desarrollo de un Plan Estratégico de Salud Municipal y Compromisos de Gestión

Se requiere avanzar en la elaboración del ASSL, la organización de Observatorios,

Plataformas de Información on line (PLISA), Sala de Situación de Salud Local (SSSL) físicas o virtuales y la formulación de un plan estratégico de salud Municipal con acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, para enfrentar los determinantes y condicionantes de la salud y la reorientación de los servicios y el sistema de salud Municipal.

Los acuerdos formales (compromisos de gestión) que surgen del Plan Estratégico Municipal están orientados a generar resultados sanitarios vinculados con líneas de cuidado y con indicadores de impacto. Son una herramienta interesante porque se convierten en una propuesta superadora de la gestión con presupuestos históricos que financia la oferta y o de la financiación de la demanda.

El Organismo de Decisión y Conducción (Gobierno Municipal de Salud) tiene que tener un presupuesto propio y manejar con cierta autonomía los recursos de personal, infraestructura, equipamiento, tecnología e insumos.

b) Fortalecer las modalidades de participación ciudadana

Mesa Intersectorial Municipal de Salud: Son espacios donde participan funcionarios de la Secretaría de Salud, de otras áreas municipales, representantes de educación, de organizaciones de la sociedad civil y comunitarias de segundo nivel, como la federación de centros de jubilados o de sociedad de fomento, ONG, gremiales, universitarias, científicas, etc.

Espacios de Gestión Participativa del Personal (EGPP): Son reuniones mensuales en cada uno de los Centros de atención Primaria de la Salud (CAPS) con todo el personal y en el que participarán miembros del dispositivo de gobierno y en lo posible el Secretario de Salud, donde se trabaja con los indicadores, las políticas y las líneas de acción del PE, y se tratan los temas emergentes en cada establecimiento, en un clima de deliberación y concertación para acordar un Plan de Mejoras. Se hace un registro de los temas tratados y los acuerdos alcanzados.

Espacios de Participación Ciudadana Territorial: Consejo Local o Barrial de Salud con un modelo cogestionado con la

comunidad, en el que participan miembros del equipo de salud del CAPS, referentes comunitarios del territorio, institucionales (escuelas) y vecinos.

c) Sistema informático digitalizado

Se debe definir e implementar un sistema informático digitalizado de historia clínica y de gestión del sistema de salud. Debe estar en condiciones de organizar el centro regulador de turnos, de registrar todos los contactos de las personas con los servicios de salud, de poder incorporar online la información que surge de la nominalización de las familias del territorio, relevadas por los agentes o promotores de salud y a cargo de los equipos del primer nivel. Así como tener la capacidad de ir incorporando progresivamente dispositivos de telemedicina. También otros sistemas informáticos como el de trazabilidad de los medicamentos o el de digitalización de las personas vacunadas.

d) Programación de la atención: Construcción y coordinación de redes por Líneas de Cuidado, con dispositivos de Referencia y Contrareferencia

Se centra en la construcción y coordinación efectiva de Redes por Líneas de Cuidado que operan con sistemas funcionales de Referencia y Contrareferencia. Esto implica, primero, categorizar y acreditar todos los servicios (nodos) del Municipio (de 1er y 2do nivel) en función de sus competencias para definir su perfil asistencial dentro de la red, asegurando la coordinación de sus actividades según el Plan Estratégico e integrando los programas de niveles superiores. El objetivo de estas redes es programar acciones integrales que incluyen: promoción (sobre determinantes), prevención (para grupos de riesgo), líneas de cuidado (para condiciones específicas) y gestión de casos (para patologías complejas).

Para que estas redes funcionen y puedan implementar líneas de cuidado, además del trabajo territorial de nominalización, es necesario el desarrollo de dispositivos de referencia y contrareferencia como las centrales regulatorias de turnos, las oficinas integrales de turnos, servicios de gestión de pacientes u otros, que permitan transformar la necesidad en una demanda organizada de la atención con turnos programados y turnos protegidos, tanto en los CAPS del 1er nivel

como en los Policlínicos y Hospitales de 2do y 3er nivel.

e) Capacitación y comunicación

Se debe reorientar la estrategia de capacitación permanente de los equipos de salud y de los promotores, que implique abordajes presenciales, virtuales y mixtos, tanto centralizadas como descentralizadas en los servicios.

Se propone crear una Escuela Municipal de Promoción de Salud que trabaje con la comunidad educativa, con el objetivo de que se forme una red de docentes multiplicadores sobre temas de salud en todos los establecimientos educativos.

Desarrollar una estrategia de comunicación específica para cada uno de los actores: la comunidad de usuarios, los trabajadores del sector salud y las autoridades (funcionarios)

f) Monitoreo y evaluación

Para el Monitoreo y Evaluación del Plan Municipal de Salud, es necesario incorporar los recursos de Salud Digital para mejorar la capacidad y la calidad de los registros y el procesamiento de la información necesaria para elaborar los indicadores de proceso y resultado. Esta información es vital para la actualización del ASSL y la SSSL, que son dos herramientas fundamentales para avanzar en este sentido.

Consideraciones clave para el trabajo territorial en salud

a) Nominalización y georreferenciación de la población

La identificación, nominalización y georreferenciación de las familias con una historia familiar comunitaria deberá incluir todos los campos necesarios para definir los determinantes sociales de la salud, factores de riesgo, condiciones de salud, enfermedades leves y moderadas y personas con enfermedades complejas.

b) La vinculación de la población bajo responsabilidad nominal a servicios y equipos

Los promotores y los equipos de salud, durante el proceso de nominalización, informarán a las familias cuál es el equipo de salud responsable, dónde queda el CAPS que le corresponde, cuáles son los servicios

que ofrece, cómo tiene que pedir turnos programados y cómo puede ir para la consulta espontánea, y cómo se resuelve su problema de salud si requiere ser referenciado a un hospital.

c) Identificación de los determinantes sociales, riesgos y condiciones de salud y enfermedad de las familias que viven en el territorio

La información que surge de las historias familiares comunitarias relevadas (digitalizadas o no) y analizadas permiten conocer con mayor precisión los determinantes y las condiciones de salud de la población: 1) identificación de los determinantes sociales de las familias que viven en el territorio; 2) de las subpoblaciones con factores de riesgo; 3) de las subpoblaciones con condiciones crónicas de salud con bajo y mediano riesgo; 4) subpoblación con condiciones crónicas de salud con alto riesgo y 5) subpoblación con condiciones crónicas muy complejas.

d) La gestión del riesgo

Con la información recabada en la nominalización de la población, se pueden definir las acciones de promoción de la salud sobre los DSS, de prevención de enfermedades sobre las personas que tienen factores de riesgo, detectar a las que tienen condiciones de salud y/o enfermedades para implementar líneas de cuidado. Finalmente, identificar a aquellas personas con enfermedades complejas y graves, en las que es necesario hacer la gestión del caso individual.

e) Programación de los servicios y acciones extramuros para operativizar las líneas de cuidado.

La operativización de la Gestión Territorial en Salud (GTS) es el proceso clave para llevar la teoría a la práctica mediante la participación coordinada de funcionarios, equipos de salud y la comunidad. Este proceso inicia con la priorización de problemas que guían el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC), asegurando la atención integral de la población, desde la promoción y prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en su lugar de residencia. La base de planificación es el Mapa Sanitario Regionalizado, el

cual articula las necesidades, la demanda y la oferta de servicios, permitiendo la construcción colectiva de Líneas de Cuidado. Estos acuerdos operativos se formalizan a través de dos niveles de compromiso: el Compromiso de Meso-Gestión, firmado por los responsables de la Red de Servicios (CAPS y Hospitales) para definir sus acciones según las GPC, y el Compromiso de Micro-Gestión, pactado en talleres con los equipos de salud para detallar las tareas específicas de cada miembro, asegurando así que las acciones definidas se cumplan a nivel de todo el territorio.

f) Una población comprometida con el autocuidado de su salud, articulados con las redes sociales del territorio.

Una población comprometida con el autocuidado de su salud, como sujetos activos y con derecho a tener acceso universal, gratuito, equitativo y de calidad a los servicios del sistema de salud.

Una verdadera acción intersectorial para actuar sobre los DSS con acciones de promoción y prevención de la salud, donde la articulación con la comunidad debe ser central; como las organizaciones sociales, ONG, OSC, otras organizaciones comunitarias, establecimientos de otros sectores del Estado (por ejemplo: escuelas) y otros actores del territorio, para articularlos y potenciarlos. En todo proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, el abordaje territorial es la figura que debe prevalecer sobre el fondo.

Se puede desarrollar con modalidades de diferente intensidad como el Consejo Local de Salud o Mesa Barrial en el Área Programática de cada CAPS. Son formas cogestivas de participación entre el Estado y la sociedad civil, en la que pueden y deben participar las escuelas, comedores, organizaciones sociales, religiosas y comunitarias, Sociedad de Fomento, Asociaciones Sociales, etc. Las Mesas Barriales deberían enviar representantes a la Mesa de Trabajo Intersectorial Municipal.

Presentación de un caso: Plan Multiplicar 2016-2023: Gualaguaychú, un Municipio a la Vanguardia en la Gestión Territorial en Salud

El Plan Estratégico de "Multiplicar"

de Gualeguaychú (2016-2019) fue una estrategia municipal pionera para fortalecer la Gestión Territorial en Salud (GTS) y la Atención Primaria de la Salud (APS), que se implementó con un gran trabajo colectivo y el liderazgo del Secretario de Desarrollo Social, Ambiente y Salud del Municipio: Dr. Martín Roberto Piaggio. Su objetivo principal fue reducir la fragmentación del sistema municipal de salud mediante la integración de políticas y áreas de gobierno, con el apoyo de las secretarías de Desarrollo Social y Salud y de Poder Popular. El Plan Estratégico se basó en tres pilares: la participación comunitaria, la intersectorialidad y la descentralización de las acciones. La implementación del plan se desarrolló en tres etapas progresivas: primero, se formuló e implementó en 9 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS/CIC); luego, se amplió a todas las áreas de la Secretaría de Desarrollo Social y Salud; y finalmente, se avanzó hacia una estrategia de "Salud con Todas las Políticas" con el objetivo de su institucionalización mediante una ordenanza municipal.

Para lograr sus objetivos, el plan puso en marcha el enfoque de GTS y organizó dispositivos de gobierno y coordinación operativa y fortaleció la gestión participativa del personal de salud y de la comunidad. Se implementó un trabajo territorial que

incluyó la nominalización de la población y la organización de Redes Integradas por Líneas de Cuidado de salud comunitaria. Además, se implementaron auditorías participativas cuatrimestrales para el monitoreo y la evaluación del plan.

Como pruebas de los avances de la estrategia de GTS y Salud con Todas las Políticas para un Municipio Saludable, se destacan:

- **Ambiente y Cáncer:** Realización del Estudio Epidemiológico de Cáncer, Evaluación del Riesgo Ambiental, promulgación de una Ordenanza que prohíbe el uso, venta y comercialización de GLIFOSATO, y desarrollo de una Línea de Cuidado de Cáncer.

- **Plan de Alimentación Sana, Segura y Soberana (PASSS):** Promueve una alimentación sana con productos libres de agrotóxicos, segura en términos distributivos y de justicia, y soberana con producción y abastecimiento local para un Desarrollo Local Sustentable. Programa Gualeguaychú Sonríe (que elabora prótesis).

El "Plan Multiplicar" de Gualeguaychú representó un compromiso integral con la salud y el bienestar de su población, demostrando cómo una gestión territorial coordinada y participativa puede generar cambios significativos y sostenibles.



Bibliografía consultada

Anigstein, C. (2014). Manual de fortalecimiento de la gestión territorial en salud. Recuperado de https://www.academia.edu/40099786/Manual_de_Fortalecimiento_de_la_Gestion_Territorial_en_Salud

Anigstein, C., Castro, E. A., Jabornisky, R., Menrat, B. S. M., Roberti, M. B., Rodríguez, M. A., & Rodríguez, M. S. V. (2018). Los dispositivos de gestión y atención en salud, la gobernanza y su relación con la gestión territorial en salud en cinco municipios. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Investigación en Salud. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1509325> y https://www.academia.edu/37171879/ESTUDIO_MULTICENTRICO_DE_GESTION_TERRITORIAL_EN_SALUD_pdf

Chavarría Guzmán, K. L. (2023). Gobernanza territorial para la salud en Medellín y el cuidado comunitario frente a la COVID-19. *Nova*, 21(47). Recuperado de <https://revistas.universidadmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/2175>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2025). Construcción de la intersectorialidad en el territorio: Gestión socio-sanitaria en el nivel local en Chile. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/eventos/construccion-la-intersectorialidad-territorio-gestion-socio-sanitaria-nivel-local-chile>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre salud en todas las políticas (Documento CD53/10, Rev. 1). 53.º Consejo Directivo, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-10-s.pdf>

Sanchis, I. (2020). Adoptando un modelo de gestión territorial integral para mejorar las prácticas en el primer nivel de atención de la salud: experiencia en los servicios de salud públicos de la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 17(2). Recuperado de <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/157/136>

Santos, M. (1994). O retorno do território. En M. Santos, M. A. de Souza & M. L. Silveira

(Eds.), *Território, globalização e fragmentação* (pp. xx-xx). São Paulo: Hucitec. Recuperado de <https://www.studocu.com/in/document/sri-sathya-sai-institute-of-higher-learning/mergers-and-acquisitions/texto-santos-m-aaa/32544881>

Tobar, F., Catenazzi, A., Di Virgilio, M. M., & Moro, J. (2015). Gestión territorial integrada para el sector salud. Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS). Recuperado de http://repositorio.ungs.edu.ar:8080/bitstream/handle/UNGS/183/654_Gestion%20territorial%20integrada%20para%20el%20sector%20salud%20WEB.pdf?sequence=4

Weber, M. (2007). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (V. Gutiérrez, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1905). Recuperado de <https://catedracesarpeon.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/08/weber-m-1905-la-etica-protestante-y-el-espiritu-del-capitalismo.pdf>

Agradecimiento

A Federico Tobar por los aportes teóricos y su revisión tan acertada y empática.

Notas

1) Compromisos de gestión son: Acuerdos formales entre diferentes niveles de gobierno que establece metas y objetivos específicos y cuantificables a ser alcanzados en un período determinado

2) Las Líneas de Cuidado constituyen la forma más importante de definir prioridades sanitarias y de integrar el sistema de salud. Son un algoritmo de atención y cuidado explícito y organizado, que va más allá de un simple menú de prestaciones, pues establecen cuándo, cómo, dónde y quién es responsable de proveer los cuidados. Su implementación es una política de gestión clínica que busca optimizar los esfuerzos, reducir la fragmentación del sistema y garantizar la continuidad asistencial (en la información, en la relación y en la gestión), asegurando protecciones sociales homogéneas frente a un problema de salud priorizado.

3) El autor de este artículo fue asesor de la Secretaría de Desarrollo Social, Ambiente y Salud del Municipio de Gualaguaychú durante el período 2016-2019

Soberanía sanitaria en repliegue: implicancias regulatorias y sanitarias del acuerdo con Estados Unidos

Mario Rovere – Adrián Díaz

En los últimos días se conocieron las principales definiciones del acuerdo que el gobierno de Javier Milei busca firmar con los Estados Unidos, el cual muestra una marcada asimetría entre los compromisos que asumiría la Argentina y los beneficios concretos que obtendría como contrapartida (1).

Este anuncio ocurre tras el apoyo financiero y político que Donald Trump brindó al gobierno argentino en la antesala de las elecciones legislativas, lo que enmarca la negociación en un vínculo de dependencia creciente y alineamiento incondicional con el país del norte.

Dentro de este panorama, el capítulo sanitario del acuerdo adquiere relevancia central porque cuestiona la capacidad del Estado para ejercer su regulación y proteger a la población. En efecto, lo que trascendió del capítulo "Normas y Evaluación de la Conformidad" del convenio genera preocupación en el campo de la salud pública pues establece que los productos que cumplan normas estadounidenses o estándares aceptados por Estados Unidos podrán ingresar a la Argentina sin controles de los organismos nacionales ni subnacionales.

Es decir, se resigna la capacidad de ANMAT, SENASA o INAL para exigir documentación complementaria, auditar procesos, verificar trazabilidad o bloquear importaciones ante sospechas de riesgo, reduciendo la autoridad regulatoria argentina y trasladando decisiones críticas a otra jurisdicción, con prioridades y criterios propios.

En pocas palabras, el Estado argentino pierde capacidad para decidir qué considera seguro y que no para su población.

Para dimensionar las posibles consecuencias de tal decisión es útil recordar algunos eventos relevantes ocurridos en las últimas décadas.

En los años 80, el Reino Unido reportó un brote de Encefalopatía Espongiforme Bovina, también conocida como "mal de la vaca loca",

que marcó la agenda sanitaria internacional por las severas consecuencias productivas, económicas y sociales (2).

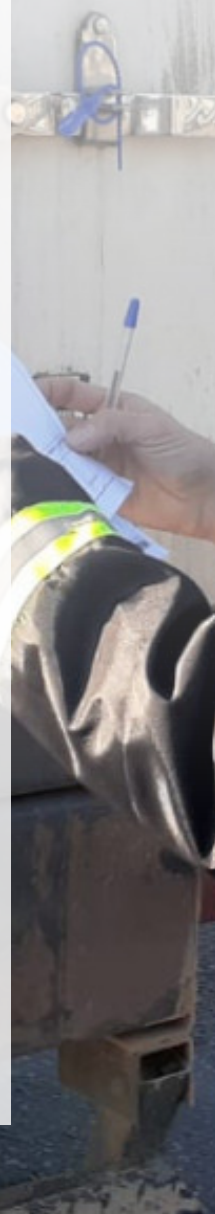
La incorporación de harinas de carne y hueso en la alimentación del ganado bobino por parte de la industria, dio lugar a la transmisión de priones, lo cual, sumado a graves fallas regulatorias, demoras en la aplicación del principio precautorio y una comunicación inadecuada por parte del Reino Unido, permitió la expansión de la enfermedad terminara afectando seres humanos y millones de cabezas de ganado que debieron ser sacrificadas en Europa.

En ese período, la Argentina reforzó los controles sanitarios, restringió importaciones de riesgo y adoptó protocolos rigurosos en línea con recomendaciones internacionales, lo cual permitió proteger a la población y preservar la integridad del sector productivo ganadero.

Es importante destacar también que, hasta el año 2024, la República Argentina estaba reconocida por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) como un país de riesgo insignificante para la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB), el estatus más alto a nivel internacional, sobre la base de informes de la vigilancia epidemiológica que realiza, anualmente, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (Senasa), vigilancia que el organismo podría ser forzado a abandonar (3).

Otro episodio significativo de contaminación de alimentos fue el ocurrido en el año 2018, cuando las autoridades regulatorias nacionales detectaron un lote de vegetales congelados provenientes de Hungría, contaminados en el país de origen con una peligrosa bacteria denominada listeria monocytogenes (4).

Más recientemente, en el año 2024, un informe reveló que Nestlé, la mayor empresa de bienes de consumo del mundo, añade azúcar y miel a la leche infantil y a los cereales que vende fuera de los países del G7,



contraviniendo las directrices internacionales destinadas a prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas. Un doble estándar y una falla ética que pudo ser detectada en países con regulación adecuada como Brasil o como México.

Si algo semejante a la listeriosis, al juego desleal de una importadora o al “mal de la vaca loca” ocurriera en la Argentina posterior a este desigual y nocivo acuerdo, caracterizado por el desfinanciamiento del aparato Estatal, el desmantelamiento de los organismos de control y el traslado de decisiones sanitarias a otro país, no hay dudas que quedaremos expuestos a serias consecuencias

sanitarias, económicas y sociales.

Como se caracterizó a modo de síntesis, a partir de la información disponible, se trata de un extraño acuerdo en donde una de las partes recibe apoyo económico a cambio de ceder soberanía.

Frente a ello, el campo de la salud pública está obligado a alzar la voz para defender la capacidad regulatoria del Estado. Si no se actúa y se pronuncia ahora, la próxima crisis -y las consecuencias que de ella deriven- no será un imprevisto sino el resultado de haber renunciado a mecanismos regulatorios que costó mucho organizar, y resultan centrales para proteger la salud de la población.



Bibliografía de referencia

1. United States. Embassy of the United States in Argentina. Marco para un acuerdo en materia de comercio e inversión recíprocos [Internet]. Buenos Aires: U.S. Embassy Argentina; 2024 [citado 13 Ene 2026]. Disponible en: <https://ar.usembassy.gov/es/marco-para-un-acuerdo-en-materia-de-comercio-e-inversion-reciprocas/>

2. World Organization for Animal Health (WOAH). Encefalopatía espongiforme bovina [Internet]. 2023 May 30 [citado 2026 Ene 13]. Disponible en: https://www.woah.org/es/enfermedad/encefalopatia-espongiforme-bovina/?utm_source=chatgpt.com

3. Gobierno de la República Argentina. EEB: sugerencias y acciones para sostener el más alto estatus sanitario internacional [Internet]. Buenos Aires: Argentina.gob.ar; 2025 Abril 12. [citado 13 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/eeb-sugerencias-y-acciones-para-sostener-el-mas-alto-estatus-sanitario-internacional>

4. The Guardian. Nestlé adds sugar to infant milk sold in poorer countries, report finds [Internet]. London: Guardian News & Media; 2024 Apr 17 [citado 13 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/global-development/2024/apr/17/nestle-adds-sugar-to-infant-milk-sold-in-poorer-countries-report-finds>



A.N.M.A.T.

