

Desde Acá.

CIMIENTOS PARA UNA SALUD SITUADA

Revista del Instituto
de Ciencias de la Salud UNAJ

Volumen 5 | 2025

Autoridades

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector Arnaldo Medina

Vicerector Lorena Baum

Instituto de Ciencias de la Salud

Director Martín Silberman

Vicedirectora Verónica Rodal

Cuerpo Editorial

Editores responsables Arnaldo Medina y Martín Silberman

Comité editorial

Directora María Cecilia Scaglia

Editores Adjuntos

María Pozzio, Diego de Zavalía Dujovne, Ignacio Ezequiel Fernández, Lucas Agüero, Nadia Percovich.

Coordinadores editoriales del dossier

Martín Silberman y Emiliano López

Comité Asesor Académico

Fernando Vallone – Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.

Claudia Congett - Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.

Daniela Álvarez – Universidad Nacional Arturo Jauretche - Hospital

El Cruce, Argentina. Teresa Poccioni – Universidad Nacional Arturo

Jauretche, Argentina. Patricio Narodowski – Universidad Nacional de

La Plata -Universidad Nacional Arturo Jauretche-Universidad Nacional

del Noroeste de Buenos Aires, Argentina. Daniela Testa - Universidad

Nacional Arturo Jauretche – Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

Alicia Villalba – Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.

Adriana Petinelli – Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.

Natalia Deluca Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina. Eduardo

Prieto – Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina. Mariela Nievas

– Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina. Eugenia Pollini –

Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina. Gabriela Lemonnier

– Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina. Zulma Ortiz –

Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.



Jonatan Konfino – Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.
Mora Castro – Universidad Nacional Arturo Jauretche – CONICET
(Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), Argentina.
Gabriel Sosa Hidalgo Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.
José de Echave - Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.
Carolina Gilardi - Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.
Mariano San Martín – Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.
Liliam Sierra - Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.
Patricia Roussel - Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.

Editora Ejecutiva

Lía Silberman



Indice

Dossier “Política y Políticas en Salud”	6
Presentación del dossier “La política y las políticas públicas en salud: una propuesta de enfoque para ordenar el debate”	7
<i>Martín Silberman y Emiliano López.</i>	
Tuberculosis: de lo molecular a lo colectivoy viceversa	17
<i>Marcela Natiello</i>	
Fortalezas y Desafíos en la Formación de Médicos/as de Familia: Una Experiencia desde la UNC	28
<i>Beatriz Ciuffolini, Eliana D’Angelo, María Andrea Marrone y Gabriela Buffa Barrera</i>	
Primera noche en casa, dispositivo territorial para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda baja.....	45
<i>Mario Rodríguez</i>	
Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e intervenciones posibles.....	66
<i>Rosana Teresa Onocko-Campos</i>	
Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil.....	81
<i>Agustín Affre, Arnaldo Medina y Patricio Narodowski</i>	
La Antena	112
Atención Integral en Acción: La Colaboración Interprofesional como Experiencia Central entre las Residencias Veterinaria de Zoonosis y de Medicina General	113
<i>Mariela Mansilla, Alejandro Aguiar y David Ceballos</i>	
Condiciones subjetivas de lxs trabajadorxs del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia.....	129
<i>Nahuel Pérez-Belmonte, Luciana Reynal-Machado, María Azul Macchi, Analía Elda Bertolotto y María Antonieta La Monica.</i>	



Resumen Ampliado	149
El dolor invisible, salud músculo/esquelética y desigualdades de género en el trabajo.....	150
<i>Aldana Belén Billordo, Magalí Pana y Vanina Thomas</i>	
Espacio de Divulgación	152
Uso racional de medicamentos: un elemento de política de salud integral. Entrevista a Perla Mordujovich Buschiazzo.....	153
<i>María Pozzio</i>	



Dossier

Política y Políticas en Salud

La política y las políticas públicas en salud: una propuesta de enfoque para ordenar el debate



Martín Silberman y Emiliano López

Introducción

La salud tiene que ver con la política y el poder, Michel Foucault, en “Vigilar y castigar”, destaca cómo el poder se manifiesta en los sistemas de salud, argumentando que “la salud se convierte en un campo de lucha donde se redefine lo que es normativo”¹. Esto sugiere que las decisiones políticas no solo afectan el acceso y la calidad del cuidado, sino que también configuran nuestras concepciones de salud y enfermedad. En la historia de la constitución de los estados nación se han tomado definiciones sobre la economía, el manejo del poder, pero también con el diseño de instituciones y normas que generen acciones para atender la salud de la población. El grado de desarrollo de esas instituciones y su poder de definir las prioridades, incluir al mayor porcentaje de población y determinar el nivel de intervención sobre los grupos sociales, define el estado de salud de un pueblo.

Los resultados en salud para la población dependen de dimensiones que a veces quedan por fuera de los indicadores tradicionales de la epidemiología clásica que en mayor medida utiliza la salud pública. La medicina social europea primero, los aportes de la medicina social latinoamericana y epidemiología crítica han desarrollado grandes líneas conceptuales y epistemológicas que actualizan los debates en relación con la manera de describir, evaluar y generar cambios en las políticas sanitarias.

Debatir entre lo “Político” y las “Políticas” siempre genera tensiones entre un deber ser de lo conceptual y teórico y lo posible; es decir el fin de las políticas en correr los límites de lo posible para llevar la situación actual cada vez más cerca de lo ideal.

Sin entrar en una discusión teórica sobre los modelos que explican los determinantes sociales, este *dossier* tiene por objetivo hacer un aporte a la discusión que nos permita orientar el debate y el análisis de las acciones de política (*politics of health*) y de las políticas de la política, es decir de las políticas públicas (*health policies*).





El término política (*politics*) proviene del adjetivo griego *politikós*, derivado de *polis*, que se refiere a la ciudad y, por extensión, a lo ciudadano, civil, público y social. En un sentido clásico, la política se entiende como el arte o ciencia de gobernar². Este enfoque no se limita a la mera gestión administrativa, sino que abarca la deliberación, el conflicto y la toma de decisiones colectivas, elementos esenciales para la organización social.

En la actualidad, la política conserva este núcleo original, pero se amplía para incluir un entramado más complejo de actores e intereses que interactúan tanto en la arena estatal como en otros ámbitos de la sociedad civil, el mercado y las organizaciones internacionales. Esto permite entender la política (*politics*) como un espacio dinámico donde se disputan recursos, valores y visiones sobre el bien común. Sin lugar a duda, comprender la política requiere abordar el concepto de poder, ya que la actividad política se ejerce a través de relaciones de poder. Tradicionalmente, éste se ha definido como el “conjunto de los medios que permiten conseguir efectos deseados”³. Bobbio propone clasificar el poder según los medios utilizados para influir en la conducta de otros, distinguiendo tres formas principales: poder económico, poder ideológico y poder político².

El patólogo Rudolf Virchow, ya anunciaba cómo la política (*politics*) podría evitar muertes innecesarias. En su informe sobre la epidemia de tifo en Silesia, lamentó cómo el pueblo, oprimido por la aristocracia, “murió de hambre en silencio”. Centraba el remedio en la política, reclamaba “democracia plena e ilimitada”, y propuso una lista de cosas que había que hacer para evitar que tal tragedia volviera a ocurrir, incluidos los impuestos más justos y los derechos de los trabajadores⁴.

En un trabajo, Oliver sostiene que “la política, para bien o para mal, juega un papel fundamental en los asuntos de salud”⁵. A partir de esta premisa, el autor examina cómo los problemas de salud ingresan en la agenda política, cómo las restricciones institucionales y fiscales suelen derivar en cambios incrementales más que en reformas profundas, y en qué condiciones pueden darse transformaciones mayores. En conclusión, resalta que comprender la dimensión política de la política sanitaria permite a los profesionales de la salud pública anticipar oportunidades y limitaciones, y diseñar intervenciones más efectivas. Oliver cose los conceptos de política y políticas, otorgando a ambos un lugar central para modificar la realidad. El autor afirma que

la esencia de la salud pública, en opinión de la mayoría de los investigadores y profesionales, es una lucha por comprender las causas y consecuencias de la muerte, la enfermedad y la discapacidad. Muchas veces surge una lucha aún mayor cuando los responsables de formular políticas intentan poner ese conocimiento en práctica, es decir, traducir el saber en acción para nuestro bienestar colectivo. La ciencia puede identificar soluciones a los problemas urgentes de salud pública, pero solo la política puede transformar la mayoría de esas soluciones en realidad.⁵

De la política a las políticas públicas

Una vez definido este marco general, resulta necesario diferenciar entre los conceptos de política y políticas públicas. Mientras que la primera alude, como se mencionó, al ámbito más amplio de la acción colectiva y la disputa por el poder, las políticas públicas se refieren a estrategias, programas y decisiones concretas impulsadas por actores gubernamentales (en interacción con otros actores sociales) para atender problemas específicos que afectan a la sociedad.

En general, se considera que las políticas públicas son el “Estado en acción”. Gobernar y administrar en nombre y representación del bien común es gobernar y administrar a través de políticas públicas. Desde este enfoque, las políticas públicas son planes, programas, proyectos y actividades que un gobierno diseña y gestiona legítimamente respaldado por un Estado, un orden legal y social en el territorio⁶, y procesa a través de una administración pública a los fines de satisfacer necesidades de una sociedad.

Entre la política y las políticas públicas, podemos situar a las capacidades estatales. Éstas se entienden como la capacidad para proveer bienes públicos a través del territorio. A fin de estudiarlas se observan tanto los atributos organizacionales del aparato estatal que permiten su provisión como las características del diseño y de la implementación de las políticas públicas.

La política y las políticas bajo la lupa

Habiendo acordado los principales conceptos que recupera este *dossier*, la política y las políticas, podemos permitirnos otro enfoque en función de las aproximaciones epistemológicas para evaluarlas.

Tal como explican Scott y colaboradores⁷, incorporar el análisis político en la investigación en salud pública implica riesgos, como la posible pérdida de autonomía académica al ser acusado de partidismo o, en el extremo opuesto, negar el impacto de la política en la salud. También puede llevar a explicaciones demasiado amplias basadas en grandes categorías como “capitalismo” o “neoliberalismo” o demasiado micro, centradas en las acciones de actores individuales, ambas insuficientes para producir hallazgos útiles y generalizables.

Los autores nos proponen recurrir a las teorías de rango medio, un enfoque que evita tanto las abstracciones excesivamente amplias, como las explicaciones demasiado reducidas. Se trata de construcciones conceptuales intermedias que, aunque implican cierto nivel de abstracción, se mantienen lo suficientemente cercanas a los datos observados como para generar hipótesis verificables y útiles para el análisis empírico.



En palabras de los autores

...las teorías de rango medio nos permiten tener confianza en nuestra ciencia y en el alcance, las condiciones y la aplicabilidad de nuestros hallazgos. Nos permiten mirar los árboles y el bosque en rebanadas delimitadas, con un enfoque en lo que estamos viendo ... contribuye al análisis de la política y las políticas.⁷

En síntesis, las teorías de rango medio permiten estudiar dimensiones acotadas de la política y las políticas públicas con un equilibrio entre rigor científico y aplicabilidad práctica, aportando un marco de análisis confiable y generalizable para los problemas de salud pública.

Marco de análisis. Una propuesta de enfoque para ordenar el debate

Hasta aquí podemos señalar que los debates sobre la política y las políticas en salud pueden abordarse en dos planos analíticos: a) en función al nivel de acción y la conceptualización de las herramientas para alcanzar transformaciones en el campo de la salud, es decir, entre *política* y *políticas*; y por otro lado, b) en función de las metodologías de estudio, aproximaciones tradicionales (macro y micro), o las propuestas de rango medio.

A estas dos perspectivas, y por las características de nuestro sistema político federal, donde existen funciones concurrentes entre el Estado nacional, las provincias y los municipios, debemos sumarle una tercera dimensión de análisis, c) la gobernanza multinivel (esquema 1).

Según Hooghe, Marks y Schakel, la gobernanza multinivel se define como “la dispersión de la autoridad hacia jurisdicciones dentro y más allá del Estado nacional”⁸. Este enfoque permite comprender cómo la autoridad para formular, implementar y evaluar políticas sanitarias, incluyendo salud pública, se distribuye verticalmente (local, provincial, nacional, supranacional) sin quedar estrictamente anclada en una estructura jerárquica constitucional. La gobernanza multinivel considera tanto la coordinación entre niveles de gobierno como la cooperación o la superposición funcional que ocurre, por ejemplo, en la implementación de estrategias de vacunación, programas de control del tabaquismo o la atención primaria. Así, entender las políticas de salud implica no solo analizar marcos teóricos intermediarios (teorías de rango medio), sino también reconocer cómo el diseño institucional y los arreglos de gobernanza afectan la capacidad real de acción en cada escala territorial.





Fuente. Elaboración propia.

En este marco, considerando los tres niveles de análisis, es que proponemos un enfoque multidimensional, que permita una aproximación integral a intervenciones y resultados en el campo de la salud.

El objetivo es visibilizar aquellas áreas donde convergen los enfoques teóricos y metodológicos, aportando evidencia que enriquezca la comprensión de los procesos políticos y de políticas en el campo de la salud pública.

Contenido del *dossier*: Textos y contextos como espacio de intersección entre política y políticas

En el artículo “*Tuberculosis: de lo molecular a lo colectivo... y viceversa*”, Marcela Natiello, aborda la tuberculosis como una problemática que trasciende lo biológico para situarse en el entramado social, histórico y político. Partiendo de una excelente síntesis que integra la evolución histórica de la enfermedad, utiliza la epidemiología como herramienta para informarnos sobre la situación actual con un crecimiento sostenido de los casos en Argentina y en la región.

El texto subraya la paradoja de contar con herramientas científicas de alta complejidad y bajo costo, mientras la enfermedad sigue generando muertes, empobrecimiento y exclusión social. En palabras de la autora

las personas que padecen tuberculosis no tienen solamente una enfermedad circunscripta a sus pulmones, tienen un problema de salud que excede lo individual y atraviesa distintas áreas de sus vidas comprometiendo su economía, su vida doméstica, sus actividades laborales y educativas, sus relaciones afectivas, sus vínculos, sus miedos, sus culpas y hasta su futuro.

El llamado a “pasar de lo molecular a lo colectivo” propone un cambio de enfoque, reconociendo la necesidad de articular la ciencia con la comunidad y de diseñar estrategias que unan lo técnico con lo social, para frenar la transmisión, disminuir las resistencias

bacterianas y garantizar el derecho a la salud, en términos de Sartori⁹, podríamos decir que se trata de subir en el nivel de abstracción: ir desde las políticas públicas hacia la política, integrando a todos los actores y saberes del campo de la salud en una construcción colectiva.

En el artículo “Fortalezas y desafíos en la formación en Medicina General y Familiar: una experiencia desde la Universidad Nacional de Córdoba”, Beatriz Ciuffolini y col. presentan una profunda reflexión sobre la formación en Medicina General y Familiar (MGyF) en un contexto donde esta especialidad enfrenta un marcado descenso en la elección de residencias. Desde la perspectiva de docentes y egresados, se analiza una propuesta pedagógica innovadora, basada en el aprendizaje situado, la autonomía progresiva, la problematización de la práctica y la evaluación integral, con una fuerte articulación entre docencia, investigación y extensión.

El texto destaca la relevancia del territorio como espacio formativo, donde se construyen redes comunitarias y se generan aprendizajes colectivos que trascienden el modelo biomédico tradicional. A través de datos de encuestas a egresados, se visibilizan logros como la incorporación de la perspectiva de género, el enfoque de derechos y la integración interdisciplinaria, al tiempo que se identifican desafíos vinculados a la necesidad de reformar el plan de estudios hacia un modelo innovador basado en Actividades Profesionales a Confiar (APC).

En el marco del *dossier*, esta experiencia representa una oportunidad para pensar políticas públicas que fortalezcan el primer nivel de atención y promuevan la formación de profesionales comprometidos con la transformación social. Tal como plantea la tradición crítica latinoamericana, la universidad pública se reafirma como un actor clave en la construcción de un sistema de salud equitativo y centrado en las personas, integrando saberes técnicos, comunitarios y políticos en una perspectiva de salud colectiva.

En el artículo “Primera noche en casa. Dispositivo territorial para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda baja”, Mario Rodríguez describe una experiencia innovadora implementada en Florencio Varela que buscó disminuir la mortalidad infantil postneonatal asociada a las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAb). En un territorio caracterizado por altos niveles de vulnerabilidad social y déficit habitacional, las IRAb constituyen la tercera causa de muerte infantil en el país, concentrándose especialmente en los meses invernales y saturando los servicios de salud.

El dispositivo se centra en el seguimiento domiciliario durante las primeras horas posteriores al alta hospitalaria de lactantes menores de un año, incorporando a la enfermería como protagonista en la evaluación clínica, el fortalecimiento de las capacidades de cuidado familiar y la identificación de factores de riesgo vinculados al hábitat, como el colecho, el hacinamiento y el tabaquismo.



Más que una estrategia sanitaria, “Primera Noche” constituye una política pública situada, que articula niveles de gestión, redefine roles profesionales y evidencia la necesidad de una respuesta intersectorial frente a determinantes sociales de la salud de difícil abordaje desde el sistema sanitario. Esta experiencia refleja cómo la política en salud se materializa en acciones concretas en los territorios, integrando lo clínico con lo social y reconociendo a la comunidad como parte activa en la construcción de redes de cuidado.

En “*La salud mental como campo de convergencia regional: Salud mental desde el borde*” Rosana T. Onocko-Campos nos invita a una reflexión profunda sobre nuestras intervenciones en salud mental, desde la concepción de las definiciones que moldean nuestras políticas. Para la autora, nuestra historia del Sur Global caló y perpetuó una violencia institucionalizada que reclama “objetos intermedios disponibles”, sanadores para que funcione el sujeto en la sociedad, y la sociedad en una democracia.

El texto conecta la historia colonial de violencia, racismo y exclusión con la persistencia de traumas transgeneracionales que atraviesan cuerpos y comunidades, señalando que las respuestas meramente biomédicas resultan insuficientes. A través de conceptos como el vínculo-red y las camadas de cuidado, se propone una práctica que articule lo clínico con lo comunitario, favoreciendo procesos reparadores que promuevan subjetividades más libres y democráticas.

En diálogo con autores como Winnicott, Bleichmar y Benghozi, la autora subraya que la salud mental no puede pensarse sin considerar los determinantes sociales y políticos que la condicionan. En este sentido, plantea la necesidad de políticas públicas intersectoriales que cuiden tanto a las y los usuarios como a las y los trabajadores, desafiando las lógicas neoliberales que han degradado las instituciones. En el marco del *dossier*, este artículo visibiliza la salud mental como un campo estratégico para reconstruir el tejido social y avanzar hacia un sistema de cuidados que integre derechos, memoria histórica y justicia social.

En palabras de la autora

el neoliberalismo, por el contrario, estimuló y estimula la degradación de las cosas públicas, su desguace y desmantelamiento. Las prácticas gerencialistas, con sus vestimentas eficientistas, degradaron hace tiempo las prácticas de numerosas y numerosos trabajadores de la salud, del trabajo social y de la educación. Carentes de capacitaciones, sometidos a condiciones de trabajo indignas y estresantes, sin espacios “suficientemente tróficos” para recrear la esperanza en las instituciones los trabajadores se burocratizan.

En definitiva, el reclamo es a la política y a las políticas públicas. La autora cose con suficiente lucidez intelectual los conceptos de este *dossier*, donde política y políticas públicas se definen recíprocamente y se hacen necesarias para “inventar nuevos settings y



nuevos repertorios, sin perder nuestro compromiso con la autonomía del sujeto. Salir de los encuadres repetitivos y crear nuevos”.

El trabajo que aportan Agustín Affre, Arnaldo Medina y Patricio Narodowski, “Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano: El caso del Seguro Único de Salud de Brasil”, funciona como contenedor para poner en diálogo el resto de los artículos bajo los principales conceptos del *dossier*.

Su análisis permite comprender cómo la trayectoria histórica de las políticas de salud en América Latina, marcada por tensiones entre modelos neoliberales, biologicistas y fragmentados, por un lado, y perspectivas integrales y comunitarias, por el otro, ha configurado los desafíos actuales y los posibles escenarios futuros de nuestros sistemas sanitarios.

Desde esta mirada, los problemas estructurales que identifican los autores -fragmentación, desigualdad, desregulación y débil articulación entre Estado y comunidad- se convierten en el trasfondo común sobre el que se proyectan las experiencias presentadas en el *dossier*, en torno a política y políticas públicas.

Cada uno de los artículos puede leerse como una respuesta situada a esas tensiones: propuestas que, desde los territorios, ensayan soluciones creativas y participativas frente a las limitaciones de las políticas públicas tradicionales.

Así, la reflexión de Affre, Medina y Narodowski ofrece un marco para entender cómo los grandes problemas de la política y las políticas públicas en salud —financiamiento insuficiente, captura corporativa, burocratización, fragmentación y medicalización— encuentran posibles vías de resolución en las experiencias narradas:

- el territorio como espacio de aprendizaje y transformación,
- la lucha por integrar lo molecular y lo colectivo,
- la formación de profesionales comprometidos con el primer nivel de atención,
- la creación de dispositivos comunitarios innovadores como Primera Noche,
- y la construcción de redes de cuidado y reparación desde la salud mental.

De este modo, el artículo final no solo sintetiza debates globales y regionales, sino que también nos invita a tejer conexiones entre teoría y práctica, mostrando que la transformación de los sistemas de salud requiere tanto de un análisis crítico a nivel macro como de la potencia política de las experiencias locales que emergen desde los territorios.

Por último, la apertura

En resumen, este *dossier* se inscribe en el cruce entre política y políticas públicas, con el objetivo de ofrecer un marco de análisis crítico que permita comprender cómo las decisiones en salud son el resultado de procesos políticos complejos. Del mismo modo, nos



exige utilizar lentes epistemológicos precisos, capaces de analizar esa complejidad sin perder de vista las relaciones de poder, los intereses en juego y las condiciones históricas que moldean las políticas sanitarias.

En el campo de la salud, hablar de *política*, *políticas* y *políticas públicas* implica un ejercicio previo de precisión conceptual. Tal como advierte Sartori, los conceptos son “contenedores” de atributos, y su correcta definición es clave para que puedan “viajar” entre contextos sin perder su significado. Cuando estos términos se utilizan de manera laxa, sin delimitar claramente sus componentes, se produce el fenómeno de estiramiento conceptual (*concept stretching*) en el que se abarcan realidades tan diversas que se pierde capacidad explicativa y comparativa⁹.

En este sentido, confundir la política, como esfera de poder y toma de decisiones, con las políticas públicas, como cursos de acción implementados por diferentes actores del campo de la salud, puede derivar en diagnósticos imprecisos y estrategias ineficaces. Definir rigurosamente estos conceptos permite analizar los problemas de salud con mayor claridad y diseñar intervenciones coherentes con los objetivos y capacidades institucionales, asegurando que las acciones respondan a necesidades colectivas y que puedan ser evaluadas de manera metodológicamente sólida.

Los artículos que integran este *dossier* abordan distintas dimensiones de este entramado: desde la gobernanza multinivel hasta la implementación concreta de programas, pasando por la influencia de marcos teóricos, normativos, actores e intereses. En estas páginas, los y las protagonistas no son solo los y las autoras con amplia trayectoria en el campo, sino también las comunidades y personas que, a través de sus experiencias, dan vida a los relatos y aprendizajes compartidos.

En definitiva, buscamos aportar evidencia y reflexión para comprender que la política no sólo establece las reglas del juego, sino que también define quién accede a la salud, cómo se distribuyen los recursos y qué prioridades se establecen para garantizar el bienestar colectivo. Finalmente, será la interpretación y apropiación de las y los lectores la que resignifique este *dossier*, otorgándole su verdadera utilidad y evaluando si hemos logrado, al menos en parte, alcanzar el objetivo de tender puentes entre la teoría, la práctica y la transformación social.

Referencias bibliográficas

1. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. 2ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2002.



2. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Diccionario de política*. 14ª ed. México: Siglo XXI Editores; 2016.
3. Russell B. *Poder: un nuevo análisis social*. Madrid: Alianza Editorial; 2008.
4. Virchow RC. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. *Am J Public Health*. 2006;96(12):2102–5.
5. Oliver TR. The politics of public health policy. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:195–233.
6. O'Donnell G. Estado, democratización y ciudadanía. *Nueva Sociedad*. 1993;(128):62–87.
7. Greer SL, Bekker MP, Azzopardi-Muscat N, McKee M. Political analysis in public health: middle-range concepts to make sense of the politics of health. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl 3):3–6.
8. Hooghe L, Marks G, Schakel AH. Multilevel governance. In: Caramani D, editor. *Comparative politics*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2020. p. 269–85.
9. Sartori G. Concept misformation in comparative politics. *Am Polit Sci Rev*. 1970;64(4):1033–53



Tuberculosis: de lo molecular a lo colectivo... y viceversa

Tuberculosis: from the molecular to the collective... and vice versa

Tuberculose: do molecular ao coletivo... e vice-versa



Marcela Natiello¹

Contacto:

Marcela Natiello -Email: marcelanatiello@gmail.com

Filiaciones:

1. Instituto Vaccarezza, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina

Citar como:

Natiello M. *Tuberculosis: de lo molecular a lo colectivo ... y viceversa*. Desde Acá. 2025; 5: 17-27.



Resumen

Es inconcebible analizar la historia de la tuberculosis en el mundo sin vincularla estrechamente a la evolución del ser humano, las familias, sus comunidades, las políticas sanitarias vigentes y el frondoso recorrido de los pueblos. La enfermedad es producida por una bacteria denominada Mycobacterium Tuberculosis cuya presencia se remite a una antigüedad de por lo menos 70.000 años. Los grupos con más riesgo de enfermar son aquellos compuestos, entre otros, por personas y poblaciones con bajos recursos económicos, niños y niñas, migrantes, personas privadas de libertad (PPL), minorías étnicas y aquellos con algunas condiciones de salud particulares.

En la actualidad, la tuberculosis representa la décimo tercera causa de muerte en el mundo y 4000 personas mueren por día a causa de la enfermedad. En nuestro país,

durante el año 2024 se notificaron 16.647 casos (lo que representa una tasa de 35,4 por 100.000 habitantes). El número de casos respecto al año anterior se incrementó un 9,2%, la tasa un 8,4% y los fallecidos un 12,6%.

Gracias a las nuevas tecnologías, mucho se ha avanzado en los últimos años, fundamentalmente en la disponibilidad de nuevas herramientas diagnósticas moleculares de diversa complejidad y en la aparición de nuevos fármacos y formulaciones que mejoran la adherencia. Sin embargo, el problema se complejiza día a día.

Necesitamos políticas claras que prioricen el abordaje de la salud desde una mirada global, regional y local contemplando los diferentes escenarios y geografías de nuestro país. Esas políticas no pueden ser solo sanitarias, son educativas, habitacionales, económicas, alimenticias, de derechos humanos y de género, entre otras. Tienen la obligación de articular sus objetivos y acciones de modo intersectorial, audaz y creativo.

Quizás nos falte dar el paso de lo molecular a lo colectivo y en este pasaje a lo comunitario es posible que encontremos pistas para evitar nuevas muertes, contagios e impedir que las bacterias se vuelvan cada vez más resistentes.

Palabras claves: Tuberculosis, Argentina, política de salud

Abstract

Tuberculosis, caused by *Mycobacterium tuberculosis*, has accompanied human history for at least 70,000 years and remains a major public health challenge. Currently, it is the 13th leading cause of death worldwide, responsible for approximately 4,000 deaths per day. In our country, 16,647 cases were reported in 2024 (35.4/100,000 inhabitants), showing a significant increase compared to the previous year.

Despite recent advances in molecular diagnostics and the development of new drugs, the challenge continues to intensify. Clear intersectoral policies — encompassing health, education, housing, economy, nutrition, human rights, and gender — are urgently needed to articulate actions in a creative and bold manner. Moving from a molecular to a collective and community-based approach may provide pathways to reduce mortality, prevent transmission, and curb bacterial resistance.

Keywords: Tuberculosis, Argentina, Health policy.



Resumo

A tuberculose, causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, acompanha a história da humanidade há pelo menos 70.000 anos e continua sendo um grave problema de saúde pública. Atualmente, é a 13ª causa de morte no mundo, responsável por cerca de 4.000 óbitos diários. Em nosso país, em 2024, foram notificados 16.647 casos (35,4/100.000 habitantes), com aumento significativo em relação ao ano anterior.

Apesar dos avanços recentes em diagnósticos moleculares e novos fármacos, o desafio se intensifica. É imprescindível a formulação de políticas intersectoriais — sanitárias, educativas, habitacionais, econômicas e de direitos humanos — que articulem ações de forma criativa e audaz. A transição do enfoque molecular para o coletivo e comunitário pode oferecer caminhos para reduzir mortes, prevenir contágios e conter a resistência bacteriana.

Palavras-chave: Tuberculose, Argentina, Política de saúde.



Tuberculosis: de lo molecular a lo colectivo... y viceversa



Marcela Natiello

Introducción

Es inconcebible analizar la historia de la tuberculosis en el mundo sin vincularla estrechamente a la evolución del hombre, las familias, sus comunidades, las políticas sanitarias vigentes y el frondoso recorrido de los pueblos.

Desde la mirada estrictamente biológica, la enfermedad es producida por una bacteria denominada *Mycobacterium Tuberculosis* cuya presencia se remite a una antigüedad de por lo menos 70.000 años, si bien algunas de sus antecesoras como el *Mycobacterium Ulcerans*, precede a la aparición del hombre en el planeta tierra con una edad estimada de 150 millones de años.

El código de Hammurabi (conjunto de 282 leyes escritas bajo el reinado de dicho rey en la región de la Mesopotamia entre 1795 – 1750 antes de Cristo) da cuenta de una enfermedad pulmonar crónica cuya descripción correspondería a la tuberculosis. Ya en tiempos de Hipócrates (460-370), esta afección es mencionada como “tisis” o consunción.

Durante las últimas cuatro décadas, el bacilo de la tuberculosis ha sido ampliamente identificado e investigado en estudios paleogenéticos, debido a su hallazgo en restos óseos y momias antiguas. La disponibilidad actual de métodos moleculares de alta sensibilidad y especificidad ha permitido identificar ADN micobacteriano que confirma la existencia de tuberculosis en antiguas poblaciones humanas procedentes de diversas geografías y épocas. El hallazgo molecular de tuberculosis más antiguo conocido en el Viejo Mundo proviene de restos humanos descubiertos en un asentamiento neolítico sumergido en la costa de Israel denominado Atlit-Yam, en el Mediterráneo oriental, que data de aproximadamente 9250 a 8160 años. En América, la evidencia actual de mayor edad procede de un hueso de bisonte de 17.500 años de antigüedad hallado en la cueva Natural Trap, Wyoming en Estados Unidos de Norteamérica¹.



La transmisión de la infección es más frecuente en espacios reducidos con grandes concentraciones de personas y cuando empeoran las condiciones de vida se favorece el paso de infección a enfermedad. Este ha sido el caso de las civilizaciones egipcias, griegas, romanas, incaicas y de varias ciudades del mundo desde la revolución industrial².

Las grupos con más riesgo de desarrollar la enfermedad son aquellos compuestos por personas y poblaciones con bajos recursos económicos, niños y niñas, migrantes, personas privadas de libertad (PPL), minorías étnicas y aquellas personas que además de estar expuestas, presentan condiciones de salud que favorecen el desarrollo de la enfermedad como quienes viven con VIH, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), patologías de salud mental, realizan tratamientos inmunosupresores, fuman y/o padecen adicción a diversas sustancias como alcohol o drogas³. Es indiscutible la asociación de la enfermedad con la pobreza a lo largo de la historia. La enfermedad se disemina más fácilmente en ambientes pobres, hacinados y con poca ventilación, fundamentalmente en personas malnutridas y/o con otras comorbilidades siendo además generadora de mayor pobreza aún⁴.

La tuberculosis no puede comprenderse solo desde indicadores epidemiológicos o características demográficas de grupos vulnerables, sino que exige integrar determinantes estructurales como desigualdad social, condiciones de vida y acceso efectivo al sistema de salud. Si bien estrategias como DOTS (estrategia Directly Observed Therapy-Short Course) han demostrado eficacia, su impacto resulta limitado en contextos de vulnerabilidad, donde la incidencia se correlaciona más fuertemente con factores sociales y económicos⁵.

Un apartado especial requiere la investigación y su financiamiento. Sin nuevos desarrollos en los tratamientos, diagnósticos y, especialmente, una vacuna nueva y efectiva es imposible la reducción de la enfermedad. Por otro lado, el aporte de las investigaciones cualitativas es imprescindible en el abordaje de la complejidad que requiere el éxito de los tratamientos. Entre 2009 y 2016, se invirtió un total de 4.600 millones de dólares en la investigación sobre la tuberculosis, de los cuales los Estados Unidos proporcionó 1.800 millones de dólares, muy por debajo de la cifra anual estimada por la OMS de 2000 millones de dólares para el avance en la reducción de la enfermedad. Los gobiernos están obligados a garantizar el derecho humano de toda persona a disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones. Este derecho aparece por primera vez en el artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. La investigación en TB no debe estar sujeta a los cambios políticos de los países donantes. Los avances de la ciencia pueden salvar vidas, mejorar la salud y contribuir a economías sólidas.



Datos epidemiológicos

En la actualidad, 4000 personas mueren por día a causa de la enfermedad representando la décimo tercera causa de muerte en el mundo. Se consolida como la enfermedad infecciosa más mortífera por un solo agente por detrás de la COVID-19 y por encima del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)⁶.

En mayo del 2014 la 67ª Asamblea Mundial de Salud adoptó la estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015, denominada “Fin de la tuberculosis” cuyo principal objetivo fue acelerar la disminución de la incidencia y la mortalidad para finalizar con la epidemia en el 2035⁷. Dicha estrategia está compuesta de tres pilares: 1) atención y prevención integrada de la TB centrada en el paciente; 2) políticas audaces y sistemas de apoyo y 3) innovación e investigación intensificada.

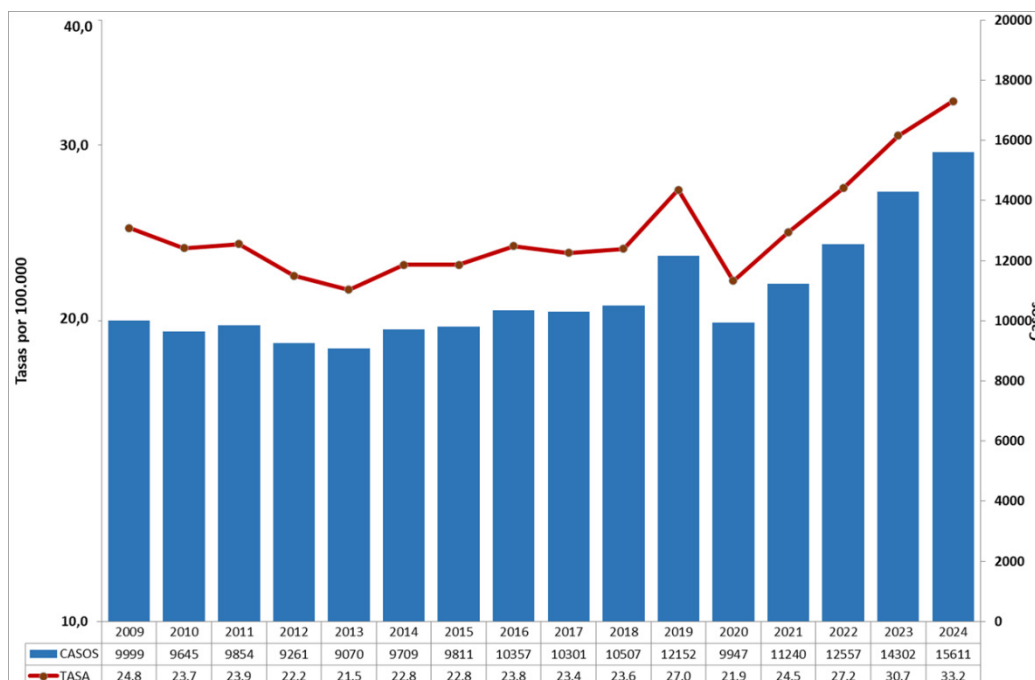
Para poder avanzar con este plan se estimaba reducir en un 50% la morbilidad para el 2025; sin embargo, hasta el momento, la reducción mundial ha alcanzado apenas un 8%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para 2023 que 10,8 millones de personas habrían desarrollado la enfermedad con un incremento de 0,2% respecto a 2022.

En la Región de las Américas se enfermaron 342.000 personas, 42.000 de ellas coinfectadas con VIH, 15.000 con TB Drogorresistente (TB DR) y 35.000 habrían fallecido a consecuencia de esta patología. En esta región 3 países son considerados de alta incidencia y concentran el 26% de los casos: Perú (tasa de 173,2 x 100.000), Haití (148,8 x 100.000) y Bolivia (105 x 100.000).

En nuestro país, según datos del Boletín No 8 Tuberculosis y Lepra en Argentina publicado en marzo de 2025⁸, durante el año 2024 se notificaron 16.647 casos de TB con una tasa de 35,4 por 100.000 habitantes, de los cuales 15.611 (93,8%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 1.036 (6,2%) casos antes tratados que excluyen las recaídas (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). En dicho año se notificaron 825 muertes correspondientes a 2023, de los cuales, 8,4% estaban asociadas al VIH y se desconoce si en el resto de los fallecidos existían otras comorbilidades. En relación a los datos notificados en el Boletín del año previo, **el número de casos se incrementó un 9,2%, la tasa un 8,4% y los fallecidos un 12,6%**. Este incremento no corresponde a un hecho aislado, marca una significativa tendencia ascendente de aproximadamente un 10% anual que se viene repitiendo a partir de 2021 luego del impacto de la pandemia (Gráfico 1).



Gráfico 1. Tendencia del número y la tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas, Argentina 2009-2024.

En Argentina, la TB afecta en gran medida a población joven y activa. El 60% de los casos se encuentra en el rango de 16 a 44 años y el 8,5% son menores de 15 años. Seis jurisdicciones superan la tasa nacional; Jujuy, Salta, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Formosa, Buenos Aires y Chaco. El Área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) representa el 0,4 % del territorio nacional y concentra el 64% de los casos del país.

Los datos preliminares del 2025 confirman la gravedad de la situación. Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 28 de 2025 se notificaron en el SNVS 2.0, 7.975 casos de TB con fecha de notificación en 2025; de éstos, 7.597 (95,3%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 378 (4,7%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Entre 2020 y 2025, las notificaciones de TB mostraron un aumento constante. El número de casos aumentó en todo el período un 65,9% (3.169 casos) y un 11,0% entre 2024 y 2025 (790 casos)⁹.

Otro dato de preocupación es la falta de notificación al sistema de vigilancia de la evaluación final de los tratamientos que no se ha podido revertir a lo largo de los años. En el 2023 (último año evaluado), el 34,4% de 15.242 casos no contaron con información sobre el cierre de tratamiento y en el 9,4% se informó pérdida de seguimiento¹⁰. Debido a la falta de datos y desconocimiento de las evoluciones, el éxito de tratamiento apenas alcanzó el 50% uno de los más bajos entre los países de América Latina.

Para reflexionar

Gracias a las nuevas tecnologías, mucho se ha avanzado en los últimos años, fundamentalmente en la disponibilidad de nuevas herramientas diagnósticas moleculares de diversa complejidad para los diferentes escenarios sanitarios. El sueño de los bacteriólogos empieza a cumplirse. En apenas un par de horas es posible identificar la bacteria en muestras biológicas que requerían meses para su estudio y documentar los genes que confieren resistencia lo que nos permite iniciar un tratamiento efectivo casi de modo inmediato.

Se han incrementado las formulaciones terapéuticas asociadas que permiten reducir el número de comprimidos, se ha logrado elaborar medicación dispersable para la población pediátrica y hasta disponemos de algunas drogas efectivas de reciente aparición que permiten acortar los tratamientos para TB multirresistente a 6 meses cuando hace apenas unos años requerían el triple de tiempo para lograr la curación.

Sin embargo, a pesar de estos y otros avances, estamos lejos de circunscribir y reducir la problemática, muy por el contrario, la misma no deja de crecer y complejizarse cada día.

Pareciera que algo estamos haciendo mal o simplemente no estamos viendo el problema en toda su dimensión.

Un estudio realizado en 2022 a 847 personas con TB activa en 12 jurisdicciones de la República Argentina sobre los costos catastróficos que atraviesan los grupos familiares de las personas enfermas de TB demostró resultados alarmantes. Se definió como costos catastrófico aquellos que involucran por lo menos el 20% de los ingresos familiares dividiendo los mismos del siguiente modo: *costo directo médico*, al equivalente al costo directo que tendría un paciente relacionado con la atención en servicios de salud o derivados en forma directa de esta atención; *costo directo no médico*, equivalente al costo de cada paciente y su familia por aspectos relacionados con su enfermedad pero que no se relacionan directamente con la atención médica sino que son consecuencia de la misma (pago de cuidadores, traslados, alimentación especial, etc.) y por último, *costo por pérdida de ingresos*, equivale al costo por lo que el paciente y su familia dejan de percibir como ingreso en concordancia con la enfermedad. Los resultados señalaron que el 50 % de las personas enfermas y sus familias atravesaban costos catastróficos debido a la enfermedad. De ellos más de la mitad (53%) fueron debido a *costos por pérdida de ingresos* y 43% debido a *costos directos no médicos* relacionados con la enfermedad que no tienen que ver con la atención⁹.

Algunos investigadores consideran que la concentración y la transmisión de la enfermedad en poblaciones vulnerables o que viven en condiciones de extrema pobreza puede dar respuesta al enlentecimiento de la curva de descenso a pesar del éxito de algunas estrategias en el abordaje del tratamiento¹¹.

Resulta por lo menos curioso y hasta paradójico entender como una enfermedad tan antigua, cuya patogenia y modo de prevención son ampliamente conocidos, de la que poseemos herramientas diagnósticas de calidad con gran avance tecnológico en los últimos años y tratamientos disponibles de bajo costo, continúa complejizando la vida de tantas personas generando muertes, secuelas, discriminaciones, empobrecimiento, tristezas y marginalidad de gran relevancia sanitaria y social.

Las personas que padecen tuberculosis no tienen solamente una enfermedad circunscrita a sus pulmones, tienen un problema de salud que excede lo individual y atraviesa distintas áreas de sus vidas comprometiendo su economía, su vida doméstica, sus actividades laborales y educativas, sus relaciones afectivas, sus vínculos, sus miedos, sus culpas y hasta su futuro.

Gracias al compromiso y esfuerzo de muchos integrantes del equipo de salud es posible dar respuesta a esta problemática, pero estos esfuerzos no son suficientes.

Necesitamos políticas claras en los distintos niveles de gestión que prioricen el abordaje de la salud desde una mirada global, regional y local contemplando los diferentes escenarios y geografías de nuestro país. Estas políticas no pueden ser solo sanitarias, son educativas, habitacionales, económicas, alimenticias, de derechos humanos y de género, entre otras.

En consecuencia, se requieren políticas públicas orientadas a mejorar vivienda, saneamiento e infraestructura, junto con financiamiento sostenible y monitoreo riguroso, no solo para curar a los enfermos, sino también para modificar las condiciones que sostienen el riesgo de TBC. En este sentido, las intervenciones que mejoran los determinantes sociales de la salud (mejoras de vivienda, saneamiento, infraestructura, etc) emergen como ámbitos de acción que requieren colaboración intersectorial, liderazgo más allá del sector salud, financiamiento sostenible, evaluación rigurosa de impacto, audacia y creatividad para modificar las condiciones estructurales que perpetúan el riesgo de TBC¹².

Esto es imposible de lograr si no asumimos el desafío de la desfragmentación y de mejorar la comunicación y los acuerdos entre los distintos sectores.

A lo mejor es necesario juntarnos, analizar, reflexionar y delinear caminos posibles y viables que nos conduzcan a mejores destinos.

Quizás nos falte dar el paso de lo molecular a lo colectivo y en este pasaje a lo comunitario es posible que encontremos pistas para evitar nuevas muertes, contagios e impedir que las bacterias se vuelvan cada vez más resistentes.

Bibliografía

1. Zink F, Maixner H, Jäger I, Szikossy G, Pálfi I, Pap I. Tuberculosis in mummies: new findings, perspectives and limitations. *Tuberc (Edinb)*. 2023 Dec;143S:102371. doi:10.1016/j.tube.2023.102371
2. Farga V, Caminero J. Tuberculosis. 3rd ed. Santiago de Chile: Mediterránea; 2011.
3. Bello-López JM, León-García G, Rojas-Bernabé A, Fernández-Sánchez V, García-Hernández O, Mancilla Ramírez J, et al. Morbidity trends and risk of tuberculosis: Mexico 2007–2017. *Can Respir J*. 2019;2019:8295261. doi:10.1155/2019/8295261
4. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lonnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur Respir J*. 2014;43(6):1763-75. doi:10.1183/09031936.00193413
5. Lytras T, Kalkouni O. The global tuberculosis epidemic: turning political will into concrete action. *J Thorac Dis*. 2018 Sep;10(Suppl 26):S3149-S3152. doi:10.21037/jtd.2018.08.73. PMID:30370101; PMCID:PMC6186615
6. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Nov 7 [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
7. World Health Organization. Implementación de la Estrategia Fin de la TB: aspectos esenciales [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2024 Jul 1]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/spanish_1.pdf
8. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín N°8 de Tuberculosis y Lepra de Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024 [cited 2025 Jan 1]. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin-8_tbc-260325.pdf
9. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional N°765, SE 28, Año 2025 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025 [cited 2025 Jan 1]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-765-se-28-vpref-21725.pdf>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín N°7 de Tuberculosis y Lepra de Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024 [cited 2025 Jan 1]. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_tuberculosis_2024_1642024.pdf



11. De Castro DB, De Seixas Maciel EMG, Sadahiro M, Pinto RC, De Albuquerque BC, Braga JU. Tuberculosis incidence inequalities and its social determinants in Manaus from 2007 to 2016. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):187. doi:10.1186/s12939-018-0900
12. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health*. 2011;101(4):654-62. doi:10.2105/AJPH.2010.199505



Fortalezas y Desafíos en la Formación de Médicos/as de Familia: Una Experiencia desde la Universidad Nacional de Córdoba

Strengths and Challenges in Family Physician Training: An Experience from the National University of Córdoba

Fortalezas e Desafios na Formação de Médicos(as) de Família: Uma Experiência da Universidade Nacional de Córdoba



Beatriz Ciuffolini¹,
Eliana D'Angelo¹ (ORCID: 0009-0005-0952-5094),
María Andrea Marrone¹ (ORCID: 0009-0006-8243-1921),
Gabriela Buffa Barrera¹ (ORCID: 0009-0004-0159-8873)

Contacto

Beatriz Ciuffolini -Email: bea.ciuffolini@unc.edu.ar

Filiaciones

1. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Citar como

Ciuffolini B. Fortalezas y Desafíos en la Formación de Médicos/as de Familia: Una Experiencia desde la Universidad Nacional de Córdoba. Desde Acá. 2025; 5: 28-44



Resumen

La disminución en la elección de la especialidad de Medicina General y Familiar (MGyF) en Argentina constituye un desafío para el sistema de salud y la formación de recursos humanos. Este estudio analiza la Carrera de Especialización en MGyF de la Universidad Nacional de Córdoba, cuyo objetivo es fortalecer la formación integral de especialistas en el primer nivel de atención. Se aplicó una encuesta anónima, semiestructurada y autoadministrada a 40 egresadas y egresados de las cohortes 2016-2021, complementada con el análisis de datos institucionales.

Los resultados evidencian que la propuesta pedagógica, centrada en el aprendizaje situado, la articulación entre docencia, asistencia e investigación y la práctica en territorios favorece la adquisición de competencias clínicas, comunitarias, éticas e interprofesionales. La estabilidad y formación pedagógica del equipo docente, junto con la integración interinstitucional, fortalecen la continuidad y la calidad del programa. La articulación con actividades de grado y la participación posterior de egresados en docencia incrementan la visibilidad y reconocimiento de la especialidad.

Entre los desafíos se destacan la actualización curricular basada en competencias, la consolidación de un modelo docente-asistencial coherente y la formación sistemática de formadores. La experiencia de la Universidad Nacional de Córdoba demuestra que es posible desarrollar programas de MGyF de alta calidad, con impacto académico, institucional y territorial, contribuyendo al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la valorización de la especialidad.

Palabras Clave: Medicina Familiar y comunitaria, Educación de Posgrado, Educación en Salud, Salud colectiva.

Abstract:

The declining interest in specializing in General and Family Medicine (MGyF) in Argentina presents significant challenges for the health system and the development of healthcare professionals. This study analyzes the MGyF specialization program at the National University of Córdoba to explore these trends and their implications. The program aims to strengthen the comprehensive training of specialists at the first level of care. An anonymous, semi-structured, self-administered survey was conducted among 40 graduates from the 2016–2021 cohorts, complemented by institutional data analysis.

Findings indicate that the pedagogical approach—centered on situated learning, integration of teaching, care, and research, and practice in community settings—promotes the development of clinical, community-based, ethical, and interprofessional competencies.



Key challenges include revising the curriculum with a competency-based approach, consolidating a coherent teaching-care model, and ensuring systematic training for trainers. The experience of the National University of Córdoba demonstrates the feasibility of developing high-quality MGyF programs with academic, institutional, and territorial impact, contributing to the strengthening of primary care and the recognition of the specialty.

Keywords: Family and Community Medicine, Graduate Education, Health Education, Collective Health.

Resumo:

A diminuição na escolha da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGyF) na Argentina constitui um desafio para o sistema de saúde e a formação de recursos humanos. Este estudo analisa a Carreira de Especialização em MGyF da Universidade Nacional de Córdoba, cujo objetivo é fortalecer a formação integral de especialistas no primeiro nível de atendimento. Foi aplicada uma pesquisa anônima, semiestruturada e autoadministrada a 40 egressos e egressas das coortes 2016-2021, complementada com análise de dados institucionais.

Os resultados evidenciam que a proposta pedagógica, centrada na aprendizagem localizada, na articulação entre docência, assistência, pesquisa e prática em territórios, favorece a aquisição de competências clínicas, comunitárias, éticas e interprofissionais.

Entre os desafios destacam-se a atualização curricular baseada em competências, a consolidação de um modelo docente-assistencial coerente e a formação sistemática de formadores. A experiência da Universidade Nacional de Córdoba demonstra que é possível desenvolver programas de MGyF de alta qualidade, com impacto acadêmico, institucional e territorial, contribuindo para o fortalecimento do primeiro nível de atenção e a valorização da especialidade.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Educação de Pós-graduação, Educação em Saúde, Saúde Coletiva



Fortalezas y Desafíos en la Formación de Médicos/as de Familia: Una Experiencia desde la Universidad Nacional de Córdoba



Beatriz Ciuffolini

Introducción

El descenso en la ocupación de cargos de residencias médicas en Argentina es un fenómeno que genera preocupación en el sistema de salud, instituciones formadoras y otras sociedades científico-académicas.

En este contexto los datos del Mapa del Observatorio Federal de Talento Humano en Salud evidencian una disminución sostenida en el porcentaje de personas inscriptas en la especialidad de Medicina General y de Familia (MGyF) durante los últimos tres años, en relación con el total de inscripciones: 3,62% en 2022, 3,21% en 2023 y 2,88% en 2024¹. Diversos estudios sugieren que la baja elección de la MGyF se vincula, entre otros factores, con la percepción de limitada calidad o escaso reconocimiento de los programas formativos en el área. Investigaciones internacionales y regionales señalan que la falta de prestigio académico, la débil integración entre docencia y práctica comunitaria, y las experiencias formativas percibidas como poco estructuradas o de menor valor comparativo, influyen negativamente en la elección de esta especialidad^{2, 3, 4, 5}. Esta situación se traduce en un déficit estructural de recursos humanos con formación especializada en áreas prioritarias, lo cual afecta la calidad y la equidad del sistema de salud, y obstaculiza el cumplimiento de las metas de cobertura y atención integral del primer nivel^{7, 8, 9, 10, 11, 12}.

Particularmente, en el caso de la Residencia de MGyF de la Universidad Nacional de Córdoba (UCN), los registros del Observatorio Federal de Talento Humano del Ministerio de Salud de la Nación muestran que, en los últimos diez años (2014-2024), el porcentaje de adjudicación y cobertura de cargos alcanza el 79,49%, mientras que el promedio nacional desciende al 35,66%¹.



Estos datos invitan a reflexionar sobre los componentes y características de la propuesta formativa de la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar de la UNC, que podrían contribuir a sostener su atractivo como espacio valioso de formación. El presente análisis se centra en los principales aportes y desafíos de dicha propuesta, a partir de la mirada de las autoras y de la valoración de las personas egresadas de la carrera. Para ello, se aplicó una encuesta anónima, semiestructurada y autoadministrada, dirigida a quienes finalizaron su formación entre las cohortes 2016 y 2021.

La implementación de esta encuesta se enmarca en el proceso de revisión y actualización del plan de estudios, promoviendo una participación reflexiva y comprometida con la mejora continua del programa formativo. De las 52 personas egresadas contactadas, 40 participaron de manera voluntaria. Todas ellas otorgaron su consentimiento informado, garantizando el tratamiento ético de los datos y su utilización exclusiva con fines académicos e institucionales.

Contexto institucional

La Carrera de Especialización en MGyF de UNC se inicia en el año 1999 con formato de residencia médica de tres años de duración y otorga título universitario de especialista. Cuenta con acreditación CONEAU desde el año 2006. Su desarrollo se sustenta en convenios interinstitucionales entre la UNC, la Municipalidad de Córdoba y el Ministerio de Salud de la Nación, que posibilitan la articulación docente-asistencial y la continuidad del programa formativo.

La UNC asume la rectoría académica del programa, aporta el equipo docente y la infraestructura del hospital universitario de tercer nivel de atención. Por su parte, la Municipalidad de Córdoba provee la infraestructura sanitaria correspondiente al primer y segundo nivel de atención, además de financiar el complemento de las becas destinadas a residentes. El Ministerio de Salud de la Nación contribuye con las becas asignadas en el marco del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.

El equipo responsable de la formación está integrado por docentes universitarios que desarrollan su labor en distintos ámbitos de práctica, lo que favorece la articulación entre la docencia y la asistencia. Asimismo, participan profesionales de otras especialidades con reconocimiento académico, cuya incorporación enriquece la propuesta formativa y promueve un enfoque interdisciplinario.

La perspectiva de formación postula un enfoque de cuidado integral, centrado en la persona en su contexto familiar y social y con perspectiva de derechos. Se sustenta en el paradigma de la salud colectiva y la epidemiología crítica, el cual promueve la comprensión del proceso salud- enfermedad- atención- cuidado (PSEAC) como un fenómeno complejo, ligado a la persona, su subjetividad, sus condiciones sociales, histó-



ricas, culturales, económico-políticas y ambientales para así contribuir a los procesos transformadores de la salud en los territorios^{13,14,15}.

La propuesta pedagógica se sustenta en principios que articulan el modelo de rol, la problematización de la práctica y la construcción progresiva de autonomía en el aprendizaje. Estas orientaciones se operacionalizan a través de estrategias formativas diversas —autoaprendizaje, formación en campo y actividades teórico-prácticas presenciales y virtuales— que promueven la reflexión crítica sobre la experiencia profesional.

El proceso evaluativo, concebido como parte del aprendizaje, integra instancias diagnóstica, de proceso, de promoción e integradora, y combina modalidades de autoevaluación (portafolio, registro de habilidades clínicas) y heteroevaluación (observación directa, resolución de casos, rúbricas y Examen Clínico Objetivo Estructurado), favoreciendo una valoración continua y formativa de las competencias.

Aspectos que fortalecen la continuidad y la elegibilidad del espacio

El análisis y la reflexión sobre los procesos de formación desarrollados hasta la fecha permiten identificar diversos componentes que se reconocen como fortalezas de este espacio formativo.

A- Características del plan de estudios

-**La propuesta pedagógica** está centrada en el aprendizaje situado y se desarrolla en diversos escenarios integrados territorialmente, tales como hospitales, centros de salud y comunidades. Este enfoque se entiende como un proceso de aprendizaje que ocurre mediante la participación y la colaboración con otros profesionales en una comunidad de práctica, refuerza la importancia de la formación y la supervisión adecuada de las y los residentes en el lugar de trabajo^{16,17,18,19}. Según el 95% de las personas egresadas encuestadas, esta propuesta facilita la comprensión de la complejidad inherente a la determinación social de la salud, mientras que el 92,5% valora el desarrollo de una práctica clínica integral, continua y longitudinal dirigida a personas y familias que transitan por diferentes niveles de atención y cuidado, con un énfasis particular en el espacio territorial como ámbito de interacción y construcción de la salud. Además, el 87,5% manifiesta haber adquirido competencias para abordar problemas a lo largo del ciclo vital, con especial atención en acciones de promoción y prevención.

-**El modelo de rol** que desempeñan especialistas en Medicina General y Familiar (MGyF) con formación pedagógica específica fomenta la coherencia, continuidad y pertinencia en los procesos de formación profesional^{20, 21}. En este marco, el equipo docente

se constituye en una referencia y modelo profesional que, frente a cada situación problemática, explicita su razonamiento clínico y realiza un análisis integral al compartir de manera deliberada los criterios, actitudes, valores y decisiones que sustentan sus propuestas de resolución.

Los alcances de este desempeño docente se reflejan en la percepción de las personas egresadas, donde solo el 7,7% identifica como una limitación en su proceso de aprendizaje la falta de disponibilidad o acompañamiento por parte de docentes de la Carrera.

-El territorio como espacio de formación. La centralidad del territorio como espacio de formación orienta la propuesta hacia una comprensión situada de los procesos de salud, enfermedad y cuidado. Una proporción sustantiva de la carga horaria se dedica a actividades teórico-prácticas en el territorio, donde las y los residentes construyen aprendizajes a partir del contacto directo con las comunidades y del trabajo interdisciplinario e intersectorial. Este enfoque fomenta una relación dialógica con los actores sociales y con las organizaciones que configuran las redes comunitarias, reconociendo sus saberes y experiencias.

En este marco, la elaboración del perfil epidemiológico y la identificación de procesos críticos se constituyen en herramientas analíticas y formativas para el desarrollo de investigaciones a lo largo de los tres años de cursado, que culminan en el trabajo integrador final. La articulación entre docencia, extensión e investigación encarna así el compromiso ético y social de la universidad pública y reafirma su papel transformador en la construcción colectiva de la salud.

Según la percepción de las personas egresadas, este componente formativo ha tenido un impacto sustantivo en la adquisición de competencias profesionales vinculadas con el ejercicio integral de la Medicina General y Familiar. El 77,5 % identifica avances en su capacidad para el trabajo interdisciplinario y en red, mientras que el 82,5 % reconoce la incorporación de la perspectiva de género y del enfoque de derechos como dimensiones transversales de su formación. Asimismo, el 70 % refiere haber desarrollado habilidades metodológicas específicas del trabajo comunitario —como la elaboración de relevamientos, cartografías sociales, identificación de actores y realización de entrevistas—, lo que evidencia la apropiación de herramientas que favorecen una práctica situada y participativa.

-La autonomía progresiva conforma una estrategia de formación responsable y de acceso a una práctica autónoma, segura y de calidad. Así los distintos dispositivos de formación y de supervisión implementados por el equipo docente acompañan y asisten los procesos de aprendizaje en los diversos ámbitos de formación, promoviendo de manera progresiva el desarrollo autónomo de la tarea profesional completa^{18, 19, 20}.



-La perspectiva de la problematización organiza tanto el proceso de formación como el de evaluación. Por ejemplo, el cierre de cada jornada constituye un espacio de análisis, revisión y reflexión sobre situaciones clínicas, familiares o comunitarias transitadas. En esta instancia se promueve la identificación de necesidades de aprendizaje y competencias a fortalecer, así como la planificación de estrategias para su consolidación —como actualizaciones bibliográficas, entrenamiento de habilidades clínicas y articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales—, propiciando un proceso de aprendizaje situado, colaborativo y reflexivo.

-La propuesta evaluativa tiene como propósito principal mejorar y transformar los procesos de formación, acompañarlos y constituirse en parte activa del aprendizaje. En palabras de Anijovich y Cappelletti, evaluar implica generar oportunidades para que las y los residentes reflexionen sobre su propio recorrido académico²². En consonancia con esta perspectiva, el proceso de evaluación incorpora diferentes modalidades destinadas a explorar la adquisición de competencias. La evaluación de proceso incluye la observación directa de la consulta mediante instrumentos estandarizados²³, la autoevaluación de habilidades clínicas, la actualización bibliográfica, el uso de portafolios y rúbricas.

Los exámenes de promoción y el examen integrador final se desarrollan mediante la modalidad ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado), un instrumento de evaluación válido, confiable y coherente que permite valorar la adquisición progresiva de competencias necesarias para brindar una atención de calidad, centrada en la persona, su familia y su comunidad.

B- Perfil del equipo docente

El equipo docente posee formación pedagógica y cuenta con reconocimiento académico por su labor. La coordinación académica de UNC–Municipalidad de Córdoba garantiza la continuidad y estabilidad del plan de formación, favoreciendo procesos sostenidos de enseñanza y aprendizaje. El equipo está conformado mayoritariamente por personas egresadas de la propia carrera, quienes conocen en profundidad la metodología formativa y acompañan activamente el proceso educativo en los distintos ámbitos de práctica. Esta continuidad y coherencia contribuyen a consolidar lo que puede definirse como una comunidad de formación y construcción colectiva situada en contexto: un entramado de docentes, profesionales y residentes que comparten objetivos, desafíos y saberes, y que resuelven de manera colaborativa las situaciones y retos que plantea la práctica cotidiana.

C- Contexto de formación

La articulación e integración interinstitucional que estructura el funcionamiento de la Carrera hace posible garantizar condiciones laborales para quienes aplican a esta



instancia de formación en servicio que facilitan y promueven la permanencia en el espacio de formación.

D- Articulación de actividades de grado y posgrado

La incorporación de la asignatura de Medicina Familiar a la currícula de la Práctica Final Obligatoria (PFO) permite que las y los estudiantes de grado transiten contenidos específicos de la MGyF, participando de espacios áulicos, actividades en servicios de salud y experiencias en terreno junto a docentes, especialistas y residentes de la especialidad. Esta integración favorece un acercamiento temprano y significativo a la MGyF.

En este marco, la implementación de la Práctica Final Interdisciplinaria constituye una experiencia de articulación para estudiantes del último año de Medicina y de otras carreras, como Nutrición, Psicología, Enfermería y Fonoaudiología. Esta estrategia promueve la formación integral e interdisciplinaria y la interacción en escenarios compartidos con residentes, haciendo visible y vivencial la perspectiva integral de abordaje del PSEAC que caracteriza a la carrera de especialización.

La integración de actividades de grado y posgrado se configura como una instancia que contribuye a fomentar la elección de la MGyF como formación de posgrado. Esto se evidencia en que el 47,5 % de las personas egresadas encuestadas realizaron su PFO en espacios asistenciales vinculados a la Carrera de MGyF de la Universidad Nacional de Córdoba.

D- Integración de egresados a actividades docentes

La integración de actividades de grado y posgrado durante el desarrollo de la carrera permite a las y los residentes aproximarse e iniciar experiencias docentes. Posteriormente, tras el egreso de la carrera, el 42,5 % de las personas egresadas continúa vinculada a actividades docentes en la especialidad, en su mayoría en el grado. Esta dinámica genera una asociación de potencialidades mutuas: por un lado, amplía la oferta de escenarios de formación de grado —particularmente los ámbitos de práctica de la PFO— bajo la supervisión de profesionales formados y ejercientes en MGyF; por otro lado, proporciona a las personas egresadas un anclaje en un espacio académico y acceso a formación continua.

E-Integración sinérgica entre universidad y sistema de salud

La alta inserción laboral de las personas egresadas de la Carrera de Especialización en el ámbito del subsector público refleja las potencialidades del acuerdo interinstitucional que sustenta el funcionamiento de la carrera. Los efectores de salud se benefician de profesionales con formación adecuada, mientras que las carreras universitarias del



campo de la salud garantizan ámbitos de práctica en los que el estudiantado puede compartir y observar el desarrollo de un modelo de atención integral.

La información recabada de las personas egresadas evidencia la consistencia de la propuesta académica para la formación de profesionales con competencias alineadas al Primer Nivel de Atención (PNA): el 80 % trabaja en el subsector público, el 12,5 % en la seguridad social y el 37,5 % en el subsector privado, y el 85 % continúa desempeñándose en el primer nivel de atención.

Cabe señalar que esta estrategia de articulación sinérgica entre la universidad y el sistema de salud constituye una instancia significativa de potenciación y fortalecimiento del sistema municipal de salud, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad formativa y asistencial. Esta asociación promueve la formación continua, la innovación y la mejora en la calidad de atención de los efectores del primer nivel, mediante la incorporación de prácticas sistemáticas como la actualización bibliográfica diaria, la investigación aplicada, la participación en eventos científicos y las acciones territoriales.

Pendientes y desafíos

La Carrera enfrenta actualmente el reto principal de reformar y actualizar su plan de estudios. Con el fin de fortalecer un modelo basado en competencias y alineado con los lineamientos vigentes en educación médica, se está desarrollando un proyecto de investigación aprobado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNC. En este marco, se está elaborando y validando un conjunto de Actividades Profesionales a Confiar (APC), específicamente diseñadas para la formación de especialistas en MGyF (24, 25).

El objetivo es avanzar hacia un plan curricular flexible que facilite la articulación de aprendizajes clave de diversas áreas y disciplinas, incorporando además los procesos críticos identificados en los territorios. Este desafío implica debatir el perfil profesional junto con referentes comunitarios de los territorios con quienes trabajamos, así como facilitar mecanismos de participación comunitaria tanto en las discusiones sobre la formación como en los procesos de investigación e intervención en cada espacio.

En relación con los distintos escenarios de formación en servicio, es prioritario consolidar un modelo de atención y cuidado integral que sea coherente y transversal a todos los ámbitos de práctica. Esto requiere fortalecer un modelo docente-asistencial que promueva prácticas formativas éticas, reflexivas y contextualizadas, comprometidas con las necesidades reales de la población. Afianzar estos escenarios también demanda la asignación de horas protegidas dedicadas exclusivamente a actividades docentes, acompañadas de un reconocimiento retributivo específico para los profesionales que desempeñan funciones educativas. Estas acciones constituyen una contribución clave para garantizar la calidad, continuidad y sostenibilidad de las prácticas en terreno²⁶.



Asimismo, la implementación de un programa sistemático de formación de formadores, centrado en el desarrollo de competencias pedagógicas avanzadas para el aprendizaje situado, emerge como una estrategia esencial. Este enfoque fortalece las capacidades docentes en contextos complejos y reales, donde se articulan la asistencia sanitaria, la docencia y el trabajo comunitario, promoviendo un ejercicio profesional reflexivo, ético y contextualizado.

Finalmente, un eje central del proyecto es la necesidad de seguir trabajando en colaboración con otros actores, dentro de una red de instituciones y organizaciones sociales que en cada territorio luchan por el acceso a derechos. Estos entramados permiten sostener la vida en contextos actuales, acompañándose mutuamente y construyendo colectivamente aprendizajes, cuidados y acciones de salud.

Conclusiones

El análisis de la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar (MGyF) de la Universidad Nacional de Córdoba evidencia que un modelo formativo centrado en el aprendizaje situado, la articulación entre docencia, asistencia e investigación y la coherencia entre principios pedagógicos y prácticas clínicas favorece la construcción de competencias integrales para el primer nivel de atención. La percepción de las personas egresadas destaca la relevancia del trabajo interdisciplinario, la práctica comunitaria y la incorporación de enfoques de género y derechos como dimensiones transversales de la formación.

La integración interinstitucional entre la universidad y el sistema de salud, junto con la estabilidad del equipo docente, fortalece la continuidad y la calidad del programa, mientras que la articulación de actividades de grado y posgrado potencia la visibilidad y el reconocimiento de la MGyF como especialidad.

Entre los desafíos se identifican la actualización curricular orientada a competencias, la consolidación de un modelo docente-asistencial coherente en todos los escenarios y la formación sistemática de formadores. La incorporación de Actividades Profesionales a Confiar y la participación de actores comunitarios constituyen estrategias clave para avanzar hacia una formación flexible, contextualizada y socialmente comprometida.

En síntesis, la experiencia de la Universidad Nacional de Córdoba demuestra que es posible diseñar programas de MGyF de calidad, con impacto académico, territorial y en el fortalecimiento del primer nivel de atención.





Referencias Bibliográficas Ciuffolini

1. Ministerio de Salud de la Nación. Mapa del Observatorio Federal de Talento Humano en Salud [visualización interactiva en Power BI]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjQ3NmEwODctZmZhMi00MDMxLTlhZT-MtY2ZmODhhYzZjYWY3ZjYWM3IiwidCI6IjQ2MmI4NzAzLWVjYjltNDNkMi05ZTdm-LTEyMTY3Zjk3YWY3MCJ9&pageName=ReportSection>
2. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. Trends in attractiveness of general practice as a career: UK medical graduates' surveys 2005–2015. Br J Gen Pract. 2017;67(657):e438–47. doi:10.3399/bjgp17X691889. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5565814/>
3. Calbano AG, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y oportunidades. Rev Cubana Salud. 2018;44(2):201–13. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/ac13ca04-c18d-4b3d-9117-66a3562e922a/content>
4. Curran TI, et al. Trainees' perceptions of course quality in postgraduate medical education. Med Educ Online. 2023;28(1):220–34. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10113123/>
5. Alavi M, et al. Factors that influence student choice in family medicine: roles of preceptors, clinical exposure and institutional support. Fam Med. 2019;51(2):143–9.
6. Kremer R, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. Rev Argent Salud Pública. 2014;5(21):30–7. Disponible en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen21/30-37.pdf>
7. Federación Argentina de Medicina General. Aportes ante la alarmante situación del sistema de residencias. Disponible en: <http://famg.org.ar/images/documentos/AportesparaResidencias.pdf>
8. Ministerio de Salud de la Nación. Informe 1° Encuesta nacional de postulantes a residencias del equipo de salud – 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/01/informeencuestaingresoresresidencias2024.pdf>
9. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. Rev Argent Salud Pública. 2014;5(21):30–7. Disponible en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>



10. Silberman P, Silberman M. ¿Cómo evolucionó la distribución de médicos y médicas especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. Arch Med Fam Gen. 2022;19(2):5–16. Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/221/208>
11. Silberman P. Residencias médicas en Argentina: características y desempeño de aspirantes en el examen único y en la adjudicación de plazas durante los años 2020–2022 [tesis doctoral]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2022. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/160090>
12. Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina. Buenos Aires; 2013. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dure-daverio-dursi-observatrhus_planif_gestion_sistresid-2013.pdf
13. Ciuffolini MB, et al. Abordaje integral del proceso salud-enfermedad-atención. Rev Fac Med UNNE. 2017;37(1):27–33. Disponible en: <https://repositorio.unne.edu.ar/handle/123456789/47863>
14. Estrategias de comprensión integral del proceso salud/enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable. Astrolabio. 2010;3. doi:10.55441/1668.7515.n3.200. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/200/208>
15. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
16. Eymann A, Facioni C, Rosa J, Reboiras F, Faingold D. ¿Qué priorizan los médicos recién graduados al momento de elegir la institución para realizar la residencia? Rev Hosp Ital B Aires. 2020;40(3):127–31. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/114609_127-131-6-17-20-Eymann-A.pdf
17. Morris C. Aprendizaje en el trabajo. En: Swanwick T, Forrest K, O'Brien BC, editores. Comprensión de la educación médica: evidencia, teoría y práctica. 3ª ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2019. p.163–74.
18. Hartford W, Nimmon L, Stenfors T. Aprendizaje directo en la docencia médica: se aprende a medida que se avanza en el trabajo y la práctica. BMC Med Educ. 2017;17(1):171. doi:10.1186/s12909-017-1011-3
19. Eraut M. Aprendizaje informal en el entorno laboral. Stud Contin Educ. 2004;26(2):247–73. doi:10.1080/158037042000225245

20. Erumeda NJ, Jenkins LS, George AZ. Percepciones de la supervisión de medicina familiar de posgrado en centros de formación descentralizados, Sudáfrica. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2022;14(1):a3111. doi:10.4102/phcfm.v14i1.3111
21. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Modelos de rol médico en la educación médica: Guía BEME n° 27. *Med Teach*. 2013;35(9):e1422–33. doi:10.3109/0142159X.2013.806982
22. Anijovich R, Cappelletti G. La evaluación como oportunidad. *Paidós*; 2017. 157 p. *Praxis Educativa (Arg)*. 2017;21(1):67–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1531/153151864008/html/>
23. 23. Ciuffolini MB, et al. Validez y fiabilidad del instrumento de evaluación de competencias profesionales para el desarrollo de un modelo de atención integral en salud. *Rev Argent Educ Med*. 2021;10:53–60.
24. Durán V, Hamui-Sutton A, García-Tellez SE, Millan Hernandez M. Avances del Modelo Educativo para Desarrollar Actividades Profesionales Confiabiles (MEDAP-ROC). *Educ Med*. 2018;19(5). doi:10.1016/j.edumed.2018.02.007
25. López E, Silberman M. Actividades Profesionales a Confiar, una propuesta innovadora para la educación basada en competencias. *Desde Acá*. 2025;4:enero–junio.
26. Tesler L, Kreplak N. La Universidad y el otro. *Rev Soberanía Sanitaria*. 2018;2(5). Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/la-universidad-y-el-otro/>



ANEXO 1

Encuesta para personas egresadas – Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar (FCM-UNC)

Estimado/a egresado/a:

Te invitamos a participar de una breve encuesta dirigida a quienes han cursado la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar de la FCM-UNC. El objetivo es conocer tu opinión sobre la formación recibida, identificando fortalezas, debilidades y áreas de mejora. La participación es voluntaria, tus respuestas serán confidenciales y utilizadas únicamente con fines académicos y de mejora curricular. Al completar y enviar la encuesta, estarás otorgando tu consentimiento informado para el uso de tus datos en los términos descritos.

¡Muchas gracias por tu tiempo y colaboración!

* Indica que la pregunta es obligatoria

SECCIÓN I – DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es tu género? *

Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Prefiero no decirlo ☐

2. ¿En que año terminaste la Carrera?*

2015 ☐	2016 ☐	2017 ☐	2018 ☐
2019 ☐	2020 ☐	2021 ☐	2022 ☐
2023 ☐	2024 ☐	2025 ☐	

3. ¿Completaste la formación con la obtención del Título de Especialista?*

Si ☐ No ☐



4. ¿Durante el cursado de la carrera de Medicina, realizaste la PFO en espacios asistenciales con docentes de la Carrera de Medicina General y de Familia del Dpto de Medicina Familiar de la UNC? *

Si ☐ No ☐ No realicé PFO ☐

5. ¿En la actualidad continuas trabajando como Médico/a Gral y de Familia?*

Si ☐ No ☐

6. ¿En que nivel de atención realizas trabajo asistencial?* Primer nivel

Segundo nivel ☐ Tercer nivel ☐

7. ¿En qué subsector del sistema de salud trabajás actualmente? *

Público ☐ Seguridad Social ☐ Privado ☐

8. ¿Estás vinculado/a actualmente a actividades docentes en el campo de la especialidad? *

Si ☐ No ☐

SECCIÓN II – VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA FORMATIVA

9. ¿Cuáles fueron los principales aportes de la Carrera a tu formación profesional?

- Comprensión del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como fenómeno complejo
- Desarrollo de una práctica clínica integral, continua y longitudinal
- Capacidad para abordar problemas de salud a lo largo del ciclo vital
- Formación en acciones de promoción y prevención centradas en la persona
- Fortalecimiento del rol como agente clave en el sistema de salud
- Adquisición de herramientas para la gestión en el primer nivel de atención

- Entrenamiento para el trabajo en equipos interdisciplinarios y redes
- Introducción a la investigación en problemáticas sociosanitarias
- Incorporación de principios éticos, con perspectiva de derechos y de género
- Adquisición de herramientas metodológicas para el abordaje comunitario de los PSEAC (entrevistas, recorridos, cartografías, relevamientos)
- Otro:

10. ¿Qué aspectos dificultaron tu formación durante la residencia?*

- Falta de disponibilidad o acompañamiento por parte de docentes y tutores
- Rotaciones desorganizadas o con bajo valor formativo
- Escasa participación en actividades comunitarias y territoriales
- Falta de modelo de rol en el equipo docente
- Escasez de recursos materiales o infraestructura inadecuada
- Débil articulación entre teoría y práctica
- Problemas en la gestión o coordinación de las actividades formativas
- Evaluaciones sin espacio de retroalimentación
- Sobrecarga de actividades asistenciales y académicas
- Falta de reconocimiento institucional del rol del/la residente
- Condiciones de contratación no satisfactorias (remuneración, aguinaldo, aportes, ART)
- Clima y vínculos interpersonales poco armoniosos en los espacios de formación
- No se identificaron grandes limitaciones
- Otro:

Otras sugerencias para implementar en la formación:*



“Primera Noche en casa”: Dispositivo territorial para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda baja

“First Night at Home”: Territorial program for monitoring infants with acute lower respiratory infection

“Primeira Noite em Casa”: Dispositivo territorial para o acompanhamento de lactentes com infecção respiratória aguda baixa



Mario G. Rodríguez^{1,2} (ORCID: 0009-0005-8289-6828)

Contacto:

Mario G. Rodríguez -Email: rodriguezmr@gmail.com

Filiaciones:

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina. 2. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Citar como:

Rodríguez MG. “Primera Noche en casa”: Dispositivo territorial para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda baja. Desde Acá. 2025; 5: 45-65.

Resumen

Se describe un dispositivo de seguimiento domiciliario de lactantes con infección respiratoria aguda baja moderada o grave en el Municipio de Florencio Varela en período invernal (Junio-Agosto) durante los años 2014 a 2017. Se realiza una primera evaluación



de impacto en tasas de mortalidad infantil, postneonatal, de causa respiratoria y domiciliaria antes y después de la implementación.

En articulación con el Hospital de Agudos Mi Pueblo, la Secretaría de Salud Municipal dispone un equipo de 9 enfermeras y 3 móviles para visitar en sus domicilios diariamente a los lactantes menores de un año que fueran asistidos en la guardia del Hospital dentro de las primeras 12 horas del egreso con anticipación al momento del sueño nocturno. A través de una observación ambiental e intervención educativa, enfermería brinda asesoramiento y cuidados del lactante para garantizar: evaluación clínica post alta, disponibilidad y uso apropiado de medicación y sueño seguro del lactante.

Los años de la implementación registran un descenso sostenido de las tasas de mortalidad infantil, postneonatal y de causa respiratoria en comparación con los años previos, así como un descenso relativo en comparación con la Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires y la provincia en su totalidad.

Se concluye en la importancia y el potencial de la micro y meso gestión del nivel local de salud en la construcción de redes asistenciales y la orientación de los servicios a un enfoque de equidad.

Palabras Clave: Infección respiratoria aguda baja, visita domiciliaria, mortalidad infantil, mortalidad postneonatal.

Abstract

This study describes the implementation of a home-based monitoring program for infants with moderate or severe acute lower respiratory infection in Florencio Varela, Buenos Aires Province, during the winter seasons (June–August) from 2014 to 2017. In collaboration with Mi Pueblo General Hospital, the Municipal Health Department deployed a team of nine nurses and three mobile units to conduct daily home visits within 12 hours after hospital discharge, prior to nocturnal sleep. The intervention combined environmental observation and educational guidance to ensure post-discharge clinical evaluation, appropriate medication use, and safe infant sleep practices.

Impact assessment indicates a sustained reduction in infant, post-neonatal, and respiratory-related mortality rates compared to pre-implementation years, with relative declines also observed against regional and provincial trends. Findings highlight the importance and potential of micro- and meso-level local health management in building care networks and orienting services toward equity.

Keywords: Acute lower respiratory infection, Home visit, Infant mortality, Post-neonatal mortality.





Resumo

Este estudo descreve a implementação de um programa de acompanhamento domiciliar de lactentes com infecção respiratória aguda baixa moderada ou grave no Município de Florencio Varela (Buenos Aires), durante os períodos inverniais de 2014 a 2017. Em articulação com o Hospital de Agudos Mi Pueblo, a Secretaria Municipal de Saúde mobilizou uma equipe de nove enfermeiras e três unidades móveis para visitas diárias aos domicílios, realizadas nas primeiras 12 horas após a alta hospitalar, antes do sono noturno. A intervenção combinou observação ambiental e orientação educativa, assegurando avaliação clínica pós-alta, uso adequado da medicação e práticas de sono seguro.

A análise de impacto evidenciou redução sustentada das taxas de mortalidade infantil, pós-neonatal e por causas respiratórias em comparação com os anos anteriores, além de declínio relativo frente à Região Sanitária VI e à província de Buenos Aires como um todo. Os resultados ressaltam a relevância da micro e mesogestão local na construção de redes assistenciais e na orientação dos serviços para um enfoque de equidade.

Palavras-chave: Infecção respiratória aguda baixa, Visita domiciliar, Mortalidade infantil, Mortalidade pós-neonatal.

“Primera Noche en casa”: Dispositivo territorial para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda baja



Mario G. Rodríguez

Introducción

Este trabajo versa sobre “Primera Noche en casa”, un dispositivo de seguimiento domiciliario de lactantes con infección respiratoria aguda baja moderada o grave que se realizó en el Municipio de Florencio Varela en período invernal (Junio-Agosto) durante los años 2014 a 2017. El programa consistió en la visita diaria a cargo de enfermería a los domicilios de lactantes menores a 12 meses que recién hubieran sido atendidos en la guardia del Hospital de Agudos Mi Pueblo con cuadros de IRAb moderada-graves. La enfermera (cuya primera visita es dentro de las 12 horas de la externación) a partir de una observación ambiental brinda asesoramiento y cuidados del lactante para garantizar: evaluación clínica post alta, disponibilidad y uso apropiado de medicación y sueño seguro del lactante. Con posterioridad al período evaluado el dispositivo continuó en ejecución con modalidad operativa y registros similares con independencia de los cambios de autoridades sanitarias locales, lo cual permitiría nuevas evaluaciones.

Caracterización del territorio

Florencio Varela es un distrito del segundo cordón del conurbano bonaerense. Según el censo de 2010 contaba con una población de 426.005 habitantes, con una tasa de crecimiento intercensal del 22 %. Tiene una tasa de natalidad de 2 % y en 2017 el número de nacidos vivos fue de 9195^a. Como muchos distritos del 2° cordón, su crecimiento demográfico se acelera por un flujo migratorio de habitantes provenientes de otros distritos del conurbano, de otras provincias, especialmente del noreste argentino (NEA), y de países limítrofes. Distintos factores concurren para este flujo migratorio positivo, uno

^a Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires



de ellos es la extensión geográfica (190 Km²) y la baja densidad poblacional (2242 habitantes/km²) respecto a otros distritos de la zona sur (Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes); el Censo 2010 arroja evidencia de esta dinámica al registrar que cerca de 30.000 habitantes de Florencio Varela residían fuera del distrito en el 2005. Esta migración conlleva una ocupación irregular de la tierra y la construcción de viviendas precarias ocupadas por matrimonios y familias jóvenes que buscan una radicación definitiva. De esta manera se configura un medio urbano caracterizado por población joven que en una proporción importante habita viviendas precarias con déficit de servicios básicos.

Según el Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2010 el 20,8 % de la población de Florencio Varela vivía con necesidades básicas insatisfechas (NBI)¹. Esta población habitaba en el 17,1 % de los hogares del distrito. El indicador de Vivienda inconveniente (NBI1) representó al 8 % de los hogares y el indicador Hacinamiento crítico (NBI3) el 7,3 % del total de hogares, evidenciando que las inadecuadas condiciones de la vivienda son el principal tributario a la pobreza estructural.

Problema abordado

El dispositivo "Primera Noche" se propuso abordar el impacto que tienen las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) en la morbi mortalidad de los lactantes pequeños en contextos de pobreza y vulnerabilidad social. Este impacto negativo se expresa en defunciones por causa respiratoria y defunciones domiciliarias. El grupo etario menor de 2 años es el más afectado por las IRAb todos los inviernos, y el que registra la mayor mortalidad por esta causa. Las Causas Respiratorias son la tercera causa de muerte infantil en Argentina con una participación proporcional del 7 % y afectan particularmente a lactantes en el período postneonatal (de 28 días a menos de 1 año), grupo en el cual son la segunda causa de muerte con una proporción del 21 %².

El brote de IRAb que se produce todos los inviernos incrementa las consultas y satura los servicios públicos de salud, tanto ambulatorios (Centros de Atención Primaria de la Salud) como de internación (Hospitales). Las IRAb representan el 60 % de las consultas pediátricas y más del 70 % de las internaciones en estos servicios^b.

Como factores de riesgo medio ambientales o sociales para padecer IRA baja se enuncian el hacinamiento, madre analfabeta funcional, madre adolescente, contaminación ambiental y tabaquismo. La edad menor a 3 meses, el bajo peso y la prematurez son algunos de los factores de riesgo para padecer una forma grave de IRA baja³.

La bibliografía que analiza la mortalidad infantil por causa respiratoria la asocia a la defunción infantil ocurrida en el domicilio. Una investigación realizada por la Fundación

^b Censo diario del Hospital Zonal Mi Pueblo. Florencio Varela

INFANT en conjunto con las Secretarías de Salud de los Municipios de Lomas de Zamora y Florencio Varela durante los años 2014 a 2016, encontró una fuerte asociación entre las defunciones domiciliarias y la presencia de infección respiratoria: el 60 % de los lactantes que habían fallecido en el hogar tenían indicios de cursar una infección respiratoria⁴. Existe una distribución estacional de las defunciones en el hogar similar a la distribución de defunciones de causa respiratoria y a las defunciones post neonatales en general. La defunción en el hogar participa en una importante proporción de la mortalidad infantil post neonatal. En Argentina, en 2012 las muertes en el hogar representaron el 27 % de la mortalidad en edad post neonatal y en 2013, en la Provincia de Buenos Aires, fueron el 35 % de las defunciones post neonatales⁵. Las defunciones domiciliarias suelen agruparse en la denominación de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (MSIL) que tiene componentes explicados y no explicados⁵. En el grupo de defunciones explicadas se encuentran las infecciones respiratorias y la sofocación accidental en la cama, esta última asociada a factores de riesgo conocidos como colecho, hacinamiento y hábito tabáquico.

Objetivos

Los objetivos propuestos al ponerse en práctica el programa "Primera Noche" en el mes de junio de 2014 fueron los siguientes:

Objetivo General:

Disminuir el impacto de las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) en la morbi mortalidad de lactantes menores de 1 año durante el brote invernal en Florencio Varela

Objetivos específicos:

- Producir mejoras en la red de servicios asistenciales para el acceso y la continuidad de atención por IRAb
- Incorporar el seguimiento y la atención domiciliaria de niños y niñas con IRAb a cargo de enfermería
- Incorporar la valoración de la vulnerabilidad social en el marco de la atención de los niños y las niñas afectadas por IRA bajas
- Empoderar a las familias en sus capacidades de cuidado del lactante con IRAb
- Determinar el impacto del programa en comparación con años previos en el mismo distrito y con otros distritos de la región sanitaria en mismo período.





Secretaría de Salud de Florencio Varela

El Programa o Dispositivo denominado “Primera Noche” fue ejecutado desde el 01 de junio de 2014 por la Secretaría de Salud de Florencio Varela. Esta dependencia municipal tiene a su cargo la gestión de 40 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los cuales están dotados de equipos interdisciplinarios integrados por medicina en las especialidades básicas (Pediatría, Toco ginecología, Clínica Médica, Medicina General), enfermería, obstetricia, admisión, trabajo social, salud mental, odontología, promotor de salud. Dos CAPS funcionan como Centros de Referencia para consultas ambulatorias en especialidades como diabetología, cardiología, nutrición, psiquiatría, embarazo de riesgo y servicios de diagnóstico (Ecografía, rayos, mamografía). También de dependencia municipal e integradas al proyecto SAME de la provincia de Buenos Aires, operan seis bases de ambulancias con médico las 24 horas para la atención de la emergencia prehospitalaria y de vía pública. La red pública asistencial se completa con el Hospital Zonal General Mi Pueblo (Provincial) y el Hospital Néstor Kirchner de la red El Cruce (SAMIC). La red de servicios asistenciales así constituida se vincula por distintos mecanismos y procedimientos que se denominan “Mecanismos de Referencia y Contrarreferencia”, los mismos consisten en procedimientos administrativos y tecnológicos que tienen el objetivo de orientar y contener la circulación del usuario dentro de los distintos niveles del sistema, por ejemplo: red de laboratorio descentralizado en cada CAPS para toma de muestra y centralizado en Hospital El Cruce para procesamiento, sobre un soporte informático que digitaliza los resultados; derivación de embarazo de mediano y alto riesgo desde los CAPS al Hospital; solicitudes de interconsultas ambulatorias con especialidades médicas y de diagnóstico por imágenes desde los CAPS hacia el Hospital Mi Pueblo y el Hospital El Cruce; alta referenciada del recién nacido y la madre desde la maternidad del Hospital Mi Pueblo a cada CAPS con turno reservado para el primer control. Un nodo clave para garantizar estos procesos es la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Hospital Mi Pueblo. Ésta es una dependencia jerarquizada como Jefatura de Departamento de la Secretaría de Salud Municipal que funciona dentro del hospital provincial y vincula y sostiene los procesos descriptos. Esta Oficina tiene un rol clave en la operatoria del dispositivo “Primera Noche” que aquí se describe.

Marco normativo de la experiencia

El dispositivo Primera Noche fue incluido normativamente en el Programa Materno Infantil. Este programa tiene una persona responsable y un equipo que trabaja en la formulación de normas de trabajo y capacitación para la atención de ese grupo poblacional e incluye la normatización de atención prenatal, el control de niños y niñas sanas y la atención de patologías prevalentes de la infancia. Dentro de este conjunto de normas y procedimientos se encuentra el Programa de Atención de las IRA bajas que tiene por referencia normativa las dictadas por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. De esta manera podemos decir que este dispositivo es parte del programa

de IRAb que el Municipio pone en marcha todos los años en el período invernal (Junio a Agosto). Dicho Programa incluye la implementación de una modalidad de Internación Abreviada de los casos de IRAb moderados y graves, la capacitación del personal de enfermería para la atención y la provisión de un grupo de medicamentos críticos para la atención, especialmente broncodilatadores en aerosol y antibióticos. Un decreto municipal declara de interés municipal las acciones del Programa de IRA bajas.

La ejecución y coordinación operativa del dispositivo estuvo a cargo de la Dirección de Atención Primaria de la Salud y el diseño de registros, procesamiento de datos y reportes es realizado por el Área Técnica y de Programas dependiente directamente de la Secretaría de Salud.

Caracterización de la situación previa

En los tres años previos a la puesta en marcha del dispositivo (2011 a 2013) las tasas de mortalidad infantil y mortalidad post neonatal de Florencio Varela presentaron valores por encima de la Región Sanitaria VI y del promedio provincial casi invariablemente. En la tabla se presentan los datos comparativos de las 3 jurisdicciones:

Tasa de mortalidad infantil, Buenos Aires, Región VI y Florencio Varela, 2011 a 2013

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2011	11,7 ‰	13,0 ‰	15,2 ‰
2012	11,4 ‰	12,0 ‰	11,7 ‰
2013	10,9 ‰	12,2 ‰	14,3 ‰

Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

La tasa de mortalidad post neonatal, generalmente asociada a las condiciones de vida y el ambiente, en Florencio Varela siempre se mantuvo encima de los valores regionales y provinciales para igual período:

Tasa de mortalidad post neonatal, Buenos Aires, Región VI y Florencio Varela, 2011 a 2013

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2011	4,4 ‰	4,8 ‰	6,9 ‰
2012	3,9 ‰	4,1 ‰	5,5 ‰
2013	3,7 ‰	4,2 ‰	6,8 ‰

Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires



Las defunciones ocurridas en el hogar en Florencio Varela representaron el 36,7 % de las defunciones post neonatales en el período 2011 a 2016^c.

Los datos de mortalidad permiten plantear la hipótesis de un fuerte peso de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud sobre una mortalidad post neonatal que se encuentra por encima de los valores regionales, reforzada esta idea por la elevada proporción de defunciones infantiles ocurridas en el hogar identificadas como MSIL, coincidentes con el brote de IRAb y la estación de bajas temperaturas. La caracterización socio demográfica del distrito alerta sobre las condiciones vulnerables del hábitat en vastos sectores de la población joven de Florencio Varela expresadas en hacinamiento, déficit de materiales constructivos y formas inseguras de calefacción.

En relación con los procesos asistenciales que se dan durante los meses invernales en la red local de servicios de salud, la saturación de los servicios de atención ambulatoria, de emergencia e internación se agudiza en el período estudiado (invierno). El servicio de pediatría del Hospital Mi Pueblo duplica sus egresos (60 y 70 niños internados según censo diario) sobre su capacidad (30 camas pediátricas de dotación) y la guardia de emergencias trabaja con la modalidad de Internación Abreviada (protocolo de 1 ó 2 horas en ciclos de broncodilatadores) para acelerar la recuperación y el alta de los casos de IRAb. El ritmo e intensidad de trabajo admite la hipótesis de que existirían errores o fallas del proceso de atención expresadas en altas precoces a lo que deben agregarse las deficitarias condiciones sociales para el cuidado en el hogar posteriores al alta hospitalaria; estas condiciones ambientales no podrían ser correctamente evaluadas en el ámbito de una consulta de emergencia que se centra casi exclusivamente en la evaluación clínica, así como dicho ámbito no sería el propicio para una correcta interpretación y empoderamiento del adulto/a cuidadores.

Descripción del dispositivo

El dispositivo consiste en el seguimiento en el hogar de los lactantes menores de un año atendidos por una IRA baja moderada o grave en el Hospital Mi Pueblo el mismo día del alta o dentro de las primeras 12 horas de egreso. La visita es realizada por un equipo centralizado de enfermería siguiendo un protocolo de acción que también contempla el registro de datos objetivos y observaciones cualitativas.

La propuesta de un dispositivo centralizado para seguimiento domiciliario de niños con IRAb se sustentó en dos criterios clasificatorios: riesgo biológico y riesgo socio ambiental. La identificación, entre los miles de casos de IRAb en la estación invernal, a un centenar (500 y más) de casos moderados-graves sería un procedimiento de selección de un grupo

c Elaboración propia sobre la base de datos de mortalidad infantil provista por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio e Salud de Provincia de Buenos Aires



de riesgo (biológico). Ya que los casos moderados-graves requieren la observación o internación en ambiente hospitalario, esto hace del Hospital Mi Pueblo el efector privilegiado donde identificar o captar a estos niño@s. Para ese grupo "de riesgo" se diseñó un dispositivo centralizado que permitiría estandarizar una intervención valorando en el domicilio las condiciones ambientales y de cuidado (riesgo socio ambiental), especialmente en las horas de sueño. La visita domiciliaria se convierte así en una prestación complementaria orientada a mejorar el cuidado de lactantes en condiciones de vulnerabilidad.

Los niños y niñas asistidos en la Sala de Internación pediátrica o en el Consultorio de Internación Abreviada son identificados por personal de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Secretaría de Salud ubicada en el Hospital Mi Pueblo. Diariamente y pasado el mediodía estos niños de alta son notificados a la Secretaría de Salud y distribuidos en 3 ó 4 circuitos de recorridas para ser visitados por personal de enfermería en móviles de la Secretaría de Salud afectados específicamente a esta tarea.

Cada equipo móvil realizó un número diario de visitas que osciló entre un mínimo de 3 y un máximo de 10 visitas, ejecutándose todos los días de la semana incluidos feriados desde el 01 de junio al 31 de agosto durante los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.

En la prestación "visita domiciliaria" el personal de Enfermería realiza las siguientes actividades:

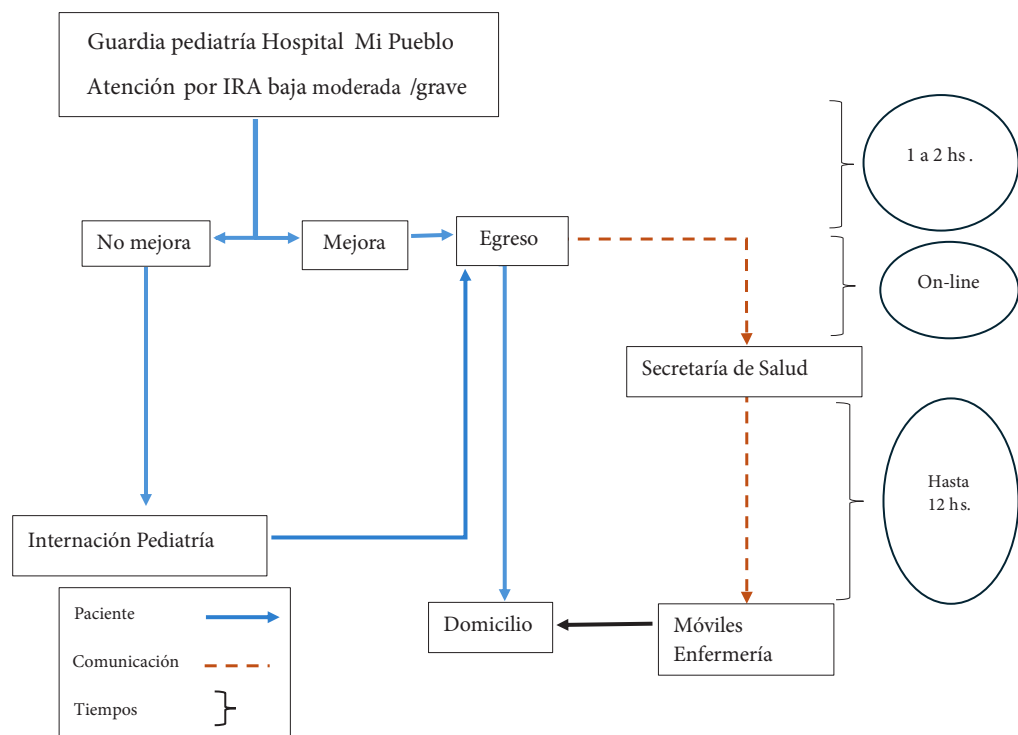
- Evalúa la función respiratoria y condición clínica del niño/a, en algunos casos decidiendo la reinternación en el mismo momento
- Evalúa la disponibilidad de la medicación prescrita y entrega en caso de faltantes
- Corrige y aclara, con más tiempo y en condiciones más apropiadas, las indicaciones y técnicas de administración de la medicación
- Releva y evalúa las condiciones estructurales del hogar: confort, calefacción, ventilación, hacinamiento, materiales constructivos, etc.
- Evalúa y refuerza las capacidades del adulto cuidador/a y el acompañamiento familiar para la atención del niño
- Releva e identifica factores de riesgo reconocidos para MSIL (Tabaquismo, consumos problemáticos, colecho, sueño seguro, madre adolescente, etc) y trabaja sobre los mismos con la familia
- Comprueba la asignación de turno programado en el CAPS de referencia para control dentro de las 48 hs y gestiona telefónicamente el mismo en caso de no haber sido otorgado.

- Registra los datos objetivos y sus observaciones en planilla diseñada ad hoc.

Finalizado el recorrido diario el personal del equipo móvil entrega en la sede de Secretaría de Salud los registros de las visitas realizadas. Personal administrativo va dando entrada en una base de datos Excel a todas las visitas.

Semanalmente se realiza una reunión de trabajo de todo el equipo donde se evalúa el desempeño, se detectan inconvenientes, se capacita, se discuten otras intervenciones posibles y se toman decisiones.

Algoritmo del dispositivo primera noche



Implementación, acuerdos, intersectorialidad

El dispositivo se puso en funcionamiento en junio del año 2014. Se ejecutó durante los meses de junio, julio y agosto de cada año. Continuó ejecutándose durante los siguientes 4 años (2015, 2016, 2017 y 2018) sin grandes modificaciones, pero con ajustes en sus procesos.

El principal acuerdo de gestión fue el realizado con el Hospital Mi Pueblo y su servicio de pediatría, de dependencia provincial, que permitió el acceso a través de la oficina de referencia y contrarreferencia (de dependencia municipal) al momento de atención en guardia de pediatría y la notificación de altas en tiempo real. En esos tres meses se incorporó personal de enfermería municipal a la guardia de pediatría.



La implementación del dispositivo no implicó grandes conflictos, aunque significó una redefinición de la forma de asignar el fondo de becas de enfermería, pasando de la modalidad de incentivo del personal de enfermería en funciones en su Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a la de contratación de un grupo menor de enfermeras para esta nueva y específica tarea de visita domiciliaria. Esta decisión generó tensiones en el sector de enfermería, pero en virtud de la eficiencia y transparencia esta nueva asignación se imponía como correcta pues se pasaba del pago de un incentivo estacional (los 3 meses de invierno) al pago por una tarea adicional y en contra turno.

Otra tensión que se dio fue hacia adentro de los equipos de salud de los CAPS en términos conceptuales y de competencias. Algunos profesionales y trabajadores de los CAPS manifestaron desacuerdo con la creación de un dispositivo centralizado con un equipo específico para realizar una tarea que sería competencia de efectores del primer nivel de atención, encontrando colisión con las tareas de perfiles como las y los Promotores de Salud de cada CAPS. Las Promotoras de Salud, una por CAPS, realizaron regularmente rondas y visitas domiciliarias auxiliares al control de lactantes de su CAPS. Para no desconocer o invadir sus competencias en 2017 se les asignó el trabajo en una campaña de "Sueño seguro" vinculada a las condiciones de nocturnidad en hogares pobres.

Un importante desafío que surge cuando el sector salud aborda la complejidad social de sus problemas, es la de encontrarse con problemas que no son resorte suyo. Surge la necesidad de articular intersectorialmente, pero esta articulación intersectorial, especialmente con las áreas sociales, no es fácil ni está totalmente incorporada en el día a día, máxime cuando se trabaja en contextos urbanos con grandes carencias y demandas sociales que ya están identificadas y asistidas por otras vías o programas. Esta articulación permitió, con discontinuidad, morigerar una carencia como fue la de moisés o cunas para garantizar el "sueño seguro" del bebé, parcialmente asistida en algunos años. La característica del problema y su ligazón con el hábitat pone en evidencia el problema habitacional de vastos sectores de una manera dramática, máxime cuando epidemiológicamente se pone en evidencia su peso en la defunción infantil (Más del 30 % de las defunciones postneonatales ocurridas en el domicilio).

Los 3 primeros años permitieron ir ajustando su funcionamiento y el número de visitas realizadas fue estable alrededor de 300 en el trimestre. Uno de los principales inconvenientes observado en los primeros años fue la localización efectiva de los domicilios: en 2015 y 2016 se localizó a menos del 70 % de los hogares. Se mejoró la eficiencia ajustándose los mecanismos de comunicación entre los nodos del dispositivo (Hospital, Secretaría de Salud, Móviles), fue así como en 2017 se llegó a la localización del 94 % de los hogares de los lactantes contrarreferenciados. También en 2017 se mejoró la captación o identificación de pacientes próximos a egresar del Hospital Mi Pueblo; esta combinación permitió que este (2017) fuese el año con mayor número de lactantes efectivamente visitados y evaluados en su hogar (739), a pesar de no tratarse de un año epidémicamente complejo.

El sistema de registros fue diseñado y supervisado por un equipo o Área Técnica independiente pero en interacción con las áreas operativas, lo cual permitió el monitoreo, la mejora continua y la medición de resultados que se describe más adelante.

Recursos humanos y perfiles

El dispositivo Primera Noche involucra a personal de enfermería, administrativo y choferes en las tareas operativas. El personal administrativo se desempeña en la oficina de Referencia y Contrarreferencia del hospital; si bien esta oficina funciona todo el año, en este período se refuerza su horario de funcionamiento hasta las 20.00 hs y se asignan horas a las rondas de la guardia para la identificación y notificación de lactantes próximos al alta del Consultorio de Internación Abreviada incorporándose 2 enfermeros a esta tarea. También se refuerza el personal administrativo de la Secretaría de Salud para la recepción de los egresos, el armado de los circuitos de visitas, la preparación de registros, su recepción al finalizar la recorrida diaria y la carga de datos.

Nueve enfermeras integran el staff de visita, organizadas de manera de cubrir todos los días de la semana desde las 14.00 hs a las 20.00 hs. Un grupo cubre domingos y feriados y regularmente salen 3 móviles al día para la recorrida pudiendo incorporarse un cuarto vehículo en la semana de mayor demanda.

Tres o cuatro choferes se desempeñan en el horario de 14.00 a 20.00 hs para trasladar a las enfermeras a los domicilios a visitar.

El Área Técnica de la Secretaría de Salud, conformado por un equipo interdisciplinario que cumple funciones vinculadas al procesamiento de información y producción de informes estadísticos para apoyo de la gestión, revisa los registros de visita y su carga, procesa la información y produce un informe consolidado semanalmente.

Financiamiento:

El financiamiento del dispositivo es mixto: municipal y provincial. Sobre la base de personal ya designado, las extensiones horarias se financian con fondos que desde hace varios años el Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires asigna al Programa de control de las IRA bajas. Estos fondos son un monto fijo por municipio calculado por la Región Sanitaria VI y originalmente fueron definidos para generar designaciones y ampliaciones horarias de enfermería para el refuerzo de la atención en los CAPS durante el brote de IRAb. El Ministerio propone usar los fondos en la designación de enfermeros y personal para carga de datos y establece el valor de la hora y regímenes de 15 ó 20 horas semanales de dedicación. Tiene una vigencia de 3 meses: junio, julio y agosto.



En el año 2014 la Secretaría de Salud elevó a la Región Sanitaria VI la propuesta de reasignar esos fondos para financiar el dispositivo "Primera Noche", de manera de poder incorporar a los choferes y a personal administrativo no exclusivamente para carga de datos y dedicar al personal de enfermería a las tareas de visita y seguimiento domiciliario. Con la aprobación del proyecto se dio inicio en junio 2014 a la primera experiencia del dispositivo que aquí se describe.

Mecanismo de seguimiento y monitoreo:

Como se explicó anteriormente el Área Técnica y de Programas de la Secretaría de Salud es la responsable de la elaboración de registros y procesamiento de los datos, mientras que la Dirección de Atención Primaria de la Salud y sus efectores es responsable de la ejecución del dispositivo.

Un conjunto de normas establece el procedimiento como se describió anteriormente. Las enfermeras al momento de la visita completan una planilla de registros donde además de identificar a la familia registran el estado clínico del lactante y relevan un conjunto de datos referidos especialmente a factores de riesgo vinculados a las IRA bajas, especialmente los que permiten describir las características y las deficiencias del hábitat, la existencia de hacinamiento y las capacidades de cuidados de padres y madres. Estos registros se cargan a una base de dato al día siguiente de cada visita.

Semanalmente el Área Técnica prepara un reporte cuantitativo actualizado de las prestaciones dadas, así como revisa la completitud de los registros. Con ese informe se realiza una reunión semanal de evaluación a la que el equipo de enfermería aporta información cualitativa de sus observaciones e intervenciones. En esta reunión semanal de monitoreo participan las áreas ejecutivas y las de programación, lo que ha permitido llevar adelante un proceso de mejora permanente.

De esta manera el dispositivo cuenta con un sistema de monitoreo con sus indicadores cuantitativos y observaciones cualitativas y un grupo de indicadores de impacto como son las tasas de mortalidad infantil, post neonatal y número absoluto por causa (respiratoria) y lugar de ocurrencia (domicilio) elaborados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Resultados:

En los 4 años que se analizan (2014 a 2017) fueron visitados 1701 lactantes menores de un año, representando estos el 77 % del total de egresos notificados e identificados por la Oficina de Referencia-Contrarreferencia del hospital (2212).





Egresos por IRAb Hospital Mi Pueblo y visitas efectivas de cada año

AÑO	Egresos	Visitas	Cobertura*
2014	433	301	70 %
2015	500	333	67 %
2016	495	328	66 %
2017	784	739	94 %
TOTAL	2212	1701	77 %

*Cobertura: proporción de lactantes visitados sobre egresados.

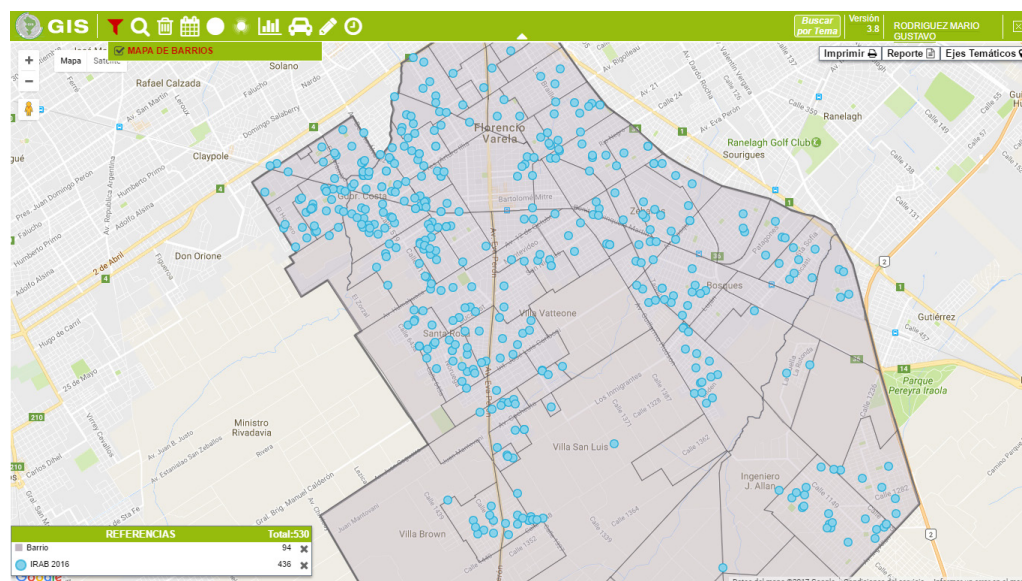
Los principales resultados del trabajo fueron los siguientes:

- La edad promedio de los lactantes visitados fue de 5,4 meses, el 51 % de ellos era menor de 5 meses y el 31 % menor de 3 meses de edad.
- Todas las visitas fueron georreferenciadas configurando un mapa de la Infección respiratoria en la infancia. Sobre un total de 40 CAPS del distrito, en el área programática de 12 CAPS se georreferenció el 51 % de los casos.
- Se construyó un corredor endémico por semana epidemiológica observándose distintos comportamientos en cada año: en 2014 y 2017 el pico fue en semana 26, en 2015 y 2016 en semana 23.
- El 3 % de los lactantes visitados requirieron ser reinternados en la misma visita.
- El 17 % de las viviendas visitadas fueron clasificadas como deficitarias según materiales constructivos.
- Se observó colecho en el 70 % de los niños/as y 51 % dormía en forma incorrecta (boca abajo o de costado).
- En el 45 % de los hogares alguien fumaba.

Imagen de la Georreferencia de niños/as visitados por Primera Noche, año 2016.

Tomando como ejemplo uno de los años de ejecución del proyecto, se puede observar que de los los 495 niños externados durante el 2016, 442 de ellos (89 %) fueron geocalizados (fig. 1)

Fig. 1. Georreferenciación de casos IRab externados durante el año 2016



Evaluación del impacto de la experiencia:

Según datos de mortalidad infantil (Dirección de Información Sistematizada, Ministerio Salud Provincia de Buenos Aires) las tasas de mortalidad infantil y post neonatal del distrito experimentaron un descenso sostenido los 4 años de la intervención, según se presenta en las tablas que siguen:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mortalidad Infantil	15,2%o	11,7%o	14,3%o	12,6%o	10,1%o	9,9%o	9,6%o
Mort.Post neonatal	6,9%o	5,5%o	6,8%o	5,9%o	4,0 %o	4,4%o	3,2%o

El comportamiento de estos dos indicadores tomados para evaluar un posible impacto de la intervención (mortalidad infantil y post neonatal) no fue el mismo en los territorios que comprenden al distrito de Florencio Varela (Región Sanitaria VI y Provincia), y fundamentalmente los valores históricamente más elevados de Florencio Varela fueron acercándose a los de la Región VI y la Provincia, incluso llegando a colocarse debajo del promedio regional o igualando la tasa de la Provincia, en algunos años. La tendencia fue un descenso sostenido de la mortalidad infantil a expensas del componente post neonatal.

Comparativo mortalidad infantil (Buenos Aires, Región VI y Fcio Varela), 2014-2017

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2014	10,4 ‰	10,5 ‰	12,6 ‰
2015	9,9 ‰	10,3 ‰	10,1 ‰
2016	9,9 ‰	11,2 ‰	9,9 ‰
2017	9,5 ‰	9,8 ‰	9,6 ‰

Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

Comparativo mortalidad post neonatal (Buenos Aires, Región VI y Fcio Varela), 2014-2017

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2014	3,7 ‰	4,0 ‰	5,9 ‰
2015	3,3 ‰	3,9 ‰	4,0 ‰
2016	3,6 ‰	4,1 ‰	4,4 ‰
2017	3,2 ‰	3,4 ‰	3,2 ‰

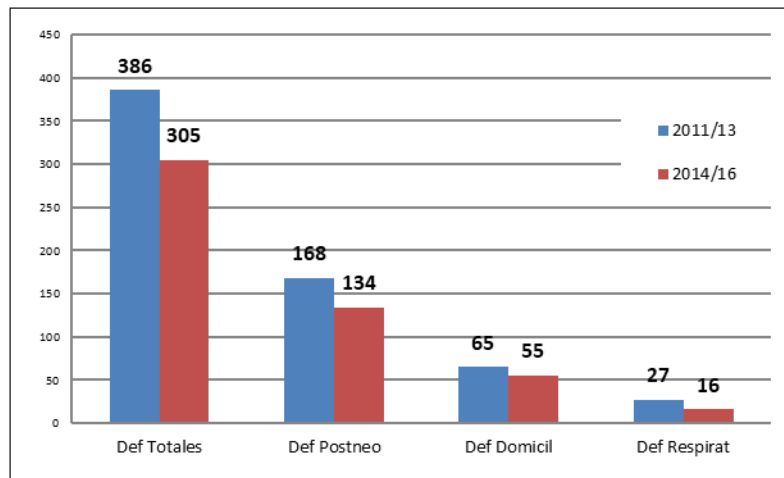
Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

	Tasa más baja
	Tasa intermedia
	Tasa más elevada

Si bien ambos indicadores analizados (Tasas de mortalidad infantil y post neonatal) podrían estar influenciados por otras múltiples variables, el comparativo de los mismos tanto dentro del mismo distrito en dos momentos o trienios pre y post intervención, como con la tendencia en la Región VI y la Provincia, muestran claras diferencias con un descenso sostenido en Florencio Varela.

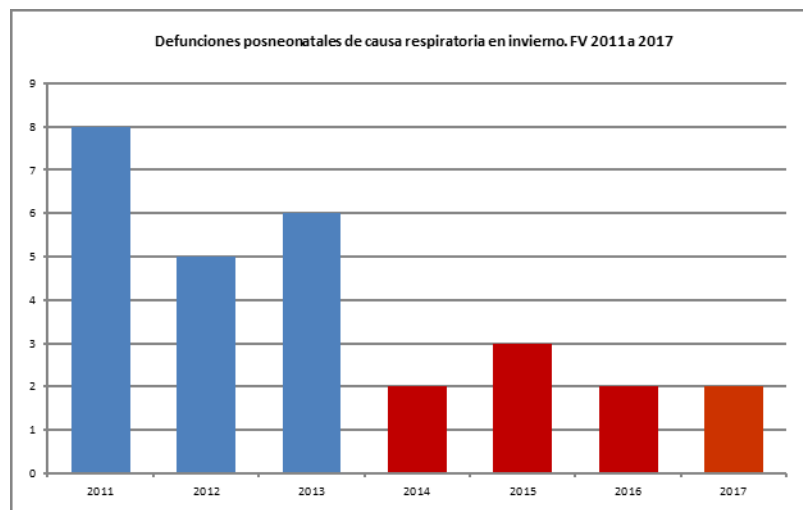
El análisis de los valores absolutos de mortalidad infantil, post neonatal, de causa respiratoria y domiciliaria del distrito de Florencio Varela, comparando el trienio previo a la intervención (2011 a 2013) con el primer trienio de trabajo (2014 a 2016) se presenta en el siguiente gráfico:

Número de defunciones infantiles totales, post neonatales, domiciliarias y de causa respiratoria en los dos trienios en Florencio Varela



Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

En el análisis limitado al período invernal en el que se ejecuta el dispositivo (junio a agosto), se observa un significativo descenso de las defunciones de causa respiratoria en el grupo post neonatal durante los años de intervención, según gráfico:



Elaboración propia con datos obtenidos de la base de datos de mortalidad por causa de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

Sustentabilidad de la propuesta en el tiempo

Como se comentó en la introducción con posterioridad al período evaluado en este trabajo el dispositivo continuó ejecutándose con modalidad operativa y registros semejantes, lo cual puede considerarse un logro importante.



Datos provistos por la Secretaría de Salud de Florencio Varela muestran el alcance y continuidad:

Visitas realizadas por el dispositivo "Primera Noche" a lactantes menores de un año (2018-2025)

2018:	668
2019:	564
2020:	Pandemia Covid-19
2021:	685
2022:	480
2023:	383
2024:	320
2025:	383

Conclusiones y aprendizaje que dejó la experiencia

El dispositivo descrito constituye una intervención complementaria en la estrategia de atención de las IRA bajas, que incorpora la visita domiciliaria en las primeras horas posteriores a la atención del episodio agudo de aquellos cuadros de mayor gravedad ("Primera Noche" en el hogar), como prestación novedosa. Se focaliza en lactantes menores de un año, con una concentración en las edades comprendidas entre 1 mes y 4 meses (cerca del 50 % de la casuística). La intervención alcanzó una importante escala llegando a 1701 niños/as visitadas en los 4 años. Ha permitido una valoración de las condiciones de hábitat y capacidades de cuidado de las familias en un contexto de vulnerabilidad, operativizando dicho concepto en la asistencia. Se ha encontrado evidencia directa e indirecta de posibles fallas en el proceso de atención, ya sea por la no disponibilidad de medicamentos ambulatorios, la no comprensión de las indicaciones al alta y probables externaciones prematuras, especialmente considerando que entre el 3 y el 4 % de los lactantes visitados fueron reinternados no obstante su reciente egreso (siempre menor a 12 horas). Los factores de riesgo conocidos para MSIL (colecho, hábito tabáquico, posición al dormir, hacinamiento) fueron relevados y encontrados presentes en proporciones significativas, motivando intervenciones del personal de enfermería en el sentido del cambio de hábito.

El dispositivo también aportó al concepto y diseño de Red de Servicios, ya que la enriquece agregando una prestación en la modalidad de visita en el hogar, a la vez que cumple un rol de vinculación de esa red garantizando la continuidad de la atención en el Primer Nivel de Atención de los niños y niñas egresadas del hospital.



La incorporación del personal de enfermería en la prestación asignó protagonismo a una profesión que la tradición del sistema de salud ubicaba como auxiliar, demostrando los mismos un compromiso renovado con la profesión y capacidad para profundizar y afianzar su rol en la dimensión del cuidado.

Los datos de mortalidad infantil, post neonatal, de causa respiratoria y defunciones ocurridas en el domicilio comparados en los años antes y durante la intervención alientan a profundizar el análisis y mejorar este tipo de dispositivos, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y déficits del hábitat. Esta intervención se encuadra dentro de la modalidad de adecuación de la respuesta sistémica de los servicios de salud a situaciones de vulnerabilidad social.

La relación que en la bibliografía se hace entre las defunciones infantiles de causa respiratoria y las defunciones domiciliarias merecen un análisis a la luz de su comportamiento en los períodos previos y en los de la intervención: la experiencia muestra un significativo descenso de muertes de causa respiratoria en edad post neonatal en los años intervenidos pero pocas modificaciones de los valores totales de defunciones domiciliarias en iguales períodos. Cabe la hipótesis de dar a los determinantes sociales de la salud, materializados en las condiciones desfavorables del hábitat (vivienda precaria, hacinamiento, etc.) y de pobreza en general, el carácter de Determinantes Sociales de difícil abordaje desde el sistema de salud en comparación con las posibilidades de empoderamiento familiar en sus capacidades de cuidado durante el brote de infecciones respiratorias.

El análisis de los primeros tres años de ejecución del proyecto "primera noche" permite aseverar que existió una reducción de la mortalidad infantil y postneonatal por causas respiratorias en relación tanto con datos históricos como comparativos en dichos años con la región y la provincia. Esta experiencia alienta a trabajar sobre los procesos de micro y meso gestión en el nivel local, la revisión sistemática de los procesos asistenciales, la vinculación y construcción de redes asistenciales, a un empoderamiento de disciplinas consideradas auxiliares de la medicina y a la reorientación de los servicios de salud con un enfoque de equidad.

Referencias bibliográficas:

1. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
2. Finkelstein J, Duhau M, Speranza A, Marconi É, Escobar P. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Arch Argent Pediatr. 2016;114(3):216-22. doi:10.5546/aap.2016.216



3. Moreno L, Ferrero F; Abramovich N, Aguerre V, Bruno M, Calvari M, Ceballos A, Gentile Á, González N, Maffey A, Paba P, Ruvinsky R, Vidaurreta S, Vila F. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Arch Argent Pediatr. 2021;119(4 Suppl):S171-97. doi:10.5546/aap.2021.S171
4. Caballero MT, Bianchi AM, Nuño A, Ferretti AJP, Polack LM, Remondino I, Rodríguez MG, Orizzonte L, Vallone F, Bergel E, Polack FP. Mortality in children in the community associated with acute respiratory infections. J Infect Dis. 2019 Jan 9;219(3):358-64. doi:10.1093/infdis/jiy517
5. Jenik A, Grad E, Orazi V, Sapoznicoff L, Fasola L, Rocca Rivarola M, Jacobi N, Rossato N; Kanopa V, Rubio I, Cohen M. Consenso: consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Sociedad Argentina de Pediatría; 2016.

Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e intervenciones posibles

*Mental health from the margins: context, teams, and
possible interventions*

*Saúde mental desde as margens: contexto, equipes e
intervenções possíveis*



Rosana Teresa Onocko-Campos¹ (ORCID: 0000-0003-0469-5447)

Contacto:

Rosana Teresa Onocko-Campos -Email: rosanaoc@unicamp.br

Filiaciones:

1. Unicamp, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Citar como:

Onocko-Campos RT. *Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e
intervenciones posibles*. Desde Acá. 2025; 5: 66-80.



Resumen

Este ensayo pretende articular algunos datos sobre la situación mundial de la salud mental y las configuraciones de la subjetividad en lo contemporáneo. Las transformaciones del mundo del trabajo, aceleradas en la última década, colocaron gran parte de la población al margen del usufructo de políticas clásicamente consideradas como de “seguridad social”. El “empreendedurismo” lanzó a millones de trabajadores a un nuevo tipo de trabajo a destajo. Dependiendo del momento y del país, esto se agrava por la inestabilidad laboral y el desempleo.

Al mismo tiempo, el discurso ultra neoliberal descalifica los servicios públicos y desfinancia los efectores públicos poniendo en jaque el acceso e impidiendo medidas reparadoras y de rehabilitación social.

En ese contexto, se torna indispensable repensar los dispositivos de salud mental, así como su articulación e - inclusive - cuales serían los parámetros clínicos que pueden darles sustento.

Este ensayo busca presentar algunas propuestas para enfrentar estos desafíos. Salidas que tengan en consideración la historia violenta de colonización y desigualdades de nuestra región latinoamericana.

Palabras Clave: Salud mental, psicoanálisis, políticas públicas.

Abstract

This essay aims to articulate certain data regarding the global situation of mental health and the configurations of subjectivity in contemporary times. Transformations in the world of work, accelerated over the last decade, have placed a large part of the population outside the scope of policies traditionally considered as “social security.” The rise of “entrepreneurship” has pushed millions of workers into a new type of piecework labor. Depending on the moment and the country, this is further aggravated by job instability and unemployment.

At the same time, the ultra-neoliberal discourse discredits public services and defunds public providers, jeopardizing access and preventing reparative measures and social rehabilitation.

In this context, it becomes indispensable to rethink mental health devices, as well as their articulation and—even—the clinical parameters that may provide them with support.

This essay seeks to present some proposals to confront these challenges, considering the violent history of colonization and inequalities in our Latin American region.

Keywords: Mental health, Psychoanalysis, Public policies.

Resumo

Este ensaio pretende articular alguns dados sobre a situação mundial da saúde mental e as configurações da subjetividade na contemporaneidade. As transformações no mundo do trabalho, aceleradas na última década, colocaram grande parte da população à



margem do usufruto de políticas tradicionalmente consideradas como de “seguridade social”. O “empreendedorismo” lançou milhões de trabalhadores em um novo tipo de trabalho por tarefa. Dependendo do momento e do país, isso se agrava pela instabilidade laboral e pelo desemprego.

Ao mesmo tempo, o discurso ultraneoliberal desqualifica os serviços públicos e desfinancia os efetores públicos, colocando em xeque o acesso e impedindo medidas reparadoras e de reabilitação social.

Nesse contexto, torna-se indispensável repensar os dispositivos de saúde mental, bem como sua articulação e — inclusive — quais seriam os parâmetros clínicos que podem lhes dar sustentação.

Este ensaio busca apresentar algumas propostas para enfrentar esses desafios, levando em consideração a história violenta de colonização e desigualdades de nossa região latino-americana.

Palavras-chave: Saúde mental, psicanálise, políticas públicas



Salud mental desde los bordes: contexto, equipos e intervenciones posibles



Rosana Teresa Onocko-Campos

Introducción

La noción de cuidado se ha vuelto clave para el análisis y la investigación social y gerontológica, como así también para el diseño de políticas de cuidados en el marco de las agendas internacionales de derechos de las personas mayores como en las de las políticas públicas.

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles, entre lo que se necesita urgentemente y lo que está disponible para reducir la carga. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Los trastornos MNS interfieren de forma sustancial con la capacidad de los niños para aprender y la capacidad de los adultos para funcionar adecuadamente en la familia, en el trabajo y en la sociedad en general.¹

En los últimos años, las investigaciones han demostrado la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicosociales en el nivel de atención no especializada.

Algunos estudios indican que, aunque los abordajes sean diversos, hay una substancial sobreposición disciplinar. Los artículos de psicología y psiquiatría tienden a concentrarse en las habilidades sociales o las emociones como características de la enfermedad mental, mientras que los artículos de salud pública y ciencias sociales tienden a concen-

trarse en las relaciones sociales, el estatus o en el contexto como determinantes de la enfermedad mental. En medicina, los artículos publicados se concentran en los resultados sociales de la enfermedad mental. Áreas de potencial crecimiento son los particularmente escasos proyectos de investigación acción basados en abordajes sociales. Esas interfaces son necesarias si deseamos una colaboración interdisciplinar más eficaz².

Como destacan Shin et al,

At present, most healthcare systems are reactive, focusing on symptom control. They over-emphasize impairments, disorders, disabilities, and risk factors, without sufficient attention to individuals' and communities' strengths, positive psychosocial characteristics, protective and preventive factors, and the promotion of well-being. This disorder-oriented approach may contribute to a broadening gap between the healthcare service needs of the rapidly increasing urbanized world population and the supply of adequately qualified healthcare providers.³ (p 1) ¹

Ese énfasis en los “trastornos”, como destacan los autores citados, negligencia fundamentalmente los determinantes sociales e – incluso – comerciales de la salud mental.

La propia Organización Mundial de Salud con su clásica definición de salud como “*completo bienestar bio-psico-social*”, acuñada en 1948 y sostenida a lo largo de los últimos casi 80 años, dio pie a la medicalización de todo tipo de malestar e injusticias. Frecuentemente, bromeo con mis estudiantes de medicina que no se trata de la definición de la salud sino de la definición de un orgasmo o de un estado de intoxicación aguda...

Gambetear el malestar, soportar la tristeza o la rabia y darles destinos socialmente aceptables es parte del proceso de madurar psíquico nos enseñó Winnicott⁴. Veamos cuáles son las principales dificultades que tenemos en el sur global.



1. “Actualmente, la mayoría de los sistemas de salud son reactivos y se centran en el control de los síntomas. Exageran las deficiencias, los trastornos, las discapacidades y los factores de riesgo, sin prestar suficiente atención a las fortalezas de las personas y las comunidades, las características psicosociales positivas, los factores de protección y prevención, y la promoción del bienestar. Este enfoque centrado en los trastornos puede contribuir a una brecha cada vez mayor entre las necesidades de servicios de salud de la creciente población mundial urbanizada y la oferta de profesionales de la salud adecuadamente cualificados” (traducción de la autora)

De que se sufre en lo contemporáneo de cara al sur

América latina fue fundada sobre un genocidio indígena. Ese genocidio perpetró también un epistemicidio, pues hemos perdido numerosas referencias y hasta lenguas nativas. El proceso colonizador acrecentó la violencia esclavista en numerosos países de la región variando solamente la duración y la cantidad de esclavizados. No hubo - en nuestros países - políticas reparadoras y la abolición significó para muchos la exclusión social. Las y los esclavizados y sus descendientes fueron arrastrados a los márgenes de las ciudades, creando los emergentes bolsones de pobreza, y sometidos al racismo más abyecto. Violencia y racismo se entrelazan en nuestra historia de forma indisoluble.

Continuamos siendo una región con altos índices de violencia, desigualdad extrema y cercenamiento del acceso a los derechos humanos fundamentales. Con sistemas educativos y de salud inequitativos, abandono de las infancias, desamparo de las vejeces.

No es necesario ser muy imaginativo para percibir que toda esa situación, sin dudas, afecta la salud mental de gran parte de la sociedad. Otros estudios ya mostraron esto con relación a los casos de psicosis en el contexto europeo⁵. Estudios brasileiros también destacaron la relevancia de las variables socioeconómicas con relación a la salud mental infantil⁶.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la transmisión transgeneracional de la violencia es un factor importante y de efectos deletéreos. En otros trabajos hemos defendido que la política pública precisa incorporar dispositivos específicos para intervenir en esa situación y que la reproducción de la violencia no es atávica^{7,8}.

Winnicott afirmaba⁹ que una democracia sólo podría existir donde hubiera suficiente cantidad de personas con un grado razonable de madurez mental. Para este autor, el proceso de maduración psíquica precisa que la agresión primaria sea tolerada y los mecanismos de reparación puedan actuar⁹. De esta forma, podemos estimar que, en la realidad latinoamericana, se coloca esa posibilidad en jaque al no propiciar un acceso equitativo a las políticas que podrían contribuir con ese ejercicio de reparación psíquica, social y cultural.

En un trabajo anterior¹⁰, llamé a esa fragilidad (que hace que los adultos no sean psíquicamente maduros) “falla de la función adulto”. Muchas personas adultas que vemos – inclusive en nuestros servicios públicos – sufren importantes fragilidades narcisistas que hacen que precisen ser reparadas todo el tiempo, lo que se manifiesta en la necesidad permanente de sentirse amadas u obedecidas (lo cual es incompatible con educar a otro ser humano, por ejemplo). O se estructuran como falsos *selves* tornando-se rígidas, poco creativas y - lo que es peor - muchas veces crueles, sádicas y autoritarias. Será muy difícil interrumpir ese ciclo secular de violencia e injusticias si no contamos con maneras de fortalecer y propiciar un amparo adulto y maduro para nuestras infancias.



Veamos ahora de qué manera podríamos enfrentar algunas de esas cuestiones en nuestros servicios públicos de salud, asistencia social y educación.

De que sufren nuestros sistemas de cuidados y sus trabajadores

Nuestros sistemas de salud, asistencia social y educación sufren de sub-financiamiento crónico. En el actual contexto latinoamericano, así como en muchos países del Sur Global, el debate sobre políticas públicas siempre es apagado por los argumentos fiscalistas, y las políticas públicas continúan compitiendo entre sí por recursos escasos. En Brasil, por ejemplo, estudios estiman que una reducción de un punto porcentual en la tasa Selic (tasa básica de interés), mantenida durante un año, reduciría la deuda bruta de Brasil en un 41,4%, lo que equivale aproximadamente al 0,4% del PIB brasileño¹¹.

Esta crisis crónica (que el genial pensador brasileiro Darcy Ribeiro denunció con relación a la educación diciendo: “*la crisis de la educación brasileira no es una crisis, es un proyecto*”) fragiliza la capacidad de respuesta de nuestros servicios públicos, sea por falta de personal, por la infraestructura deteriorada e insuficiente, como también por la carencia de capacitación adecuada de las y los agentes públicos.

Winnicott¹² decía que los objetos intermediarios debían estar disponibles en el lugar y en el momento oportuno, de modo que el niño pudiese imaginar que los había creado. Siguiendo esa idea de los objetos intermediarios, la investigadora norteamericana Bonnie Honig¹³ propuso que pensemos las cosas públicas como objetos intermediarios necesarios para la recreación democrática. Ellas deberían estar allí, disponibles en el momento y en el lugar en que sean necesarias, “invisibles a plena vista” como la madre suficientemente buena winnicottiana.

Acompañando en paralelo el raciocinio de Honig¹³, para que los servicios públicos cumplieren este lugar estructurante de “objetos intermediarios para la recreación democrática” de nuestras sociedades, sería imprescindible que tuviésemos espacios que permitan los procesos reparadores a los que nos referimos anteriormente, condición para propiciar que contemos cada vez con más ciudadanos y ciudadanas con un grado de madurez psíquica adecuada para sustentar la democracia y el desarrollo de las generaciones futuras. Personas adultas que funcionen como tales.

El neoliberalismo, por el contrario, estimuló y estimula la degradación de las cosas públicas, su desguace y desmantelamiento.

Las prácticas gerencialistas, con sus vestimentas eficientistas, degradaron hace tiempo las prácticas de numerosos trabajadores de la salud, del trabajo social y de la educación. Carentes de capacitaciones, sometidos a condiciones de trabajo indignas y estresantes,



sin espacios “suficientemente tróficos” para recrear la esperanza en las instituciones,¹⁴ las y los trabajadores se burocratizan.

...el fracaso de la ilusión institucional priva a los sujetos de importantes satisfacciones y debilita el espacio psíquico común de inversiones imaginarias que apoyarán la realización del proyecto de la institución.¹⁴ (p 34)

La burocratización funciona como una defensa psíquica para esas personas trabajadoras, pues les evita entrar en contacto con tanto dolor y sufrimiento. Pero, al hacerlo, simultáneamente, las aísla de las y los usuarios, las aliena de su objeto y objetivo de trabajo y las lanza a un engranaje de repetición y rutinas vacías de sentido. Junto con la alegría y el orgullo por el propio trabajo se pierden también la politización y la capacidad de juntarse con otras personas para mejorar las cosas. Muere la militancia.

Silvia Bleichmar enseñaba:

...trabajar significa hacer un trabajo frutífero. Eso significa que nuestro trabajo no es simplemente una rutina. Significa que no vamos simplemente seguir un cronograma, pero que creemos en la posibilidad de mejorar lo que existe o de producir algo nuevo. Y me parece que, para merecernos ese sentimiento, tenemos también que tener la confianza de que vamos a producir ciertas transformaciones.¹⁵ (p 57)

El vínculo red como forma de cuidado

Insistía Bleichmar:

La respuesta mecánica es una respuesta desubjetivadora y tan seria cuanto el silencio. El silencio también es una forma de crueldad. Por tanto, la no respuesta a las necesidades de los otros son formas de crueldad y violencia silenciosa.¹⁵ (p 64)

Esa crisis “planeada” de las políticas públicas de cuidado nos lleva a pensar estrategias diferentes de las que ya experimentamos si no queremos resignarnos a la repetición al infinito de lo mismo. La crueldad en forma de indiferencia.

Benghozi¹⁶ sostiene que los espacios de afiliación serían capaces de producir reparaciones en situaciones de transmisión transgeneracional de situaciones traumáticas. En la obra de este psicoanalista, preocupado con situaciones extremas en casos de guerras, genocidios y migraciones forzadas, encontramos herramientas teóricas para enfrentar la difícil situación de las personas de las periferias de las grandes ciudades brasileñas.



Benghozi¹⁶ destaca que cuando los lazos de filiación están comprometidos (como frecuentemente vemos en las mujeres que llegan a nuestros grupos terapéuticos teniendo padres, tíos o abuelos que las violaron) la función de vínculo puede ser desarrollada por una relación de afiliación. Así, grupos, comunidades y servicios que generan ese sentimiento de afiliación pueden desempeñar aquella función de ligación que él llama de vínculo-red.

Hemos experimentado, inspirados en esas referencias teóricas (Winnicott, Bleichmar, Benghozi, Kaës) algunas estrategias para operar concretamente esa idea del vínculo-red, particularmente para abordar las secuelas de la violencia de todo tipo: racial, de género y edad. Y en varias localizaciones: centros de atención primaria, escuelas, centros de atención de la seguridad social, etc.

Para ello, elaboramos varias directrices técnicas que guían nuestra forma de operar, y nos organizan cuando las reverberaciones de la violencia producen también confusión en nuestro equipo².

1. **Acogimiento radical y restauración de los espacios de dignidad:** recibir siempre de forma empática, recibir de forma oportuna y sin demora. A veces un primer contacto breve puede ser muy resolutivo en términos de producir acogimiento y un primer espacio de afiliación, restaurar una esperanza. Inscribir un primer trazo de ternura, como nos enseñaba Ulloa. En ese aspecto, es muy importante en el caso de la violencia preocuparse de no revictimizar y – al mismo tiempo – testimoniar la veracidad del sufrimiento, no incurriendo en lo que Ferenczi¹⁷ nos enseñó ser tan deletéreo: la desmentida.
2. **Cuidar de quien cuida, dar nombre aquello de lo que se sufre:** siguiendo las huellas de Kaës¹⁴, creemos que a veces se sufre en la institución, precisamente, de no saber “de qué” se sufre. Ofrecemos espacios de co-gestión y apoyo matricial intersectorial de manera que trabajadores de salud, asistencia y educación tengan también un espacio propio de afiliación, que pueda contribuir para repararlos y recuperar la capacidad de operar clínicamente. En nuestro servicio realizamos esto en tres modalidades: ruedas de apoyo intersectorial presenciales en la universidad; apoyo matricial intersectorial itinerante y participación nuestra en las reuniones intersectoriales de las políticas públicas ya establecidas. En todas esas instancias, buscamos, además de recrear esos espacios suficientemente tróficos de los que nos habla Kaës, ayudar a tejer el *remallage* fino del vínculo red para las personas usuarias. Destaco con esto que evitamos que el lugar de cuidados de las y los trabajadores se transforme en más un espacio de alienación, en el cual las personas usuarias serían de nuevo puestas de lado o aparecerían como asunto secundario.

2 Esas directrices fueron publicadas por primera vez por la autora en “Psicoanálisis en los bordes, cuidando de la ética de lo público” in: Tratar de la locura, Ed Enclave, 2024 (M Desviat org)

3. **Una clínica que permita sobrevivir a los ataques del comportamiento antisocial:** Winnicott¹⁸, al presentar su teoría sobre el comportamiento antisocial, explicó que las expresiones violentas y los más variados tipos de transgresiones aparecen muchas veces en las y los jóvenes como el último bastión de una pequeña esperanza de que el ambiente les proporcionará lo que no consiguió proporcionarles en la primera infancia. Para Winnicott, sería fundamental que el objeto atacado sobreviviese – y sin represalias – para garantizar que estos jóvenes sean incluidos de forma creativa y transformadora en la sociedad. En todo caso, es muy difícil – reconoció este autor – soportar esos ataques juveniles. No nos gusta ser atacados o robados. ¿Y cuándo las agredidas son las personas trabajadoras del centro de asistencia social o de la escuela del barrio? Se abre ahí un campo ético-político muy delicado y de difícil intervención.

En términos winnicottianos, expulsar un(a) joven de la escuela por mal comportamiento equivale a que el objeto agredido no sobreviva. Es importante que podamos pensar (y autores como Winnicott y Bleichmar nos ayudan) que la posibilidad de recrear otra sociabilidad para esos millares de jóvenes no puede ocurrir sólo a través de las propias familias, exige también que la sociedad como un todo “*reabsorba los restos del despedazamiento*”¹⁵ que sufrimos durante estos años.

Silvia Bleichmar destaca con mucha precisión que el problema de la violencia debe ser separado de una vez por todas de la miseria material, y que debe ser comprendido no por la exposición a la situación de pobreza en sí que sufren esas familias, sino por efecto del resentimiento y del odio que generaron años de frustraciones y promesas no cumplidas. Por tanto, para esa autora, la cuestión escolar no se resuelve fijando límites, sino con la restauración de las legalidades.

Por ejemplo, es muy común que en el caso de niños o jóvenes que “encubren” a sus pares en ciertas transgresiones, esa actitud sea vista rápida y livianamente como una característica perversa, siendo, al contrario, muchas veces, una evidencia de que esos jóvenes tienen algún tipo de vínculo para con el otro¹⁵. La legalidad no puede ser establecida por la fuerza, ella se instala en el sujeto por amor y respeto a quien la establece. Acaso por eso, precisamente las escuelas sean palco de muertes violentas perpetradas por jóvenes. En otro trabajo, relacionamos este fenómeno con la presencia de fuerzas destructivas en la educación de las infancias, y también con la devastación del espacio y de los equipamientos públicos – un fenómeno típico del neoliberalismo periférico¹⁹.

En el caso latinoamericano también es importante no subestimar el efecto del trauma transgeneracional acumulado después de siglos de racismo y patriarcado. En nuestros grupos de psicoterapia psicoanalítica breve, muchas mujeres perciben por primera vez la secuencia transgeneracional de violencia patriarcal cuando se escuchan y escuchan de otras la triste saga de madres, abuelas e inclusive de sus propias hijas sometidas al mismo tipo de violencia.

Pensar estrategias para re-simbolizar la realidad o producir por primera vez representaciones simbólicas de tanta violencia secular acumulada es condición esencial si queremos verdaderamente reconstruir una región como la nuestra.

En nuestra clínica, muchas veces percibimos como las y los jóvenes se sienten aliviados cuando conseguimos nombrar como racismo u homofobia lo que aparece eufemicamente nombrado como *Bullying* en las escuelas. El anglicismo escamotea nuestra realidad poscolonial.

4. **Soportar oír lo innombrable:** es importante en esta clínica - que llamaré del *mal-lage* y la reparación - que podamos estar atentos a los efectos de las “astillas” de la violencia en las y los terapeutas. La violencia produce silenciamiento, confusión y presión para la actuación. No es que no deban ser realizadas, en muchos casos, algunas medidas urgentes, pero aquí deseo resaltar la necesidad de que para realizar un verdadero trabajo clínico es necesario que recusemos la urgencia por hacer o por aconsejar. Y que mantengamos viva nuestra capacidad de soportar escuchar, de testimoniar y no desmentir, a veces hasta de nombrar lo que no puede ser nombrado.

Encontramos amparo clínico en las ideas de Bleichmar²⁰ y Ferenczi. De Ferenczi¹⁷, como ya citamos, la necesidad de no producir una desmentida que se tornaría una nueva violencia y dejaría al sujeto violentado perdido y confuso. Este autor ya nos alertaba sobre la insuficiencia del ejercicio interpretativo en este tipo de pacientes.

Silvia Bleichmar²⁰ nos proporcionó un recurso clínico precioso con su formulación sobre “lo arcaico”, aquello que nunca se tramitó por el lenguaje. Para ella, esos fragmentos de la realidad psíquica se fijan al inconsciente, inscriptos, pero no articulados. Se constituyen como experiencias traumáticas no metabolizables. Ellos se tornan inaccesibles al trabajo de la interpretación, pero no por causa de la resistencia, sino por su desligamiento de lo simbólico. Por esto, ella nos sugiere que nuestra manera clínica de operar debería ser diferente.

Bleichmar destaca que esos pacientes - muchas veces - no tienen relaciones de objeto metafóricas, sino metonímicas. Por eso, ella sugiere el método de la abducción, que tiene un carácter hipotético. El analista seguiría así (al estilo de un Sherlock Holmes) indicios. Igual que un cazador que sigue una huella, para poder trabajar de esta manera, el terapeuta precisa saber lo que está buscando. Esos modos de representación “no ligados” en el aparato psíquico no estarían fijados en la memoria, sino que el sujeto estaría fijado a ellos. Serían tipos de “huellas mnémicas” que continúan operando, desligadas. Esa forma de funcionamiento estaría por atrás de muchas compulsiones, comportamientos que no son raros de encontrar en personas que fueron expuestas a violencias y desamparo extremos.

Bleichmar retoma la idea de Freud de que, en muchos de esos casos, el objetivo de la terapia sería obtener el olvido, pero no por vía de la represión, sino de la ligación.

Esa autora nos ofrece el concepto de simbolizaciones de transición, como estrategia para entamar lo desgarrado. Ella formula lo que llama autotransplantes psíquicos: pedazos de relatos de eventos y contextos, que, habiendo sido ya relatados en etapas anteriores del análisis, no pueden ser relacionados al elemento emergente por el paciente. La apropiación de ese elemento representacional puede ser apoyada por el terapeuta de forma análoga a la de una construcción (aquí la diferencia con las *Construcciones em Análisis*, de Freud, estaría dada por el hecho de que el paciente había relatado esos fragmentos, que no son 'creaciones' del analista en la transferencia).

5. ***Mallage y remallage: redes exclusivas e inusitadas:*** Benghozi¹⁶ destaca en su formulación del vínculo-red que la función de vínculo puede ser desarrollada por una relación de afiliación. Es preciso buscar articular diversos servicios y profesionales en una fina trama de relaciones establecidas caso a caso. Un flujo establecido en un organigrama es importante para organizar una línea de cuidados, pero no constituye una red.

Es muy común que los servicios que existen, además de ser escasos y precarizados, se encuentren desarticulados y trabajen sin ningún tipo de estrategia integradora. Para Benghozi¹⁶, la malla se constituye siempre en el entrelazamiento de vínculos filiativos e afiliativos. Para él, el *mallage* se constituye así en una función psíquica del vínculo, siendo el *remallage* una función reparadora del vínculo filiativo. Las redes serían así efímeras y exclusivas para cada paciente. En ellas las nociones de nudo, de vulnerabilidad, de vínculo, de adaptación y de desarrollo deberían siempre ser analizadas. La red no es una institución y el nacimiento de una red no se decreta. Ella se funda por la cuestión/problema de cada caso.

Al mismo tiempo, una red no es confusión. Ella presupone el ejercicio del respeto a la diferencia, de las especificidades y de las competencias de cada persona. La invasión del espacio del otro o el borrado de las diferencias constituirían casos de perversión del vínculo-red.

A nivel transferencial, la relación con la red es la de una pre-transferencia con luto anticipado. La vida de una red es estructurada en relación a esa plasticidad psíquica. La red es “una estructuración de lo efímero en transformación”¹⁶ (p43).

El vínculo-red tendría una función de soporte, una especie de andamio psíquico. Su característica efímera combina con las psicoterapias breves y con las estrategias grupales. El vínculo-red en acción se torna lugar de depósito, de tratamiento y de transformación de la transmisión genealógica de los vínculos en sufrimiento.



Por eso, existe una sustentación mutua del sufrimiento entre los propios profesionales que se sienten, muchas veces, ellos mismos afectados. El continente red es frecuentemente objeto de los ataques al vínculo.

Aquí, la noción de meta encuadre es central para poder pensar estrategias de cuidado. En nuestra experiencia, trabajamos con lo que llamamos de camadas de cuidado. Como ejemplo: cada sesión de grupo es supervisada, así como las acciones de apoyo matricial y, al mismo tiempo, existe otra instancia de supervisión del servicio como un todo en una ardua lucha contra la fragmentación y la repetición de los comportamientos violentos al interior del equipo.

Las relaciones inter transferenciales también merecen atención, y ese concepto de Kaës²¹ se ha mostrado muy útil para pensar nuestras relaciones en medio a tantas intensidades y desafíos.

La lucha continua

No existe separación entre las cuestiones políticas y los aspectos clínicos que detallamos. Luchar por la designación de cargos asistenciales es un camino insoslayable. Defender que las y los agentes de las políticas públicas tengan estabilidad, acceso a capacitaciones y recursos de supervisión no es superfluo. Son condiciones inherentes a la reparación histórica de la que aún carecemos en la mayoría de nuestros países del sur global, y en América latina en particular.

Cuando la OMS denuncia que la inversión en salud mental está desfazada de las verdaderas demandas, apunta una triste realidad. Las inequidades en salud mental son más grandes que en la salud en general y eso es grave porque como vimos la carga de agravios también se distribuye de forma desigual.

Además, precisamos, como intentamos mostrar, de nuevas técnicas y estrategias que huyan de los flujos burocráticos y encorsetados. Estrategias de reparación también para nuestras y nuestros trabajadores, agentes públicos maltratados por nuestros estados neoliberales y patrimonialistas.

Por otro lado, el psicoanálisis latino americano aún está en deuda con el pueblo. Repetir la formación de analistas mudos sólo lanzará a nuestra gente a nuevas experiencias de vacío y abandono. Precisamos inventar nuevos *settings* y nuevos repertorios, sin perder nuestro compromiso con la autonomía del sujeto. Salir de los encuadres repetitivos y crear nuevos. Estudiar nuestros autores con nuevas perspectivas. Estirar la teoría hasta el límite para poder mantenerla viva y libertadora.

¡Ojalá sepamos!





Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 [citado 2025 Dic 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Cruwys T, Brossard B, Zhou H, Hellenen-Simpson G, Klik KA, Van Rooy D, Batterham PJ, Caele AL. Disciplinary differences in the study of the relationship between social variables and mental health: a systematic mapping review. *Health*. 2021;25(1):1–19. doi:10.1177/13634593211063049
3. Shin J, Halbreich U, Jeste DV. Positive global mental health: an overview. *Mental Health & Well-Being*. 2025 Mar; doi:10.20935/MHealthWellB7578
4. Winnicott DW. *Explorações psicanalíticas*. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed; 2007. (Original de 1963).
5. Wicks S, Hjern A, Dalman C. Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *Am J Psychiatry*. 2010;167(11):1240–6.
6. Assis SG, Avanci JQ, Vasconcellos RA, Oliveira C. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl 1):92–100.
7. Onocko-Campos RT. Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. *Interface*. 2018;22(65): DOI:10.1590/1807-57622017.0315
8. Onocko-Campos RT. Leituras de Winnicott: apontamentos para a cultura brasileira contemporânea. *Revista Cult*. 2018; pp.36–9.
9. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento individual*. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes; 2001. (Original de 1965).
10. Onocko-Campos RT. Settings winnicottianos: como adaptá-los às políticas públicas na atual conjuntura brasileira? In: Atas do Colóquio Settings Winnicottianos de Campinas. Campinas; 2020.
11. Folha de São Paulo. Entenda por que cada ponto percentual da Selic pesa 41 bi na dívida bruta do Brasil. *Folha de São Paulo*. 2024 Jun 21.
12. Winnicott DW. *Realidad y juego*. Trad. Floreal Maziá. Barcelona: Gedisa; 1999. 199 p. (Original de 1971).

13. Honig B. The politics of public things: neoliberalism and the routine of privatization. Lecture in: Thinking Out Loud series. Sydney: University of Western Sydney; 2013. Forthcoming in book form with Fordham University Press.
14. Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP, editores. *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p.1–39.
15. Bleichmar S. *Violencia social, violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc; 2012.
16. Benghozi P. *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetor; 2010.
17. Ferenczi S. Confusões de língua entre os adultos e a criança e reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise IV*. Trad. Álvaro Cabral; rev. técnica Cláudia Berliner. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011. (Obras completas de Sandor Ferenczi, v.4; original de 1933).
18. Winnicott DW. *Privação e delinquência*. Prefácio de Clare Winnicott. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes; 2005. (Original de 1984).
19. Onocko-Campos RT. Em busca de explicações para os massacres nas escolas. *Outras Palavras* [Internet]. 2023 [citado 2025 Dic 12]. Disponible en: <https://outraspalavras.net/outrasaude/em-busca-de-explicacoes-para-os-massacres-nas-escolas/>
20. Bleichmar S. *El desmantelamiento de la subjetividad: el estallido del yo*. Buenos Aires: Topia Editorial; 2010.
21. Kaës R. *Un singular plural: el psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Trad. Mirta Segoviano. Buenos Aires: Amorrortu; 2010. 304 p.



Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil

Debates on Contexts, Policies, and Challenges in Health Systems between the Global and Latin American Arenas: The Case of Brazil's Unified Health System (SUS)

Debates sobre contextos, políticas e desafios nos sistemas de saúde entre o global e o latino-americano. O caso do Sistema Único de Saúde do Brasil



Agustín Affre¹,

Arnaldo Medina¹ (ORCID: 0000-0002-0729-8503),

Patricio Narodowski^{1, 2, 3}



Contacto

Patricio Narodowski -Email: pnarodowski@unaj.edu.ar

Filiaciones

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina 2. Universidad Nacional de La Plata, Argentina 3. Universidad Nacional del Noroeste de Buenos Aires, Argentina

Citar como

Affre A, Medina A, Narodowski P. *Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil*. Desde Acá. 2025; 5: 81-111.



Resumen

Hablar de políticas de salud implica reconocer cambios en el modo de pensar en cada época para diferenciar claramente enfoques, redefinir lo que entendemos por salud y los modos de cuidarla, repensar los modelos tradicionales y buscar enfoques efectivamente más inclusivos. Estas políticas -como otras- enfrentan un doble pulso: el global, marcado por el incremento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, los nuevos tratamientos, también la crisis ambiental y el peligro de pandemias; en paralelo, para las periferias, entre ellas, nuestro subcontinente, la desigualdad estructural y la inestabilidad política, así como la fragmentación de los sistemas.

En este escenario, las reformas se han cimentado en diversos fundamentos teóricos y se han desarrollado en el marco de una compleja interacción entre propuestas universalistas de distinto alcance, con variadas combinaciones de lo público, lo privado y la sociedad civil. Todo ello ha ocurrido en contextos de proyectos políticos en pugna y de realidades económicas heterogéneas, que dieron lugar en la práctica a una amplia gama de procesos, experiencias y resultados.

En este documento se analizan los cambios ocurridos en la concepción del Estado y de las instituciones de salud a escala mundial y latinoamericana, y se estudia un caso particular: el del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). El abordaje se realiza en el marco de la disputa entre el enfoque neoinstitucionalista (NI) radical —para muchos identificado con el “neoliberalismo”— y una interpretación intermedia entre este y el anterior paradigma del Estado de Bienestar, denominada aquí neoinstitucionalismo equilibrado. Asimismo, se considera la irrupción en América Latina de la concepción de la Salud Colectiva, de la cual el SUS habría incorporado ciertos conceptos.

Palabras clave: Políticas de salud, Seguro Único de Salud, Sistemas sanitarios, Neoinstitucionalismo.

Abstract

Talking about health policies implies recognizing changes in the prevailing modes of thought in each era, in order to clearly differentiate approaches, redefine what we understand by health and the ways of caring for it, rethink traditional models, and seek approaches that are genuinely more inclusive. These policies—like others—face a dual dynamic: on the global level, marked by the increase in life expectancy, technological advances, new treatments, as well as the environmental crisis and the threat of pandemics; and in parallel, for the peripheries, including our subcontinent, structural inequality and political instability, together with the fragmentation of health systems.

In this scenario, reforms have been grounded in diverse theoretical foundations and have unfolded within the framework of a complex interaction between universalist proposals of varying scope, with different combinations of the public, the private, and civil society. All of this has taken place in contexts of political projects in conflict and heterogeneous economic realities, which in practice gave rise to a wide range of processes, experiences, and outcomes.

This document analyzes the changes that have occurred in the conception of the State and health institutions at both the global and Latin American scales and examines a particular case: Brazil's Unified Health System (SUS). The analysis is carried out within the framework of the dispute between the radical neo-institutionalist (NI) approach—identified by many with “neoliberalism”—and an intermediate interpretation between this and the previous paradigm of the Welfare State, referred to here as balanced neo-institutionalism. It also considers the emergence in Latin America of the Collective Health perspective, from which SUS is understood to have incorporated certain concepts.

Keywords: Health Policies, Unified Health Insurance, Health Systems, Neo-institutionalism.

Resumo

Falar de políticas de saúde implica reconhecer mudanças nas formas de pensar em cada época, a fim de diferenciar claramente os enfoques, redefinir o que entendemos por saúde e as maneiras de cuidá-la, repensar os modelos tradicionais e buscar abordagens efetivamente mais inclusivas. Essas políticas —como outras— enfrentam uma dupla dinâmica: no plano global, marcada pelo aumento da expectativa de vida, os avanços tecnológicos, os novos tratamentos, bem como a crise ambiental e o perigo de pandemias; em paralelo, para as periferias, entre elas o nosso subcontinente, a desigualdade estrutural e a instabilidade política, assim como a fragmentação dos sistemas de saúde.

Nesse cenário, as reformas têm se apoiado em diversos fundamentos teóricos e se desenvolveram no marco de uma complexa interação entre propostas universalistas de diferentes alcances, com variadas combinações do público, do privado e da sociedade civil. Tudo isso ocorreu em contextos de projetos políticos em disputa e de realidades econômicas heterogêneas, que deram lugar, na prática, a uma ampla gama de processos, experiências e resultados.

Este documento analisa as mudanças ocorridas na concepção do Estado e das instituições de saúde em escala mundial e latino-americana, e estuda um caso particular: o do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). A análise é realizada no marco da disputa entre o enfoque neo-institucionalista (NI) radical —para muitos identificado com o “neoliberalismo” — e uma interpretação intermediária entre este e o anterior para-





digma do Estado de Bem-Estar, denominada aqui neo-institucionalismo equilibrado. Considera-se também a irrupção, na América Latina, da concepção da Saúde Coletiva, da qual o SUS teria incorporado certos conceitos.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Seguro Único de Saúde, Sistemas de Saúde, Neoins-titucionalismo.

Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil



Agustín Affre, Arnaldo Medina y Patricio Narodowski

Introducción

Hablar de políticas de salud implica reconocer cambios en el modo de pensar en cada época para diferenciar claramente enfoques, redefinir lo que entendemos por salud y los modos de cuidarla, para repensar los modelos tradicionales y dar paso a enfoques más efectivamente inclusivos. Estas políticas -como otras- enfrentan un doble pulso: el global, marcado por el incremento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, los nuevos tratamientos, la crisis ambiental y el peligro de pandemias; y, en paralelo, para las periferias, entre ellas, nuestro subcontinente, la desigualdad estructural, la inestabilidad política, así como la fragmentación de los sistemas.

En este escenario las reformas se han cimentado en diversos fundamentos teóricos, y se han llevado a cabo marcadas por una compleja interacción entre propuestas universalistas en diferente grado, con distintas combinaciones de lo público, lo privado y la sociedad civil. Estas reformas, además, se han desarrollado en el marco de proyectos políticos en pugna y en realidades económicas heterogéneas que generaron en la práctica una gran gama de procesos, experiencias y resultados.

En este documento se analizan los cambios acaecidos en la concepción del Estado y de las instituciones de la salud a escala mundial y latinoamericana; y se estudia un caso particular, el del Seguro Único de Salud brasileiro (SUS). Se realiza el abordaje en el marco de la disputa entre el enfoque neoinstitucionalista -NI- radical (para muchos denominado “neoliberalismo”) y una interpretación intermedia entre éste y el paradigma del Estado del Bienestar, que se denomina aquí neoinstitucionalismo -NI- equilibrado;



incluyendo además la consideración del peso que ha tenido en estos debates la irrupción en América Latina de la concepción de la Salud Colectiva, de la que el SUS habría extraído ciertos conceptos.

Fundamentos del cambio de época

Hay un cierto consenso en que en todos los ámbitos de la sociedad se produjo, a partir de los años 70, un proceso de crisis que dio lugar a cambios profundos, que impactaron también en el pensamiento y en las políticas de salud. Desde las diversas disciplinas científicas y desde distintos enfoques se caracterizó ese proceso mientras iba produciéndose como “crisis del petróleo” por lo que se exigía un cambio en la matriz productiva y financiera. También se la caracterizó como una crisis fiscal, y por lo tanto se exigía una reducción del rol del Estado en la economía y una vuelta a la neutralidad de la moneda. Se la pensó además como una crisis en la representación, y por lo cual debían generarse formas de desburocratización a través de una mayor participación ciudadana. Finalmente, se la pensó como una crisis del modelo productivo, a partir del auge de la información y las comunicaciones¹.

Desde la teoría económica neoclásica se pasó al neoinstitucionalismo, que planteaba la reducción del espacio de acción del Estado, la descentralización y una gestión pública que simule competencia a partir de soluciones de contrato, conformándose el cuasimercado. Desde este punto de vista surgieron las reformas de los sistemas de salud, aunque en cada país los cambios se dieron con diversa intensidad².

Dentro de la heterodoxia, surge el enfoque neo schumpetereano que, desde una perspectiva sistémica, asume la idea de la transición al paradigma postfordista y plantea que los aumentos de productividad son resultado de procesos innovativos propios de la trayectoria de las empresas. Para el enfoque sistémico, los sistemas existen creando y preservando su diferencia con el medio ambiente, que es el punto de partida para la autorreferencia. La autonomía es central en este concepto, ya que los sistemas son procesos sociales autoconstituidos que generan sentido y están determinados por su propia organización más que por perturbaciones externas. Esta perspectiva enfatiza que los sistemas son autónomos y autorreferenciales, interactuando constantemente con su entorno para mantener su identidad y adaptarse a los cambios, en lugar de estar determinados pasivamente por fuerzas externas³.

Así, en el contexto de estos debates teóricos comienza a dársele importancia al territorio y a las redes⁴. En la teoría de las organizaciones, desde diversas escuelas, aparecen también estos conceptos: se piensa en organizaciones inteligentes, se hace énfasis en el trabajo en equipo, y se proponen nuevos modelos orientados a la innovación.





En paralelo, con la crisis, la pobreza y los problemas ambientales, dichos conceptos asumen una visibilidad notable; la ONU establece diversos mecanismos institucionales para abordar estos temas, y surge el concepto de desarrollo sustentable⁵.

En ese mismo contexto, en el campo de la filosofía y de la sociología, se daba un fuerte debate que daba cuenta del pasaje del estructuralismo al pos estructuralismo, que no fue tenido en cuenta acabadamente por ninguna teoría económica. Como antecedente cabe mencionarse los aportes de Bourdieu y Foucault, así como los de Deleuze y Guattari fundamentalmente con la idea de “rizoma”, y la noción de deconstrucción de Derrida. Nos interesa particularmente la idea de Lyotard respecto del fin de los grandes relatos a partir de la crisis de los principios del pensamiento moderno⁶. Consideramos que a partir de estos debates se abre un camino que valora el conocimiento particular y no definitivo⁷.

En este sentido, destacamos especialmente la contribución de autores como Lash, Ianni, y Harvey. Por ejemplo, Lash y Urry plantean que en el lugar de los significados otorgados por el fordismo y el Estado Benefactor hay un aumento de la reflexividad estética, las y los actores sociales se mueven en base a una autonomía absoluta, un descentramiento completo^{8,9}. La crisis de significado aparece en la idea de pérdida de sentido en Ianni¹⁰, para quien ya no rigen esquemas interpretativos compartidos sino pequeños núcleos de sentidos compartidos en el seno de las “comunidades de vida”¹¹.

En América Latina desde fines del siglo pasado se hace fuerte el discurso “decolonial” a partir de autores como Dussel, Hinkelammert, Escobar, y De Sousa Santos. El primero con su ética de la liberación¹², Hinkelammert¹³ y la “ética de bien común” basada en la experiencia, alejada de leyes impuestas y sostenida en el reconocimiento mutuo. Escobar^{14,15} propone lo comunal, la relacionalidad, el pluriverso, y el arraigo cultural y ecológico. Finalmente, De Sousa Santos^{16,17,18} resalta los saberes subalternos que surgen de la experiencia y la interculturalidad y que dan lugar a la autonomía territorial. En este contexto, Coraggio y Loriz¹⁹ hablan de autonomía y Gago²⁰ recupera la idea de comunidad.

Los debates globales de la salud

En esta transición de fines de los 70s debe mencionarse, en el campo de la salud, la influencia del Informe Lalonde de 1974, promovido por la OMS. Este documento propuso la necesidad de incorporar la consideración de los “determinantes sociales de la salud”, señalando que las causas de la enfermedad no solo se relacionan con la biología humana, y la atención sanitaria, sino también con el medio ambiente y los estilos de vida²¹.

En 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma Ata²² propuso un acercamiento a la noción de determinantes sociales. Se instaba a reducir el gasto mundial en armamentos y reorientarlo a acelerar el desarrollo. Proponía la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como forma de integración de la totalidad del sistema.



Durante la Cumbre del Milenio del año 2000, las Naciones Unidas acordaron una nueva agenda: los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a alcanzar para 2015^{5, 23}. A partir de estos objetivos se introdujeron metas cuantificables con indicadores precisos, como por ejemplo reducir a la mitad la pobreza extrema —definida como vivir con menos de 1 USD al día— entre 1990 y 2015²³.

Por entonces, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) impulsaba un proceso de reflexión sobre la crisis de los sistemas de salud en América Latina, caracterizados por la segmentación, la inequidad y la baja capacidad de respuesta. Por eso en 2005, durante la reunión del Consejo Directivo de la OPS, se adoptó la estrategia de “APS Renovada para las Américas”, consolidada luego en el documento La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas²⁴.

En 2005 la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH por sus siglas en inglés). Esta comisión agrupó los determinantes en “estructurales” (según la posición socioeconómica, el género, y la etnia) e “intermediarios” (para referirse a factores biológicos, psicosociales y a los sistemas de salud)²⁵. Según este enfoque, los determinantes estructurales son identificados como la causa raíz de las inequidades, pero operan a través de los determinantes intermedios, siendo estos últimos los que dan forma directa a los resultados de salud. Surge así la propuesta de políticas de carácter intersectorial que implicaba la colaboración en diversos sectores como la agricultura, la educación, la vivienda y el bienestar social.

En paralelo surgía también el enfoque de las capacidades, influido por Sen²⁶ y desarrollado por Nussbaum²⁷ y Ruger²⁸, que concebía la salud como la capacidad para el “florecimiento de la vida” o vivir la vida en plenitud. Este enfoque proponía considerar la libertad de las personas para decidir su propio plan de vida y la participación en decisiones sociales como un medio necesario para lograr una asignación equitativa de los recursos destinados a salud.

En ese marco surgen o se redefinen infinidad de temas en los debates de los países centrales, acordes a los aportes que se acaban de mencionar. En lo referido al nuevo rol de la atención primaria, Starfield²⁹ planteaba que ésta debía asegurar el primer contacto, la relación personal y continua entre el médico y el paciente, la atención integral y la coordinación. Otros autores conciben la atención primaria solamente como “gatekeeper” o “puerta de entrada”³⁰, aunque esta perspectiva es severamente cuestionada por reduccionista³¹.

La noción de redes también refleja el debate teórico: en el marco del NI e incluso del evolucionismo neoschumpetereano, se las piensa como un continuo de servicios garantizado por varias organizaciones, independientes o no entre sí, tanto públicas como privadas, corresponsables del estado de salud del paciente^{32, 33}. Vilaca Mendes³⁴, por su parte, planteaba la necesidad de un arreglo poliárquico entre diferentes actores dotados de cierta autonomía.

Para repensar el vínculo médico-paciente surgen programas con incentivos al buen trato, la escucha, la empatía y la participación de las y los pacientes en el tratamiento³⁵. Respecto a la relación entre profesionales de la salud se visualiza el aumento de la importancia de la enfermería y gana fuerza la propuesta de conformar equipos de trabajo interdisciplinarios. En este segundo caso muchas opiniones se focalizan en la importancia de la coordinación o en la comunicación como un instrumento de la interdisciplinariedad y, en este sentido, se resaltan las potencialidades del uso de tics³⁶. En general, las herramientas responden a un problema de contratos típico de la perspectiva del NI³⁷.

En lo que hace al proceso investigativo la novedad es el enfoque traslacional, que puede entenderse como la versión sistémica- evolucionista neoschumpeteriana en el sector de la salud².

En la práctica las reformas neoinstitucionalistas en los sistemas de salud en los países centrales siguieron las pautas generales de desregulación y generación de cuasi mercados. Son las reformas que Londoño & Frenk³⁸ llamaron del “pluralismo estructurado”, que tuvieron resultados dispares y que fueron modificándose con el tiempo hasta alcanzar lo que Medina y Narodowski³⁷ consideran un equilibrio entre Estado y mercado más razonable (en el cuadro es el enfoque equilibrado).

Impacto en América Latina

En América Latina, desde la década de 1970 en algunos países y con fuerza en la de 1990, las reformas del sector público han estado mayormente condicionadas por enfoques del tipo NI radical, que impulsaron procesos de privatización, desregulación, descentralización de los servicios, inclusión de formas de la competencia, modelos gerenciales, etc. En la salud se han priorizado los mecanismos orientados por la demanda, lo cual ha segmentado aún más a la población según su capacidad de pago, reforzando las desigualdades estructurales, con un fuerte beneficio del sector privado con sesgo especulativo³⁹. Este escenario parece contraproducente para cualquier proyecto redistributivo⁴⁰.

En estos contextos y con la influencia de los debates expuestos, se hace más visible la versión actual del sanitarismo crítico, la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. En general, las y los autores que suscriben a esta corriente de pensamiento parten de los problemas estructurales que explican las condiciones sociales e históricas en el proceso salud-enfermedad.

Se dice que la salud pública tradicional se ha basado en un enfoque predominantemente biologicista, focalizado en la enfermedad y el riesgo individual, lo cual limita su capacidad para abordar problemáticas complejas como la violencia o las enfermedades crónicas⁴¹. Asimismo, la “medicalización indefinida” se ha constituido en un elemento central⁴². Al mismo tiempo, desde este enfoque tradicional, se destaca la omnipoten-





cia del discurso, lo cual produce generalizaciones erradas⁴³. La especialización y fragmentación del conocimiento han dificultado aproximaciones integrales y contextualizadas⁴⁴. Cueto^{45, 46} cuestiona la Atención Primaria Selectiva, en tanto que consiste en intervenciones modestas y uniformes, que limitan el desarrollo autónomo y adaptado a contextos locales, con el agregado de que en nuestra región se implementó con financiamiento insuficiente durante gobiernos de facto.

Autores críticos de ese enfoque tradicional proponen pensar la salud como la capacidad para lograr funcionamientos plenos y con participación social, priorizando la equidad y la deliberación^{26, 27, 47}.

Desde este diagnóstico mantienen el discurso pro popular y anti-mercado, y reconocen la importancia del Estado, pero, en función de los planteos de autonomía del giro decolonial, plantean alternativas de acción diversas a lo puramente estatal. Entre las y los referentes importantes de este sanitarismo crítico, vemos que Almeida Filho y Silva Paim⁴⁸ valoran la posibilidad de la “emergencia”, en el sentido de que la ciencia se abra a que surja lo “radicalmente nuevo”, es decir, los fenómenos que no pueden ser abarcados por la síntesis de posibles determinantes dentro de un proceso específico; mediante el tendido de puentes entre saberes, deseos, proyecciones de lucha, etc. Almeida Filho⁴⁹ defiende la idea de que el conocimiento es relativo y contextual, dado que, dentro del paradigma de complejidad, no puede existir conocimiento absoluto y aislado; con lo cual se opone al enfoque tradicional en tanto es biologicista. Ubieto⁵⁰ trabaja con el concepto de comunidad de experiencia y territorio en común. Batista y Merhy⁵¹ se sitúan en el espacio de la micropolítica para entender la organización del trabajo y de las prácticas. Garrafa y Manchola⁵² citan la ética liberadora de Dussel. Medina y Narodowski³⁷ van por el mismo camino al plantear una alianza entre el Estado y la comunidad, con un sentido político popular y de fuerte autonomía del territorio.

En síntesis, según esta corriente, el sanitarismo crítico, las políticas de salud en América Latina han estado dominadas por un patrón neoliberal, biologicista y fragmentado, que ha profundizado las desigualdades y limitado el potencial transformador de la salud pública y el territorio, subestimando la pluralidad de saberes y las prácticas comunitarias como modo de superar los problemas del modelo hegemónico y avanzar hacia sistemas de salud más equitativos y efectivos. Incluso estos aportes han sido tenidos en cuenta en muy pocos trabajos auspiciados por la OMS/OPS. Si bien en la región, diversos gobiernos en los 2000s reorientan las reformas anteriores y vuelven a dar un lugar mayor al Estado y la planificación en políticas públicas, estas políticas no logran una reforma estructural del sistema. En la práctica, se toman los nuevos temas de la salud incorporados a programas, de acuerdo a las tendencias preexistentes y con algún sesgo participativo, pero en forma limitada. A continuación, se analiza el Seguro Único de Salud (SUS) a partir de esta hipótesis.

Con estos aportes, el panorama de propuestas se sintetiza en el cuadro adjunto.

	Enfoque Pro- Estado	Enfoque Neoinstitucionalista radical	Enfoque “equilibrado”	Salud colectiva
Perspectiva y discursos	La salud como un derecho que debe ser garantizado y provisto por el Estado. Discurso de la solidaridad. Rechazo al libre mercado.	Estigmatiza al Estado e idealiza al mercado.	Estado fuerte aunque comparte segmentos de la cadena de valor con los privados e incorpora redes.	La salud como un derecho garantizado y provisto por el Estado para enfrentar los problemas estructurales. Se apoya en distintas expresiones del posestructuralismo. Interpreta las relaciones sociales (y las redes) desde ese enfoque.
Política de financiamiento	Exige aumento del gasto.	Techos al gasto.	Preocupación por el gasto, pero sin techo. Preocupación por la equidad del gasto.	Aumento del gasto, disputa con los monopolios.
Gobernanza, participación y regulaciones fundamentales	El Estado como actor casi único.	La competencia como garantía. Diversos esquemas de participación formal de la sociedad civil en las instituciones.	Valorización de la gobernanza estatal y formas más profundas de participación, aunque siempre acotadas.	Lo Estatal como motor pero en alianza con movimientos sociales. La participación como empoderamiento.
Origen de los recursos	Tributarios progresivos, en segundo lugar, de la seguridad social. No a copagos y gastos de bolsillo.	Aporte privado para garantizar la libre elección del seguro privado, con seguros complementarios y copagos.	Recursos tributarios, crítica a copagos y gastos de bolsillo. Transferencias focalizadas.	Idem enfoque Pro Estado.
Seguros	El Estado como asegurador y proveedor o Seguro público universal y limitado campo de acción para seguros complementarios.	El actor central es el seguro privado.	Se confía en el rol del seguro social público y se aceptan otros tipos de seguros complementarios pero limitados. Seguros focalizados en los sectores vulnerables como alternativa.	Idem posguerra pero críticos de la burocratización. Confianza en la participación popular.
Escala clave	Centralizado en la escala nacional, crítica a la descentralización.	Descentralizado.	Se desconfía de los modelos muy descentralizados.	Estado + territorio pero bajo ciertas condiciones.
Provisión y forma de pago	Estatal, con presupuestos históricos.	Provisión privada y/o autónoma, con pago por tipo de procedimiento (GDR) o capítulos.	Mix de provisión pública tradicional, pública con autonomía, provisión privada (diferencias entre países). Diversas formas de pago.	Idem Pro - estatal aunque poco abordado.
Personal	Contratos indeterminados regidos por regulaciones nacionales.	Estatuto desregulado, pago a las y los profesionales como proveedores.	Mix según tipo de provisión. Alertan de la precariedad en América Latina.	Idem Pro-estatal.
Medicamentos	Provisión estatal en el proceso médico (en el hospital fundamentalmente). Control de precios.	Desregulación del mercado de medicamentos y copagos en el seguro.	Control del uso de medicamentos, estímulo de genéricos, fuerte negociación de precios con laboratorios y provisión directa estatal para sectores vulnerables sobre todo en AL, control del uso de la nueva tecnología.	Entre Pro-estatal y equilibrado, pero no es el tema central



El Caso del Seguro Único de Salud (SUS) en Brasil

a) Concepción general y gobernanza

El SUS surge en 1988 en el marco de la nueva Constitución nacional como un modelo de seguridad público y universal; el cual se diferencia de casos como Chile, Colombia, México y Estados Unidos que tienen seguros públicos focalizados en los sectores vulnerables. El seguro estatal cubre a alrededor del 70% de la población⁵³. No incluye los sectores de altos ingresos, pero hay una doble cobertura importante³⁷.

La producción hospitalaria y ambulatoria del SUS es un dato que da cuenta de la importancia de este seguro de salud. Durante el 2024, tuvieron lugar poco más de 14 millones de procedimientos hospitalarios, un 5,2% más que en el año anterior, cuando fueron casi 13,4 millones. En cuanto a la atención ambulatoria, en el 2023 se concretaron, en el marco del SUS, casi 4.460 millones de consultas y durante el año siguiente unas 4.919 millones, lo que implica un crecimiento interanual del 10,3%⁵⁴.

Esta producción se lleva adelante en un total de 445.306 establecimientos distribuidos en todo el territorio brasileiro y activos a diciembre del 2024. Asimismo, el total de camas de internación disponibles en el país, también a final de 2024, era de 455.020⁵⁴.

Finalmente, en lo que refiere a los recursos humanos, en el mes ya señalado, el número de puestos ocupados en el sector salud brasileiro totalizaba alrededor de los 6 millones, el 76% (4,56 millones) en establecimientos que atienden por el SUS, mientras que el 24% restante (1,4 millones) no lo hace⁵⁴.

El SUS es gestionado por el Ministerio de Salud y hay diversas instituciones de planificación y control. La evaluación de la tecnología la realiza el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DRAC) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) para medicamentos y dispositivos, dependientes del Ministerio de Salud. La ex Comisión de Incorporación de Tecnologías en Salud (CITEC) del Ministerio de Salud (luego CONITEC) es la que analiza las solicitudes de incorporación de nuevas tecnologías⁵⁵. Los seguros privados en Brasil son controlados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, dependiente del poder legislativo, que es quien define sus miembros³⁷. El Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU) funge como el órgano de control externo, siendo su Secretaría de Control Externo de Salud (SecexSaúde) el brazo operativo⁵⁶.

Desde el ministerio se destaca al SUS por poner en el centro a la salud y definirla como calidad de vida y no meramente como la ausencia de enfermedad⁵⁷. Además, se pone de relieve su universalidad, equidad, e integralidad; así como también la centralidad que otorga a la prevención y promoción de la salud y la importancia brindada a los condicionantes de la salud. Se financia por impuestos, no por primas de seguros. En ese documento se menciona que el SUS fue impulsado en gran medida por los movimientos



sociales, particularmente el “Movimiento Sanitarista”. En el vigésimo aniversario de su entrada en vigencia, el organismo reitera los principios fundamentales, especialmente la política de transferencia de ingresos para reducir la inequidad y la universalidad en el acceso. Y también reafirmaba esos principios y recordaba que antes de 1988, la atención hospitalaria pública se limitaba a 30 millones de brasileños que contribuían a la seguridad social, mientras que los que no tenían dinero dependían de la caridad para acceder a la misma^{57, 58, 59}.

El TCU60, durante el gobierno opositor a Lula, planteó que el Ministerio no realizaba un monitoreo de la prestación de servicios. Giovanella, Franco, y Almeida⁶¹ advertían que durante el gobierno de Bolsonaro se estaban socavando los principios de universalidad y equidad del SUS, mediante un proceso de “neoselectividad”.

Ya en el gobierno de Lula, se reafirma el papel del ministerio como autoridad sanitaria y coordinador nacional del SUS para sostener los principios de integralidad de la atención, equidad y participación social mediante el diálogo inter federativo y la cooperación entre las tres esferas de gobierno⁵⁵.

b) Política de financiamiento/ Origen de los recursos

El SUS ha sido valorado por su base completamente impositiva, eso es debido a que se constituyó sin tener que mediar con fuertes sistemas duales preexistentes, como es el caso de Argentina y Chile^{37, 62, 63}.

El financiamiento del SUS es una responsabilidad compartida entre las tres entidades federativas: la Unión, los estados y los municipios, asegurado principalmente por recursos del Presupuesto del Seguro Social (OSS) de la escala nacional, que incluye salud, seguridad social, y asistencia social. En esto se diferencia sustancialmente del modelo, llevado adelante en el proceso de descentralización de la década de 1990, que produjo una mayor fragmentación del sistema público de salud⁶⁴.

La Enmienda Constitucional de 2000, exige una mayor asignación de recursos para la salud e incrementos mínimos obligatorios en los tres niveles de gobierno¹.

Esta política explica por qué el gasto en salud pasó del 7,2% al 11,8% del PBI en 2016 posicionando el gasto per cápita cerca de los 1.120 dólares, similar al del subcontinente, pero bajo respecto a los países centrales. De todos modos, del total del gasto en salud en Brasil, el gasto público asciende al 40%, el pago de seguros representaba el 49% y el pago de bolsillo el 11% restante. Por entonces Brasil tenía 1,5 médicos y 0,76 enfermeras cada mil habitantes³⁷. En documentos del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud

1 Para un análisis pormenorizado de la Enmienda Constitucional n. 29/2000 ver referencias 57 y 65.y CONASS.



(CONASS)⁶⁵ se indica que, a pesar de los esfuerzos legislativos a lo largo de los años, los recursos financieros para el SUS han sido insuficientes para apoyar un sistema público universal de calidad. Obviamente se necesitan, en América Latina, cambios estructurales en términos sociales y en la gestión de la salud, además de infraestructura y buenas retribuciones profesionales, inversión en capacitación y tiempo³⁷.

Durante el gobierno de Bolsonaro, se produjo un recorte de los fondos federales y se eliminó el Piso Fijo de Cuidados Básicos (PAB Fijo), es decir, la transferencia federal per cápita a todos los municipios con base en poblaciones estimadas y características socioeconómicas. También se modificó la dimensión Variable PAB, relacionada con la creación de Equipos de Salud Familiar y que generaba valores de transferencia mensual basados en el tipo y número de equipos implementados⁶⁶.

c) Descentralización y Heterogeneidad regional

Brasil ha avanzado en la descentralización, aunque acotada por la importancia del SUS. Las Secretarías Municipales de Salud se encargan de la gestión de los hospitales y el primer nivel, así como de algunos programas. Las transferencias federales representan el 50% del total de sus presupuestos. Desde el ministerio consideran que la descentralización es la mejor manera de asegurar una mayor participación, los municipios son vistos como las entidades federadas ideales para prestar y desarrollar servicios de salud debido a su cercanía con la población, además supone que la descentralización mejora la utilización de recursos, porque contribuye a inhibir el fraude e incrementar el control social. A la hora de valorar el modelo, es preciso reconocer que las carencias materiales y organizacionales en los municipios hacen que la reorganización del modelo de atención y la gestión de la red de servicios a menudo se consideren meramente requisitos burocráticos para asegurar las transferencias federales⁵⁸. Desde el ministerio se dice que la descentralización político-administrativa es un principio básico para jerarquizar la red de servicios⁵⁹. El TCU^{60, 67}, durante el gobierno de Bolsonaro, señalaba que la descentralización mejoraba el sistema general de salud, aunque dificultaba la asignación precisa de los recursos federales transferidos, y entendía la descentralización como una red extendida que permitía la implementación de políticas de salud incluso en zonas remotas. En ese sentido, el ministerio rescata el impulso dado al programa “Mais Médicos” para llevar médicos a regiones desatendidas y periféricas⁶⁸. Para ambos organismos, la estructura altamente descentralizada y capilar, le permitió al SUS integrarse a la vida cotidiana de las personas y comunidades en sus territorios, y reconocían la necesidad de restablecer la cooperación entre entidades federadas y de recuperar el diálogo con los órganos de participación social y control.

El esquema explica las grandes asimetrías, ya que muchos Estados y municipios no pueden cumplir los pisos de servicios que se les requiere desde el SUS nacional, puesto que los fondos propios son escasos³⁷.

d) Provisión

La Atención Primaria de la Salud en el SUS es responsabilidad primordial de los municipios⁶⁴. La misma gira en torno de los centros del Programa “Saúde da Família” en los que se ha realizado una fuerte inversión, aunque hay aún muchos centros muy precarios². El modelo cubre a toda la población asegurada, gratuitamente, sin libertad de elección, según su ubicación geográfica. Lo hace mediante equipos multidisciplinarios, municipales o estatales, que deben autorizar el ingreso del paciente al hospital. Por esa capacidad de su primer nivel el SUS es reconocido como el coordinador de las políticas de salud^{55, 67, 68}.

En cuanto a los hospitales, la bibliografía plantea que los públicos siguen siendo desorganizados y precarios, con déficits de equipamiento, bajos salarios y muchos contratos a tiempo determinado; mientras los hospitales privados -que se basan en gran medida en los pagos del SUS y se quedan con una parte importante de las prestaciones- pueden tener más equipos, aunque también muestran grandes falencias en su atención. En síntesis, la oferta de salud sigue concentrada regionalmente³⁷.

En relación a las formas de pago, los sistemas SIA-SUS y SIH-SUS responden a un modelo por hospitalizaciones y procedimientos; como todos los de su tipo, pueden generar distorsiones⁵⁶. En el gobierno de Bolsonaro se planteaba pasar a un esquema de pago basado en el diagnóstico de pacientes⁶⁰. En cuanto a las innovaciones organizativas, se implementan pagos a profesionales de acuerdo con su desempeño, por ejemplo, en Previner Brasil, por el cual los municipios reciben incentivos basados en indicadores logrados⁵⁵. En el gobierno de Lula se vuelve a poner énfasis en los programas de promoción. Desde el ministerio se ofrecen servicios gratuitos, como el tratamiento de la enfermedad de Hansen, las inmunizaciones de rutina, orientación en materia de salud sexual, prevención de ETS y planificación familiar.

Desde el ministerio se señalaba que la falta de recursos, traducida en la carencia de profesionales, atentaba contra la calidad en el primer nivel y en el nivel hospitalario, los cuales pueden ser aún peores según el Estado y el municipio de que se trate. El mismo documento señala que el SUS no ha compensado plenamente las brechas en oportunidades y posibilidades que separan a las y los brasileños. Lo mismo sucedía con la ejecución de diversos programas. Se mencionaban las demoras en los turnos y en las salas de espera, así como también deficiencias en el trato. También se señalan las precarias condiciones en algunos centros y la falta de profesionales^{58, 59}. Luego de 15 años, y a partir de un análisis pormenorizado, se concluye que subsisten las desigualdades en el acceso a los servicios, particularmente en regiones y poblaciones vulnerables⁶⁸.

2 Para paliar la situación se crearon las unidades de atención rápida (UPA), que son estructuras de complejidad intermedia con internación.



e) Equipo de Salud

En el primer nivel de atención funcionan los equipos de Salud de Familia de Brasil (ESF), conformados por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y promotores de salud comunitarios de tiempo completo⁶⁹.

Para reemplazar el modelo biomédico se promueve la especialización en medicina Familiar y Comunitaria, que busca revertir la falta de tradición en la formación generalista en las facultades de medicina; pero hay tanta necesidad de profesionales, especialmente en las regiones más alejadas, que todavía hay muchos médicos y médicas trabajando en ese puesto sin la especialización^{37, 64}.

A partir del 2008, se establecieron los primeros cursos de posgrado en Salud Colectiva en el marco del Programa de Apoyo a los Planes de Reestructuración y Expansión de las Universidades Federales⁷⁰. Por otro lado, han avanzado en promover la autonomía profesional de la enfermería^{14, 71}. Además, desde 2006 se establece la contratación de agentes comunitarios de salud y agentes de control de enfermedades endémicas por estados, considerando el Distrito Federal, y los municipios como un actor clave^{55, 65}.

Los Equipos Multiprofesionales (EMULTI, antes NASF) son otro modelo de atención, que actúan como puente entre la Atención Primaria y otros niveles, facilitando la coordinación y las derivaciones^{55, 68}.

Los cambios en la política nacional de 2019 permitieron que los equipos del ESF trabajaran sin trabajadores comunitarios, lo que generó una disminución significativa en la proporción de hogares registrados que recibían visitas mensuales⁷².

f) Redes

La estructura del SUS está pensada y se publicita como un sistema de redes de atención de la salud (RAS). Algunos Estados, a este modelo le ponen nombre de fantasía. No siempre se verifica una relación fluida entre el primero y el segundo nivel, tampoco la existencia de espacios de participación comunitaria, aunque existen algunas excepciones como la “Red de Cigüeña” (que garantiza el derecho de las mujeres a la planificación reproductiva y a la atención humanizada) o la Red del Banco de Leche Humana³⁴. A nivel Estadual, la OPS rescata los casos de la Red de Hospitales Comunitarios de San Pablo en Minas Gerais, Tocantins, Pará y Paraná, con una gestión realizada por una organización social, o una alianza público-privada³⁷.

También se mencionan como positivos, pero a nivel federal en el marco del SUS, la organización de Redes Loco-Regionales de Atención Integral de Emergencias por un lado y, por otro, la Red Nacional para la Salud Integral del Trabajador (Renast) que conecta al SUS con otras instituciones públicas y privadas como universidades y centros de investigación⁵⁸.



La implementación de la “Estrategia QualineO” en 2017 tuvo como objetivo calificar la atención a recién nacidos. Esto incluía garantizar una recepción adecuada al nacer, promover buenas prácticas como el contacto piel con piel, la lactancia materna temprana, y la realización de exámenes neonatales.

Un modelo similar se implementó en salud mental a partir de las Redes de Atención Psicosocial (RAPS) y lo mismo se aplicó para la atención de las emergencias a través de la Red de Atención de Urgencia (RAU). También son presentados como redes los programas “Mejor en Casa”, enfocado a la atención domiciliaria y el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT).

g) La relación entre el equipo de salud y el paciente

La “Carta de Derechos del Usuario del SUS”, publicada en 2006, garantiza el acceso ordenado al sistema de salud y un tratamiento adecuado y efectivo. La Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión (HumanizAsus) tiene como objetivo garantizar estos derechos y comprometer a las y los directivos a su cumplimiento⁶⁴.

Para el ministerio el SUS representa una superación del modelo tradicional de salud, centrado en la enfermedad y en el médico, con un fuerte desapego de las comunidades⁵⁸.

En documentos oficiales se plantea que las y los ciudadanos tienen derecho a un tratamiento adecuado y eficaz para sus problemas de salud, asegurando la calidad y continuidad de la atención holística, humanizada y acogedora, libre de discriminación por edad, raza, género o nivel socioeconómico. Esto incluye que el paciente sea identificado por su nombre, que las y los profesionales tengan identificación visible, y que se respeten la integridad física, privacidad y comodidad del paciente durante las consultas y hospitalizaciones. Se habla de consentimiento del paciente, el derecho a información clara, objetiva, respetuosa y adaptada a su contexto cultural^{53, 73}.

En la documentación relevada no hemos encontrado otros análisis relacionados con este tema. Lo mismo sucede con el autocuidado

Las Encuestas Nacionales de Salud (PNS) se realizan en Brasil a través de una asociación entre el Ministerio de Salud (MS) y el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y forman parte del Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (SIPD) del IBGE. Las últimas se realizaron en 2013 y 2019⁷². Los resultados son fundamentalmente cuantitativos. La encuesta de 2003 había detectado que la carencia de médicos y personal de enfermería era la principal falla del sistema que las personas encuestadas identificaban⁷⁴. Otra encuesta de 2014, realizada a pedido del Consejo Federal de Medicina (CFM) y de la Asociación Paulista de Medicina (APM) mostró un elevado grado de insatisfacción entre las y los usuarios del SUS⁷⁵. Un último sondeo ejecutado por la Asociación Nacional de Administradores de Beneficios (Anab), reveló que la mayoría



de quienes fueron encuestados manifestaron dificultades en el acceso a los servicios que presta el SUS⁷⁶. No hemos visto encuestas realizadas por el propio seguro para sacar conclusiones cualitativas sobre las relaciones de las y los pacientes con el equipo de salud

h) Participación

La participación a través de los movimientos de la sociedad civil aparece como una piedra angular en el discurso del SUS⁵⁸. La clave para ello es la conformación, en el ámbito del Ministerio, del Consejo Nacional de Salud³, de 27 Consejos Estatales y más de 5 mil Consejos Municipales, con representantes de la sociedad civil, del gobierno, proveedores y trabajadores de la salud. La tarea de estos consejos consiste en participar de la formulación de políticas⁵⁷. Uno de los mecanismos principales han sido las Conferencias Nacionales cuya última edición, la XVII, se llevó a cabo en el 2023⁵⁷. Existen otros ámbitos participativos como el Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud (Conass), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems), y las Comisiones Intergerenciales (CIT y CIB) que aún están vigentes⁵⁹.

Los Consejos habían sido prácticamente desactivados con el cambio de gobierno³⁷; pero desde el 2023 se intenta la recuperación de estas instancias⁵⁵. Según la página web oficial estos consejos, son herramientas claves para la participación y el control social en el SUS, que son quienes aprueban planes, supervisan el presupuesto y fiscalizan la gestión, traducen demandas sociales en resoluciones y políticas públicas, influyendo en la gestión nacional y estableciendo estándares participativos únicos en la región⁷⁷.

El ministerio informa, para 2023, un aumento en el número de reuniones de los Consejos Distritales de Salud Indígena (Condisi) y de los Consejos Indígenas de Salud (CLSI)⁵⁵.

La literatura es contradictoria respecto a estas instituciones: se valora la experiencia, pero se plantea que no ha impactado lo suficiente. Documentos oficiales mencionan casos positivos como el de los Consejos Municipales de Salud (CMS) de Pará de Minas, Minas Gerais, Gravataí, Rio Grande do Sul, Quixadá, São José do Rio Preto, y también se destacan los consejos de Maringá, de Paraná o de Belo Horizonte, porque habían mejorado sus solicitudes respecto a los informes de rendición de cuentas debido a la presión del cabildo⁷³. También se menciona la participación del Consejo Indígena Kokama de la Amazonía y del Consejo local de Inhapi, en Alagoas en actividades de capacitación para el control social en el SUS⁷⁸. Otros autores también valoran las experiencias locales y dan el ejemplo de la huerta comunitaria en la unidad de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) de un municipio del sur de Brasil, apoyados por el gobierno local, la Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural y los centros de asistencia social.

3 El Consejo Nacional de Salud (CNS) existe desde 1937 pero ganó su papel actual después de la institución del SUS en 1990



Mencionan también el caso del ESF Harmonia y ESF Coalizão, en donde los grupos de salud mental se apropiaron de un espacio para generar artesanías⁷⁹.

De todos modos, se reconoce que las experiencias no se traducen en niveles de involucramiento elevados. Las y los usuarios que más necesitan el SUS suelen tener una baja capacidad de organización y movilización, y sus demandas rara vez se satisfacen, por eso corresponde a la sociedad organizada y a las y los gestores de salud promover su inclusión en las discusiones del Consejo. Además, dice que hay casos en que el personal directivo puede obstaculizar la capacidad de toma de decisiones de los Consejos al no proporcionar el apoyo o los recursos adecuados⁷³.

Algo similar señalan otros autores para quienes su efectividad varía según las capacidades locales y si bien el modelo ha permitido institucionalizar la participación y democratización en la política sanitaria brasileña, persisten limitaciones estructurales, como la falta de recursos y de autonomía en muchos Consejos, además de problemas de representatividad y desigualdad territorial^{80, 81}.

Para ellos la tarea legislativa estuvo influenciada por el proceso participativo de las conferencias nacionales, pero la misión se ve obstaculizada por la cooptación de representantes, por las luchas internas entre delegados, etc.; y además por la tendencia de los Consejos a centrarse en la fiscalización más que en la deliberación⁸². Además de la falta de recursos, la persistencia de las y los mismos líderes durante años, muchos escasamente preparados y comprometidos, la burocratización y los problemas para movilizar a la sociedad provoca que, en ocasiones los Consejos pueden sentirse impotentes, socavando su legitimidad⁸³.

Si bien la participación social está institucionalizada en los Consejos, puede haber una pérdida de capacidad crítica, de innovación y de decisión a medida que estas instancias se integran al aparato estatal^{64, 84}.

i) Política de medicamentos

El SUS garantiza el acceso a la asistencia farmacéutica con base en la Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que incluye la selección y estandarización de medicamentos para enfermedades y condiciones de salud en base al FTN (Formulário Terapêutico Nacional). Si bien el SUS no cuenta con copagos, existen insuficiencias en la cobertura de medicamentos para atención ambulatoria, lo que hace que -en los hechos- dicha cobertura sea sólo parcial⁶⁴.

Los Estados, el Distrito Federal, y los municipios pueden adoptar listas específicas y complementarias de medicamentos y son responsables de su financiamiento⁶⁵.

En la actualidad la regulación de los precios de los medicamentos está a cargo del Ministerio de Salud, que realiza análisis económicos utilizando para ello el Banco de Precios de Salud (BPS). En cuanto a la prescripción bajo el nombre genérico, Brasil se posiciona con 29% del total de las prescripciones³⁷.

Para la distribución de remedios entre los sectores populares, Brasil instauró en 2004 el Programa de Farmacia Popular, de forma conjunta entre el Ministerio de Salud y la Fundação Oswaldo Cruz. Este programa en 2015 cubría 112 artículos, vendidos a su precio de costo. En 2016 estos programas entraron en un letargo³⁷. En la actualidad, el Programa ha sido revitalizado. Proporciona medicamentos gratuitos para el tratamiento de la diabetes, el asma y la hipertensión. También ofrece medicamentos subsidiados para padecimientos como dislipidemia, rinitis, enfermedad de Parkinson, glaucoma, diabetes mellitus asociada a enfermedad cardiovascular, y pañales geriátricos, cubriendo el 90% del costo. Las personas beneficiarias del programa Bolsa Familia (aproximadamente 55 millones de personas) obtuvieron acceso gratuito a 39 medicamentos y pañales geriátricos. Además, se está ampliando el programa para incluir a la población indígena en el marco de los Distritos Sanitarios Indígenas Especiales (Dsei). El programa apunta a una mayor expansión, especialmente en regiones que actualmente tienen cobertura limitada, para llegar al 100% de los municipios para 2027⁶⁸.

Finalmente, hay una prioridad en la producción pública de medicamentos, dentro de la agenda del Complejo Económico Industrial de Salud (CEIS), contexto en el cual se enmarca el Programa de Preparación en Vacunas, Sueros y Hemoderivados (PPVACSH)⁵⁵.

j) Las opiniones sobre el SUS

El modelo fue valorado por el NI equilibrado ya que este pondera la universalidad y la separación de aseguramiento y provisión⁸⁵. Macinko y Harris⁶⁹ destacan el financiamiento mediante rentas generales, la gratuidad y la prioridad dada a la salud materno-infantil y de las poblaciones vulnerables para reducir las desigualdades estructurales. De todos modos, la bibliografía coincide en que resulta muy difícil evitar la descoordinación. Campos⁸⁶ enfatiza el objetivo de mejorar los determinantes sociales mediante la intersectorialidad. Entre los problemas observados se verifica la insuficiencia de financiamiento y la baja eficacia en la gestión pública⁸⁷.

Diversos autores referentes del sanitarismo, como los NI, valoran universalidad, las transferencias focalizadas, el modelo de APS y Redes, y el enfoque multiprofesional e interdisciplinario⁶¹. Pero, naturalmente, consideran que hay un problema básico que es el escaso financiamiento; y luego siguen en relevancia los desafíos de la descentralización y el rol del sector privado⁸⁸.

En lo relacional, Batista y Merhy⁵¹ sostienen que el SUS se pensó como la gran posibilidad de quebrar la lógica predominante en la salud, es su deconstrucción en el espacio

de la micropolítica, de la organización del trabajo y de las prácticas, pero los limitantes han sido muchos. Por la falta de presupuesto y la distribución de los fondos se generan mecanismos de racionamiento y, por otro lado, se detecta aun la omnipotencia en los equipos, jerarquías en su interior y procesos de trabajo fragmentados. Del mismo modo para Paim, Travassos, Almeida, Bahia y Macinko⁸⁸ el sistema nació con una vocación progresista inspirada en la medicina social, ha propiciado el surgimiento de perspectivas críticas, pero ha operado en un contexto dominado por otras lógicas. Giovanella, Franco, y Almeida⁶¹ señalan, por su parte, que la creación del SUS tuvo como objetivo alejarse de un modelo de salud anterior que, entre otras características, incluía la visión biomédica y hospitalaria de la atención; respecto a lo relacional, no especifican si se logró o no el objetivo planteado. Es decir que, si bien el SUS representa un cambio significativo de un modelo biomédico hacia uno que incluya la atención centrada en el individuo, la perspectiva biomédica aún persiste en las prácticas sanitarias, particularmente en las relaciones con las y los pacientes⁷⁰.

A pesar de los problemas hay toda una bibliografía, que sostiene que el SUS es un orgullo ya que encarna la esperanza y el derecho fundamental a la salud y a la vida e insta a seguir trabajando⁸⁹.

Conclusiones

El análisis de las políticas de salud en América Latina revela las dificultades para superar problemas estructurales. Las reformas inspiradas en la lógica del mercado, la descentralización y la privatización han generado segmentación, desigualdad estructural y una dependencia crónica de “recetas externas” que limitan la soberanía sanitaria de la región. Al mismo tiempo hay una tensión persistente entre la hegemonía de ese patrón NI radical, otras versiones más equilibradas del NI y, por otro lado, las propuestas de la Salud Colectiva que enfrentan esas cuestiones de modo diferente. A su vez, el sistema se debate entre el sostenimiento del enfoque biologicista y del médico hegemónico, por una parte, y por otro el intento de generar cambios que tanto el NI equilibrado como la Salud Colectiva defienden, aunque con diversos grados de intensidad.

En función de nuestro enfoque diremos que desde el diseño del SUS se combinaron varias tradiciones. Naturalmente es parte de la herencia del Estado Benefactor, muy incompleto de Brasil, y es el reflejo del hecho de que el NI -incluso radical- reconoce a la salud como derecho universal. Contra el NI radical -aunque presente en otras versiones del NI-, se asume el deber del Estado de asegurar el financiamiento para garantizar ese derecho y eso se manifiesta en la ampliación de la población cubierta y el aumento del presupuesto. Por otro lado, en sus principios se afirma la necesidad de mejorar los determinantes sociales de la salud, la importancia de la APS, la integralidad y las redes en sus definiciones amplias, así como también la presencia de una dosis apropiada de provisión pública en el segundo y tercer nivel. Estos elementos mencionados son además parte del



consenso OMS/OPS. La política de medicamentos responde a un enfoque estructuralista y parece ir más allá de este consenso.

Su lanzamiento se realiza en el contexto de las reformas más radicales del NI en Brasil, de allí su contexto inicial de ajuste -modificado luego solo en parte ya que las restricciones nunca desaparecieron- y de descentralización, que no ayuda a producir una salud de calidad ni a enfrentar la inequidad regional y al real empoderamiento del territorio.

De la salud colectiva incorporó la crítica al modelo biomédico, pero al mismo tiempo es en el NI en que se inspira para el diseño de los Consejos, lo que explica el formalismo de la vida de estas instituciones. Por eso no pudo avanzar como se hubiese querido en lo que hace a la inserción de la comunidad, con formas participativas de mayor involucramiento. Las experiencias de participación local y de revalorización de saberes populares quedaron restringidas a proyectos concretos en el marco del Seguro.

En definitiva, la superación del modelo hegemónico requiere construir políticas públicas de salud que sean suficientemente financiadas, lo que significa impulsar cambios estructurales importantes. Sobre esa premisa, dichas políticas deben ser contextualizadas, para responder a las realidades locales y regionales, incluyendo una lógica discursiva de las y los actores que las conforman, que reconozcan y valoren la diversidad cultural y que sean generadoras de espacios de participación de otro tipo.

Referencias bibliográficas

1. Iñiguez A, Narodowski P. La G de la ecuación macroeconómica. El Estado y las finanzas a través de las teorías y los años. En: De Santis G, Naclerio A, Narodowski P, eds. Teoría y política macroeconómica. Aplicaciones a la economía argentina. La Plata: Editorial Universidad de La Plata; 2007. Disponible en: <https://periferiaactiva.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/ic3bliguez-y-narodowski-capitulo-6.pdf>
2. Medina A, Narodowski P. Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi; 2015. Disponible en: <https://redes.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2017/05/Libro-Estado-integraci%C3%B3n-y-Salud-con-tapa.pdf>
3. Narodowski P. La Argentina pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad. Buenos Aires: Prometeo; 2008. Disponible en: <https://periferiaactiva.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/11/narodowski-la-argentina-pasiva-completo.pdf>
4. López A. Las ideas evolucionistas en economía: una visión de conjunto. Buenos Aires Pensamiento Económico. 1996;(1):[sin páginas]. Disponible en: <https://>





periferiaactiva.files.wordpress.com/2015/01/lopez-las-ideas-evolucionistas-en-economia-una-visita-de-conjunto.pdf

5. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General, 8 de septiembre de 2000 (A/RES/55/2). Nueva York: Naciones Unidas; 2000. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
6. Lyotard JF. La condición posmoderna: informe sobre el saber. Madrid: Cátedra; 1987.
7. González Velazco C, Losiggio D, Narodowski P. Estrategias de investigación en la universidad. Los debates pendientes. Mimeo; 2023.
8. Lash S. Sociología del posmodernismo. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.
9. Lash S, Urry J. Economías de signos y espacio. Buenos Aires: Amorrortu; 1994.
10. Ianni O. La sociedad global. México: Siglo XXI; 1998.
11. Ortiz R. Otros territorios. Ensayos sobre el mundo contemporáneo. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 1996.
12. Narodowski P, Narodowski L. La tradición china como fundamento de una estrategia de beneficio mutuo en las relaciones internacionales. 2021. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.15083/ev.15083.pdf
13. Hinkelammert F. El grito del sujeto. Del teatro-mundo del evangelio de Juan al perro-mundo de la globalización. 2ª ed. San José: DEI; 1998. Disponible en: <https://www.pensamientocritico.info/libros/libros-de-franz-hinkelammert/espanol.html?download=11:El%20grito%20del%20sujeto>
14. Enfermería Universitaria. La enfermería de práctica avanzada. ¿Qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enferm Univ. 2017;14(4):219-23.
15. Escobar A. Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA; 2014. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf
16. De Sousa Santos B. Conocer desde el sur. Para una cultura política emancipatoria. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales UNMSM; 2006. Disponible en: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/07/Conocer-desde-el-Sur.pdf>



17. De Sousa Santos B. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Montevideo: Trilce; 2010. Disponible en: https://periferiaactiva.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/03/descolonizar-el-saber_final-de-souza-santos.pdf
18. De Sousa Santos B. Democratizar el territorio, democratizar el espacio. 2014. Disponible en: <https://derechoalaciudadflacso.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/entrevista-a-boaventura-de-souza-santos-democratizar-el-territorio-democratizar-el-espacio.pdf>
19. Coraggio JL, Loriz E. Economía popular, entre la emergencia y la estrategia. Buenos Aires: Ciccus; 2022.
20. Gago V. La razón neoliberal: economías barrocas y pragmática popular. Buenos Aires: Tinta Limón; 2014.
21. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of National Health and Welfare; 1974. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
22. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/de38b298-8084-46aa-85f8-2f016bf7f28c/content>
24. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31055>
25. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf
26. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999. Disponible en: https://raggeduniversity.co.uk/wp-content/uploads/2025/01/1_x_senDevelopmentasFreedom-_compressed.pdf
27. Nussbaum MC. Las capacidades de las mujeres y la justicia social. Debate feminista. 2009;(39):[páginas]. ISSN 0188-9478.



28. Ruger JP. Toward a theory of a right to health: capability and incompletely theorized agreements. *Yale J Law Humanit.* 2006;18(2):3. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4190169/pdf/nihms586840.pdf>
29. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
30. World Health Organization. The Health for All policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf>
31. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):111-26.
32. Shortell S. Integrated health systems: promise and performance. Berkeley: School of Public Health, University of California; 2006.
33. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF>
34. Mendes EV. La atención primaria en salud: entre lo posible y lo necesario. Río de Janeiro: Fiocruz; 2013.
35. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr.* 2014;112(1):55-8. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf>
36. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for high-need, high-cost patients — an urgent priority. *N Engl J Med.* 2016;375(9):909-17. Disponible en: <https://www.smh.com/Portals/0/Documents/palliative-care/NEJMp1608511.pdf>
37. Medina A, Narodowski P. Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud: comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2019. Disponible en: <https://rid.unaj.edu.ar/bitstreams/e18abe31-3210-4f96-843b-4cda918dafaf/download>
38. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy.* 1997;41(1):1-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851097000109>



39. Béland D, Katapally T. Neoliberalism and health inequality in Latin America. *J Soc Policy*. 2018;47(4):665-83.
40. Navarro V. Neoliberalism, globalization and inequalities: consequences for health and quality of life. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):211-26.
41. Waitzkin H. *Medicine and public health at the end of empire*. Boulder: Paradigm Publishers; 2008.
42. Cannellotto A, Luchtenberg E. Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión. 2008. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008_medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf
43. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(14):21-32. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2004.v8n14/21-32/pt>
44. Giménez G. Fragmentación y especialización en salud pública. *Rev Salud Pública*. 2014;16(2):113-21.
45. Cueto M. *El retorno de la salud selectiva: el enfoque de la atención primaria en salud*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.
46. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.94.11.1864>
47. Villa-Vélez L. Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Cien Saude Colet*. 2020;25:1539-46. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rbXbFrXR6hQqjLJDGwwXRBR/?format=html&lang=es>
48. Almeida Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad Méd Soc (Ros)*. 1999;5-30.
49. Almeida Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colect*. 2006;2(2):123-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120203.pdf>
50. Ubieto JR. Modelos de trabajo en red. *Rev Educ Soc*. 2007;(36):[páginas].



51. Batista F, Merhy E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colect.* 2011;7(1):9-20. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251/240>
52. Garrafa V, Manchola C. Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. *Rev Redbioética/UNESCO.* 2016;7(13):12-12. ISSN 2077-9445. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000250926>
53. Tribunal de Contas da União. Conheça o SUS. [s.f.]. Disponible en: <https://portal.tcu.gov.br/data/files/3D/60/88/A9/D6A5B710EA6C5BA7E18818A8/2%20Conheca%20o%20SUS.pdf>
54. Ministério da Saúde. DATOSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponible en: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
55. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_Integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf
56. Tribunal de Contas da União. Possibilidades e limitações de uso das bases de dados do DATASUS no controle externo de políticas públicas de saúde no Brasil. Brasília: TCU; 2019. Disponible en: <https://sites.tcu.gov.br/recursos/trabalhos-pos-graduacao/pdfs/Possibilidades%20e%20limita%C3%A7%C3%B5es%20de%20uso%20das%20bases%20de%20dados%20do%20DATASUS%20no%20controle%20externo%20de%20pol%C3%ADtica.pdf>
57. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: seus princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf
58. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponible en: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2008-20-anos-de-sistema-unico-de-saude-SUS-no-Brasil.pdf>
59. Ministério da Saúde. SUS: a saúde do Brasil. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf
60. Tribunal de Contas da União. Eficiência hospitalar: relatório de acompanhamento sobre ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar pelo Ministério da Saúde. Brasília: TCU; 2021. Disponible en: https://eficiencianasauade.org/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/idSisdoc_23599236v2-20-Instrucao_Processo_03955120202.pdf



61. Giovanella L, Franco CM, Almeida PFD. Política Nacional de Atención Primaria: ¿hacia dónde nos dirigimos? Cien Saude Colet. 2020;25(4):1475-82. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGOXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>
62. Atun R, et al. América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. Lancet. 2014 Oct 16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151g.pdf>
63. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. The right to health: what model for Latin America? Lancet. 2015 Apr 4;385(9975):e34-7. doi:10.1016/S0140-6736(14)61493-8. PMID:25458721.
64. Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Río de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud; 2013.
65. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015. Disponible en: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>
66. Melo EA, Almeida PFD, Lima LDD, Giovanella L. Reflexiones sobre los cambios en el modelo federal de financiamiento de la Atención Primaria de Salud en Brasil. Saude Debate. 2020;43:137-44. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144>
67. Tribunal de Contas da União. Relatório de acompanhamento. Brasília: TCU; 2023. Disponible en: <https://portal.tcu.gov.br/data/files/B2/B5/A7/18/3D4BA810F80985A8E18818A8/20.9%20VR%20Covid%20015.125-2021-1-VR-8%20Ciclo%20acompanhamento%20MS%20Covid-19.pdf>
68. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponible en: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2023-analise-da-situacao-de-saude-com-enfoque-nas-criancas-brasileiras.pdf>
69. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med. 2015;372(23):2177-81. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Matthew-Harris-20/publication/283899889_Brazil's_Family_Health_Strategy/links/564e551708aeafc2aab1c61e/Brazils-Family-Health-Strategy.pdf
70. Silva VOD, Laurindo ADM, Silva LRD, Louvison MCP, Miranda ASD, Santos L, Maia LTDS. Estudios de grado en salud pública como estrategia política para la



reexistencia y defensa del SUS: trayectoria, expectativas y desafíos para el futuro. Saude Soc. 2025;33:e240634pt. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2024.v33n4/e240634pt/>

71. dos Reis Bellaguarda ML, Nelson S, Padilha MI, Caravaca-Morera JA. Autoridad prescriptiva y enfermería: un análisis comparativo de Brasil y Canadá. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(6):[nov-dic].
72. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PFD, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil: lo que nos muestran las Encuestas Nacionales de Salud de 2013 y 2019. Cien Saude Colet. 2021;26:2543-56. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/?format=html&lang=pt>
73. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU; 2010. Disponible en: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1951202406.pdf>
74. Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex. 2011;53(Supl 2):[pp]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>
75. Agência Brasil. Brasileños se muestran insatisfechos por servicios de salud. Agência Brasil. 2014 Aug 19. Disponible en: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/es/geral/noticia/2014-08/brasilenos-se-muestran-insatisfechos-por-servicios-de-salud>
76. Agência Brasil. Un 50% de los brasileños tuvieron que ajustar gasto con plan médico. Agência Brasil. 2022 Jun 6. Disponible en: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/es/saude/noticia/2022-06/casi-el-50-tuvo-que-ajustar-su-presupuesto-para-no-perder-su-plan-de-salud>
77. Conselho Nacional de Saúde (CNS). O que é o controle social? [s.f.]. Disponible en: <https://conselho.saude.gov.br/controle-social>
78. Ministério da Saúde. Experiências exitosas no SUS são apresentadas em atividade do CNS e Fiocruz. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponible en: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/experiencias-exitosas-no-sus-sao-apresentadas-em-atividade-do-cns-e-fiocruz>
79. Buziquia SP, Gonçalves TR, Loeck JF, Junges JR. Experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo qualitativo. Physis. 2024;34:e34098. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/physis/2024.v34/e34098/>



80. Lima LD, Labrada R. Os conselhos de saúde e a participação social. Saude Debate. 2018;42(Esp):110-20.
81. Fleury S. Participação e controle social no SUS. Cien Saude Colet. 2015;20(10):3763-72.
82. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. En: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p.237-71. Disponible en: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/61.pdf>
83. Gimenez Peralta JA. A participação popular no SUS: consolidar para avançar ou reformular para qualificar? Elementos para uma reflexão crítica [tesis de maestría]. São Paulo: FLACSO Sede Brasil; 2023. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/19467/2/TFLACSO-2023JAGP.pdf>
84. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>
85. Giedion Ú, Villar M, Ávila A. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid: Fundación Mapfre; 2010. Disponible en: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
86. Campos GWS. Políticas públicas y calidad de vida. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
87. Campos GWS, Figueiredo A. Desafíos de la gestión del SUS. Rev Bras Saude Mater Infant. 2015;15(3):303-11.
88. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. Disponible en: <https://arca.fiocruz.br/bitstreams/dc179109-b924-413e-a686-121d0d426025/download>
89. Onocko-Campos RT, Tanaka OY. El Sistema Único de Salud brasileño y el proyecto civilizatorio: escenarios, alternativas y propuestas. Cad Saude Publica. 2021;37:e00116621. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n6/e00116621/es/>
- Almeida Filho N, Montekio V, Medina G, Aquino J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. 1999. Disponible en: <https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n75a345.pdf>



- Argüello Verbanaz S. Regulación y fijación de precios de los medicamentos en Canadá, España, Australia, Reino Unido, Brasil y Chile. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2016. Disponible en: www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/22226/1/Informe%20Final.pdf
- Feuerwerker LCM. Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. Salud Colect. 2021;17:e3356. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2021.v17/e3356/>
- Giovanella L, Bousquat A, Almeida PFD, Melo EA, Medina MG, Aquino R, Mendonça MHMD. Médicos por Brasil: ¿camino hacia la privatización de la atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud? Cad Saude Publica. 2019;35:e00178619. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n10/e00178619/pt/>
- Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg. 2007;5:57-65.
- Luhmann N. Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general. Vol. 15. Barcelona: Anthropos Editorial; 1998.
- Ministério da Saúde. Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponible en: [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80835/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS+\(2\).pdf/2e9e54ae-e133-ae7a-8dbf-7f32422077e6?t=1653226442217](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80835/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS+(2).pdf/2e9e54ae-e133-ae7a-8dbf-7f32422077e6?t=1653226442217)
- Porter D, Ugalde A. Health, neoliberalism and development in Latin America. New York: Palgrave Macmillan; 2004.
- Sadana R, Mushtaque R, Chowdhury M, Petrakova A. Strengthening public health education and training to improve global health. Bull World Health Organ. 2008 Jun;86(6):[pp]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2636237/pdf/06-039321.pdf>
- Ubieto JR. Pasión por tener un síndrome. La Vanguardia. 2015 Sep 2; Tendencias:[pp].

La Antena

Atención Integral en Acción: La Colaboración Interprofesional como Experiencia Central entre las Residencias Veterinaria de Zoonosis y de Medicina General

*Comprehensive Care in Action: Interprofessional
Collaboration as a Core Experience Between Zoonoses
Veterinary and General Medicine*

*Atenção Integral em Ação: A Colaboração Interprofissional
como Experiência Central entre as Residências de
Veterinária em Zoonoses e de Medicina Geral.*



Mariela Mansilla¹ (ORCID: [0009-0005-4839-6678](#)),

Alejandro Aguiar² (ORCID: [0009-0008-0111-0558](#)),

David Ceballos² (ORCID: [0009-0003-7861-7617](#))



Contacto:

Mariela Mansilla -Email: mvm141@hotmail.com

Filiaciones:

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina 2. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Citar como:

Mansilla M, Aguiar A, Ceballos D. Atención Integral en Acción: La Colaboración Interprofesional como Experiencia Central entre las Residencias Veterinaria de Zoonosis y de Medicina General. Desde Acá. 2025; 5:113-128.

Resumen

La complejidad creciente del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) exige competencias interprofesionales en el posgrado. Este artículo describe una experiencia de aprendizaje colaborativo (enero-junio 2025) entre residencias de Medicina General y Veterinaria en Florencio Varela. El proyecto, anclado en los conceptos de “campo de la salud” (Spinelli) y “Una Salud”(OMS/OMSA), aborda las parasitosis vinculadas a basurales a cielo abierto desde ambos paradigmas, generando estrategias de promoción y prevención.

A lo largo de ocho encuentros, se planificó y ejecutó un taller interactivo en el territorio, centrado en reciclado, cuidado animal y manipulación de alimentos, fomentando la participación comunitaria. La evaluación del proyecto reveló una fuerte colaboración entre ambas disciplinas, respeto, reconocimiento y valoración mutua, así como una notable capacidad conjunta para resolver desafíos. En síntesis, esta experiencia subraya la esencialidad de la formación en interdisciplina para lograr una salud integral en contextos complejos.

Palabras Clave: Educación Interprofesional, Una Salud, Formación de posgrado, Práctica Colaborativa

Abstract

The increasing complexity of the health-disease-care-attention process (PSEAC) demands interprofessional competencies in postgraduate education. This article describes a collaborative learning experience (January-June 2025) between General Medicine and Veterinary residencies in Florencio Varela. The project, anchored in Spinelli’s “health field” concept and “One Health,” addressed parasitosis linked to open-air landfills from both professional paradigms, generating promotion and prevention strategies.

Over eight meetings, an interactive workshop was planned and executed in the community, focusing on recycling, animal care, and food handling, fostering community participation. The project evaluation revealed strong collaboration between both disciplines, demonstrating mutual respect, recognition, and appreciation, alongside a notable joint capacity to solve challenges. In essence, this experience highlights the essential role of interdisciplinary training for achieving comprehensive health in complex contexts.

Keywords: One Health, Postgraduate Training, Collaborative Practice, Interprofessional Education



Resumo

A crescente complexidade do processo saúde-doença-atenção-cuidado (PSEAC) exige o desenvolvimento de competências interprofissionais na pós-graduação. Este artigo descreve uma experiência de aprendizado colaborativo (janeiro-junho de 2025) entre residências de Medicina Geral e Veterinária em Florencio Varela. O projeto, ancorado nos conceitos de “campo da saúde” (Spinelli) e “Saúde Única” (One Health), abordou a parasitose vinculada a lixões a céu aberto a partir de ambos os paradigmas, gerando estratégias de promoção e prevenção.

Ao longo de oito encontros, um workshop interativo foi planejado e executado no território, focado em reciclagem, cuidado animal e manipulação de alimentos, promovendo a participação comunitária. A avaliação do projeto revelou uma forte colaboração entre ambas as disciplinas, demonstrando respeito, reconhecimento e valorização mútua, além de uma notável capacidade conjunta para resolver desafios. Em síntese, esta experiência ressalta a essencialidade da formação em interdisciplinaridade para alcançar uma saúde integral em contextos complexos.

Palavras-chave: Educação Interprofissional, Saúde Única, Pós-Graduação, Prática Colaborativa



Atención Integral en Acción: La Colaboración Interprofesional como Experiencia Central entre las Residencias Veterinaria de Zoonosis y de Medicina General



Mariela Mansilla, Alejandro Aguiar y David Ceballos

**La integración de las diferentes disciplinas no es un lujo, sino una necesidad
para resolver los problemas complejos que enfrenta el mundo.**

Edgar Morin

Introducción

La creciente complejidad de las necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC)¹ exige un trabajo en equipo efectivo entre los y las diversos/as profesionales que intervienen en la atención, superando las barreras profesionales creadas por la formación centrada en las competencias específicas propias de cada disciplina. Por lo tanto, resulta imprescindible que, durante las etapas de formación de posgrado, especialmente dentro del sistema de residencias, se priorice el desarrollo de competencias interprofesionales. Esto implica la adopción de un enfoque colaborativo y comunicativo, siempre centrado en la persona, su familia y la comunidad que considera e integra el ambiente en el cual se desarrollan. Para lograrlo, la formación de los y las profesionales de la salud debe integrar estrategias pedagógicas que fomenten la comunicación, la empatía, el aprendizaje colaborativo y la claridad de roles, especialmente en el contexto de la educación interprofesional².

El presente artículo tiene como objetivo describir y analizar una experiencia de aprendizaje interprofesional, diseñada para generar evidencia y contribuir a la literatura en un campo que se encuentra en desarrollo. Este proyecto reunió a médicos y médicas



de la Residencia de Medicina General ((RMG) Sede Santa Rosa y médicos y médicas veterinarias de la Residencia Veterinaria en Zoonosis y Salud Pública (RVZSP), Sede Dirección de Zoonosis y Bromatología, ambas con sede en Florencio Varela, durante el periodo de enero a junio del 2025. El objetivo central fue que, desde sus respectivos paradigmas profesionales y en el marco del enfoque “Una Salud”, abordarán y buscarán soluciones a una problemática socio-sanitaria compleja y específica (Parasitosis en el contexto de un basural a cielo abierto). Esto permitió que los y las residentes desarrollaran habilidades de comunicación clara y activa, junto con la capacidad de participar constructivamente en la resolución conjunta de problemas con profesionales de diversas disciplinas. Esto implica que sean capaces de reconocer y valorar las contribuciones únicas de cada profesión, demostrando una profunda comprensión de sus respectivos roles, responsabilidades y perspectivas dentro del equipo de salud. En última instancia, se busca que apliquen estrategias de colaboración y comunicación efectivas en escenarios simulados y situaciones clínicas reales.

La complejidad de las necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención-cuida (PSEAC).

La creciente complejidad de las necesidades en el PSEAC no solo obedece a la multiplicidad de factores, sino a su interacción dinámica e impredecible, lo que requiere una aproximación desde la complejidad en salud. Este enfoque teórico postula que los problemas de salud son fenómenos emergentes, resultantes de la interconexión no lineal de sistemas biológicos, sociales, políticos y ambientales.

Parafraseando a Testa, la visión social de la salud implica una determinación que se incorpora a la determinación de lo social general, superando la incorporación de variables sociales aisladas para buscar una explicación única de los comportamientos globales, como la economía y la política, y su reflejo en la salud poblacional³.

En este marco el concepto de “cuidado” se vuelve central en el contexto de la Atención Primaria de la Salud (APS), enfatizando una visión de la salud amplia e integral que supera las prácticas hegemónicas de la “atención”. El “cuidado” se define por la integralidad, la promoción de relaciones horizontales, simétricas y participativas con el paciente, su familia y la comunidad, y la necesidad de intersectorialidad.

Hugo Spinelli ⁴ sostiene que la salud no es solo la ausencia de enfermedad o la provisión de servicios médicos, sino es un espacio dinámico de relaciones, poderes e intereses. Aquí, diversos actores interactúan, compiten y definen qué es la salud y cómo deben asignarse sus recursos, moldeando las condiciones de salud de una población a través de factores como las desigualdades sociales y el capital (económico, social y simbólico).





El Enfoque “Una Salud” como Respuesta a la Complejidad

Una producción efectiva de salud, como también lo resalta Campos 5, requiere la integración indispensable de acciones sanitarias y no sanitarias, así como la colaboración entre saberes diversos. Esta exigencia de integración encuentra su máxima expresión en el paradigma “Una Salud” (One Health).

El término “Una Salud” (One Health) se refiere a un enfoque adoptado mundialmente para integrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas⁶. Este paradigma transdisciplinario, que reconoce la inseparabilidad de la salud humana, animal y ambiental, justifica teóricamente la colaboración entre Medicina General y Veterinaria al abordar problemas complejos como las zoonosis, la resistencia antimicrobiana o las enfermedades transmitidas por vectores. Abordar los problemas de salud desde esta perspectiva implica reconocer la naturaleza multifacética del campo, promoviendo el trabajo interdisciplinario y el desarrollo de estrategias de promoción y prevención que consideren todas las fuerzas que operan en este complejo espacio social.

Las Residencias, un Sistema de Capacitación en Servicio

El sistema de Residencias para Profesionales de la Salud constituye una modalidad de formación intensiva en servicio, garantizada por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires bajo su reglamento (Decreto 2557/2001)⁷.

Su propósito es asegurar la capacitación de profesionales del equipo de salud en función de las necesidades poblacionales, desarrollando y perfeccionando su formación integral para un desempeño responsable y eficiente en los distintos contextos territoriales. Este sistema busca que los y las residentes adquieran aptitudes específicas, de complejidad creciente, para la atención integral de personas, familias y la comunidad, ejecutando sus tareas de forma personal y colaborativa dentro del equipo de salud, conforme a planes de estudio preestablecidos y con el aval de una beca de capacitación. En consecuencia, que adquieran herramientas para el abordaje de las complejidades del PSEAC, directamente aplicables en sus áreas de prácticas.

En este contexto, y basándose en el concepto de la educación interprofesional, se articuló un proyecto conjunto entre la RMG Sede Santa Rosa y la RVZSP, Sede Dirección de Zoonosis y Bromatología. Ambas, con sede en Florencio Varela, donde trabajaron colaborativamente de enero a junio de 2025.

¿Qué es la educación interprofesional (EIP)?

La Educación Interprofesional (EIP) es una estrategia educativa clave que prepara a estudiantes y profesionales de la salud para la práctica en equipos colaborativos. Su fin es po-

tenciar sus habilidades y conocimientos, garantizando una colaboración efectiva. La EIP es un componente estratégico que ayuda a compensar el déficit de profesionales y resulta esencial para equiparlos con las herramientas necesarias que les permitan responder a las complejas y cambiantes necesidades de salud de las personas y sus comunidades.

Profundización Teórica: La Tríada Relacional

La definición de la EIP trasciende la simple coexistencia de profesionales. Teóricos como Hugh Barr⁸ han establecido la EIP como un proceso dinámico basado en una tríada relacional:

- Aprender CON otras profesiones: Implica la participación activa y conjunta en experiencias de aprendizaje, promoviendo la colaboración mutua y el desarrollo de habilidades de trabajo en equipo.
- Aprender SOBRE otras profesiones: Se enfoca en comprender los roles, responsabilidades, competencias específicas y perspectivas de las otras disciplinas, lo cual es fundamental para una claridad de roles efectiva.
- Aprender DESDE otras profesiones: Es el nivel más profundo, donde los y las participantes obtienen conocimientos y insights únicos de los marcos teóricos y las prácticas de otras disciplinas, enriqueciendo su propia práctica profesional.

Esta tríada representa un nuevo paradigma de aprendizaje que contrasta con el modelo uniprofesional previo, donde la formación se daba en un vacío disciplinar y los y las profesionales aprendían acerca de otros roles, pero sin la interacción colaborativa necesaria para la práctica compleja actual.

El objetivo fundamental de la EIP es catalizar un cambio en la identidad profesional, moviendo a los y las participantes de una postura centrada únicamente en su disciplina hacia una identidad colaborativa. No se trata solo de generar estados temporales de ánimo positivo o cooperativo, sino de internalizar las competencias de comunicación, empatía, y respeto mutuo como rasgos duraderos y permanentes en la práctica, esenciales para abordar la complejidad del Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) bajo enfoques como “Una Salud”.

Desarrollo de la experiencia

- **Origen de la propuesta**

El proyecto se inicia con una reunión entre los coordinadores de la Residencia Medicina General y la Residencia Veterinaria en Zoonosis y Salud Pública junto con el jefe



de la residencia veterinaria. Este encuentro inicial tiene como fin unificar los objetivos de aprendizaje y reconocer las competencias transversales compartidas por ambas profesiones. La iniciativa surgió como una propuesta conjunta de las Coordinaciones de ambas Residencias (Medicina General y Veterinaria en Zoonosis y Salud Pública), reconociendo la necesidad de generar espacios de Educación Interprofesional (EIP) que aborden la complejidad del Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) desde la perspectiva del enfoque “Una Salud”.

- **Registro de acuerdos**

Durante el mismo se consensuó la modalidad de las actividades y la periodicidad de los encuentros. Los acuerdos logísticos y pedagógicos alcanzados fueron registrados en un instrumento de seguimiento interno de las coordinaciones, sirviendo como acta de acuerdos y guía para el desarrollo y monitoreo del proyecto.

- **Inicios y Desafíos de la Colaboración Interprofesional**

La propuesta se llevó a cabo mediante encuentros presenciales quincenales (total de 8) en el salón de usos múltiples del Centro de Atención Primaria de Salud “Santa Rosa”, en la localidad de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires. Para facilitar la comunicación continua y el intercambio de material bibliográfico, se habilitó un espacio virtual (Drive) y un canal de comunicación vía WhatsApp.

El grupo de residentes estaba conformado por: 4 residentes de la RMG de 4to año y una pre-residente, 1 residente de 2do año y 2 residentes de 1er año de la RVZSP. Definiendo como objetivo central de estos encuentros el abordaje de una problemática específica utilizando herramientas de participación comunitaria, promoviendo así el desarrollo de competencias colaborativas y una comprensión interprofesional en el contexto local de Florencio Varela.

A continuación, se presenta el plan de trabajo (tabla 1) llevado a cabo por los y las residentes:



Tabla 1. Plan de trabajo

	Objetivo	Actividad
1er encuentro:	Presentación del proyecto Reconocer competencias propias y compartidas para llevar a cabo un abordaje promo-preventivo en la comunidad	Dinámica grupal de presentación. Lluvia de ideas sobre problemáticas compartidas Consigna siguiente encuentro: Investigar sobre las problemáticas que surgieron
2do encuentro:	Aplicar metodologías de priorización	Elaboración de una tabla de priorización ⁹ Surgiendo la temática: Parasitosis Consigna siguiente encuentro: Se propone investigar sobre dichas problemáticas
3er encuentro:	Analizar una situación problemática de manera estructurada para identificar sus causas fundamentales y sus efectos.	- Diseñar el Árbol de causa ¹⁰ y registro de causas abordables y no abordables
4to encuentro:	Identificar y relacionar elementos del marco teórico con observaciones concretas en el territorio de Florencio Varela para comprender y analizar las dinámicas locales.	- Exploración y análisis territorial a través de la observación participante ¹¹
5to encuentro	Realizar un análisis crítico del marco teórico con el contexto en escenario real	Discusión y puesta en común: Los y las participantes compartirán sus observaciones y análisis, discutiendo cómo el marco teórico se manifiesta (o no) en el contexto específico de Florencio Varela. ¹²
6to encuentro	Planificar actividad de intervención	Desarrollo del diseño detallado de la actividad comunitaria a implementar, incluyendo tareas, roles, recursos y estrategias de movilización. ¹³
7mo encuentro	Puesta en marcha de la actividad planificada	Desarrollo de la actividad en modalidad taller.
8vo encuentro	Evaluación del proyecto propuesto	A través de un formulario de opinión autoadministrado y en forma grupal del proyecto.

Al principio, la propuesta de un abordaje conjunto con las residencias de veterinaria generó incertidumbre entre los y las profesionales de la RMG. Esto implicó que las Coordinaciones de las residencias debieran centrarse en aclarar el objetivo del abordaje complejo en salud y el trabajo interdisciplinario.

Desde la perspectiva de la RVZSP, si bien es un espacio que suele requerir trabajo multi o interdisciplinario, las y los residentes nuevos carecen de experiencia formal en estos roles debido a la falta de espacios para desarrollar dichas habilidades en la carrera de grado.

El primer encuentro fue clave: los y las residentes participantes, desde sus propias experiencias, saberes y prácticas, debían reconocer sus competencias individuales y los puntos de colaboración esenciales. Si bien la comunicación fue fluida se presentó dificultad en definir los perfiles y el concepto de SALUD, punto principal para comenzar las acciones. En este momento surge desde la RVZSP el concepto de “Una Salud” o “Una Sola Salud”.

Priorización y Definición del Problema Común

Una vez definido en conjunto el objetivo principal, los siguientes encuentros fueron más fluidos, donde se abordaron herramientas de una planificación estratégica. Durante las dinámicas grupales se fomenta la comunicación, la escucha activa y la participación. A partir de una serie de temáticas afines a las problemáticas de la región, la selección de un tema surge dentro de la estrategia de priorización de problemas (aplicada internamente por los y las residentes) como “las parasitosis”, el de mayor interés para su abordaje como problemática en común.

Dicho enfoque se suele profundizar en 5 ejes fundamentales: resistencia antimicrobiana, enfermedades zoonóticas, enfermedades transmitidas por vectores, inocuidad alimentaria en conjunto con enfermedades de transmisión alimentaria (ETAs) y salud ambiental.

Contextualización Territorial y Vinculación de Problemas

Al transitar el tercer encuentro, se observa que los y las residentes de veterinaria aún no habían trabajado el concepto del “abordaje basado en un territorio”. Esto dificulta proponer una estrategia acorde a la comunidad.

Se decide, como espacio de estudio y de práctica, realizar el reconocimiento de una zona que limita con el barrio, a partir de la red con la institución “Centro Ruca Hueney”.

Durante la visita al territorio (cuarto encuentro), con la consigna de la observación participante y contextualizar la problemática, se presenta la inquietud de elegir como problemática unas zonas de basural a cielo abierto que limita con las instalaciones de la institución.

En conclusión, para el quinto encuentro, la consigna central fue vincular la presencia de “Parasitosis” directamente con la existencia de un “basural a cielo abierto”. El objetivo principal era comprender las complejas interacciones y las consecuencias que surgen de la coexistencia de ambos factores en un mismo territorio y generar una propuesta de abordaje de promoción y prevención en PSEAC para la población involucrada con esa problemática.

Diseño de la Intervención: Taller bajo Enfoque “Una Salud”

La actividad de abordaje planificada consistió en sensibilizar a la población aledaña al basural sobre la problemática de las Parasitosis y su vínculo directo con el manejo inadecuado de residuos y la salud animal, y se propuso un abordaje en formato taller.

La metodología empleada se justificó por la necesidad de abordar la compleja proble-



mática desde múltiples ángulos, promoviendo la participación activa y el aprendizaje significativo de la población. Reconociendo la interdependencia entre el ambiente, los animales y la salud humana, la estrategia se diseñó para fomentar la adopción de hábitos saludables, a través de tres componentes clave:

- Enfoque en el reciclado: Para desafiar comportamientos que contribuyen a la acumulación de residuos y, por ende, a la proliferación de vectores de parásitos.
- Cuidado de los animales: Para desmentir informaciones incorrectas y subrayar el papel fundamental de la salud animal en la prevención de enfermedades en la comunidad, reforzando el concepto de “Una Salud”.
- Manipulación de alimentos: Para facilitar la identificación y corrección de hábitos inadecuados en la preparación y consumo, promoviendo prácticas higiénicas vitales.

Dinámica del Taller

Tras la justificación metodológica, la implementación del taller se estructuró en tres grupos de trabajo, cada uno con una dinámica y un enfoque específicos para abordar la problemática de forma interactiva:

- El primer grupo se dedicó al tema del reciclado. Para ello, se utilizaron una serie de imágenes que representaban mitos y realidades asociadas a esta práctica, invitando a la reflexión y el debate.
- El segundo grupo abordó el cuidado de los animales. La actividad consistió en una dinámica de verdadero o falso, diseñada para desmentir creencias erróneas y reforzar conocimientos esenciales sobre la tenencia responsable y su impacto en la salud.
- Finalmente, el tercer grupo se centró en la manipulación de alimentos. A los y las participantes se les presentaron diversas imágenes que debían clasificar como correctas o incorrectas en términos de higiene y seguridad alimentaria, promoviendo la identificación de buenas prácticas.

La sinergia generada por esta estructura grupal y la participación de la comunidad fue fundamental para lograr los objetivos propuestos.

Para la conformación de los equipos de trabajo, se solicitó explícitamente una estructura interdisciplinaria, asegurando que cada grupo cuente con al menos un miembro de cada profesión involucrada. También se realizó de manera participativa una distribución clara de roles y tareas donde se asignaron responsabilidades específicas desde la convocatoria (diseño de Flyers para redes sociales y afiches para instituciones) hasta la búsqueda de material visual (imágenes, afiches) y la recopilación de frases o mitos



relevantes, entre otras actividades para llevar a cabo la dinámica del taller.

Durante el taller, la colaboración entre los y las residentes de medicina general y veterinaria fue fundamental para abordar las problemáticas de salud a la población que concurrió a la actividad. Hubo una efectiva organización, colaboración constante y una escucha activa entre ambas disciplinas que permitieron integrar sus conocimientos y enfoques. Esta sinergia fue clave para desarrollar las actividades, satisfacer las dudas y generar un ambiente ameno de compartir saberes entre la comunidad y los y las residentes.

Evaluación del proyecto:

Para el último encuentro post actividad, se llevó a cabo la evaluación de la experiencia a través de una triangulación (I, II y III) para obtener una visión integral del proceso de aprendizaje interprofesional:

I. Por medio de un formulario autoadministrado por Google Form

Se solicitó a los y las residentes una opinión sobre la realización del proyecto mediante un formulario.

- **Diseño del Cuestionario:** Los instrumentos de evaluación (cuestionario autoadministrado y guía de grupo focal) fueron desarrollados de manera conjunta por las coordinaciones y jefaturas de la RMG y RVZSP.
- **Marco Teórico de las Preguntas:** Las secciones del cuestionario se construyeron tomando como referencia los dominios clave de las competencias interprofesionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Marco de Acción sobre Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa (2010)¹⁴, el cual incorpora la visión de la tríada de Hugh Barr⁸ (aprender con, de y sobre). La estructura del cuestionario se alinea con estos dominios esenciales:
 - Sección 1: Comunicación y Participación.
 - Objetivo: Explorar la claridad y efectividad de la comunicación e indagar sobre la capacidad de escucha activa para fomentar un ambiente de respeto y apertura.
 - Sección 2: Valoración de Roles y Contribuciones.
 - Objetivo: Indagar sobre el reconocimiento y la valoración de las contribuciones específicas de la otra disciplina y la comprensión de sus roles y responsabilidades.
 - Sección 3: Estrategias de Colaboración y Resolución de Problemas.



- Objetivo: Evaluar la aplicación de estrategias efectivas para coordinar tareas y la capacidad de trabajar en conjunto para afrontar y solucionar desafíos.

Finalmente, el cuestionario incluyó una pregunta de reflexión abierta para que los y las participantes unificaran en un párrafo los aspectos de la colaboración que consideraron exitosos y aquellos que podrían mejorarse.

II. Grupo Focal

Coordinación: El grupo focal, llevado a cabo con los y las residentes, fue coordinado por el coordinador de la RVZSP y la coordinadora de la RMG, utilizando preguntas abiertas sobre la percepción de la actividad, la interacción de saberes, los factores que influyeron en la realización de cada actividad y las futuras propuestas.

III. Observación Directa

Aplicación: Se utilizó la observación directa por parte de los y las propias coordinaciones y jefaturas de cada residencia para evaluar las competencias y habilidades individuales desarrolladas durante el proyecto y para identificar los puntos de colaboración esenciales.

Conclusiones sobre la Colaboración Interdisciplinaria en el Proyecto

Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos comprometidos puede cambiar el mundo. De hecho, es lo único que lo ha logrado.

Margaret Mead



Los datos recopilados demuestran un alto nivel de compromiso y efectividad en varios aspectos clave de la colaboración entre Medicina General y Veterinaria. La comunicación presencial, el respeto mutuo y la valoración de los aportes de cada campo fueron consistentemente destacados como fortalezas. No obstante, el valor principal de la experiencia reside en la explicitación de los desafíos y la generación de conocimiento situado sobre la implementación de la Educación Interprofesional (EIP).

Fortalezas Confirmadas y Aprendizajes del Proceso

La experiencia sentó bases sólidas en:

- **Comunicación y Respeto Interdisciplinario:** La mayoría de los y las residentes participantes reportó una comunicación clara y efectiva de ideas (la mayoría siempre), una escucha activa consistente (75% siempre), y un fomento de respeto y apertura (75% siempre). Esto se valida la eficacia de los encuentros presenciales.
- **Valoración y Complementariedad de aportes:** Se reconoció y valoró consistentemente (75% siempre) las contribuciones de la otra disciplina. El feedback subraya el valor de incorporar el conocimiento de la veterinaria para enriquecer la práctica médica, confirmando la complementariedad bajo el enfoque de “Una Salud”.
- **Trabajo en Equipo y cohesión funcional:** La capacidad de trabajar en conjunto para afrontar y solucionar desafíos mostró una alta recurrencia (62.5% siempre, 25% frecuente), indicando una cohesión funcional frente a los obstáculos.

Limitaciones Metodológicas y Reflexión Crítica

El análisis crítico de esta experiencia, si bien exitosa en el proceso, reveló importantes limitaciones que impactan su validez externa y su alineación con el paradigma rector:

1. Tensión “Una Salud”: Foco en Proceso vs. Impacto

El proyecto adoptó el paradigma “Una Salud” como lente conceptual, pero la evaluación se centró predominantemente en la dimensión humana (el aprendizaje y las competencias colaborativas de los y las residentes). La evaluación midió el ‘outcome’ inmediato (el desarrollo de la EIP), pero se desconoce el ‘impacto’ final en la triada de la salud (cambios en la tenencia responsable o manejo de residuos). Esta falta de medición integral subraya una limitación metodológica para validar plenamente la aplicación del enfoque “Una Salud”

2. Sostenibilidad, Generalización y Desafíos Operacionales

- **Consistencia y Organización:** Si bien la aplicación de estrategias para coordinar tareas mostró alta efectividad (75% siempre), también se observó variabilidad con porcentajes de “algunas veces (37.5%)” y “frecuentemente (25%)”, lo que sugiere la necesidad de estandarizar procesos.
- **Definición y Cohesión:** Se identificó la necesidad de “mejorar la comunicación a distancia” y fortalecer la definición de objetivos y criterios de evaluación. Estos desafíos operacionales revelan que la implementación de la EIP exige el desarrollo de estructuras y procesos formales que superen la inercia de la formación uniprofesional.



- Sostenibilidad y Generalización: Dada la corta duración y escala reducida, la pregunta sobre si las competencias adquiridas son rasgos duraderos de la identidad profesional o un estado temporal sigue abierta. La sugerencia de que el “trabajo conjunto sostenido en el tiempo podría aportar crecimiento a ambas disciplinas” indica que la continuidad del vínculo es el principal desafío a mediano plazo.

Síntesis Final

En síntesis, este proyecto interdisciplinario validó el proceso formativo en EIP. Las futuras iniciativas se beneficiarían enormemente al enfocar esfuerzos en fortalecer la planificación y organización previas, y al integrar métricas de impacto en las tres dimensiones de “Una Salud” para maximizar el crecimiento mutuo y el efecto real en la salud comunitaria.

Referencias bibliográficas:

1. Michalewicz A, Pierri C, Ardila-Gómez S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anu Investig.* 2014;21:217–24.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Educación interprofesional* [Internet]. Washington, DC: OPS; 2018 [citado 2025 Jun 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/educacion-interprofesional-folleto-2018.pdf>
3. Testa M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1992.
4. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colect.* 2010;6:275–93.
5. Campos GWS. *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
6. Montijo LMM, Murillo-Cisneros DA, Gaxiola-Robles R, Angulo C, Lugo-Lugo O, Zenteno-Savín T. One Health, Una Salud. *Rev CIBNOR* [Internet]. 2024 [citado 2025 Jun 16]. Disponible en: https://www.cibnor.gob.mx/revista-rns/pdfs/vol9num3EE/2_ONE_HEALTH.pdf
7. Buenos Aires (Provincia). Decreto 2557/2001 [Internet]. La Plata: Gobernador de la Provincia de Buenos Aires; 2001 Oct 29 [citado 2025 Jun 16]. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/BgPjqspV.html>



8. Barr H, Koppel I, Low H, Reeves S. *Educación interprofesional efectiva: argumento, supuesto y evidencia*. Londres: CAIPE; 2002.
9. Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de planificación local participativa. Remediar. Proyectos locales participativos* [Internet]. Disponible en: <http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Gu%EDa.pdf>
10. Yamile B. Apuntes de cátedra: elaboración del árbol de problemas y de objetivos [Internet]. 2021 [citado 2025 Jun 16]. Disponible en: <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/1e44e982-8628-4ad3-9361-8ac5e9ab8191/content>
11. Voces por el Cambio. *Técnicas y herramientas para realizar un diagnóstico comunitario* [Internet]. Disponible en: <https://vocesporelcambio.org/educacion/8-tecnicas-y-herramientas-para-realizar-un-diagnostico-comunitario/>
12. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017;41:264–75.
13. Red de Instituciones de Educación en Salud Pública (RIEPS). *Dispositivos de intervención en prevención, promoción, educación y comunicación para la salud* [Internet]. Disponible en: <https://fagran.org.ar/wp-content/uploads/2022/06/Guia-de-dispositivos-RIEPS-con-pandemia.pdf>
14. World Health Organization. *Marco de acción sobre educación interprofesional y práctica colaborativa*. Ginebra: OMS; 2010.



Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia

Subjective conditions of primary healthcare workers in Florencio Varela during the pandemic

Condições subjetivas de pessoas que atuam na atenção primária à saúde em Florencio Varela no contexto da pandemia



Nahuel Pérez-Belmonte¹, (0009-0000-5002-5722)

Luciana Reynal-Machado¹ (ORCID: 0009-0002-1943-9905),

María Azul Macchi¹ (ORCID: 0009-0009-4989-1039),

Analía Elda Bertolotto¹ (ORCID: 0009-0007-5189-1041) y

María Antonieta La Monica¹ (ORCID: 0009-0007-2888-1830)

Contacto:

Nahuel Pérez-Belmonte -Email: nahuelpb@gmail.com

Filiaciones:

Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Citar como:

Pérez-Belmonte N, Reynal-Machado L, Macchi MA, Bertolotto AE, La Monica MA. *Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia*. Desde Acá. 2025; 5: 129-148.



Resumen

La pandemia de COVID-19 impactó significativamente en las condiciones laborales y subjetivas del personal de salud en todos sus niveles. En el presente artículo, se analiza en particular el caso de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de la localidad bonaerense de Florencio Varela. A través de encuestas y entrevistas a profesionales, personal técnico y personal de apoyo de 16 centros de salud comunitaria, se identificaron, por un lado, factores de riesgo tales como escasas remuneraciones, falta de recursos humanos y materiales, extensas jornadas laborales, sobrecarga de trabajo y la percepción respecto a la falta de apoyo directivo, así como también, por otro, la importancia de la motivación intrínseca y el compañerismo como factores protectores. Se concluye con la recomendación de intervenciones orientadas a mejorar las condiciones laborales y promover su salud mental.

Palabras clave: Atención primaria de la salud, Pandemia de COVID-19, Desgaste laboral, Calidad de vida profesional, Burnout.

Abstract

The COVID-19 pandemic significantly impacted the working and subjective conditions of healthcare workers at all levels. This article specifically analyzes the case of primary healthcare workers in the Buenos Aires locality of Florencio Varela. Through surveys and interviews with professionals, technicians, and support staff from 16 community health centers, several risk factors were identified, such as low wages, lack of human and material resources, long working hours, work overload, and the perception of a lack of managerial support. On the other hand, the importance of intrinsic motivation and camaraderie as protective factors was also highlighted. The study concludes with a recommendation for interventions aimed at improving working conditions and promoting the mental health of these workers.

Keywords: Primary healthcare, COVID-19 pandemic, Occupational burnout, Quality of professional life, Burnout.

Resumo

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente as condições de trabalho e as dimensões subjetivas das pessoas que atuam na área da saúde em todos os níveis. Este artigo analisa especificamente o caso de quem trabalhou na atenção primária à saúde na localidade bonaerense de Florencio Varela. Por meio de pesquisas e entrevistas com profissionais, equipes técnicas e equipes de apoio de 16 centros de saúde comunitária, foram identificados, por um lado, fatores de risco como baixos salários, falta de recursos

La Antena: Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencia Varela en contexto de pandemia. |
Nahuel Pérez-Belmonte, Luciana Reynal-Machado, María Azu Macchi,
Analia Eida Bertolotto y María Antonietta La Monica



humanos e materiais, longas jornadas de trabalho, sobrecarga laboral e a percepção de falta de apoio da gestão; por outro, destacou-se a importância da motivação intrínseca e do companheirismo como fatores de proteção. Conclui-se com a recomendação de intervenções voltadas a melhorar as condições de trabalho e promover a saúde mental das pessoas que integram os serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Pandemia de COVID-19, Esgotamento profissional, Qualidade de vida profissional, Burnout.

Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia^a



Nahuel Pérez-Belmonte, Luciana Reynal-Machado, María Azul Macchi, Analía Elda Bertolotto y María Antonieta La Monica

*A veces, la vida se comporta como un viento: desordena y arrasa.
Algo susurra pero no se le entiende.
A su paso todo peligra; hasta lo que tiene raíces.
Los edificios, por ejemplo, o las costumbres cotidianas.
[...] Y lo peor es que nadie sabe si, alguna vez, regresará la calma.¹*

Contexto y propósitos del estudio

El cambio de siglo encontró a la Argentina inmersa en una profunda crisis que cuestionó a todas sus instituciones, incluidas las casas de altos estudios, ante una realidad social caracterizada por urgencias habitacionales, nutricionales y altos niveles de pobreza y desempleo. Tal contexto llevó a las universidades a revisar sus misiones institucionales, enfatizando el conocimiento profundo de las comunidades locales, fortaleciendo sus vínculos territoriales y jerarquizando su función social². Este artículo presenta un estudio realizado en los años 2021 y 2022 por el equipo docente investigador de la asignatura de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS) de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), en el marco de la Convocatoria “UNAJ Vincula 2020-2021” (Resolución interna N° 73/21). La investigación abordó el impacto de la pandemia de COVID-19 en quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela. Los hallazgos fueron presentados en el XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, realizado entre el 29 de noviembre y el 1° de diciembre de 2023 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA).



La Antena: Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela en contexto de pandemia | Nahuel Pérez-Beimonte, Luciana Reynal-Machado, María Azu Macchi, Analia Eida Bertolotto y María Antonietta La Monica

La pandemia de COVID-19 representó un desafío sin precedentes que evidenció la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios a nivel global y convocó a los equipos de investigación a abordar sus características y a estimar su impacto³. Los saberes hasta entonces expertos resultaron insuficientes para poder abordarla, y no sólo la población se vio compelida a resignificar su cotidianidad, modificando usos y costumbres, sino que además ciertas ocupaciones se vieron particularmente interpeladas. En la provincia de Buenos Aires, la declaración de emergencia sanitaria redefinió por decreto las profesiones vinculadas a la salud como “esenciales”, exigiendo una rápida adaptación de prácticas y políticas. En este contexto, quienes trabajaban en el primer nivel de atención tuvieron un papel central en la contención de la crisis. En el caso particular del municipio bonaerense de Florencio Varela, en el que se emplaza la UNAJ, el impacto sobre quienes prestan servicios sanitarios fue significativo, afectando tanto su bienestar personal como laboral, con elevados niveles de estrés y desgaste emocional.

Entendiendo al personal de salud como parte integrante de los grupos comunitarios en los que desarrolla sus actividades, y por tanto, atravesado por las mismas realidades sociales, culturales y económicas que la población asistida, nos propusimos explorar sus experiencias y vivencias. A través de fuentes de información directas en el territorio, buscamos comprender en qué condiciones dicho personal brindó cuidados a la comunidad durante la pandemia y, al mismo tiempo, indagar su percepción respecto al cuidado recibido hacía sí mismo por parte de sus superiores y autoridades. Junto a ello, también indagamos sobre su bienestar profesional, el desgaste emocional asociado a la tarea, los factores que fortalecen o debilitan su salud mental y las posibles estrategias para mejorar sus condiciones de trabajo.

Perspectivas conceptuales sobre trabajo, subjetividad y cuidados en salud

Christophe Dejours⁴ desarrolla una extensa crítica al paradigma de las ciencias aplicadas en los campos de la ergonomía, la psicología y la sociología del trabajo, señalando que éstas suelen concentrarse en la mera implementación, transformación o mejoramiento de situaciones problemáticas ya existentes, en lugar de abordar los aspectos subjetivos y las dinámicas de poder que frecuentemente causan entornos laborales alienantes. Propone entonces abordajes cuyo punto de partida sea “la primacía del terreno”, es decir, el análisis, descripción y comprensión de las conductas concretamente adoptadas por hombres y mujeres en situaciones reales. Desde tal perspectiva, al tiempo que queda de lado la consideración del trabajo en tanto ejecución más o menos degradada de conductas definidas a partir de perfiles profesionales o situaciones teóricas artificiales, abstractas o experimentales, se pasan a considerar los escenarios laborales como complejos entramados colectivos de poder, capaces de generar tanto conflicto como bienestar y en donde se destaca especialmente la importancia de las narrativas de las personas que trabajan sobre sus propias prácticas.





La consideración de la subjetividad de estas personas permite revelar diversas estrategias defensivas, entendidas en tanto mecanismos psíquicos que derivan en acciones y comportamientos que quienes trabajan emplean para preservar su salud mental frente a presiones, exigencias, temores y sufrimientos tanto laborales como ambientales. Dichas estrategias pueden ser individuales o colectivas, variando en efectividad de acuerdo al contexto y las características personales. Entre las individuales, se destaca el compromiso con la tarea, y entre las colectivas, la cooperación entre las personas.

En este contexto, la calidad de vida profesional refiere al equilibrio percibido entre las demandas o cargas laborales y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales disponibles para afrontarlas⁵. Por su parte, el anglicismo *burnout*, habitualmente traducido al castellano como “desgaste laboral”, describe un síndrome originado en la exposición prolongada al estrés laboral crónico, caracterizado por un desgaste físico, emocional y cognitivo que acarrea consecuencias negativas tanto para la persona como para la organización en la que se inserta⁶. Dejours incluye al *burnout*, junto a las adicciones y la muerte súbita (*karoshi*), dentro del grupo de las llamadas patologías ‘de sobrecarga’ del trabajo⁷. El desgaste laboral y la calidad de vida profesional actúan como indicadores clave para evaluar si en cada caso prevalece el sufrimiento laboral, producto tanto de la brecha entre las tareas asignadas y la posibilidad real de cumplirlas, como también del miedo y el riesgo que pudieran provocar, o si, por el contrario, el trabajo representa un ámbito propicio para elaborar la siempre inexorable insatisfacción vital de la existencia humana.⁸

Entre las emociones que el sufrimiento laboral puede producir, Christophe Dejours distingue a la angustia de la ansiedad, reservando el primer vocablo para aquellos conflictos que se despliegan exclusivamente dentro de los márgenes del mundo anímico, interior al sujeto, y remitiendo el segundo, la ansiedad, a los conflictos que pueden suscitarse entre el sujeto y la realidad exterior. Esta distinción resulta clave para analizar el impacto de la pandemia, en tanto la misma expuso a toda la humanidad a un peligro desconocido, ya que, en palabras del autor:

la ansiedad relativa al riesgo puede agrandarse notablemente por el desconocimiento de los límites exactos de este riesgo o por ignorancia respecto de los métodos de prevención eficaces. Coeficiente de multiplicación de la ansiedad, la ignorancia aumenta también el costo mental o psíquico del trabajo.⁹ (p.70)

En tal sentido, es necesario atender especialmente tres aspectos vinculados a las coordenadas subjetivas originadas por la pandemia:

1. Aunque las epidemias constituyen crisis previsibles dentro del sector de la salud, las pandemias son eventos excepcionales, difíciles de anticipar, que encuentran a los sujetos sin estrategias defensivas preparadas para afrontarlos.



2. El SARS-CoV-2 resultó ser un virus nuevo y mutable, cuyas sucesivas variantes renovaron constantemente la incertidumbre sobre sus mecanismos de transmisión y comportamiento.

3. El riesgo generado por la pandemia no sólo fue inesperado en cuanto a su duración, sino también incierto respecto a su posible finalización.

Tales coordenadas subjetivas exigieron un gran esfuerzo psíquico por parte de las personas que trabajaban en salud, que debieron afrontar, no siempre con éxito, la angustia y ansiedad ante lo desconocido, las cuales no sólo tuvieron la potencialidad de afectar sus subjetividades sino también la calidad asistencial brindada a la comunidad.

Caracterización del territorio y su red de atención

El partido de Florencio Varela se encuentra a 25 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tiene una superficie total de 190 km², con más del 50% constituida por zonas rurales. Administrativamente integra, junto a otros ocho municipios, la Región Sanitaria VI de la provincia. Según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2022 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)¹⁰, su población asciende a 497.818 habitantes y cuenta con una densidad poblacional de 2.621,5 hab/km².

Con la desafiante meta de cubrir desde los cuidados más elementales hasta la más compleja atención en salud de su población, Florencio Varela contaba ya desde antes de la pandemia con dos hospitales, una Unidad de Pronto Atención (UPA), un Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) y 39 centros de salud comunitaria. En cuanto a los dos hospitales, cabe señalar, por un lado, que mientras uno constituye un efector del tercer nivel de atención en salud, a saber, el Hospital de Alta Complejidad Médica “El Cruce Néstor Carlos Kirchner”, el otro constituye un efector del segundo nivel, a saber, el Hospital General de Agudos “Mi Pueblo”. Por otro lado, con el inicio de la pandemia, se sumó a estos dos anteriores un tercer efector, el Hospital Modular de Emergencias, de uso exclusivo para pacientes con coronavirus. Los 39 centros municipales incluyen 37 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), gestionados exclusivamente por el Área de Salud municipal, y 2 Centros de Integración Comunitaria (CIC), donde confluyen acciones del Área de Salud y Desarrollo Social. Dentro del Área de Salud así conformada, los 39 centros brindan servicios esenciales de atención, prevención y promoción de la salud, tales como gestión de emergencias, testeos de VIH e ITS, distribución gratuita de métodos anticonceptivos, campañas educativas en prevención de adicciones y violencia, promoción de derechos comunitarios, así como, desde el inicio de la pandemia en más, acciones específicas frente al coronavirus.

Es importante destacar que los centros de salud poseen diferencias en organización, estructura y funcionamiento debido a las características específicas de los grupos co-



munitarios a los que asisten. En función de ello, para mejorar la gestión, el municipio divide el territorio en tres grandes áreas, una rural y dos urbanas, cada una de las cuales cuenta con 13 centros de salud, dirigidas por equipos con coordinaciones administrativas propias. Además, cada centro cuenta con una persona referente (cargo no concursado) o una jefatura (cargo concursado). Las direcciones de estas tres áreas se agrupan bajo una dirección general dependiente de la Subsecretaría de Salud municipal.

Diseño de la indagación y recorrido de campo

Se llevó a cabo un estudio descriptivo exploratorio con enfoque mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos, mediante un diseño transversal y un muestreo por conveniencia. Participaron autoridades municipales, referentes y personal del primer nivel de atención en salud perteneciente a 16 CAPS y CIC del municipio, sin distinción del régimen de contratación (planta permanente, temporaria o servicios contratados) ni función desempeñada (profesionales, personal administrativo, técnico, de limpieza o mantenimiento). La recolección de datos se realizó entre junio de 2021 y mayo de 2022.

Para obtener los avales institucionales y recabar información clave se entrevistó, en forma separada, en dos ocasiones al Secretario de Salud municipal y en una a la referente de Docencia e Investigación, con quien posteriormente se sostuvo una comunicación fluida. Estas entrevistas exploraron en profundidad las funciones específicas de las autoridades, las características generales del sistema sanitario, el contexto sociopolítico, particularidades de las tres áreas territoriales, la estructura organizativa municipal y la percepción institucional sobre las fuentes de bienestar y malestar laboral del personal sanitario durante la pandemia, así como las acciones desarrolladas desde la gestión en ese período.

A partir de esos avales y la información obtenida, se elaboró una planilla de cálculo con un listado exhaustivo de todos los centros de salud del municipio, incluyendo datos como dirección postal, correo electrónico, teléfono y persona a cargo. Posteriormente, se realizaron comunicaciones telefónicas y enviaron notas de presentación a autoridades y referentes, seguidas por visitas presenciales a fines de promover la participación. Para ello, el equipo investigador confeccionó materiales audiovisuales (videos y PowerPoints) que presentaban el proyecto. Los mismos fueron posteriormente difundidos por quienes estaban a cargo de los centros de salud mediante WhatsApp y correo electrónico a la totalidad del personal sanitario.

La recolección de datos se efectuó mediante dos estrategias diferenciadas: entrevistas semiestructuradas (presenciales y virtuales), manteniendo el anonimato, a 4 referentes clave de cuatro distintos centros de salud (quienes cumplían funciones de jefatura) y encuestas estructuradas autoadministradas a 25 personas que trabajaban en el primer nivel de los dieciséis centros participantes, a quienes les fue administrada una batería de instrumentos de diagnóstico estructurado. Se solicitó consentimiento informado en

La Antena: Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencia Varela en contexto de pandemia | Nahuel Pérez-Belmonte, Luciana Reynal-Machado, María Azu Macchi, Analía Eida Bertolotto y María Antonella La Monica

todos los casos, de forma escrita en las entrevistas semiestructuradas y mediante aceptación virtual en las encuestas estructuradas. Si bien las consignas utilizadas en las entrevistas semiestructuradas y los ítems de los instrumentos de diagnóstico estructurado responden a diferentes enfoques conceptuales y semánticos, la decisión de implementar ambos en esta exploración se fundamentó en dos razones principales. Por un lado, la familiaridad del equipo de investigación con esta metodología combinada y su experiencia previa con su aplicación. Por otro, la constatación de que dicho abordaje, aun cuando produce hallazgos disímiles, permite la aproximación desde diversas perspectivas a fenómenos complejos como los aquí estudiados.

Las entrevistas semiestructuradas a informantes clave, con cargos de jefatura o funciones en tantos referentes de los centros, combinaron preguntas previamente diseñadas con otras surgidas espontáneamente durante los encuentros. El objetivo fue conocer las percepciones sobre bienestar o malestar laboral general, con énfasis particular en el contexto pandémico.

Las 25 encuestas al personal también fueron de carácter anónimo y en cada una de ellas se utilizaron tres instrumentos de diagnóstico estructurado, previamente adaptados por el equipo investigador a formularios de Google: la versión homologada para Hispanoamérica del Maslach Burnout Inventory (MBI)¹¹, que evalúa cuantitativamente el síndrome de *burnout* mediante la presencia e intensidad de tres factores o subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal); el Cuestionario de Valores y Satisfacciones Laborales en su versión de 35 ítems (CVP-35)¹², compuesto por preguntas cerradas que exploran tres diversas dimensiones (apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca); y un cuestionario diseñado *ad hoc* por el equipo investigador, que incluyó preguntas sociodemográficas e ítems de percepción o impacto subjetivo.

Principales hallazgos

El material obtenido fue analizado mediante diversas estrategias. Por un lado, las narrativas surgidas de las entrevistas a autoridades y referentes fueron sometidas a un análisis de contenido en el que se identificaron temas recurrentes y patrones significativos. Por otro, se utilizaron métodos estadísticos descriptivos para analizar los datos cualitativos y cuantitativos arrojados por los instrumentos de diagnóstico estructurado, relativos al impacto de la pandemia sobre el conjunto del personal sanitario.

Los testimonios revelaron que la pandemia se asentó sobre una base preexistente de condiciones laborales precarias, caracterizadas por bajos salarios, jornadas extensas, escasez de recursos humanos y carencias materiales. Entre estas últimas se señalaron tanto deficiencias de infraestructura edilicia como falta de recursos tan elementales como personal de limpieza, servicio de telefonía o conexión a internet. En relación con las remu-





neraciones, se señaló: *“Los sueldos son muy bajos. Cobramos la mitad de lo que cobra un médico que trabaja en el hospital. Acá el sueldo de un profesional está por debajo de la línea de pobreza y el de los administrativos de la de indigencia”*. Respecto a la insuficiencia de recursos, el personal refirió: *“Yo pongo recursos propios; desde los muebles de mi casa hasta mi vehículo particular”*. Si bien las autoridades municipales destacaron acciones orientadas a mejorar estas condiciones, como la construcción de cuatro nuevos centros de salud o la incorporación de desfibriladores automáticos en cada uno de los centros, la percepción del personal subrayó un déficit crónico de insumos y soportes básicos.

Fue sobre esas condiciones de base, que el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) dispuesto por el Gobierno Nacional el 19 de marzo de 2020 a través del Decreto Presidencial 297/2020 para evitar la circulación y el contagio del coronavirus, impuso una nueva lógica de funcionamiento, obligando al cierre de algunos centros y la reconfiguración operativa de otros. Aunque la cantidad de prestaciones habituales disminuyó notablemente, los centros que continuaron abiertos recibieron nuevas y diversas demandas: las de personas provenientes de territorios pertenecientes a otras áreas programáticas, cuyos centros habían cerrado; las de pacientes cuyas obras sociales habían suspendido los tratamientos, como ser el caso de los embarazos, por lo que acudían al sistema público local para recibir atención; y las de personas provenientes de efectores del segundo nivel, como casos en que se otorgaba el alta hospitalaria a personas recién nacidas, que acudían a los centros de salud para los controles rutinarios, a fin de no tener que trasladarse demasiado lejos de sus hogares.

Frente a ello, por un lado, oficialmente se adoptaron decisiones programáticas como la suspensión de turnos para seguimiento de enfermedades crónicas, propiciando la existencia de una gran magnitud de consultas que quedaban postergadas en forma indefinida, así como la limitación de controles de ‘niño sano’, priorizando urgencias y operativos de detección de COVID-19. Pero, por otro lado, lo cierto es que extraoficialmente los centros funcionaron como espacios de contención emocional a los que la población acudía para disipar dudas y temores, confrontando al personal con preguntas cuyas respuestas desconocían: *“Ahí es donde aparecía nuestra angustia -refirió una de las personas entrevistadas- porque la gente esperaba que sepamos todo, cuando había muchas cosas que no sabíamos”*. Incluso conscientes de su nueva función de soporte emocional, en ocasiones, según sus propias palabras, se quedaban sin más recursos que decirles *“que la vida continuaba”*. Esta vivencia confirma lo señalado previamente en relación a que la ansiedad frente al riesgo se amplifica en quienes trabajan cuando faltan conocimientos claros y métodos de prevención eficaces, incrementándose el costo psíquico del trabajo.⁹

Esas decisiones programáticas llevaron también a que la mayoría de los centros de salud fueran preparados casi exclusivamente para la atención de población con coronavirus y, a partir de ello, los efectores fueran divididos, siempre de acuerdo a los testimonios recolectados, entre “limpios” y “sucios”, en función de si la autoridad municipal decidía



que contaran o no con dispositivos específicos para la atención de personas infectadas. En los centros “sucios” se instalaron consultorios de aislamiento con mobiliario reducido al mínimo indispensable, al tiempo que se produjo una considerable reducción de personal, debido a que se otorgaron licencias a quienes padecían enfermedades crónicas o convivían con personas de riesgo; se organizaron guardias, que al principio consistieron en el armado de “burbujas” conformadas por una persona del plantel administrativo y una del plantel de enfermería; y hubo personal que, por temor al contagio, se negó a continuar con sus tareas. En cuanto al modo en que afrontaron esas circunstancias, una de las personas referentes entrevistadas, relató: *“Nuestro equipo quedó reducido a la mitad. Yo hacía de todo: ocupaba la jefatura, me encargaba de asuntos administrativos, atendía al público y entregaba medicamentos”,* a lo que agregó: *“Las únicas causas por las que un trabajador de la salud podía licenciarse eran las relacionadas al contagio del COVID; no nos permitían sacarnos carpeta por estar tristes”*. Estos relatos muestran cómo la organización del trabajo, al desconocer el sufrimiento psíquico, puede transformarse en un factor patógeno^{9,13}. Es importante señalar, además, que aún cuando los hisopados y vacunaciones estaban a cargo de los centros “sucios”, cada vez que un caso sospechoso llegaba a uno “limpio” también era atendido, debiendo aplicarse protocolos “estresantes” -en palabras de las personas entrevistadas-, de despeje y limpieza del sitio, uso de mamelucos y otros elementos de cuidado personal.

Desde la perspectiva subjetiva, la angustia del personal de salud antes referida se manifestó directa o indirectamente, a través de subrogados como el miedo y la ansiedad. El temor atravesó todas las entrevistas tanto de autoridades municipales como de referentes de los centros sanitarios. Una autoridad, por ejemplo, expresó: *“Hubo que transitar los miedos y organizar los centros de aislamiento. En un momento, estábamos organizando un centro y el responsable se enfermó y murió; y yo me pregunté ‘qué me quedaba a mí’”*. Entre quienes ejercieron jefaturas o funcionaron como referentes, por su parte, se relató: *“Al principio las personas estaban muy susceptibles ante el peligro, el cual, para colmo de males, estaba amplificado por un montón de fantasías personales. Teníamos mucho miedo de llevar el virus a casa. Un día, antes de salir a trabajar, fui y me despedí de mi familia”;* o *“Mi hijo es enfermero y trabaja en el mismo centro de salud que yo; muchas veces lo he tenido que mandar a atender alguna consulta con riesgo de contagio y sentía que lo estaba mandando al matadero”*. Desde la psicodinámica del trabajo, estos testimonios revelan cómo la angustia y la ansiedad se intensificaron en un contexto de incertidumbre prolongada, amenazando tanto la salud mental individual como la cohesión de los equipos.⁹

Para inicios de 2021 casi todo el personal de salud del municipio contaba con dos dosis de vacuna aplicadas. Sin embargo, en palabras de las distintas personas referentes entrevistadas: *“El año 2021, en marzo, fue peor que el 2020. Estábamos transitando la segunda ola, se relajaron los cuidados y explotaron los casos. Hubo muchos vecinos muertos”;* *“Uno de los sucesos más tristes que recuerdo es la cantidad de personas fallecidas que antes participaban de los talleres que se brindaban en el centro. En el retorno a la presen-*



cialidad fue devastador ver la cantidad de sillas vacías". Pero a pesar del agotamiento físico y la siempre latente posibilidad de licenciarse, el personal entrevistado afirmó haber "entendido que tenían que estar" en sus lugares de trabajo debido a su "compromiso para con la comunidad".

Al consultárseles, quienes eran referentes de los centros de salud o ejercieron funciones de jefatura, percibieron un apoyo insuficiente por parte de sus superiores, es decir las autoridades municipales. Al respecto señalaron: *"Nos sentíamos sobreexigidos, tratados como una máquina que no podía decir que no"*. No obstante, emergieron también relatos de fortalecimiento del compañerismo, que funcionó como defensa colectiva frente al sufrimiento y ayudó a mejorar el clima laboral: *"El centro -dijo una de las personas entrevistadas- ha ganado en consolidar el trabajo en forma conjunta. Almuerzos y cumpleaños han contribuido a amalgamar a las personas, establecer conexiones, desarrollar canales de comunicación y propender al desarrollo de una identidad y confianza hasta el momento inexistente o escasa. Nos manejamos como una familia. Era mucho el compromiso de sostener, de estar en la trinchera, tratar de que la jornada laboral sea amena"*. Estos relatos dan cuenta, por un lado, de que la cooperación puede actuar como un mecanismo de defensa eficaz, capaz de transformar el sufrimiento en acción colectiva, y por otro, que pese a las condiciones adversas, el compromiso con la tarea y los vínculos solidarios contribuyeron a sostener el trabajo¹³. Siempre de acuerdo a sus dichos, también descubrieron, por esa vía, que "se habían acostumbrado a bancarse las deficientes condiciones laborales en las que cotidianamente desarrollaban su trabajo", a lo cual ejemplificaron en los siguientes términos: *"Trabajamos sin espacios adecuados, sin agua, sin luz, sin insumos de limpieza; vamos a trabajar estando mal de salud"*. E incluso relataron ocasiones en las que "habían sentido vergüenza de enfermarse", y a causa de ello, no poder asistir a sus puestos de trabajo.

Un último hallazgo cualitativamente significativo fue que, en contexto de pandemia, tanto referentes como quienes ejercieron la jefatura de los centros de salud, por momentos se encontraron frente a la circunstancia de tener que responder, por un lado, a las directivas que llegaban desde las autoridades municipales, y por otro lado al mismo tiempo a las demandas de sus pares y del personal a cargo, las cuales en ocasiones se contraponían a las primeras, a raíz de lo cual experimentaron una singular sensación de desamparo por parte de sus superiores.

Respecto a los datos cualitativos y cuantitativos recolectados por los instrumentos de diagnóstico estructurado, cabe señalar, en primer lugar, que del cuestionario general diseñado por el equipo investigador se desprende que de la totalidad de la muestra ($N = 25$), 20 (80%) de las personas encuestadas fueron mujeres y 5 (20%) varones. En cuanto al área de pertenencia, 1 de estas personas se desempeñaba en el campo de la psicología social; 1 en terapia en adicciones; 1 en limpieza; 1 se identificó como "becaria de CO-NICET", por lo que su función no pudo discernirse con precisión; 2 en obstetricia; 2 en



pediatría; 2 en el sector administrativo; 3 en medicina general; 3 en trabajo social; 4 en psicología; y 5 en enfermería.

Al ser consultado el personal sobre los sentimientos predominantes durante la pandemia mediante una lista de 15 opciones más una alternativa abierta, en la cual el personal podía seleccionar la cantidad que quisiera, los sentimientos negativos más destacados fueron el agotamiento mental, el agotamiento físico y la ansiedad, mientras que entre los sentimientos positivos sobresalió, aunque en menor magnitud que la de los anteriores, una mayor valoración de su trabajo por parte de terceros. Entre las variables que completaron la escala pero mostraron poca prevalencia, se incluyeron: angustia; miedo; distanciamiento afectivo; malestar físico; tristeza; sentimiento de ser valorada/o; sentimiento de heroicidad; indiferencia; tedio; irritación; deseos de cambiar de trabajo.

En cuanto a si las personas entrevistadas pudieron o no haberse sentido sobrepasadas por la tarea durante la pandemia y en qué magnitud, en una escala que incluyó las variables 'nada', 'algo', 'bastante' y 'mucho', una mayoría (16 participantes; 64%) contestó haber experimentado 'mucho' esa sensación.

En relación con el impacto general de la pandemia sobre su ámbito laboral, el mismo resultó ser 'mucho' (11 participantes; 44%) o 'bastante' (10 participantes; 40%) para la mayoría de las personas encuestadas, mientras que 4 participantes (16%) lo consideraron 'nulo' o 'algo'. En cuanto a su carácter, dicho impacto fue negativo para 16 participantes (64%) (entre las variables 'algo desfavorable' y 'muy desfavorable'), positivo para 7 participantes (28%) (entre las variables 'algo favorable' y 'muy favorable'), y nulo para 2 participantes (8%) de la muestra.

Finalmente, frente a la pregunta por la cuantía del sentimiento de vulnerabilidad experimentado durante la pandemia en una escala de 0 a 10 (0 = 'nada', 10 = 'mucho'), 19 participantes (76%) lo calificaron con valores entre 5 y 9.

Sobre los resultados obtenidos mediante el cuestionario MBI cabe señalar, en primer término, que en la subescala de Agotamiento Emocional (AE), que refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales, la mayoría (17 participantes; 68%) presentó un nivel medio a alto en intensidad (Figura 1). En cuanto a la frecuencia de este sentimiento, 12 participantes (48%) lo experimentaron todos los días o varias veces por semana y 2 participantes (8%) una vez por semana, redundando en que 14 de los 25 casos (56%) sintieron agotamiento emocional al menos una vez a la semana.

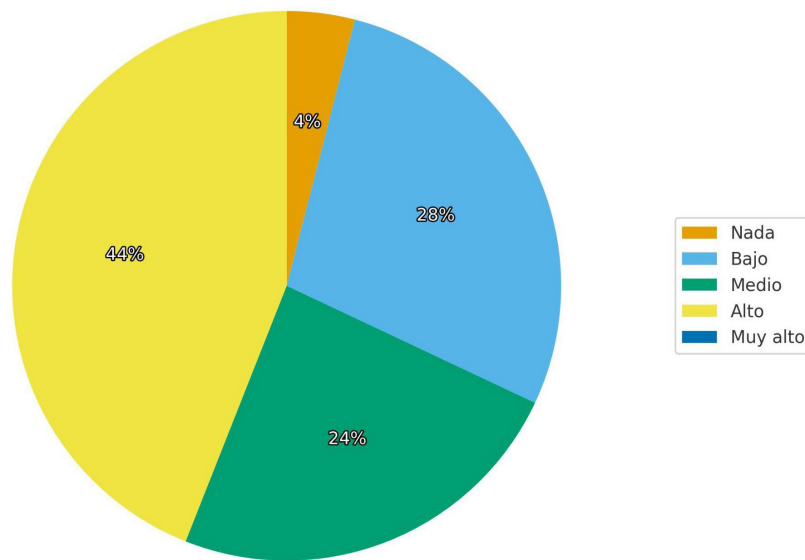


Figura 1. Agotamiento emocional percibido por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 (N = 25). Se expresan porcentajes de respuestas.

En segundo término, la subescala de Despersonalización (D), que refiere a intervenciones impersonales e insensibles hacia pacientes, mostró que casi la mitad del personal (11 participantes; 44%) experimentó un nivel bajo de despersonalización, mientras que un tercio (8 participantes; 32%) refirió no haber sufrido despersonalización alguna y dos minorías (3 participantes; 12% cada una) señalaron haberla experimentado en niveles medio y alto respectivamente (Figura 2). En conjunto, 19 de los 25 casos (76%) manifestaron niveles bajos o nulos de despersonalización, lo que indica que la mayoría mantuvo una adecuada distancia emocional y un apropiado nivel de empatía hacia sus pacientes (Figura 2).

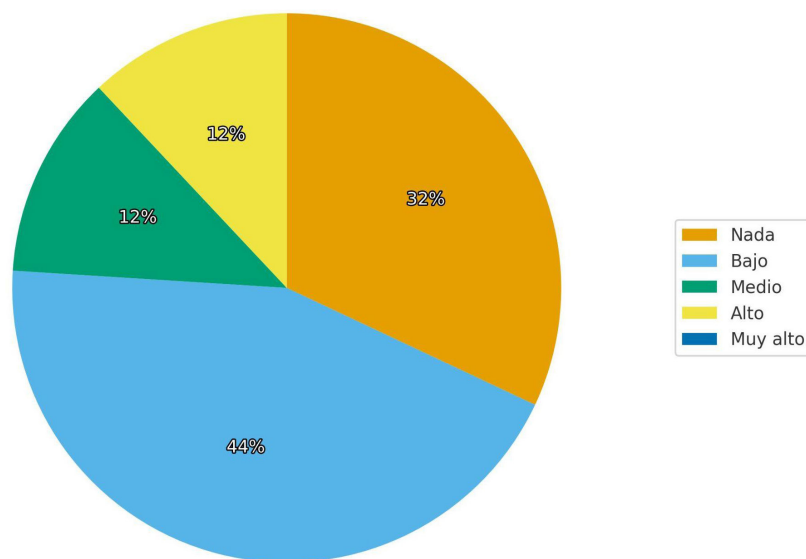


Figura 2. Despersonalización percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 (N = 25). Se expresan porcentajes de respuestas.

En tercer término, respecto a la subescala de Realización Personal (RP), atinente a sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, los resultados mostraron una distribución heterogénea: 7 participantes (28%) presentaron niveles altos, otros 7 (28%) niveles medios, 6 (24%) niveles muy altos y los 5 restantes (20%) reportaron niveles bajos (Figura 3).

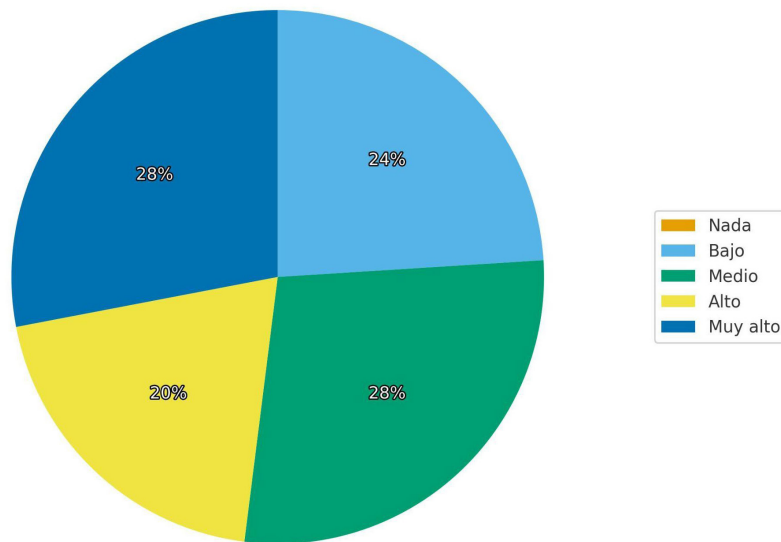


Figura 3. Realización personal percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 (N = 25). Se expresan porcentajes de respuestas.

Como lectura general de los hallazgos por medio del MBI, puede señalarse que más de la mitad de las personas encuestadas mostraron indicios de haber experimentado un alto grado de agotamiento emocional. Al mismo tiempo, una mitad del total experimentó sentimientos de realización personal en un grado entre alto y muy alto, mientras la otra mitad lo sintió en un grado entre medio y bajo, todo lo cual indicaría la existencia de un nivel de *burnout* merecedor de atención. Sin embargo, y quizás en tanto amortiguador del mismo, cabe también reparar en el hecho de que la despersonalización ha sido muy baja para la mayoría de los casos.

En cuanto a los resultados del CVP-35 cabe señalar, en primer término, que la dimensión Apoyo Directivo, que refiere al soporte emocional brindado por directivos hacia el personal, indicó que mientras más de la mitad de las personas encuestadas (14 participantes; 56%) percibieron un apoyo por parte de sus superiores durante la pandemia al que calificaron como de 'bastante', un poco menos de la mitad (10 participantes; 40%) lo calificó de 'algo' y 1 persona (4%) no se sintió apoyada en absoluto (Figura 4).

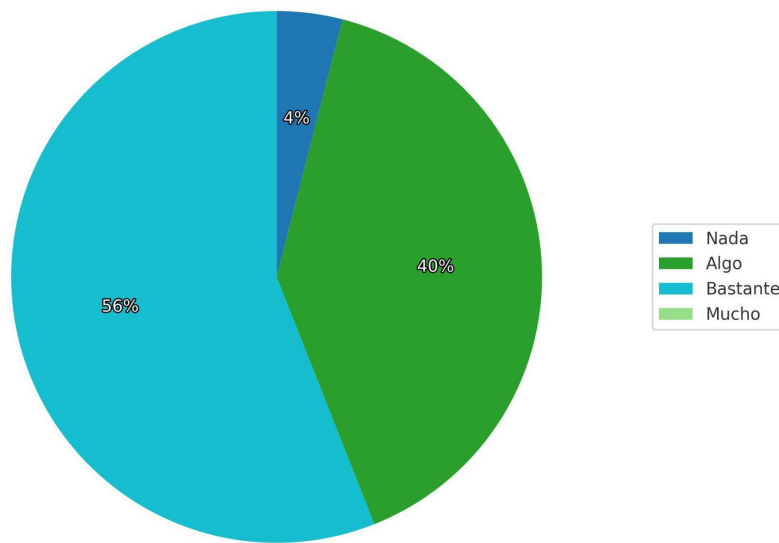


Figura 4. Apoyo directivo percibido por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

En segundo término, la dimensión de Carga de Trabajo, que refiere a la percepción por parte de las personas encuestadas sobre las demandas de sus respectivos puestos de trabajo, mostró que mientras que para una mayoría (15 participantes; 60%) la misma resultó 'bastante', para poco más de un cuarto (7 participantes; 28%) fue 'algo' y para dos minorías fue 'mucho' (2 participantes; 8%) y 'nula' (1 participante; 4%) respectivamente (Figura 5). En conjunto, la mayoría (17 de los 25 casos; 68%) sintió que la carga de trabajo fue elevada (entre 'bastante' y 'mucho').

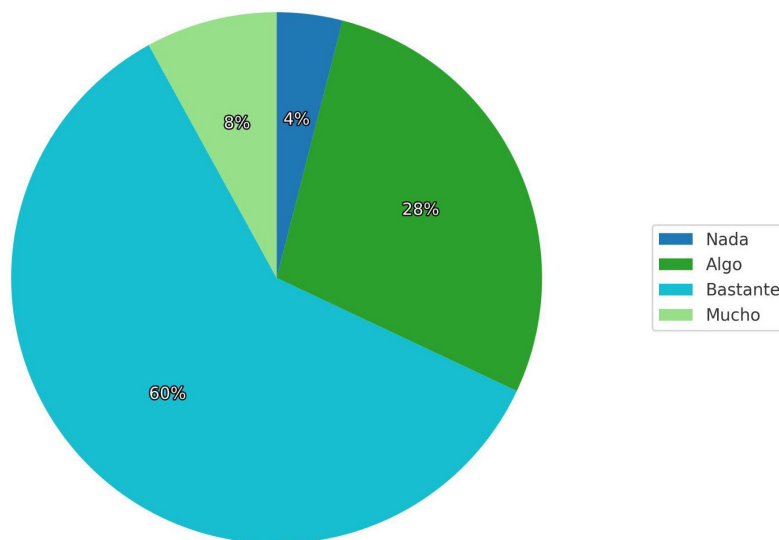


Figura 5. Carga de trabajo percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 ($N = 25$). Se expresan porcentajes de respuestas.

En tercer término, la dimensión relativa a la Motivación Intrínseca, que refiere al grado de satisfacción personal que una persona obtiene en el trabajo, mostró que para la mayoría de los casos (14 participantes; 56%) ha sido 'bastante', para poco más de un tercio (9 participantes; 36%) ha sido 'mucho' y para una minoría (2 participantes; 8%) ha sido 'algo' (Figura 6), lo que indica que, a pesar de las dificultades, una inmensa mayoría (23 de los 25 casos; 92%) ha mantenido una fuerte motivación hacia sus tareas.

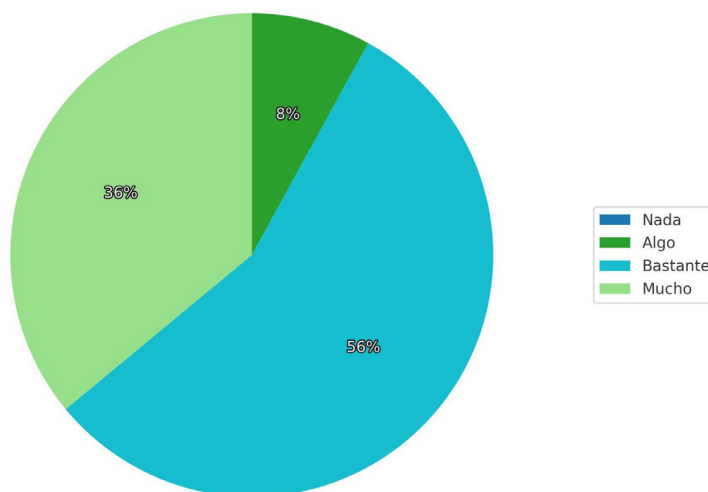


Figura 6. Motivación intrínseca percibida por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 (N = 25). Se expresan porcentajes de respuestas.

Finalmente, la dimensión Calidad de Vida Profesional Global fue calificada por más de la mitad de las personas encuestadas (14 participantes; 56%) como 'bastante' adecuada, mientras que 7 participantes (28%) la consideraron moderada ('algo'), 3 participantes (12%) la calificaron como muy elevada ('mucho') o 1 participante (4%) indicó haber contado con una calidad de vida profesional nula (Figura 7).

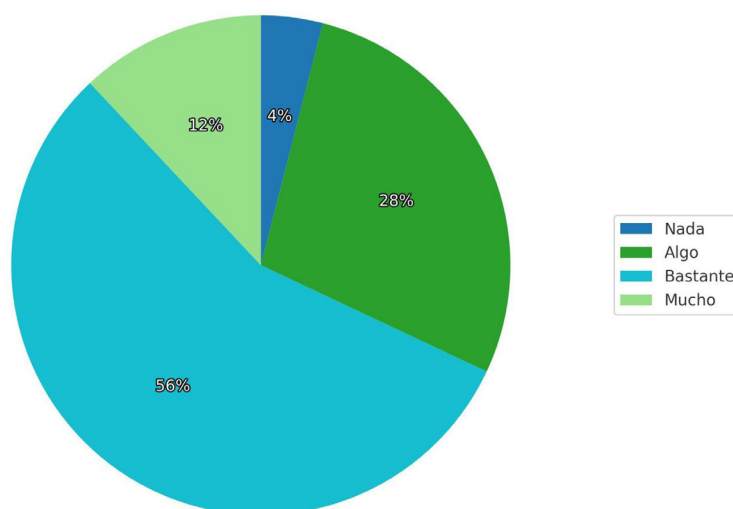


Figura 7. Calidad de vida profesional global experimentada por el personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela durante la pandemia de COVID-19 (N = 25). Se expresan porcentajes de respuestas.



Conclusiones

La investigación reveló que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto predominantemente negativo en la subjetividad del personal del primer nivel de atención en salud de Florencio Varela, exacerbando condiciones laborales y emocionales preexistentes. Más de la mitad de las personas participantes refirieron haber experimentado sentimientos de vulnerabilidad, síntomas de *burnout* y un considerable desmejoramiento de su calidad de vida profesional.

La recolección de datos mediante los instrumentos de diagnóstico estructurado mostró que casi la mitad del personal percibió insuficiente apoyo directivo (entre 'nada' y 'algo' en el CVP-35). Las entrevistas a referentes de los centros de salud no sólo confirmaron esta misma percepción de su parte (desamparo por parte de sus superiores), sino que además evidenciaron un sufrimiento suplementario, derivado de la doble presión relativa a tener que responder simultáneamente a las demandas de las autoridades municipales y a las necesidades del personal a su cargo, las cuales en ocasiones resultaban contrapuestas. En tal sentido, cabe hacer la salvedad de que, si bien es posible que tales circunstancias constituyan una característica intrínseca a dichos cargos intermedios, todo pareciera indicar que la misma se vio acrecentada por la coyuntura, originando nodos de tensión estructural capaces de potenciar el desgaste psíquico cuando no se generan espacios de sostén.

El análisis también evidenció la percepción por parte tanto del personal como de quienes estaban al frente de los centros de salud de una elevada carga laboral, marcada por jornadas extensas, remuneraciones insuficientes y multitareas originadas en la reducción del personal. No obstante, tanto los resultados de las entrevistas semiestructuradas como los de los instrumentos de diagnóstico estructurado sugieren que, entre las personas que trabajaron durante la pandemia en el primer nivel de atención en salud de Florencio Varela, la motivación intrínseca y los lazos de compañerismo operaron como factores protectores frente al riesgo y al estrés generado por la organización laboral, permitiendo compensar parcialmente la carga de trabajo y la insuficiencia de apoyo directivo percibida y logrando que el estrés no resultara dominante en cuanto a la percepción de la calidad de vida profesional global, calificada por el personal como 'bastante satisfactoria'. Vale decir que la cooperación y el compromiso habrían funcionado como mecanismos capaces de transformar el malestar en acción sostenida, posibilitando la continuidad de la tarea incluso en condiciones críticas.^{9,13}

Respecto a esto último, también es importante destacar que en el MBI, aunque se registraron niveles significativos de *burnout*, los resultados mostraron una baja despersonalización, lo que indica que la mayoría del personal preservó un vínculo empático con la población asistida. Este hallazgo muestra que, además de lo anterior, las defensas colectivas y la solidaridad pueden también proteger la dimensión ética de la práctica profesional.

La Antena: Condiciones subjetivas de quienes trabajaron en el primer nivel de atención en salud de Florencia Varela en contexto de pandemia | Nahuel Pérez-Belmonte, Luciana Reynal-Machado, María Azú Macchi, Analia Eida Bertolotto y María Antonietta La Monica



En conjunto, y a modo de síntesis, la triangulación de la información obtenida mediante los distintos instrumentos de recolección de datos administrados a autoridades municipales, referentes de centros de atención primaria y personal de salud evidenció, por un lado, que los principales factores de riesgo percibidos para la salud mental, preexistentes a la pandemia y en muchos casos intensificados durante ésta en el primer nivel de atención local, fueron las escasas remuneraciones, el déficit de recursos humanos y materiales, las jornadas laborales extensas, las elevadas cargas de trabajo y el insuficiente apoyo directivo percibido. Con la pandemia se sumaron, además, la incertidumbre y el temor vinculados al riesgo real que representó la aparición del SARS-CoV-2. Por otro lado, se observó que, a pesar de estas condiciones adversas, el compañerismo y la motivación intrínseca emergieron como factores protectores capaces de configurar nuevas formas de cooperación y de sostén subjetivo.

De estos hallazgos se desprende la necesidad de avanzar en políticas públicas que fortalezcan el sistema de salud local no sólo en sus aspectos estructurales (recursos humanos, salarios, insumos, infraestructura), sino también en el cuidado del personal. Se propone, en este sentido, implementar programas de apoyo psicosocial y organizacional, tales como talleres o grupos de reflexión en el horario laboral, que tomen al equipo de salud mismo como sujeto de intervención y funcionen tanto como espacios de elaboración de las secuelas emocionales de la pandemia como de los estresores habituales de la tarea, propiciando comunidades de pertenencia capaces de oponer la cooperación, conservación, transmisión y evolución de saberes productivos a las tareas estereotipadas, desestructurantes y potencialmente patógenas de las organizaciones del trabajo.¹³

Recuperando una última vez la palabra de las personas entrevistadas, concluimos que: *“si no aprendemos de esta experiencia, la próxima crisis nos va a agarrar en iguales o peores condiciones”*. En consonancia con ello, y volviendo a las reflexiones iniciales sobre la función social de la universidad, se espera que los hallazgos producidos en el presente estudio contribuyan al fortalecimiento de vínculos territoriales y a la generación de conocimiento situado, riguroso y orientado a mejorar las condiciones de vida de las comunidades locales.



Bibliografía

1. Bodoc L. *Amigos por el viento*. Buenos Aires: Alfaguara; 2017.
2. Universidad Nacional Arturo Jauretche. *Proyecto Institucional* [Internet]. [citado 2025 Sep 2]. Disponible en: https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2024/06/Proyecto_Institucional_UNAJ.pdf
3. Ferrán MB, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin*. 2021;31(Suppl 1):S35-9.
4. Dejours C. *El factor humano*. Trabajo y Sociedad - PIETTE/CONICET - Lumen/ Humanitas; 1998.
5. Fernández AJM, Gutiérrez-Castaneda C, González FJC, Vilchez DC. Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Aten Primaria*. 2016;48(5):301-7.
6. Moreno-Jiménez B, Oliver C, Aragoneses A. El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE, editores. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 271-84.
7. Dejours C. *El sufrimiento en el trabajo*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial; 2015.
8. Freud S. *El malestar en la cultura*. En: *Obras Completas*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1929 [1995].
9. Dejours C, Gernet I. *Psicopatología del trabajo*. Trabajo y Sociedad. Ceit/Conicet; 2014.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. Buenos Aires: INDEC; 2023 [citado 2025 Mar 26]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
11. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Inventario de Burnout de Maslach*. Adaptación al español por Seisdedos N. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
12. Martínez OJ. *CVP-35: Cuestionario de Valores y Satisfacciones Laborales*. Buenos Aires: Paidós; 2005.
13. Dejours C. *El sufrimiento en el trabajo*. Vol. 42. Buenos Aires: Topía Editorial; 2020.

Resumen Ampliado

El dolor invisible, salud músculo/esquelética y desigualdades de género en el trabajo



Autoras: Billordo Aldana, Pana Magali y Thomas Vanina

E-mail: billordoaldana16@gmail.com, panamagali442@gmail.com

Vanyjuanchy@gmail.com

Este trabajo surge de la necesidad de visibilizar cómo el dolor físico asociado al trabajo no siempre es reconocido como problema de salud laboral. Nos propusimos explorar la relación entre dolor, tareas de cuidado y género, a partir de experiencias concretas compartidas por trabajadoras y trabajadores en distintos rubros. El objetivo fue analizar cómo se naturaliza el dolor físico y cómo inciden los mandatos de género en la percepción y atención de estas dolencias.

La propuesta se desarrolló en el marco de la materia “Género y Salud”, en el tercer año de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNAJ. La consigna consistía en seleccionar una problemática la salud, indagar sobre ella e interpretarla desde una perspectiva de género. Nos centramos en las enfermedades músculo-esqueléticas como consecuencia de cargas físicas intensas, mala ergonomía, sobrecarga horaria y falta de descanso.

Metodología: Diseñamos una encuesta anónima y autoadministrada que circuló por redes sociales y grupos de WhatsApp. Fue respondida por 58 personas adultas que se desempeñan en áreas como salud, limpieza, educación, estética y mantenimiento. Las preguntas abordaban síntomas físicos relacionados al trabajo, zonas del cuerpo afectadas, frecuencia del dolor, uso de medicación, y acceso o no a atención médica. También indagamos si el dolor era percibido como parte normal del trabajo.

Resultados: La totalidad de quienes respondieron declaró sentir dolor físico frecuente en relación a sus tareas laborales. Las zonas más afectadas fueron la espalda, el cuello y los hombros.

41 de los encuestados manifestaron no acceder a atención médica por falta de tiempo o recursos, y muchas 30 personas dijeron automedicarse para poder seguir trabajando. Un dato clave fue que 27 trabajadores consideraron que el dolor está naturalizado en su entorno laboral.





Discusión: Estos resultados reflejan cómo el dolor físico no se vincula solo con las exigencias corporales, sino también con una cultura laboral que invisibiliza el malestar, lo minimiza o lo considera “parte del rol”, especialmente en sectores feminizados, como por ejemplo limpieza, estética y cuidado domiciliario.

Cómo **conclusión**, el análisis desde una perspectiva de género permite comprender que el dolor laboral no se distribuye de manera homogénea: afecta de forma diferenciada según el género, las jerarquías y las tareas asignadas. La naturalización del dolor en los cuerpos que cuidan no es solo una cuestión médica, sino política. Consideramos urgente repensar la organización del trabajo, fomentar la consulta temprana, y generar espacios institucionales donde el dolor pueda expresarse sin vergüenza ni castigo. Este trabajo refuerza la importancia de reconocer el dolor como indicador de condiciones laborales injustas, y no como un costo inevitable del cuidado.

Espacio de Divulgación

Espacio de Divulgación

Uso racional de medicamentos: un elemento de política de salud integral

Entrevista a Perla Mordujovich Buschiazzo



María Pozzio

Desde 1977, la OMS elabora, junto a un grupo de especialistas de varios países, el listado de medicamentos esenciales. Se busca que los países tengan una herramienta para decidir políticas que garanticen el acceso a este listado, como parte del derecho a la salud. En Argentina tenemos la ley de prescripción por genéricos y el Plan Remediar, implementado por el entonces ministro de Salud, Ginés González García. Y también, tenemos el trabajo pionero de quienes contribuyeron a crear los formularios terapéuticos de la OMS, que son la base inspiradora de las políticas de medicamentos de muchos países del mundo. Porque pensar qué medicamentos y para qué, es también una cuestión de política.

Perla Mordujovich estudió medicina en la Universidad Nacional de La Plata en la década de 1950 y siempre aunó su gusto por la investigación científica con la enseñanza de la medicina. Fue la compañera de vida, esposa y pareja laboral de Héctor Buschiazzo, ambos referentes en la enseñanza de la farmacología, creadores/promotores y difusores de lo que se conoce como Uso Racional de Medicamentos (URM). Desde 2003, Perla Mordujovich está al frente de CUFAR (Centro Universitario de Farmacología radicado en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP), un centro de referencia que colabora con la OMS en la elaboración de las listas actualizadas de medicamentos esenciales. Vital, aguda y profundamente comprometida con la salud pública, Perla sigue trabajando y *Desde Acá* mantuvo una conversación con ella, parte de ésta, se reproduce a continuación.





Desde acá: Primero quería que compartieras un poco de tu trayectoria de laboral y de vida.

Perla Mordujovich: Al terminar la secundaria me interesaban tanto los temas humanísticos como los de la salud, así que empecé a estudiar Medicina y ya desde el inicio me interesaban también los temas vinculados a la enseñanza aprendizaje, así que en cada cátedra que estaba, intentaba ser docente también. Recuerda que un docente me dijo que para ser ayudante de su cátedra tenía que estar afiliada al peronismo. Después del 1955, eso cambió. Ni bien pude, hice docencia como ayudante en bioquímica y luego en fisiología. Ahí estuve muchos años, ya casada con Héctor Buschiazzo, en 1971, con todo el equipo de Héctor nos fuimos a la UBA porque él había ganado un concurso ahí.

Desde acá: me imagino que en esa época eran muy pocas las mujeres docentes-investigadoras...

P. M.: Sí, entre los cincuenta y los sesentas, había pocas mujeres y siempre en un segundo nivel, si buscaban a alguien para jefe de cátedra o jefe de grupo o algún cargo, nunca iban a poner a una mujer.

En 1975, empiezan a recibir algunas amenazas. Perla reflexiona “no estábamos en política, pero en aquella época insistir con la importancia de preguntar ¿por qué?, ¿por qué sucede tal cosa? en términos científicos, en los experimentos, en el razonamiento... en esa época eso ya era revolucionario”. Es por eso que casada y con dos hijos, emprende el exilio.

P. M.: Nos invitaron, a Estados Unidos, a la Universidad de Nashville, en Nashville, Tennessee, donde estaba trabajando Sutherland, que venía de ganar un Nobel por el descubrimiento del segundo mensajero, o sea, que demostró que las hormonas trabajan a nivel celular y molecular, especialmente con el caso de la adrenalina. En términos profesionales, era un buen lugar, hacíamos mucha experimentación y nos hubiese permitido crecer mucho en lo profesional, ¿no? Pero en términos personales, familiares, no me gustaba, no me gustaban cosas que pasaban en la escuela de mis hijos, y otros temas de la vida social de allí... Recuerdo pensar: “Este no es un lugar para mí”... Así que empezamos a buscar dónde irnos, en Argentina seguía la dictadura... preferíamos un lugar en América Latina, y así llegamos a Mérida, en Venezuela, a la Universidad de Los Andes.

Fue allí que ambos, Héctor Buschiazzo y Perla Mordujovich, participaron de la creación del departamento de Fisiopatología, lo cual para Perla fue importante para pensar después sobre los enfoques terapéuticos, a partir de los problemas de salud de las personas. Este enfoque es el que desarrollarían a su vuelta al país, en 1982.

P. M.: Cuando se terminó el proceso, un poco antes, volvimos a la Argentina. A Héctor le

^a Earl Wilbur Sutherland fue un fisiólogo estadounidense que obtuvo en 1971 el premio Nobel en Medicina.

ofrecieron ser decano normalizador de la Facultad de Ciencias Médicas en La Plata. Y a mí me re-incorporaron, porque nos habían echado, me reincorporaron como adjunta con dedicación exclusiva... pero ¡ad honorem! Ahí volvimos con la idea de aplicar un nuevo enfoque en la farmacología.

Desde Acá: ¿De qué trataba ese nuevo enfoque?

P. M.: Es un enfoque terapéutico racional basado en los problemas de salud de la gente. Esto significa que el medicamento no es lo central, lo central es el problema de salud de la persona, su entorno (familiar, social) ... Entonces, del análisis razonado de ese problema de salud, de toda esa situación, debería surgir la elección de una estrategia farmacológica o no... pues no siempre lo farmacológico es la solución. En esta perspectiva, el medicamento es una herramienta para ser utilizada cuando es necesaria, no es la solución a un problema, porque es necesario conocer los determinantes económicos y sociales, si una persona tiene agua potable, si tiene trabajo, si hace actividad física... todo eso. Las estrategias farmacológicas tienen una base de la fisiopatología, pero también de la determinación social de la enfermedad, del problema. Entonces ¿Qué implicaba este enfoque para la medicina y especialmente, para la enseñanza de la medicina? Había que realizar una estrategia razonada, realizar un estudio sistemático. Ahí entonces diseñamos una tabla para ver las características del medicamento: su beneficio, su riesgo y ver si es entonces adecuado o no... y a partir de ese análisis razonado, es que se debe elegir. Si el medicamento es adecuado, se pasa entonces al análisis de la conveniencia y por último, al costo. Antes esto del costo ni se evaluaba. Es importante decir que todo esto tiene un punto de partida: EL MEDICAMENTO Y LA SALUD SON DERECHOS, el medicamento no es una mercancía, y si en el mercado existe el dilema entre comercio y salud, el médico debe tener en cuenta este enfoque y no otra cosa.

Aquí recuerda a su esposo, Buschiazzo, quien con firmeza planteó desde el principio que poner en práctica este enfoque, implicaba necesariamente “dejar afuera a la industria”^b. Buschiazzo, al volver al país, propició las reuniones de todas las cátedras de Farmacología, de donde surgiría años más tarde la creación de GAPURMED (Grupo Argentino por el Uso Racional del Medicamento), grupo que aún existe y se reúne anualmente. Perla es enfática respecto a este legado de su esposo: “porque lo que la Industria hace y hace muy bien es influir en el perfil prescriptivo del médico, en el perfil de dispensa del farmacéutico y en el perfil consumidor del paciente”.

P. M.: En 1995 nos invitan al Comité de expertos del área de medicamentos esenciales de la OMS (que funciona desde 1977), eso fue en Finlandia y ahí surgió la idea de que para evaluar si un medicamento era conveniente y podía entrar a la lista para ser considerado “esencial”, debía haber un formulario. Así que en esa reunión pro-

^b “La industria” se refiere a los laboratorios productores de medicamentos tanto nacionales como transnacionales.

pusimos usar el Enfoque Racional Terapéutico para ese formulario. Era aplicar una metodología y una sistemática. Todo eso apareció después en el Prólogo del Primer formulario Terapéutico de la OMS... pero como siempre pasa en el mundo OMS-OPS, los autores no figuran...Y en 1999 nos invitan a un curso en la Universidad de Groningen, en Países Bajos, y ahí se me acerca Hans Horgezeil y me alegró mucho, porque ellos venían con algo similar, hay confluencia, reconocimiento, y mientras que Héctor estaba más dedicado a armar GAPURMED, a partir de la sugerencia y apoyo de Horgezeil, yo me dediqué más a armar el CUFAR, que empezó a funcionar en 2003, como centro colaborador de OMS.

Desde Acá: También trabajaron mucho en distintos países de América Latina.

P. M.: Sí, porque también por esa época empieza a funcionar DURG-LA (Drug Utilization in Latin America) y prácticamente nos recorrimos toda América Latina, nos invitaban, nos recibían muy bien, había mucha retroalimentación, la idea era capacitar en el enfoque y dejar armados comités que pudieran trabajar sobre las listas de esenciales. Hubo países como Paraguay, como Honduras, que tienen sus comités, otros como Costa Rica que en su momento fueron un modelo... pero lo que pasa que las listas de medicamentos no son estables y su variabilidad tiene mucho que ver con la inestabilidad política de nuestros países... Entonces muchas veces las comisiones no duraban... esto muestra, una vez más, que este tema es técnico pero también es político.

Desde Acá: Mirando desde el presente, cuál es el balance de tantos años de trabajo...

P. M.: En algunas cosas vemos avances, en otras no. No podemos hablar de Uso Racional de Medicamentos con un deterioro de la salud y de las condiciones de vida, acá en Argentina pero también en el resto de los países de América Latina. Sucede algo que ya vimos cuando fue el consenso de Washington: con las privatizaciones, el avance de las ideas de las patentes, etc, los gobiernos pierden capacidades de decisión... Y otra cosa muy preocupante es el deterioro de tantos años en la educación pública... eso produjo que cada vez haya más generaciones de profesionales, médicos, pero en general, que piensan que el medicamento es una mercancía y no un derecho. Hay que insistir con el trasfondo político de la educación médica, que es brutal, influye muchísimo, influye hasta en el perfil de la OMS.

Desde Acá: ¿Cómo debería ser en un mundo ideal la cuestión de los medicamentos?

P. M.: Con producción pública de medicamentos, algo que es muy útil, que existió, pero nunca fue apoyado... donde todos los países tengan sus listas de esenciales homologadas por la OMS pero en función de los problemas prevalentes de salud de sus poblaciones...Con agencias de evaluación de tecnologías médicas que funcionen bien con el criterio del costo, la eficacia y la seguridad. Donde el medicamento no sea una mercancía y la salud, un derecho.



