



Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Secretaría de Postgrado. Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales

Doctorando
Sergio Gabriel Viudes

Gobernanza y organización de servicios de salud para la atención y cuidado de personas con enfermedades no transmisibles. Estudio de casos múltiples en el primer nivel de atención del subsector público en Posadas, Misiones.

**Tesis de Doctorado presentada para obtener el título de
“Doctor en Ciencias Humanas y Sociales”**

“Este documento es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto, queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899”.

Directora
Dra. Silvana Martínez
Co-Director
Dr. Jorge Enrique Deschutter

Posadas, Misiones, septiembre 2024



Esta obra está licenciado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Gobernanza y organización de servicios de salud para la atención y cuidado de personas con enfermedades no transmisibles. Estudio de casos múltiples en el primer nivel de atención del subsector público en Posadas, Misiones.

**Trabajo de Investigación
Presentado para optar al Grado Académico de
Doctor en Ciencias Humanas y Sociales**

**Presentado por
Sergio Gabriel Viudes**

**Directora: Dra. Silvana Martínez
Co-Director: Dr. Jorge Enrique Deschutter**

Código ORCID: 0000-0001-8242-0735

Posadas, Misiones, septiembre de 2024

Resumen

Las enfermedades no transmisibles, entre ellas la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 aquí consideradas, representan un problema de salud pública dado su peso en la morbimortalidad de la población y el crecimiento de factores de riesgo asociados. Esto ha provocado su priorización sanitaria y cuidados integrales con énfasis en el primer nivel de atención, en articulación con la estrategia de atención primaria de la salud y en una red integrada de servicios de atención. Partiendo de estos hechos, la pregunta ordenadora que se buscó responder fue en qué medida las formas de gobernanza, que definen la organización de los Centros de Salud del Primer nivel de Atención, para la atención y cuidado de las personas de 18 años o más con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, de la ciudad de Posadas, Misiones, inciden en el cumplimiento del derecho a la salud. Para ello se siguió una estrategia de investigación cualitativa con un enfoque de estudio de casos múltiples, centrada en el marco analítico de gobernanza y sus dimensiones. Se seleccionaron de manera intencional tres establecimientos y desarrollaron veintiún entrevistas semiestructuradas en el período 2021-2022, incluyendo integrantes de los servicios e informantes claves, las cuales fueron grabadas, transcritas y analizadas, priorizando un enfoque hermenéutico interpretativo. De manera complementaria se triangularon diferentes fuentes de información que aportaron a dimensionar y enriquecer la comprensión del campo de estudio. El proyecto de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación Provincial. Producto del análisis se sostiene que los procesos de gobernanza se caracterizan por el lugar marginal de las personas con enfermedades no transmisibles, y la baja participación de actores estratégicos lo cual, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y político-organizacionales que regulan el sector, coadyuvan a una baja calidad de los cuidados y cumplimiento del derecho a la salud. Las conclusiones y recomendaciones, en sintonía con otros estudios, remarcan la necesidad de entablar diálogos de calidad con eje en procesos de trabajo que pongan en cuestión los dispositivos hoy priorizados, centrados en una atención que resulta parcial y fragmentaria en sentido vertical y horizontal.

Palabras clave: enfermedades no transmisibles, gobernanza, servicios públicos de salud, derecho a la salud, Misiones.

Abstract

Noncommunicable diseases, including arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus considered here, represent a public health problem given their importance in the morbidity and mortality of the population and the growth of risk factors associated. This has resulted in their prioritization in the health policy and comprehensive care with emphasis on the first level of care, in articulation with the primary health care strategy and in an integrated network of care services. Based on these facts, the ordering question sought to answer was how governance, that defines the organization of the First Level of Care Health Centers, for the attention and care of 18 year old people or older, with arterial hypertension and/or type 2 diabetes mellitus, in the city of Posadas, Misiones, affect the fulfillment of the right to health. For this purpose, a qualitative research strategy with a multiple case study approach was followed, focusing on the analytical framework of governance and its dimensions. Three establishments were purposively selected and twenty-one semi-structured interviews were conducted in the period 2021-2022, including members of the services and key informants, which were recorded, transcribed and analyzed, prioritizing an interpretative hermeneutic approach. In a complementary manner, different sources of information were triangulated to contribute the understanding of the field of study. The research project and the informed consent were approved by the provincial Research Ethics Committee. The analysis sustains that governance processes are characterized by the marginal place of people with noncommunicable diseases and the low participation of strategic actors, which in the context of the social determinants of health and political-organizational that regulate the sector, contribute to a low quality care and the fulfillment of the right to health. The conclusions and recommendations, in line with other studies, highlight the need to establish quality dialogues centered on work processes that question the currently prioritized devices, focused on a partial and fragmented attention in vertical and horizontal directions.

Key words: noncommunicable diseases, governance, public health services, right to health, Misiones.

Agradecimientos

Considero que todo trabajo en general, y de tesis en particular, es un trabajo colectivo, por lo cual son muchos los intercesores que me han permitido realizarlo. Dicho lo anterior, no puedo dejar de explicitar mi agradecimiento a mi directora de tesis, Dra. Silvana Martínez, y al codirector, Dr. Jorge Deschutter, sus orientaciones producto de sus amplias y al mismo tiempo específicas trayectorias fueron fundamentales.

A todas las personas que diariamente se comprometen y apuestan por una salud pública de calidad y acceso universal.

A mi grupo familiar, Mercedes por todas las oportunidades dadas, Vanesa por su aliento, Amanda, en particular a Anahí por las horas cedidas con comprensión y apoyo. A María Florencia Orlando, quien en su calidad de profesional de la salud, académica e investigadora del sector salud fue parte de continuos diálogos y reflexiones que aportaron al trabajo.

Finalmente, y al mismo tiempo en primer orden, a quienes son la fuente de esta elaboración, las personas entrevistadas. A ellas gracias por su predisposición, franco diálogo, y aporte al campo sanitario.

INDICE

INDICE	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I: EL CAMPO DE LA SALUD	13
1.1 Segmentación y Fragmentación, el sector salud en Argentina.....	13
1.2 El sector salud en Misiones	20
1.3 Perfiles de morbi-mortalidad en la población de 18 años o más, el lugar de las enfermedades no transmisibles	28
1.4 Las enfermedades no transmisibles en la agenda de las políticas sanitarias, apuntes en clave histórica	47
CAPÍTULO II. DISCUSIÓN DE LAS CATEGORÍAS TEÓRICAS Y CONCEPTOS..	57
2.1 Gobernanza.....	57
2.2 El marco analítico de gobernanza (MAG) y sus dimensiones.....	65
2.3 Salud-enfermedad-atención-cuidado (SEAC) y derecho	81
2.4 Reorganización-reorientación de los servicios de salud para la atención de las ENT en Atención Primaria de la Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	94
2.5 Esquema de articulación	104
CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	106
3.1 Objetivos	113
CAPITULO IV. ANALISIS DE LA EVIDENCIA EMPIRICA	121
4.1 Primera parte, el campo de estudio	123
4.2 Segunda Parte: caracterización general de los casos	125
4.3 Los casos	129
4.4 Análisis de la gobernanza.....	177
CAPITULO V. ANÁLISIS TEÓRICO	252
CONSIDERACIONES GENERALES DE LA TESIS	280
CONCLUSIONES.....	296

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	297
ÍNDICE DE TABLAS.....	318
ÍNDICE DE FIGURAS.....	319
ANEXOS	320
6.1 Anexo I, Dictamen Comité de ética provincial	321
6.2 Anexo II, Guías de tópicos de entrevistas	322
6.3 Anexo III: Referencias Figura 9.....	330

Introducción

El sector salud en la Provincia de Misiones, al igual que en la Argentina, es extensamente complejo. Se trata de un sector segmentado y fragmentado. Refiriendo el primer término a la organización de servicios en función de segmentos según tipo de cobertura social y/o capacidad de pago, y el segundo término a la falta de coordinación entre los fragmentos de cada segmento.

De este modo, el subsector público tiene por prioridad la población con cobertura pública exclusiva, el subsector de obras sociales prioriza la población con relación de dependencia o aportes de seguridad social, mientras que el subsector privado se estructura en función de quienes pueden pagar para acceder a ellos. La movilidad entre los diferentes segmentos y servicios es válida para aquellos que poseen capacidad de pago y/o cobertura, no así para quienes dependen exclusivamente del Estado.

La falta de coordinación entre los diferentes segmentos, como así también entre fragmentos al interior de los segmentos, permiten hablar de un campo de la salud, idea que describe mejor la realidad que el concepto de sistema, el cual orienta una visión funcionalista de un todo ordenado y sincronizado (Spinelli, 2010).

El subsector público, foco de este trabajo, se estructura a su vez en diferentes niveles de complejidad, siendo el primer nivel de atención, a nivel de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), lo priorizado en la legislación vigente a través de la ley provincial de salud, LEY XVII - N.º 58 (Antes Ley 4388), sancionada en el año 2007.

Desde el punto de vista epidemiológico, las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), al igual que en el resto del mundo, son un problema priorizado de salud pública y pate de la labor de los CAPS, dado que representan la mayor carga de morbimortalidad de las personas adultas (18 años o más). Entre ellas, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocupan un lugar preponderante.

Por tal motivo, progresivamente las agencias internacionales rectoras en salud, tales como la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS y OPS, respectivamente), seguidas del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) y el Ministerio de Salud de la Provincia de

Misiones (MSP) han ido estableciendo la priorización del abordaje de las ENT, no solo por su prevalencia sino por el importante costo social y sanitario que representan.

En este contexto, junto con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) difundida desde fines de 1970, progresivamente se han promovido estrategias como la de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y, más recientemente, el Modelo de Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC), reconociéndose que el abordaje de las ENT difiere sustancialmente del tratamiento de las enfermedades agudas, y requiere reorientar servicios de salud enfocados en fenómenos agudos y materno infantiles, para el tratamiento continuo y de larga duración de las ENT.

Partiendo de estos hechos, pero también de la experiencia en primera persona como parte de quienes han participado en la ejecución de proyectos destinados a reorientar los servicios, el trabajo desarrollado se centró en el análisis de la organización de los mismos en el primer nivel de atención para la atención de las ENT, en particular HTA y/o DM2.

Para ello se utilizó como estrategia teórico metodológica el Marco Analítico de Gobernanza (MAG), desarrollado por el teórico Marc Hufty (2010), como un enfoque novedoso que permite analizar los fenómenos sociales por los cuales, mediante procesos complejos, colectivos humanos, ya sea de manera formal y/o informal, deciden y elaboran normas con relación a asuntos que son del orden de lo público.

En términos de ordenamiento, el asunto público fue definido como la organización de los servicios, variable dependiente, que es determinada por la gobernanza, variable intermedia, y ambas son determinadas por las variables independientes, tales como las políticas públicas, planes, programas y proyectos, entre otros aspectos que son abordados en el trabajo.

La importancia del interrogante por la mencionada forma de organización radica en que ésta incide en el acceso y el derecho a la salud de las personas con enfermedades no transmisibles.

El trabajo desarrollado se sostuvo desde una perspectiva de investigación cualitativa en salud y de análisis de casos múltiples, centrado en el funcionamiento de tres CAPS del subsector público de la ciudad de Posadas, Misiones, Argentina. Se desarrollaron un total de 21 entrevistas semiestructuradas, correspondiendo 12 a efectores de salud, 6 a informantes claves del sector y 3 a usuarios con ENT. Todas fueron grabadas, transcriptas y analizadas mediante

apoyo de programas informáticos. También fueron utilizados con motivo de la triangulación antecedentes de investigaciones de autoría propia, documentos oficiales del sector salud, a nivel internacional, regional, nacional y provincial, comunicados institucionales y/o de prensa y bases de datos oficiales. Dada la experiencia personal, la reflexividad también se constituyó como campo de triangulación, ya sea a la hora de realizar las entrevistas o de analizarlas.

Desde el punto de vista epistemológico y metodológico el trabajo procura sostenerse desde las lógicas de la complejidad, teniendo como punto de partida el principio de que todo en lo social y humano es una construcción histórico-social, y atravesado por fenómenos económicos, políticos, culturales, etc., siendo una puerta de entrada privilegiada para analizar dicha realidad los discursos de las personas, en tanto prácticas sociales intersubjetivas y contextualizadas.

En ésta línea, son parte del andamiaje de trabajo conceptos de la teoría de los campos del sociólogo francés Pierre Bourdieu para entender cómo se configura el campo de la salud, pero también del filósofo francés Michel Foucault, para analizar algunos de los dispositivos que se configuran al interior de las organizaciones analizadas. Estas estructuras conceptuales son articuladas con problematizaciones y conceptos específicos del sector salud, tales como los modelos de salud-enfermedad-atención y cuidado, organización del sector, por citar los más relevantes.

En función del proceso de investigación desarrollado, la tesis que sostiene este trabajo es que los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención se caracterizan por la baja participación de los actores estratégicos y por el lugar marginal asignado a las personas con HTA y/o DM2, relegados al rol pasivo de actores secundarios, produciendo y reproduciendo modelos fragmentarios de atención alejados de modelos integrales de cuidado. Tales formas de gobernanza, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y de los determinantes político-organizacionales que regulan el sector, coadyuvan a una baja calidad de los cuidados y del cumplimiento del derecho a la salud.

Dicha forma de gobernanza se produce en el contexto de políticas, planes, programas y proyectos que entran en contradicción entre modelos de salud basados en la APS, por un lado, y la atención especializada, por el otro.

Así, a pesar de constatarse un crecimiento de la capacidad de servicios e infraestructura del primer nivel de atención, las normas que rigen las reglas del juego no se han visto mayormente modificadas, primando en el hábito de los actores la producción y reproducción de lógicas que estructuran un campo que genera, reproduce y profundiza desigualdades en el acceso y cumplimiento a la salud como un derecho.

En calidad de principal aporte teórico original al campo de estudio, se propone el concepto de fragmentación horizontal a nivel del establecimiento, por cuanto sintetiza un modelo de atención de baja integralidad y escasa o nula interdisciplinariedad, al tiempo que éste fenómeno se correlaciona con la tan descripta fragmentación entre establecimientos, considerada en términos verticales.

Dicho lo anterior, el escrito se estructura en cinco capítulos, un apartado de consideraciones generales de la tesis y uno de conclusiones. El primer capítulo tiene por objeto presentar aspectos que hacen a la construcción del problema de tesis. Para ello se aborda la configuración del campo de la salud en la Argentina, en términos de contexto macro, para luego describir aspectos seleccionados del campo de la salud en la provincia de Misiones. En una segunda instancia, se da cuenta del peso de las ENT, en particular HTA y/o DM2, en la morbimortalidad de la población. El capítulo se cierra con una línea de tiempo, de elaboración propia y construida a partir de documentos seleccionados de organismos oficiales de salud, que tiene por objeto dar cuenta del ingreso de las ENT como prioridades de las agendas sanitarias, políticas públicas, programas y proyectos, a nivel internacional, regional, nacional y provincial, junto con la mención sucinta de algunas de las principales políticas que fueron haciendo a la priorización mencionada.

En el segundo capítulo se presentan las principales categorías teóricas que sostienen el andamiaje conceptual de la tesis. Por ello las categorías centrales que se debaten refieren al término gobernanza, sus diferentes usos y el uso particular que se le da en el presente trabajo. Como parte de la trama conceptual son problematizados los conceptos de enfermedad-atención-cuidado y la estrategia de atención primaria de la salud. Finalmente, se presenta el modelo de atención de cuidados para personas con enfermedades crónicas (MAPEC) junto con la propuesta de redes integradas de servicios de salud (RISS), iniciativas vigentes para la organización del sector salud y el abordaje de las ENT.

El tercer capítulo se aboca a presentar el diseño metodológico y se trata del único capítulo que contiene en algunos apartados un estilo de redacción en primera persona del singular, recurso que será utilizado posteriormente solo en notas al pie en el capítulo de resultados. Estructurado en función de un conjunto de preguntas que son progresivamente trabajadas, la decisión de la voz de escritura responde a fortalecer el proceso de reflexividad, propio de la investigación cualitativa, por una parte, y a explicitar la vinculación de quien suscribe con el campo de estudio, por otra.

El cuarto capítulo está dedicado a la presentación de los resultados y se estructura en tres partes. En la primera, se presentan medidas que resumen aspectos seleccionados del campo de estudio y del proceso de trabajo. La segunda parte se inicia con una caracterización general de los casos y de la población que asiste a los mismos a partir del procesamiento de bases de datos, para centrarse luego en la descripción de los casos en sí, tres Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del subsector público de salud, su funcionamiento y organización cotidiana, y aspectos priorizados vinculados a la atención de las personas con ENT. Los discursos de las personas que desempeñan funciones en dichos efectores son el principal insumo, junto con observaciones de campo. Finalmente, la tercera parte se centra en la gobernanza y sus dimensiones, siendo reinterpretados los fenómenos descriptos en la segunda parte. Aquí se articulan las voces de las personas entrevistadas que son referidas como informantes claves.

El quinto y último capítulo propone, a partir de gráficas resúmenes, teorizar sobre la gobernanza existente en el campo analizado, de lo cual se desprenden un conjunto de categorías que procuran comprender mejor el funcionamiento del campo analizado para el cuidado de las personas con ENT, y las implicancias de dicho funcionamiento en términos de acceso y derecho a la salud. El último apartado incluye, con base al análisis, un conjunto de reflexiones que, ubicadas en espacios de interacción específicos, podrían ser útiles para promover mejoras en el sector.

Como resultado del estudio se sostiene que la gobernanza existente, tal como es caracterizada por la tesis, en el contexto de los determinantes de la salud y un campo fragmentado, genera barreras de acceso en un sentido vertical, referido a la posibilidad de acceder a cuidados en el nivel especializado. Pero también existen procesos de fragmentación en un sentido horizontal,

al interior de los casos analizados en función de las formas de organización de los mismos, lo cual genera falencias en la continuidad e integralidad de los cuidados, dado que subsiste un enfoque basado en la priorización de la atención médica centrada en la prescripción farmacológica. Todo ello a pesar de un crecimiento de la ampliación y capacidad de los servicios de salud, a la par de un crecimiento de la morbimortalidad por ENT y factores de riesgo asociados.

A partir de detectar posibles intervenciones se plantea que a los fines de garantizar el derecho a la salud se requiere generar transformaciones centrándose en el trabajo y los procesos de trabajo, habilitando y promoviendo espacios y comunicaciones de calidad, participación y compromiso de todos y todas las involucradas. Lo cual implicaría poner en cuestión algunos de los dispositivos priorizados y, al decir de Pierre Bourdieu, la distribución de los capitales que estructuran el campo de análisis, y con ello el hábito de sus agentes. El apartado conclusiones responde de manera sintética a lo planteado por los objetivos.

En calidad de Anexo se encuentran dictamen de Comité de Ética y modelo de consentimiento informado (Anexo I), guías de preguntas que se utilizaron en calidad de tópicos para el desarrollo de las entrevistas (Anexo II), y referencias de figura 9 (Anexo III).

Capítulo I: El campo de la salud

Resumen del capítulo

Habiendo sido presentado en la introducción el tema de tesis en términos de análisis de la organización del primer nivel de atención para la atención y cuidado de las personas con enfermedades no transmisibles, en particular Hipertensión Arterial (HTA) y/o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), a partir de la categoría teórica de gobernanza, interesa en este primer capítulo dar cuenta de la configuración del campo de la salud. Para ello se describe las principales características e indicadores priorizados de cómo se configura dicho campo en Argentina, para luego dar cuenta del campo de la salud en la provincia de Misiones.

En segunda instancia se da cuenta del peso de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la morbimortalidad de la población, con particular énfasis en la hipertensión arterial y la diabetes mellitus¹ a partir de indicadores priorizados.

En línea con el punto anterior se desarrolla el ingreso de las ENT como prioridades de las agendas sanitarias, políticas públicas, programas y proyectos, a nivel internacional, regional, nacional y provincial.

1.1 Segmentación y Fragmentación, el sector salud en Argentina

La estructura de las organizaciones e instituciones del sector salud en la Argentina se presenta como uno de los modelos más segmentados y fragmentados de la región (Artaza Barrios, 2017), con una posibilidad de acceso diferencial por parte de la población en función de su condición socio-económica, inclusión o no en el mercado formal de trabajo, así como ubicación geográfica.

Lo cual da por resultado “niveles variables de cobertura, acceso y calidad de las prestaciones según tipo de aseguramiento, nivel socioeconómico y ubicación geográfica” (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p. 2). A pesar del principio de la universalidad reconocido en el derecho a la salud.

Así, se reconoce la presencia de tres grandes campos de prestadores, a saber:

¹ Las estadísticas de morbimortalidad no distinguen diabetes mellitus tipo I o tipo II, sin embargo considérese que en más del 90% de los casos de diabetes se trata de DM tipo II (Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019)

-El subsector público: representado por el Estado y que se presenta de acceso universal y gratuito, independientemente de la posibilidad de pago de las personas; siendo el acceso a los servicios de salud un derecho para toda la población.

Su principal fuente de financiamiento proviene de los fondos del tesoro (impuestos, contribuciones y préstamos) (Secretaría de Acceso a la Salud & Ministerio de Salud de la Nación, 2022) y los establecimientos pueden depender del nivel nacional (en un número muy reducido de casos en la actualidad), provincial (mayoritariamente) o municipal, o bien ser de gestión mixta.

Por otra parte, posee un sistema de recupero por pago de prestaciones a población con cobertura y también sistemas de recupero y estímulo mediante el ejercicio, registro y rendición de prestaciones que pueden estar incluidas en diferentes políticas públicas de cobertura para población que depende exclusivamente del Estado.

Ejemplo de esto último es el Plan SUMAR, que inicio en un primer momento como un programa de cobertura materno infantil, Plan Nacer, principalmente en las provincias del norte, para extenderse luego al resto del país. Con el tiempo, este programa iría progresivamente ampliando la población de cobertura, hasta que en el 2020 incorpora a las personas mayores (Ministerio de Salud de la Nación, 2020), pasando por la población adulta, siempre con un nomenclador de prestaciones predefinido. O bien el Programa Federal Incluir Salud, ex PROFE, que brinda prestaciones de cobertura a personas que reciben pensiones no contributivas (Presidencia de la Nación, 2020).

-El subsector privado: representado por organizaciones de diferentes grados de complejidad (consorcios de profesionales, policonsultorios, prestadores individuales, empresas de servicios de emergencia médica, etc.), el cual funciona en base a la lógica de mercado y de la capacidad de pago de los usuarios, quienes contratan sus prestaciones, o bien mediante la contratación de paquetes mediante servicios Empresas de Medicina Prepaga (EMP). Parte de este sector oferta sus servicios también a las obras sociales.

-El subsector de obras sociales (OS) o de seguridad social: representado por las obras sociales y seguros provenientes de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones de los empleadores, tanto nacionales como provinciales, así como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

A su vez, las obras sociales pueden contar, y de hecho muchas lo hacen, con sus propios establecimientos de prestadores, o bien depender de la contratación de servicios del sector privado o sistemas de cápita, acompañado de un pago de bolsillo o copago en muchos casos. O bien del uso del sector público por parte del afiliado a la obra social, lo cual implica el sistema de recupero por parte del primero, como ya se mencionó anteriormente.

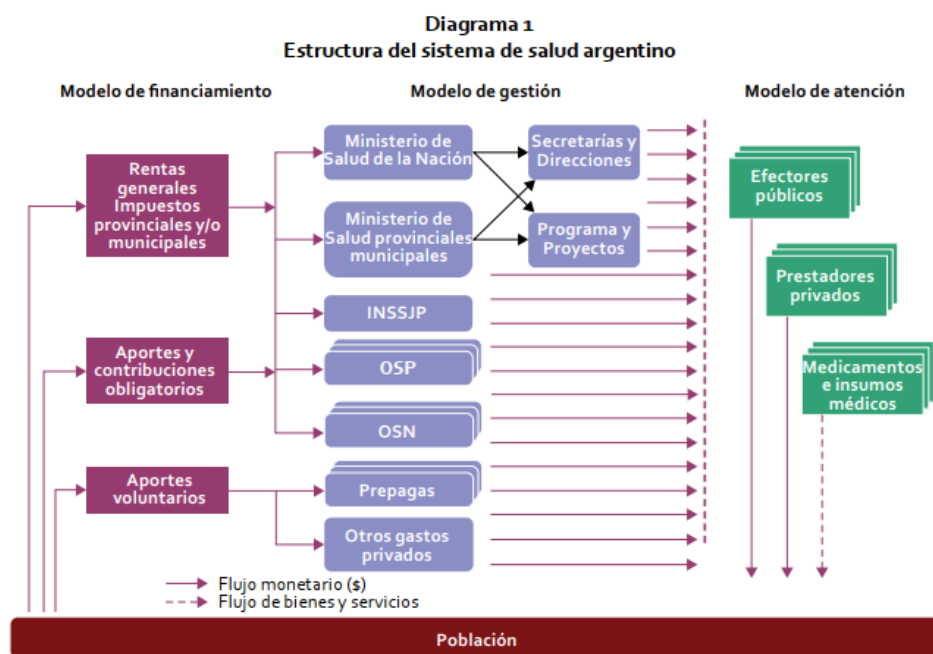
Tanto las OS nacionales como las EMP deben cumplir obligatoriamente con la atención del Programa Médico Obligatorio (PMO), lo cual es supervisado por la Súper Intendencia de Servicios de Salud (SSS) a nivel Nacional.

Sin embargo, el citado PMO no alcanza ni a las OS Provinciales, ni tampoco al sector privado que no se encuadra dentro de las EMP (Artaza Barrios, 2017), quedando así un amplio espacio de “juego” que es definido y/o regulado por los Ministerios de Salud Provinciales y las diferentes corporaciones del sector.

Por los fenómenos descriptos, Spinelli (2010) considera que antes que un sistema de salud como un todo ordenado y armónico, se plantea la existencia de un campo de salud donde convergen diferentes agentes, intereses y capitales en la búsqueda por definir la estructura del campo (Spinelli, 2010).

Así, en el contexto de un país federal, operan en el sector salud diferentes actores de los niveles nacionales, provinciales y municipales, representados por Gobiernos, corporaciones, Ministerios, Obras Sociales e institutos Nacionales y Provinciales. La figura 1 resume la complejidad del campo.

Figura 1: Estructura del “Sistema” de Salud Argentino



Fuente: De la Puente, C., De los Reyes, L. y Silvestrini, C. (2020), “Estructura y financiamiento del sistema de salud argentino”, trabajo presentado en el seminario “El derecho a la salud en la Argentina post COVID-19. Acceso universal y tecnología local como impulsores de desarrollo”, CEPAL-GIZ, Buenos Aires, 23 y 24 de junio. Extraído de: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2020). *La salud como desafío productivo y tecnológico: capacidades locales y autonomía sanitaria en la Argentina pospandemia*. p. 12. [Internet]. CEPAL; 2020 [citado 8 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46534-la-salud-como-desafio-productivo-tecnologico-capacidades-locales-autonomia>

Al mismo tiempo, en esta composición, se reconoce la fragmentación que existe al interior de cada segmento, pues lo integran múltiples fragmentos, en forma de subsectores, niveles de atención, instituciones, que no se relacionan o articulan de manera adecuada entre sí; conformando por tanto campos al interior del campo.

Por todo lo dicho, Oscar Cetrángolo hablará de que en Argentina se presenta una:

triple diferenciación con respecto a su sector salud: de derechos (no toda la población tiene acceso a similar conjunto de beneficios en salud); regulatoria (capacidades de rectoría y regulación repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores); y territorial (debido a

las marcadas diferencias de desarrollo económico en las diversas regiones de la nación). (Como se cita en: Artaza Barrios, 2017, p. 27)

De hecho, diferentes iniciativas han intentado (y lo siguen haciendo) intervenir sobre la fragmentación del subsector estatal, principalmente promoviendo la iniciativa de OPS-OMS de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), considerando que las mismas constituyen una de las “principales expresiones operativas del enfoque de APS a nivel de los servicios de salud” (Artaza Barrios, 2017, p. 22).

Tales redes, se plantea, contribuyen a efectivizar algunos de los principios esenciales de la APS, a saber: cobertura y acceso universal, conformación del primer nivel de atención como lugar de primer contacto de la población, logro de una atención continua, integral e integrada, cuidado apropiado, organización de recursos y gestión óptima, orientación familiar y comunitaria, y acción intersectorial².

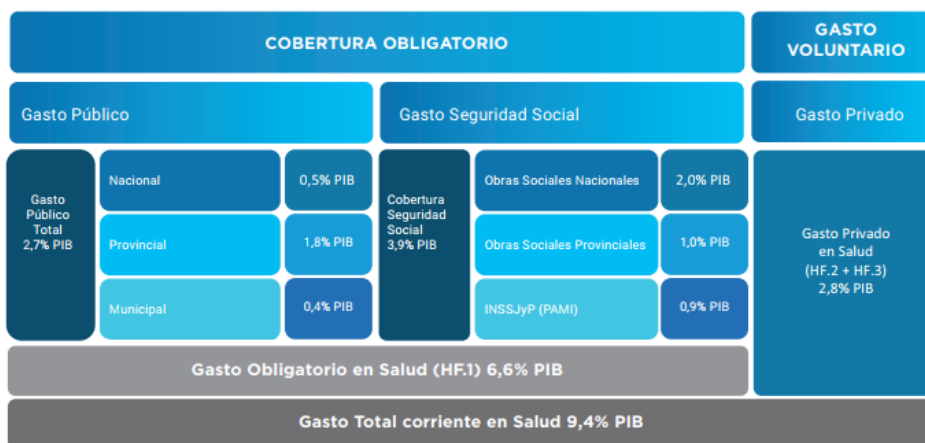
En términos de población cubierta por cada sector-segmento, según datos a Nivel Nacional del 2017 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019), 34,8% de la población depende de la cobertura exclusiva del Estado (dato que varía luego según cada territorio), un 35% se encuentra cubierto por las Obras Sociales Nacionales, 16,1% por Obras Sociales Provinciales y un 11,6% por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Finalmente, un 13,6% de la población se encuentra cubierta por la Medicina Prepaga, en donde se trata tanto de particulares como de personas que, teniendo una Obra Social, contratan un paquete de medicina prepaga.

Esta situación da lugar a múltiples coberturas y duplicaciones de éstas, donde “puede existir triple cobertura (o más) si los diferentes miembros de un grupo familiar tienen derecho a diferentes tipos de instituciones y, aún peor, cuando se agrega la afiliación voluntaria a seguros privados” (Cetrángolo, 2014, p. 158). En función de esto el autor citado dirá que, si bien la cobertura en la normativa existente es universal, es al mismo tiempo ampliamente heterogénea.

² Los aspectos de cómo se operacionalizan estas redes en el caso de Argentina serán abordados en el apartado de modelos de abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles, marco teórico, y luego en el análisis de casos y conclusiones, por ser parte central de los ejes de la presente tesis.

En términos de financiamiento, la Figura 2 resume la distribución del gasto en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno al año 2017.

Figura 2: Gasto corriente en salud como expresión del PBI según tipo de cobertura, Argentina, año 2017



Fuente: extraído de: Dirección de Economía de la Salud. (2019). *¿Cuánto gasta Argentina en Salud?* Secretaria de Gobierno de la Salud; Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Nota: Según informes más recientes, el gasto en salud años 2017 y 2018, como porcentaje del PBI presenta leves variaciones, siendo según estas fuentes de 10,3% para ambos años (Secretaria de Acceso a la Salud & Ministerio de Salud de la Nación, 2022)

Se destaca que Argentina se posiciona como uno de los países que mayor gasto total corriente en salud invierte como porcentaje del producto bruto interno (PBI). Así, mientras el gasto corriente en salud de la región de los países de América Latina y el Caribe (ALC) en 2016 represento el 6,6% del PBI, en Argentina ese valor fue de 9,1% del PBI, incluso por encima del promedio de 8,8% de los países nucleados en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Argentina, solo se ubica así por debajo de Cuba y Brasil³ (OECD & The World Bank, 2020).

Sin embargo, del 9,4% del PBI del gasto total corriente en salud ya señalado, existe disparidad e inequidad en la distribución de los recursos (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) ya que el sector privado representa el 29,8% del gasto (para cubrir al 13,6% de la población), el sector público el 28,7% (pero para cubrir al 34,8% de la población) y el sector de obras sociales el 41,5% (para cubrir a un 62,5%), como se expresa en la tabla 1.

³ Dato de Brasil correspondiente a 2018, según indica la fuente citada.

Tabla 1 *Porcentaje del PBI del Gasto Corriente en Salud y Población cubierta. Argentina. Año 2017*

Sector	PBI		Población cubierta
	% del PBI	%*	(%)
Gasto Voluntario/ Privado	2.8	29.8	13.6
Gasto Seguridad Social/ Cobertura Obligatoria	3.9	41.5	62.5
Gasto Público/ Cobertura Obligatoria	2.7	28.7	34.8
Total	9.4	100	**

Fuente: Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)

Notas: *Indica la distribución porcentual del PBI según sector. ** La suma de los valores porcentuales es igual a 111,1, lo cual puede explicarse por duplicaciones de cobertura.

Considerando ahora el gasto per cápita en salud, en 2017 la Argentina registró un desembolso de US\$ 3.343 por habitante en dólares PPA⁴, lo cual significó un 138% mayor al promedio de la región de ALC, superior en un 37,9% a Chile (el segundo en la región, US\$ 2.424) y 44,1% mayor que el tercero, Uruguay (US\$ 2.320) (Centro de Estudios para la Producción (CEP XXI), 2020, p. 6).

Otro aspecto a contemplar por separado en el caso de salud, es el denominado gasto de los hogares en salud, el cual incluye el gasto de bolsillo. La Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) permite dimensionar esta proporción del gasto en salud.

Con un alcance muestral de 45 mil hogares ubicados en centros urbanos de 2000 habitantes o más de todo el país (Ministerio de Salud de la Nación, 2021), y en el contexto de los fenómenos de segmentación y fragmentación ya descriptos, la encuesta plantea la realidad de que:

los hogares pueden enfrentar dificultades financieras que se convierten en barreras para el acceso a la atención de los problemas de salud, acentuando las inequidades. La medición de la

⁴ PPA: “**paridad de poder adquisitivo (PPA, más conocido como PPP por sus cifras en inglés, *purchase power parity*) es una medida que permite la comparación del precio relativo de una determinada canasta de bienes y servicios en distintas economías.** El indicador funciona como un factor de conversión de divisas a una moneda comparable y, a su vez, homogeneiza la capacidad relativa de comprar un producto en diferentes países.” (Centro de Estudios para la Producción (CEP XXI), 2020, p. 2).

proporción del gasto destinado a salud sobre el gasto e ingreso total de los hogares permite dimensionar estas barreras. (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p. 2)

La publicación de la ENGHo correspondiente a agosto de 2021, sobre datos del 2017-2018, da cuenta de que el gasto en salud de los hogares corresponde al 6,4% del gasto total de bienes y servicios, y representa un 4,9% del ingreso de los hogares. De ese 6,4, el 75% corresponde a medicamentos y afiliaciones, y el 25% restante se divide entre internaciones, consultas médicas, dispositivos médicos, gastos odontológicos y otras consultas (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

A pesar de que el gasto como porcentaje del PBI en Argentina es significativo e incluso elevado de manera comparada, producto de la segmentación y fragmentación se produce y reproduce un campo de la salud con desigualdades de acceso, y múltiples dificultades para “una mayor y mejor articulación de los objetivos sociales de una política de ampliación del acceso efectivo a la salud.” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020, p. 17)

1.2 El sector salud en Misiones

Al igual que lo descripto a nivel nacional, la provincia de Misiones presenta también un campo de la salud segmentado y fragmentado, aunque con particularidades que le son propias. En primer término, y a diferencia de lo que sucede con el nivel Nacional, Misiones posee una Ley provincial de salud.

Sancionada el 13 de septiembre de 2007, la Ley XVII - N°58 (antes Ley 4388) entiende por salud el “estado de bienestar físico, mental y social íntegro y no únicamente la ausencia de enfermedad, siendo la salud un derecho humano fundamental.” (p. 1)⁵.

Al mismo tiempo, define que la política de salud de la provincia se rige por los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, efectividad, participación así como, también, integración funcional, entendiéndose por esto último que “las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud, concurrirán a la prestación de los servicios sanitarios de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos, por medio de convenios

⁵ La paginación corresponde a la Ley disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/ley-provincial-de-salud/>. Fecha de recupero 04-04-2023

aprobados por la autoridad sanitaria provincial” (p. 2). Entre los ejes prioritarios, se establecen, entre otros⁶:

- b) las acciones de atención primaria de la salud, fortaleciendo el primer nivel de atención médica, y orientándolas preferentemente a los grupos vulnerables de la población;
- c) la organización, coordinación, seguimiento, control y valuación de las prestaciones y servicios de salud;
- d) la atención de la salud de embarazadas, madres y niños;
- [...]
- l) la educación para la salud;
- [...]
- p) la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- [...]
- r) la integración de los planes, programas y servicios de salud con los programas destinados a la asistencia y desarrollo social de las personas; (pp. 3-4)

Entre los derechos de los habitantes con relación a los servicios de salud, Capítulo II, se destaca el derecho “a la información completa y comprensible sobre su proceso de salud, enfermedad, diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, secuelas y discapacidad, [...], y a la recepción de la información por escrito al ingresar o egresar de los centros asistenciales” (p. 5). Así también, resalta “la participación voluntaria en las actividades de salud, conforme los mecanismos que fije la reglamentación” (p. 5).

Finalmente, cabe citar “la gratuidad y accesibilidad a los servicios de promoción, atención, rehabilitación y protección de la salud y prevención de enfermedades” (p. 5).

Según su capítulo IV, se establece que el “Sistema Provincial de Salud” (SPS) incluye tanto el sector público, privado, de obras sociales, las redes de establecimientos de estos sectores, así como colegios, asociaciones, federaciones y círculos de “personas físicas del arte de curar” (p. 8). Por su parte, el artículo 23 del Capítulo V define como prioridad del subsector estatal:

el fortalecimiento, desarrollo integral y optimización total de la Atención Primaria de la Salud, como modelo de atención a adoptarse en el territorio de la Provincia. A tales efectos, este accionar institucional, se cimienta fundamentalmente en la conformación de redes y niveles de

⁶ Se citan aquí los ítems de particular interés.

atención, procurando jerarquizar básicamente el primer nivel y la descentralización gradual, permanente y total de la gestión de los servicios médicos como modelo de gestión. (p. 11)

Los artículos 24 a 29, por su parte, definen los diferentes niveles de atención y sus objetivos. Así, el primer nivel de atención, médica, según indica la ley, comprende el conjunto de acciones que van, desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud, pasando por las instancias de prevención, diagnóstico y tratamiento, incluyendo las especialidades básicas, pediatría, medicina familiar, tóco ginecología, siempre de carácter ambulatorio.

Son definidos como objetivos de este primer nivel el conformarse como la primera alternativa para la atención ambulatoria, y acciones de seguimiento, así como posibilitar el acceso a la resolución de la patología de cada persona de acuerdo a su necesidad de atención, “implementando mecanismos dinámicos, eficaces y calificados de articulación entre distintos niveles y sistematización óptima de mecanismos de referencia y contrarreferencia” (p. 11).

Dicho nivel debe, o debería, asegurar la participación comunitaria, tanto en la prevención de las enfermedades, como en la promoción, y protección de la salud, así como “priorizar la constitución de equipos de trabajo médico sanitario de carácter multidisciplinario e intersectorial” (p. 12).

De modo sintético, corresponde al segundo nivel las prestaciones de atención especializada ambulatoria o que requieran internación, incluyendo Centros de Salud Polivalentes, Hospitales Departamentales o monoclínicos y, al tercer nivel, el conjunto de acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica.

Con relación al financiamiento, la Ley Provincial de Salud estipula que está compuesto por las partidas presupuestarias de las recaudaciones de rentas generales, los ingresos que genere la venta de servicios a terceros o los servicios sanitarios prestados, por convenios específicos, préstamos y aportes (nacionales e internacionales) y legados o donaciones. Se estipula que en ningún caso

el presupuesto anual de la Unidad de Organización Ministerial de Salud Pública será inferior al diez por ciento (10%) anual del Presupuesto General de la Provincia, porcentaje que se irá incrementando en el uno por ciento (1%) anual como mínimo, hasta lograr un piso del quince por ciento (15%) anual del Presupuesto General de la Provincia. (p. 14)

Finalmente, el capítulo VIII crea el “Seguro Provincial de Salud”, siendo beneficiarios del mismo “todos los habitantes de la Provincia que no cuenten con cobertura explícita de atención médica a través de seguros obligatorios o voluntarios” (p. 15), el cual, una vez diseñado e implementado, incluirá los siguientes criterios: equidad, integralidad en la atención (mediante un programa de servicios básicos y obligatorios), accesibilidad, calidad y sustentabilidad (p. 15-16).

En lo que refiere al subsector público de salud, el organismo rector es el Ministerio de salud Pública de la provincia, de nivel central y ubicado en la ciudad capital, Posadas. Territorialmente la provincia se divide en seis Direcciones de Zonas de Salud y diecinueve áreas programáticas de salud⁷ donde se emplazan y dependen de ellas Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y Hospitales. El presente estudio, se asienta en la ciudad Posadas, correspondiente a la Zona Capital de Salud.

Al igual que a nivel Nacional conviven en Misiones junto con el subsector público, el sector de las obras sociales nacionales, la seguridad social y respectiva cobertura de salud de los empleados del Estado, Instituto de Previsión Social (IPS), prestadores del sector privado, y empresas de medicina de emergencia.

En términos del segmento que se encuentra cubierto de forma exclusiva por parte del Estado, al año 2021, se estima el mismo representa, según los datos provinciales, el 44% de la población (Dirección de Programación y Planificación, 2021).

En lo que refiere al financiamiento del subsector público de salud, para 2020 Misiones proyecta un porcentaje del 16% del presupuesto provincial para el sector⁸, mientras que para 2023⁹, al igual que en 2022, ese porcentaje ascendía al 20%.

En materia de infraestructura, según datos de 2021¹⁰ la provincia cuenta con 915 establecimientos de salud, de los cuales 48% dependen de la provincia, 10% de los

⁷ Decreto 97, del 28 de enero de 2008, Publicado en Boletín Oficial N°12232, lunes 31 de marzo de 2008.

⁸ Véase por ejemplo: El Presupuesto de Misiones 2020. (2019, septiembre 23). Economis. <https://www.slideshare.net/jucarguello/el-presupuesto-de-misiones-2020>

⁹ Véase al respecto: SAFRÁN PRESENTÓ EL PRESUPUESTO 2023 ANTE LA COMISIÓN DE PRESUPUESTO DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES. (2022, septiembre 27). Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos. <https://hacienda.gob.ar/safran-presento-el-presupuesto-2023-ante-la-comision-de-presupuesto-de-la-camara-de-representantes/>. [recuperado, 26-04-2023]

municipios, y un 41% son de dependencia privada¹¹. En lo que refiere a la distribución territorial, independientemente de la dependencia, el 24% se encuentra en el departamento Capital, mientras que para el resto de los departamentos ese número es 10% o menos. En términos de oferta privada con relación a la pública, el departamento Capital concentra la mayor oferta privada con relación a la oferta pública (ya sea municipal o provincial), 67% y 33% respectivamente, a diferencia de los otros departamentos, donde el sector privado no representa más del 50% de la oferta y, el sector público, supera siempre ese valor.

En términos de Zonas Sanitarias, y considerando tanto la oferta pública como la privada, la Zona Capital concentra el 12% de establecimientos con internación general, el 36% de la oferta con internación especializada y el 27% de la oferta sin internación y de atención complementaria.

Considerando los CAPS del subsector público, n=370, si bien la zona capital posee en porcentaje la menor cantidad con relación a las otras zonas (12%, el máximo es 20% en la Zona Centro Uruguay), se trata de establecimientos con mayor capacidad de respuesta.

Así, con relación a la tipología de los CAPS, estos se clasifican según la atención médica y su frecuencia, pudiendo ser las opciones: A-sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana), B-con atención médica general por lo menos 3 días de la semana, C-con atención médica diaria y con especialidades y/o otras profesiones o, D-con guardia permanente. La tabla 2 permite ver la distribución de los CAPS según los departamentos reagrupados por zona sanitaria, así como en base a la clasificación de disponibilidad.

Tabla 2: CAPS según categoría por zona sanitaria provincia de Misiones. Año 2021

Zona Sanitaria de Salud/Categoría de CAPS*	A	B	C	D	Total
I - Capital	2%	20%	72%	7%	100%
II - Sur	37%	29%	34%	0%	100%
III - Centro Paraná	24%	38%	38%	0%	100%
IV - Centro Uruguay	40%	29%	30%	1%	100%
V - Norte Paraná	18%	56%	25%	0%	100%
VI - Noreste	60%	35%	4%	2%	100%
Total Misiones	31%	35%	33%	1%	100%

¹⁰ Los datos que a continuación se presentan corresponden a marzo del 2021 y en base a la fuente nacional SISA correspondientes a la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFES) y al Registros Federal de Establecimientos de Salud (REFES)

¹¹ 36 establecimientos (absoluto) de dependencias de OS, nacionales, de fuerzas de seguridad, servicios penitenciarios, mutuales, etc., no se incluyen en porcentuales por no representar más del 4%.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), marzo 2021.

Notas: *Categoría de CAPS, referencias según columnas: A-Sin atención médica en forma periódica (menor a 3 veces por semana); B-Con atención médica general por lo menos 3 días de la semana; C-Con atención médica diaria y con especialidades y/o otras profesiones; D-Con guardia permanente. Los porcentajes expresados corresponden a las filas.

Como puede verse, existen marcadas diferencias en cuanto a las disponibilidades de las zonas sanitarias, con una importante concentración de capacidades en la Zona Sanitaria Capital, seguido de la zona Norte Paraná y, en el extremo opuesto, la Zona Sanitaria Noreste, donde la categoría “A”, sin atención médica periódica, presenta el mayor porcentaje (60%).

Con relación al recurso humano médico por cada diez mil habitantes, Misiones posee valores cercanos a los de América Latina, 23,6 y 23,3 respectivamente. Comparativamente con la región NEA, ese valor ubica a la Provincia casi 11 puntos por debajo del NEA, y 40 puntos por debajo del Total país.

Estos datos, aunque con mínimas diferencias, son consistentes con los presentados por informes nacionales, en donde se indica que provincias como Misiones o Chaco se encuentran en el extremo opuesto a la disponibilidad de recursos humanos en salud, con relación a otras jurisdicciones como Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ejemplo. Por ello informes nacionales remarcan que a pesar “de la ampliación de la oferta profesional para que las/os médicas/os se radiquen en otras provincias, aún la migración de profesionales no ha alcanzado un volumen que permita una mejor distribución en el país” (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2020, p. 4).

Con respecto a otra dimensión comparable, como es el caso del RRHH de enfermería, Misiones cuenta, en base a las fuentes nacionales, con un 30,83 de enfermeros/as por cada 10 mil habitantes, y guarda una relación similar a la cantidad de enfermeros/as por cada profesional de la medicina que los países de América Latina y el Caribe, que es de 1,3. La tabla 3 resume lo dicho y aporta datos de comparación.

Tabla 3: Recurso humano en salud, médicos/as y enfermeros/as por cada 10 mil habitantes y ratio según Provincia de Misiones, región NEA y total país.

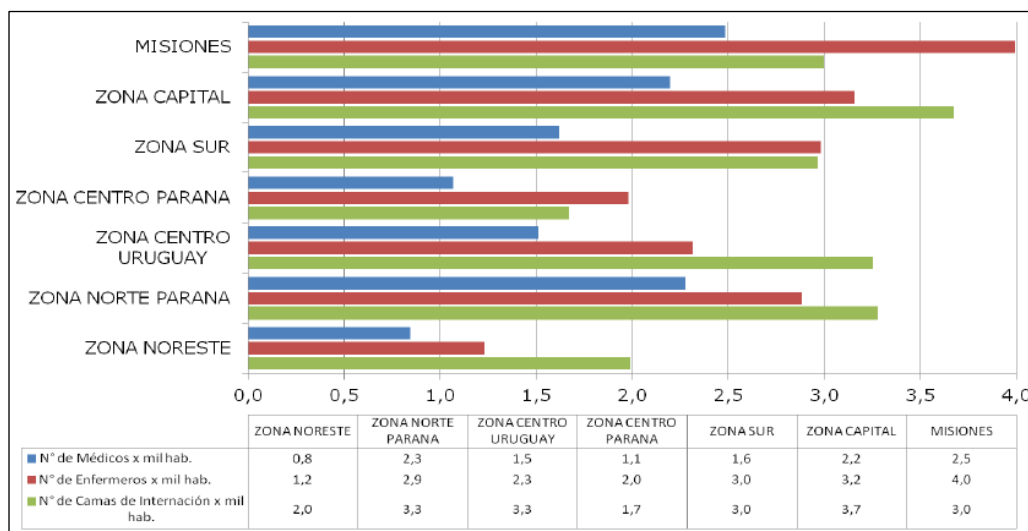
Región País/Recursos Humanos en Salud	Cantidad de Médicos/as por 10 mil habitantes	Cantidad de Enfermeros/as por 10 mil habitantes	Ratio E/M
Misiones	23,68	30,83	1,30
NEA	35,40	50,22	1,42
PAIS	64,66	83,05	1,28

Fuente: Elaboración propia en base a datos del RED DE REGISTROS DE PROFESIONALES DE LA SALUD (REFEPS), marzo 2021; y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Población proyectada al 2021.

Notas: Médicos/as en edad activa (18 a 64 años); Enfermeros/as en edad activa (18 a 64 años), incluye enfermero, auxiliar en enfermería y licenciado en enfermería; Ratio: relación cantidad de profesionales de la enfermería con relación a profesionales de la medicina.

Los datos disponibles de fuentes provinciales (figura 3) permiten apreciar la distribución del recurso humano médico, de enfermería y las camas de internación según Zona Sanitaria y por mil habitantes, específicamente ajustada a la población de cobertura pública exclusiva.

Figura 3: Razón de médicos, enfermeros y camas del subsector público por población de cobertura exclusiva del Estado según Zona Sanitaria de Salud. Provincia de Misiones. Año 2018



Fuente: tomado de Dirección de Programación y Planificación. (2018). Panel de Indicadores Priorizados de Salud (Parte II). Ministerio de Salud, Provincia de Misiones.

Como puede apreciarse, existe una mayor concentración del RRHH en salud en la Zona Capital de Salud.

Un dato de particular relevancia en el primer nivel de atención es el recurso humano provincial compuesto Agentes Sanitarios¹², los cuales totalizan al año 2023¹³ 1404 agentes, incluyendo un 9% correspondiente a agentes sanitarios de las comunidades *Mbya Guaraní*. Con una presencia levemente mayor en la Zona Sanitaria Noreste, la tabla 4 indica su distribución en el territorio por cada 10 mil habitantes.

Tabla 4: Cantidad de Agentes Sanitarios por cada 10 mil habitantes. Provincia de Misiones, 2023

Zona Sanitaria	Cantidad de Agentes Sanitarios por 10 mil habitantes
Capital	7,14
Sur	12,28
Centro Paraná	12,79
Centro Uruguay	12,56
Norte Paraná	10,62
Noreste	15,51
Valor Provincial	11,01

Fuente: elaboración propia en base a datos aportados por la Dirección de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud de Misiones. Población: en base a proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Población proyectada al 2021.

En síntesis, la provincia de Misiones y la Zona Capital presenta características similares a los datos presentados a nivel nacional en términos de una oferta plural de servicios en función de un campo segmentado, y con una oferta diferencial de servicios y recursos humanos que posicionan a la Zona Capital en situación de ventaja con relación a otras zonas. Finalmente,

¹² La designación de éste recurso humano por parte del Ministerio de salud es mayormente AGENTES SANITARIOS. A lo largo del desarrollo se los menciona como “agentes sanitarios”, “agentes de salud”, “promotores de salud” –personal que aún se encuentra becado-; la designación de agente de este recurso humano no se confunde con la categoría de “agente” cuando se cita parte de la obra de Bourdieu, o se utilizan algunas de las categorías de dicho autor.

¹³ Según una reseña facilitada por el Ministerio de Salud el Programa Provincial de Formación de Agentes Sanitarios inició como un programa de Beca de Promotores de Salud en 2005, durante la gestión de Guccione. Sus primeras acciones se volcaron a las campañas de vacunación, salud materno infantil y, desde 2013, trabajando “fuertemente” en prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Hacia 2013, durante la gestión de Herrera Ahuad, la Ley XVII-N°82, y su Decreto reglamentario, 169/13, creo la figura de Agente Sanitario, Agrupamiento B (clase I o II según formación), mejorando la condición salarial. Sin embargo, y en parte como efecto de la pandemia por COVID-19, es en 2021 cuando se los incorpora masivamente a la Carrera Sanitaria Provincial, lo cual implicó una reparación histórica en materia de situación laboral para buena parte de este recurso humano, dado que a la fecha aún subsisten becarios. Más allá de esta reseña la iniciativa de Agentes Sanitarios puede ser pesquisada ya a fines de la década del 70 con el "Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud en Áreas Rurales", Decreto provincial 1530 del 17 de mayo de 1979. Disponible en Archivo General de la Gobernación, provincia de Misiones. <http://www.archivodigital.misiones.gov.ar/ConsultaDecretos/>

los presupuestos destinados al sector salud ocupan parte importante del presupuesto provincial, o bien del PBI considerando el nivel nacional.

1.3 Perfiles de morbi-mortalidad en la población de 18 años o más, el lugar de las enfermedades no transmisibles¹⁴

Las enfermedades no transmisibles (ENT), denominadas también enfermedades crónicas (EC), agrupan un conjunto de padecimientos cuya característica común es el hecho de que suelen ser de larga duración, evolución generalmente lenta, y producto de una combinación entre factores tales como los genéticos, fisiológicos, ambientales y del comportamiento (Ministerio de Salud de la Nación, 2016; Organización Panamericana de la Salud, 2020a)

De manera desagregada, dentro de las EC se incluyen las enfermedades cardiovasculares (ECV), las enfermedades respiratorias crónicas (ERC), algunos tipos de cáncer (como el colono-rectal, cérvico-uterino, de mama, y pulmón) y la Diabetes (DM) ya sea tipo I o tipo II. Si bien las mencionadas son las que mayor carga de mortalidad representan, las ENT incluyen, también, los trastornos mentales y del comportamiento, las anomalías congénitas y la pérdida de vista o la audición. La tabla 5 resume aspectos vinculados a las principales ENT en función de su peso en la mortalidad.

¹⁴ En el contexto de escritura de la presente tesis, no es exagerado decir que el mundo se detuvo –para luego continuar- en las enfermedades transmisibles infecto contagiosas, en particular del SARS-CoV2, sin embargo, al momento de escritura del proyecto todos los esfuerzos de los principales Organismos Internacionales, Nacionales y Provinciales en salud estaban enfocados en otra pandemia, la de las enfermedades no transmisibles, la cual sigue su curso.

Tabla 5 Principales ENT, denominación, funciones y órganos afectados, enfermedades que incluye y principales factores de riesgo asociados

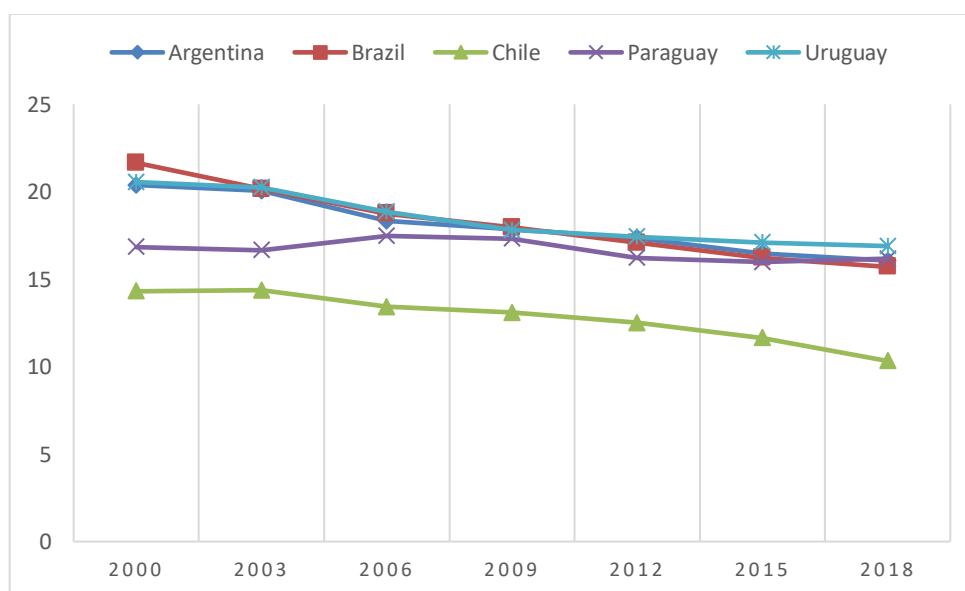
Denominación	Funciones- Órganos afectados	Enfermedades que incluye	Principales factores de riesgo asociados
Enfermedades Cardiovasculares ECV	Trastornos relacionados con los vasos sanguíneos o el corazón	Infarto agudo de miocardio (IAM) Angina inestable (AI) (ambas son causantes de cardiopatía isquémica) Accidente cerebrovascular (ACV) Aneurisma, Aterosclerosis Enfermedades cerebrovasculares Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad de la arteria coronaria Enfermedad vascular periférica.	Hipertensión Arterial Altos niveles de colesterol Sobre peso y obesidad Baja ingesta de frutas y verduras Inactividad física Consumo de tabaco
Diabetes	Trastorno metabólico que se asocia a la producción insuficiente de insulina o cuando el organismo no utiliza de forma eficaz la insulina producida, o ambos.	Diabetes tipo I (DM1) Diabetes tipo II (DM2) Nota: en la medida en que no es controlada de manera adecuada, la enfermedad daña otros órganos y sistemas tales como ser corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios, siendo por ello factor de riesgo para otras enfermedades, en particular las ECV.	Sobre peso y obesidad Inactividad física Consumo de tabaco
Enfermedades respiratorias crónicas (ERC)	Donde se ven afectadas las vías respiratorias y otras estructuras correspondientes a los pulmones	Formas más comunes: Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), principalmente enfisema pulmonar y bronquitis crónicas Asma	Tiquismo Contaminación del aire
Cáncer, neoplasias o tumores malignos	Donde se produce la proliferación de células anormales y su metástasis o diseminación a distintas zonas y órganos del cuerpo	Principales: De pulmón De estomago Colorrectal Hígado Esófago Próstata De Mama Cervicouterino	Consumo de tabaco, Sobrepeso, obesidad, Mala alimentación, Inactividad física, Abuso de alcohol Virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente Contaminación del aire interior y exterior

Fuente: elaboración propia en base a: Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A., & Porto, N. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: Prevalencia y prevención* (Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS)). Universidad Nacional de la Plata. https://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/wp-content/uploads/doc_cedlas117.pdf

Según datos dispuestos por la OMS/OPS, del total aproximado de 55 millones de muertes ocurridas en el mundo en el año 2019, 41 millones se debieron a ENT, es decir el 75% (OMS, s. f.). A nivel de todas las regiones de la OMS, la probabilidad (en porcentaje) de morir de manera prematura entre los 30 y antes de los 70 años, por cualquiera de las principales ENT (ECV, Cáncer, DM o ERC) fue de 17.78% [13.28 – 23.08] para ambos sexos, con una marcada diferencia entre hombres y mujeres: 21.42% [16.21 – 27.46] y 14.17% [10.39 – 18.66] respectivamente.

Si se considera la tendencia del indicador “probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años” para los países del Cono Sur¹⁵, considerando trienios completos, se observa en la figura 4 que, excepto Paraguay, el resto de los países poseen una tendencia al descenso, con mayor énfasis en Chile; en lo que refiere a Argentina, se presenta un descenso de casi cuatro puntos contemplando ambos sexos, y con un mayor descenso relativo considerando el sexo masculino con relación al femenino.

Figura 4: Tendencia de Probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años exactos por alguna enfermedad crónica, países del Cono Sur, ambos sexos, trienios completos, 2000-2018.



Fuente: Elaboración propia en base a THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY, OMS, fecha de extracción de datos 15-06-2021, última actualización de datos a esa fecha, 09-02-2021; nombre del indicador: *Probability (%) of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic*

¹⁵ Se realiza el agrupamiento siguiendo los criterios de la OMS.

respiratory disease. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-\(-\)-of-dying-between-age-30-and-exact-age-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-(-)-of-dying-between-age-30-and-exact-age-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease)

Nota: Incluye enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica.

En el caso de Argentina, Grushka (2014) realiza el análisis de casi un siglo y medio de mortalidad en nuestro país (período 1870-2010) dando cuenta de algunos indicadores de interés. El primero, la esperanza de vida al nacer (EVN), paso de 32,9 años en 1880, a 75,3 en 2010 para ambos sexos, lo cual se corresponde con una disminución de la mortalidad de 30 defunciones anuales por cada mil habitantes hasta fines del siglo XIX, 9 por cada mil habitantes a mediados del Siglo XX, hasta alcanzar el nivel de 8 cada mil habitantes en 2010.

Por otro lado, el porcentaje de muertes atribuibles a enfermedades infecciosas y parasitarias, descendió de 18.1 en 1910 a 3.7 en 1960, como consecuencia de

los avances de la medicina (especialmente con la introducción de la penicilina y la sulfamida), el progreso de la provisión de agua potable y las políticas sociales y sanitarias que incluyeron la concientización social acerca de normas higiénicas en el cuidado de niños. (Grushka, 2014, pp. 100-101)

Informes recientes indican que a nivel país existe una tendencia a la reducción de las tasas de mortalidad ajustadas por edad por enfermedades no transmisibles, aunque las defunciones por dichas causas sigan incrementándose (Vigilancia Epidemiológica Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles & Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

Hipertensión arterial y diabetes mellitus: perfiles seleccionados

La presente tesis se centra en el estudio de los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención, con relación a la organización de la atención de las personas de 18 años o más con enfermedades no transmisibles, en particular hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, y en qué medida las formas de gobernanza existentes inciden en el cumplimiento del derecho a la salud.

Interesa por ello destacar algunos aspectos que hacen en particular a estas patologías, las cuales son a su vez factores de riesgo para desencadenar eventos que conducen a la complicación de los cuadros clínicos y, en última instancia, a la muerte. Se resaltan en primer

término aspectos que hacen a la definición y epidemiología de la hipertensión (HTA) y luego de la diabetes (DM).

Hipertensión:

En términos de definición, la tensión arterial “es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo” (Organización Mundial de la Salud, 2021), la hipertensión arterial, o tensión arterial elevada (HTA), es el exceso de dicha fuerza.

En tanto enfermedad, posee una “etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida.” (Sociedad Argentina de Cardiología et al., 2018, p. 1).

Consiste, desde el punto de vista de la definición clínico médica, en la presencia de una presión arterial sistólica (momento en que el corazón se contrae o late) que es igual o mayor a 140 en milímetros de mercurio (presión arterial sistólica, o máxima -PAS > 140 mmHg) y/o una presión arterial diastólica (momento en que la presión se ejerce sobre los vasos sanguíneos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro) igual o mayor a 90 en milímetros de mercurio (presión arterial diastólica, o mínima -PAD > 90 mmHg), en personas mayores de 16 años (Sociedad Argentina de Cardiología et al., 2018)

Una de las principales características de la patología es que muchas veces transcurre sin síntomas, y/o síntomas obvios que conduzcan a una consulta, por lo que se suele decir que “mata silenciosamente” (Organización Mundial de la Salud, 2021) o incluso se la denomina como “asesino silencioso” (Sociedad Argentina de Investigación Clínica -SAIC-, 2019).

Entre los síntomas, cuando se presentan, pueden incluir “dolor de cabeza, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial y manchas en los ojos como objetos oscuros basculantes” (Guarnaluses & Jorge, 2016, p. 2).

Independientemente de las metáforas, en términos estadísticos la literatura especializada (Delucchi et al., 2017; Guarnaluses & Jorge, 2016; Marin et al., 2012; Sociedad Argentina de Cardiología et al., 2018) coincide en ubicar a la HTA como el principal factor de riesgo de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares.

La presión arterial sistólica (PAS) elevada fue el principal factor de riesgo modificable para la mortalidad a nivel global en el año 2017, con 10,4 millones de muertes atribuibles anualmente a dicha causa (Organización Panamericana de la Salud, 2020b, p. 3)

A nivel global, se estima que 1 de cada 5 mujeres posee HTA, y 1 de cada 4 hombres, lo cual implica, en 2017, 1130 millones de personas (Organización Panamericana de la Salud, 2020b), es decir, casi el 15% de la población mundial.

Los estudios de prevalencia de PA elevada o HTA en personas de 18 años o más, indican al año 2015 que esta era de 28,4% en países de ingresos bajos, y de 25,5% en países de ingresos medios (Organización Panamericana de la Salud, 2020b).

En la región de las Américas se estima al 2015 que la prevalencia de HTA en adultos era de 17,6%, con valores que oscilan entre 27,1% y un mínimo de 12,9%; la tabla 6 presenta los valores para el Cono Sur, desagregando países que componen la región y los valores de las otras regiones OMS.

Tabla 6: Prevalencia de HTA países del Cono Sur, total Cono Sur y regiones OMS; personas de 18 años o más.

País y regiones	Prevalencia de HTA (%) año 2015	Hombres	Mujeres
Argentina	22,6	27,6	17,6
Brasil	23,3	26,7	19,9
Chile	20,9	25,4	16,5
Paraguay	24,6	27,8	21,3
Uruguay	20,7	24,7	16,8
Cono Sur	23,3	26,8	19,3
Región de las Américas	17,6	20,3	14,8
América del Norte	12,9	15,3	10,5
Centroamérica y México	19,9	22,2	17,8
Caribe Latino	21,6	23,3	19,8
Área Andina	17,6	19,9	15,2
Caribe No-Latino	23,1	25,5	20,7

Fuente: adaptado de apartado Cuadros de datos, tabla: “Prevalencia de los factores de riesgo” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, pp. 33-34)

Obsérvese que la región del Cono Sur, aunque levemente superior que el Caribe No-Latino, presenta el indicador más alto, casi 6 puntos porcentuales por encima de la región de las Américas en su conjunto, al mismo tiempo, se presenta una mayor prevalencia de HTA en los hombres que en las mujeres.

La Argentina cuenta con dos fuentes importantes para dimensionar el problema de la HTA. La primera, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) la cual se realizó en los años 2005 (Ministerio de Salud de la Nación, 2005), 2009 (Ministerio de Salud de la Nación, 2011), 2013 (Ministerio de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2015) y 2018 (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019).

La presión arterial elevada fue medida por autorreporte en las tres primeras ediciones incluyendo, la cuarta edición, la toma de tensión arterial por personal calificado e instrumentos válidos.

Los resultados de la ENFR en su cuarta edición dieron cuenta de que el 34% de las personas reporto que, en consulta con un profesional de la salud, éste le indico que poseía PA elevada, dato que asciende a 40,5% en el caso de las personas a quienes se le realizo la medición objetiva (toma de TA), dando como porcentaje final, en la combinación por autorreporte y toma de algún medicamento, y la medición objetiva, un 46,6%, siendo mayor en varones que en mujeres. A su vez, mostro que la prevalencia aumenta con la edad, indicando hasta 4 veces más entre quienes poseen 65 años o más, con relación al grupo de 18 a 24 años. (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019, pp. 166-167).

Por otra parte, al momento de la toma de TA, medición objetiva, 6 de cada 10 reconocidos como hipertensos presentaron PA elevada, y 3 de cada 10, no reconocidos como hipertensos, presentaron PA elevada en la toma de medición. La cuarta ENFR concluye, por ello, en la existencia de un inadecuado control de la mayoría de las personas con hipertensión, así como también de un alto nivel de subdiagnóstico de la patología, confirmando la necesidad de “una búsqueda activa y rastreo sistemático” (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019, p. 168).

La segunda fuente son los estudios de Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA), realizado en los años 2008/9 (Marin et al., 2012) y 2015/16 (Delucchi et al., 2017), considerando población de 18 años o más.

En función de los estudios RENATA se sabe que en Argentina 1 de cada 3 personas es hipertensa (36,3%), siendo mayor en varones que en mujeres, y aumentando con la edad en

ambos sexos. Por otra parte, 1 de cada 3 hipertensos desconoce serlo y, si bien de los que lo conocían la mitad recibe tratamiento farmacológico, solo la cuarta parte, 1 de cada cuatro, está controlado de manera adecuada.

Otro dato destacable del estudio, es el hecho de que el conocimiento y el manejo de la presión arterial fue menor en varones y en sujetos jóvenes, por lo cual el estudio concluye que es necesario “desarrollar intervenciones y estrategias dirigidas a la prevención, la detección precoz y el control adecuado de los pacientes con HTA” (Delucchi et al., 2017, p. 359)

Los datos presentados, son coincidentes en remarcar:

- la alta prevalencia de la presión arterial elevada y su incidencia en la mortalidad;
- el importante subregistro del evento y/o diagnóstico de personas con HTA que no saben que son hipertensas;
- En aquellos que sí poseen diagnóstico, falencias en el tratamiento y manejo de la enfermedad.

Diabetes Mellitus

En términos de definición, la diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad de tipo metabólica, que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre (Organización Panamericana de la Salud, 2019, p. 11). De los tipos de diabetes, la DM tipo 2 (DM2) representa el 90% de los casos a nivel mundial y, dada su prevalencia e incidencia, es uno de los mayores focos del sector salud en general y de los servicios de salud en particular. En el caso de la DM2, se produce una hiperglucemia (exceso de glucosa en sangre) “resultado de la incapacidad de las células de responder totalmente a la insulina, lo que se conoce como “resistencia a la insulina””. (Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019, p. 14).

Si bien este tipo de DM es más frecuente en adultos mayores, cada vez posee mayor incidencia (nuevos casos) en jóvenes adultos, y en niños, niñas y adolescentes, en parte debido a la inactividad física, patrones alimentarios que favorecen los trastornos metabólicos, ya sea por déficit o por exceso, cantidad y calidad de nutrientes requeridos por el organismo, ambientes obesogénicos, etc., contándose el sobrepeso y la obesidad, junto con la obesidad central, entre los principales factores de riesgo.

En términos de prevalencia, según la Federación Internacional de Diabetes (FID), existen al 2021 cerca de 536,6 millones de personas de entre 20 y 79 años en el mundo que poseen DM tipo 1 o 2, lo cual representa un 10,5% de los adultos de ese grupo, con un total de 6,7 millones de muertes atribuibles a dicha enfermedad, representando un gasto sanitario total de 966 billones de dólares¹⁶ y se estima, en términos de proyecciones, un incremento de la prevalencia en 783,2 millones para el año 2045¹⁷.

Para el 2021, se calcula que de las personas con DM diagnosticadas, 32,5 millones se encuentran en América del Sur y Central, donde 1 de cada 11 personas vive con la enfermedad, y 1 de cada 3 personas (33%) no sabe que la tiene por no estar diagnosticada. En la región, el gasto total fue de 65,3 billones de dólares (lo cual representa el 6,7 del gasto global en la enfermedad) (International Diabetes Federation, 2021)

Al 2045, se proyecta que sean 48,9 millones de personas con la enfermedad en la región, lo cual representa un crecimiento del 50%, contra un crecimiento del 13% proyectado para la región de Europa, de 137 % en la región de África, y un 46% a nivel mundial (International Diabetes Federation, 2021).

Según datos de la OMS/OPS (2019) en 2016, la tasa de defunción estandarizada por edad por 100 mil habitantes para la región de las Américas fue de 33,1, y para el Cono Sur de 27,7. Al interior de ésta última región (países desagregados, tabla 7), Paraguay presenta el indicador más elevado, y Argentina se ubica luego de Uruguay como los mejor posicionados. Dicha tasa, excepto en los casos de Paraguay y de la región del Caribe Latino y no Latino, es siempre mayor en el caso de los hombres que de las mujeres.

¹⁶ Se estima que el gasto en salud de una persona con DM es, por término medio, dos veces mayor al de una persona sin diabetes (International Diabetes Federation, 2021)

¹⁷ Para que se dimensione el problema, solo dos años antes, en el Atlas de la FID publicado en 2019, se estimaba que la población con DM para los mismos tipos y grupos de edades era de 463 millones, y la estimación al 2045 era de 700,2 millones (Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019).

Tabla 7: Tasa de defunción estandarizada por 100 mil habitantes por edad por diabetes, 2016, regiones OMS/OPS y países seleccionados.

País y regiones	Mortalidad por DM por 100.000 habitantes año 2016	Hombres	Mujeres
Argentina	16,1	20,9	12,6
Brasil	30,3	32,2	28,6
Chile	20,5	24,3	17,8
Paraguay	46,3	38,1	53,7
Uruguay	15,0	19,0	12,2
Cono Sur	27,7	29,9	25,8
Región de las Américas	33,1	35,6	30,8
América del Norte	14,6	18,2	11,5
Centroamérica y México	77,9	80,5	75,4
Caribe Latino	32,2	27,0	36,5
Área Andina	33,2	35,9	30,9
Caribe No-Latino	74,1	72,1	76,6

Fuente: adaptado de apartado Cuadros de datos, tabla: “Mortalidad por las enfermedades no transmisibles” (Organización Panamericana de la Salud, 2019, pp. 31-32)

Si bien Argentina presenta un valor relativamente bajo con relación al resto, informes como los de la 4ta ENFR muestran un aumento de 9,8% a 12,7%, respecto de la tercera edición, para el indicador de prevalencia por autorreporte de glucemia elevada/diabetes. Así también, los resultados dan cuenta de que un 20% de las personas encuestadas poseen un riesgo alto o muy alto de desarrollar DM2, mediante el uso de encuestas de búsqueda de riesgo (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019, pp. 144-145).

Según los datos disponibles de Mortalidad del 2019, la DM en la Argentina se posiciono¹⁸ dentro de las 5 principales causas de defunción, en términos de proporción y de tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes, para los grupos etarios comprendidos entre los 55-64 años y 65-74 años, representando una tasa de mortalidad de 37,5 y 90,7, respectivamente, para ambos sexos. (Ministerio de Salud de la Nación & Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2021)

¹⁸ Nota metodológica de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS): “Las principales causas de muerte se ordenan según su frecuencia en ambos sexos. La mortalidad proporcional se calcula sobre el total de defunciones con causas bien definidas.” (2021, p. 88).

Los indicadores expuestos permiten dar cuenta de la magnitud, en términos de morbimortalidad, que implican las enfermedades no transmisibles en general, así como la HTA y DM en particular.

Perfiles de morbimortalidad y riesgo en la provincia de Misiones en la población de 18 años o más, el lugar de las ENT.

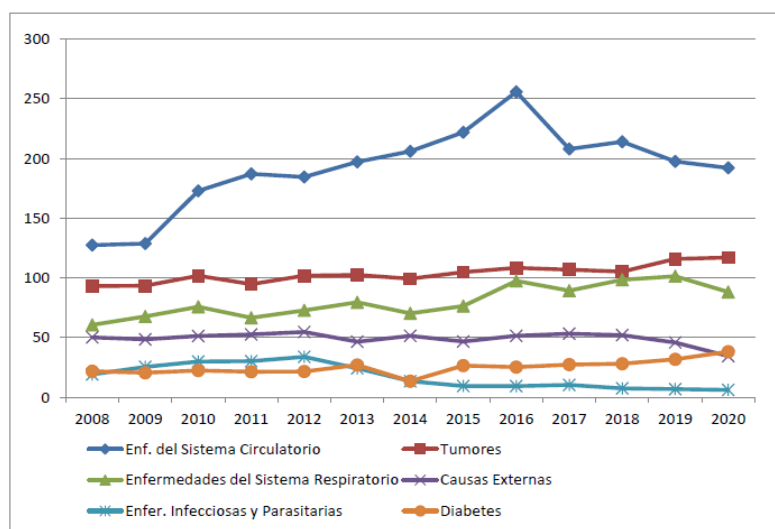
En materia de morbi-mortalidad, la provincia de Misiones presenta una continuidad con los datos nacionales, con relación al peso de las enfermedades no transmisibles (ENT).

Así, en el año 2020, ENT como el cáncer, la diabetes, las afecciones cardiovasculares y respiratorias crónicas, representaron casi el 62% (61,75%) de la mortalidad y, desde el 2013, superan el 55% de todas las causas (Dirección de Programación y Planificación & Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, 2021).

En base al referido informe, desde el 2013-2014, los registros de mortalidad por DM empiezan a superponerse con la mortalidad asociada a enfermedades infecciosas y parasitarias, como quinta causa de mortalidad, para posicionarse en dicho lugar a partir de 2015 en adelante, y sin mostrar descenso¹⁹, tal como se manifiesta en la figura 5.

¹⁹ Es de esperar que los datos de 2021 muestren un pico de incremento de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en función de la Pandemia por SARS-CoV2 iniciada en el período 2020, sin embargo se trata de un evento sanitario que podría denominarse, en términos de línea de tiempo en materia de estadísticas de mortalidad, de coyuntura, lo cual no implica depreciar sus extensión ni sus implicancias posteriores para los conjuntos sociales.

Figura 5: Seis Primeras causas de mortalidad, provincia de Misiones, período 2008-2020.



Fuente: Tomado de (Dirección de Programación y Planificación & Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, 2021)

Interesa ahora desagregar el comportamiento de la mortalidad por diabetes mellitus (DM) y por enfermedades del sistema circulatorio (ESC). En estas últimas, se considera aquellos eventos donde se distingue con claridad que la causa base de defunción fue la hipertensión arterial (HTA), es decir, como causal de muerte las denominadas “enfermedades hipertensivas”, a tales fines se presentan datos del comportamiento de la mortalidad por estos eventos.

Morbimortalidad por Diabetes Mellitus (DM)

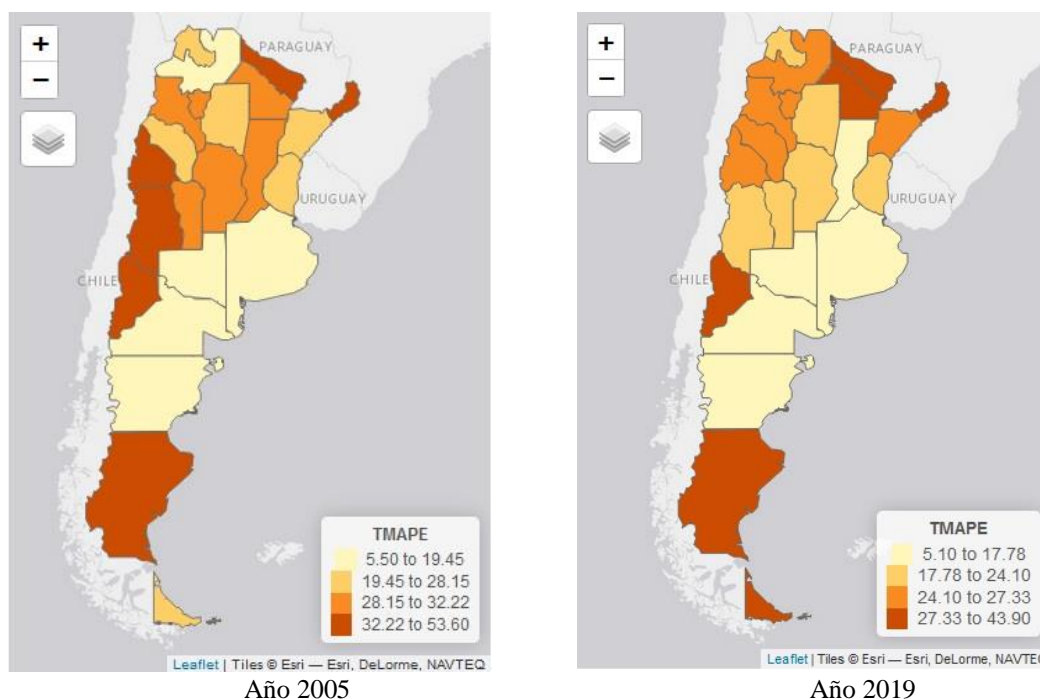
Considerando la mortalidad por DM²⁰, la provincia paso de una tasa de mortalidad ajustada por edad de 33 muertes por cada 100 mil habitantes en 2006 (ambos sexos) a 37, en 2019, y 43,3 en 2020. Contemplando solo el 2019, a los fines de evitar un posible sesgo dado la pandemia por SARS-CoV2, la tasa de mortalidad era igualmente alta, 37,1, cuando a nivel país fue de 17,1. En el contexto de la región NEA, los valores que presenta la Provincia de Misiones son solo superados por la Provincia de Formosa (tabla 8, página siguiente).

Al contrastar los años disponibles y de acceso abierto a nivel nacional, para el período 2005-2020, se observa que la Misiones presenta, siempre considerando la tasa ajustada de

²⁰ Independientemente del tipo de DM, pero asumiendo, como ya se dijo previamente, que en más del 90% de los casos se trata de DM tipo II (Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019).

mortalidad por edad y a razón de 100 mil habitantes, indicadores que la posicionan como una de las provincias donde mayor impacto posee la mortalidad por DM. Así, al considerar los mapas siguientes (figura 6), también puede observarse como la mortalidad por dicha causa ha ido transformando sus valores en diferentes provincias, al comparar dichas cohortes temporales (2005-2019).

Figura 6: Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes, causa Diabetes Mellitus, ambos sexos, mapa República Argentina, años 2005 y 2019



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadística e información de Salud (DEIS), de Reporte interactivo de estadísticas de salud. Mortalidad por causas. Filtros: ambos sexos, años 2005 y año 2019, grupo de causas, “Diabetes Mellitus”. Fecha de captura de imagen, 23/09/2022.

Considerando la diferencia según sexo, para los años seleccionados (dentro del período 2006-2020), la tasa de mortalidad de los varones se encuentra, en promedio, 4,5 puntos por encima de las mujeres; en ambos casos, el promedio de años potenciales de vida perdidos por 100 mil habitantes es cercano a los 145 años, lo cual representa 54 años más que los valores para el total país (tabla 9).

Tabla 8: Mortalidad por Diabetes Mellitus provincias del NEA y total País, variables y años seleccionados, ambos sexos.

	Variables seleccionadas/ Años seleccionados	2006	2010	2014	2018	2019	2020
1	Chaco	28,6	28,8	23,1	30,3	30,1	29,1
	Corrientes	25,8	24,6	20,8	29	27	19,6
	Formosa	28,2	52,2	54,2	50,8	43,1	45
	Misiones	33,3	34,2	34,5	32,7	37,1	43,3
	Total País	19,9	17,8	16,8	17,3	17,1	17,9
2	Tasa Bruta Misiones	21,1	23,3	26,2	27	31,7	38,1
	Absolutos Misiones	221	259	308	342	395	481
	APVP* por 100 mil habitantes Misiones	98,1	107,4	138,7	153,6	172,9	195,9
	APVP*por 100 mil habitantes País	89,5	82,4	82,5	94,4	90,7	98,4

Fuente: Elaboración propia en base Dirección de Estadística e información de Salud (DEIS), MSAL, Reporte interactivo de estadísticas de salud. Mortalidad por causas. Filtros: ambos sexos, años seleccionados, grupo de causas, “Diabetes Mellitus”. Fecha 23/09/2022.

Notas: 1, Los datos corresponden a tasas ajustadas de mortalidad por edad por 100 mil habitantes; 2: variables seleccionadas; *APVP: años potenciales de vida perdidos.

Tabla 9: Mortalidad por Diabetes Mellitus provincia de Misiones y total País, variables y años seleccionados, sexo femenino y masculino.

Sexo	Variables seleccionadas/Año	2006	2010	2014	2018	2019	2020
F	Misiones *	35,4	34,4	31,1	29,1	32,6	39,4
	Valor País *	16,3	15	13,7	13,4	13,2	14
	Tasa bruta de mortalidad Misiones	24,1	25,2	25,7	26,7	30,1	38,3
	Casos absolutos Misiones	125	139	151	165	188	242
	APVP** Misiones	116,7	90,8	153,4	134,5	161,2	209,2
	APVP** Valor País	76,3	72,7	69,5	75	76,3	79,9
M	Misiones *	30,2	33,4	38,9	36,4	42,6	47,1
	Valor País *	24,9	21,7	20,9	22,4	22,1	23
	Tasa bruta de mortalidad Misiones	17,6	21,4	26,8	28,7	33,2	38
	Casos absolutos Misiones	93	120	157	177	207	239
	APVP** Misiones	79,5	123,6	124,1	172,5	184,6	182,8
	APVP** Valor País	102,8	92,2	95,7	113,8	104,5	115,9

Fuente: Elaboración propia en base Dirección de Estadística e información de Salud (DEIS), MSAL, Reporte interactivo de estadísticas de salud. Mortalidad por causas. Filtros: sexo femenino y masculino, años seleccionados, grupo de causas, “Diabetes Mellitus”. Fecha 23/09/2022.

Notas: Sexo, “F”, femenino. “M”, masculino; *tasa de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes; **APVP: años potenciales de vida perdidos por 100 mil habitantes.

Los datos sobre mortalidad son coincidentes con el crecimiento de la morbilidad, tal como se desprende de la 4ta ENFR. En este sentido, la provincia pasó de tener un porcentaje de

personas de 18 años o más con glucemia elevada/diabetes por autorreporte de 8,0 en 2005 a 13,7 en 2018, siendo, éste último valor, el más elevado de las jurisdicciones de la región noreste y un punto por encima del total país (tabla 10).

Tabla 10: Prevalencia de glucemia elevada/diabetes por autorreporte en la población de 18 años y más. Regiones y provincias seleccionadas. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.

Regiones y provincias seleccionadas	ENFR 2005 % (IC 95%)*	ENFR 2009 % (IC 95%)	ENFR 2013 % (IC 95%)	ENFR 2018 % (IC 95%)
Pampeana y GBA	8,7 (7,9 - 9,6)	9,4 (8,7 - 10,1)	9,8 (8,9 - 10,7)	18,7 (11,8 - 13,6)
Noroeste	6,5 (5,7 - 7,4)	10,5 (9,5 - 11,6)	10,2 (9,3 - 11,2)	12,1 (10,9 - 13,2)
Patagónica	9,4 (8,3 - 10,6)	10,2 (9,2 - 11,4)	10,1 (9,1 - 11,2)	13,4 (12,1 - 14,7)
Cuyo	7,8 (6,7 - 9,0)	10,3 (9,2 - 11,6)	9,7 (8,5 - 11,1)	14,2 (12,4 - 16)
Noreste	8,2 (7,5 - 9,0)	8,9 (7,9 - 10,0)	8,7 (7,7 - 10,0)	12,4 (11,1 - 13,6)
Corrientes	7,9 (6,9 - 9,0)	9,5 (7,2 - 12,5)	7,7 (6,0 - 9,8)	13,3 (10,7 - 15,8)
Chaco	8,7 (7,0 - 10,7)	8,8 (7,3 - 10,6)	9,6 (7,5 - 12,3)	10,3 (8,1 - 12,6)
Formosa	8,3 (6,9 - 9,9)	8,4 (6,7 - 10,5)	7,6 (5,6 - 10,3)	12,1 (9,6 - 14,5)
Misiones	8,0 (6,4 - 9,9)	8,7 (7,1 - 10,6)	9,5 (7,6 - 11,8)	13,7 (11,1 - 16,3)
Total	8,4 (7,8 - 9,1)	9,6 (9,1 - 10,1)	9,8 (9,1 - 10,4)	12,7 (12,1 - 13,4)

Fuente: datos extraídos de “Cuadro 7.3. Prevalencia de glucemia elevada/diabetes por autorreporte en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.”, págs. 152-153, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación.

Morbimortalidad por enfermedades hipertensivas (EH)

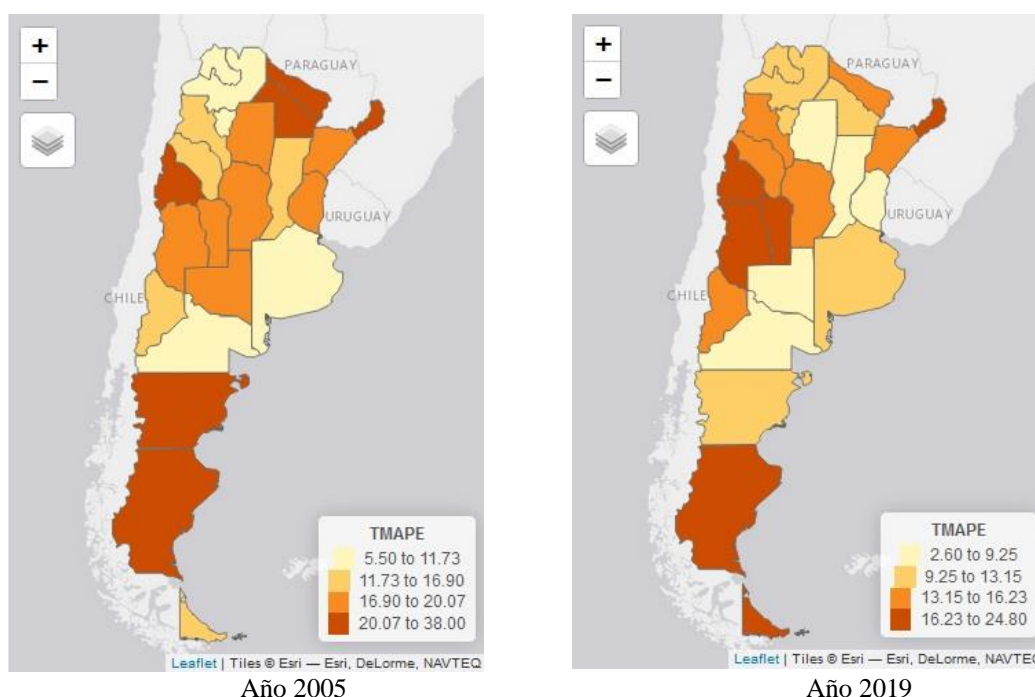
A diferencia de los valores presentados en el caso de la DM, las EH, como causa de mortalidad, presentan un comportamiento con una leve tendencia al descenso²¹.

²¹ Al igual que se planteó en el caso de la DM, considérese, con relación a los registros de mortalidad por enfermedades hipertensivas, lo dicho por Adlerstein et al., a saber: “Es notable el bajo porcentaje de las Hipertensivas como causa básica, pero debe tenerse en cuenta que, bajo muchos diagnósticos cardiovasculares u otros, puede no haberse registrado la hipertensión como determinante de la mortalidad.” (S/F, p. 18)

De hecho, considerando una extensa línea de tiempo, la Argentina poseía una tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAE) por enfermedades hipertensivas para el período 1983-1998 de 58,52 por 100 mil habitantes (Adlerstein et al., S/F), cuando en 2020 dicho valor fue de 13 puntos .

Considerando la TMAE por 100 mil habitantes, ya sea se considere el 2005 o el 2019, Misiones se ubica entre las jurisdicciones donde el valor es más elevado, tal como puede apreciarse en las figuras 7, incluso a pesar del citado descenso, que se puede corroborar en el cambio de escala del 2019.

Figura 7: Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes, causa Enfermedades hipertensivas, ambos sexos, mapa República Argentina, años 2005 y 2019



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadística e información de Salud (DEIS), de Reporte interactivo de estadísticas de salud. Mortalidad por causas. Filtros: ambos sexos, años 2005 y año 2019, grupo de causas, “Enfermedades hipertensivas”. Fecha de captura de imagen, 23/09/2022.

De manera desagregada, la tabla 11 permite ver un descenso de la TMAE en el período 2006-2020, manteniendo Misiones, sin embargo, para el 2019-2020, valores por encima de las otras jurisdicciones del NEA, a excepción de Formosa, y considerablemente superiores al total país.

De hecho, para el período 2006-2020, la provincia de Misiones presenta un promedio de casi 30 años de años potenciales de vida perdidos en la provincia por EH, que a nivel país.

Tabla 11: *Mortalidad por Enfermedades hipertensivas, provincias del NEA y total País, variables y años seleccionados, ambos sexos.*

Variables seleccionadas/ Años seleccionados		2006	2010	2014	2018	2019	2020
1	Chaco	18,9	20,2	16,4	8,3	9,6	12,5
	Corrientes	25,6	22,5	13,4	12,3	16,1	14,2
	Formosa	25,5	35,4	25,2	14	15,2	21,8
	Misiones	29,6	24,4	11,6	17,9	24,8	21,1
	Total País	11,6	13,1	11,6	12,4	12,2	13
Tasa Bruta Misiones		18,5	16,6	8,8	14,9	21,2	18,6
2	Absolutos Misiones	193	184	103	184	264	234
	APVP* por 100 mil habitantes Misiones	70,1	63,6	27,2	60,5	77,8	57
	APVP*por 100 mil habitantes País	34	34,4	28,9	31,5	30	30,6

Fuente: Elaboración propia en base Dirección de Estadística e información de Salud (DEIS), MSAL, Reporte interactivo de estadísticas de salud. Mortalidad por causas. Filtros: ambos sexos, años seleccionados, grupo de causas, “Enfermedades hipertensivas”. Fecha 23/09/2022.

Notas: 1, Los datos corresponden a tasas ajustadas de mortalidad por edad por 100 mil habitantes; 2: variables seleccionadas; *APVP: años potenciales de vida perdidos.

Al considerar las diferencias según sexo, puede observarse que, si bien las tasas brutas, así como el número absoluto de casos, son similares en lo referido a la mortalidad por EH, al considerar las otras variables (TMAE-APVP), los años seleccionados indican valores diferenciales, siendo mayores en los varones con relación a las mujeres (tabla 12).

Tabla 12: *Mortalidad por Enfermedades Hipertensivas, provincia de Misiones y total País, variables y años seleccionados sexo femenino y masculino.*

Sexo	Variables seleccionadas/ Años seleccionados	2006	2010	2014	2018	2019	2020
F	Misiones*	26,3	20,7	11,5	18,2	20,8	18,3
	Valor País*	9,3	11,2	10,1	10,8	10,6	11,2
	Tasa Bruta Misiones	17,9	15,4	9,9	17,3	20,2	18,5
	Casos absolutos Misiones	93	85	58	107	126	117
	APVP Misiones**	77,5	46,1	19,2	77,1	71,3	47,5
	APVP Valor País**	23,8	22,1	18,6	20,7	21	19,6
M	Misiones*	33,2	28,4	11,2	16,9	29,5	24,4
	Valor País*	13,8	15,6	13,4	14,4	14	15
	Tasa Bruta Misiones	18,8	17,7	7,7	12,5	22,2	18,6
	Casos absolutos Misiones	99	99	45	77	138	117
	APVP Misiones**	62,8	80,6	35	44,1	84,3	66,5
	APVP Valor País**	44,2	46,7	39,3	42,2	38,9	40,8

Fuente: Elaboración propia en base Dirección de Estadística e información de Salud (DEIS), MSAL, Reporte interactivo de estadísticas de salud. Mortalidad por causas. Filtros: sexo femenino y masculino, años seleccionados, grupo de causas, “Enfermedades hipertensivas”. Fecha 23/09/2022.

Notas: Sexo, “F”, femenino. “M”, masculino; *tasa de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes; **APVP: años potenciales de vida perdidos por 100 mil habitantes.

En lo que refiere a la morbilidad, nuevamente es la ENFR la que permite orientar sobre la prevalencia de las enfermedades hipertensivas. En este sentido es de destacar que la región noreste presenta los valores más elevados para el indicador “Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más”, con 39,7 puntos en 2018, por encima del valor nacional de 34,7.

Misiones, por su parte, pasó de 34,8 en 2005 a 36,7 en 2018, presentando el valor más bajo entre las provincias que componen la región NEA, muy por debajo de Formosa, cuyo indicador, 52,2, es el mayor de la región. Al igual que en el caso de la DM, la tabla 13 resume los indicadores según las variables priorizadas.

Tabla 13: *Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más, que alguna vez se midió la presión arterial. Regiones y provincias seleccionadas. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total país. Años 2005-2009-2013-2018.*

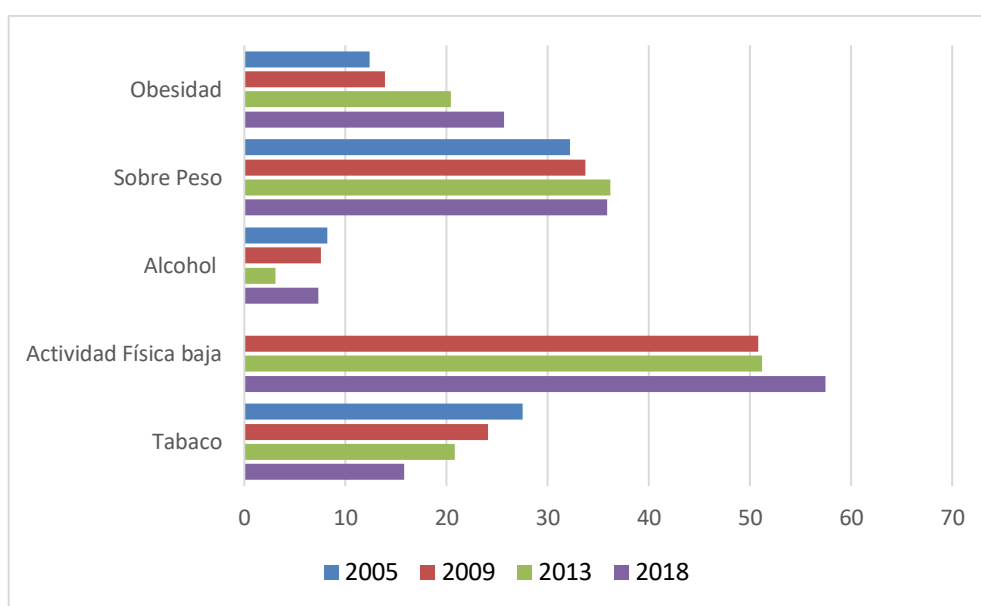
Regiones y provincias seleccionadas	ENFR 2005 % (IC 95%)	ENFR 2009 % (IC 95%)	ENFR 2013 % (IC 95%)	ENFR 2018 % (IC 95%)
Pampeana y GBA	34,1 (32,5 - 35,8)	34,2 (33,0 - 35,5)	33,9 (32,3 - 35,5)	34,4 (33,1 - 35,7)
Noroeste	34,7 (32,8 - 36,7)	35,0 (33,3 - 36,6)	35,6 (33,7 - 37,5)	33,0 (31,4 - 34,5)
Patagónica	34,8 (32,0 - 37,6)	33,0 (31,2 - 34,8)	32,0 (30,2 - 33,9)	33,6 (31,7 - 35,5)
Cuyo	35,9 (33,9 - 38,0)	36,7 (34,5 - 39,0)	31,1 (29,0 - 33,1)	35,2 (32,7 - 37,8)
Noreste	36,5 (34,4 - 38,7)	36,8 (34,7 - 39,0)	38,9 (36,8 - 41,0)	39,7 (37,5 - 41,8)
Corrientes	35,1 (30,0 - 40,6)	36,4 (32,8 - 40,1)	36,2 (32,3 - 40,3)	40,2 (36,1 - 44,4)
Chaco	39,1 (36,2 - 42,0)	36,8 (32,2 - 41,8)	42,4 (38,1 - 46,9)	36,9 (32,5 - 41,4)
Formosa	37,1 (33,1 - 41,4)	39,3 (34,8 - 43,9)	37,4 (33,8 - 41,1)	52,2 (46,9 - 57,5)
Misiones	34,8 (31,9 - 37,8)	36,0 (32,7 - 39,4)	38,8 (35,2 - 42,4)	36,7 (33,1 - 40,4)
Total	34,5 (33,3 - 35,7)	34,6 (33,6 - 35,5)	34,1 (32,9 - 35,3)	34,7 (33,7 - 35,6)

Fuente: datos extraídos de “Cuadro 8.3. Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más, que alguna vez se midió la presión arterial, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018”, págs. 172-174, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación.

Indicadores complementarios de riesgo, consideraciones generales

Una última mención, a los fines de tener una idea acabada de los perfiles epidemiológicos e indicadores vinculados a la morbilidad por ENT, surge de la lectura de 4 de aquellos que son presentados en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, a saber: consumo de tabaco, realización de actividad física, consumo problemático de alcohol y peso corporal, cuyo comportamiento en las cuatro ediciones se resume en la figura 8.

Figura 8: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), variables seleccionadas, provincia de Misiones. Años 2005-2009-2013-2018.



Fuente: elaboración propia en base a “Cuadro 2.1. Prevalencia de consumo de cigarrillos en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Años 2005, 2009, 2013 y 2018” pág. 48; “Cuadro 3.1, Prevalencia de actividad física baja en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2009, 2013 y 2018”, pág. 77; “Cuadro 4.1, Consumo de alcohol regular de riesgo de la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005, 2009, 2013 y 2018”, pág. 87; “Cuadro 6.2, Prevalencia de sobrepeso por autorreporte en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018”, pág. 134; “Cuadro 6.3, Prevalencia de obesidad por autorreporte en la población de 18 años y más por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005, 2009, 2013 y 2018”, pág. 135. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, &

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación.

Nota: por razones metodológicas, la 4° encuesta no incluye la variable actividad física baja de la 1° encuesta, según indica pág. 77.

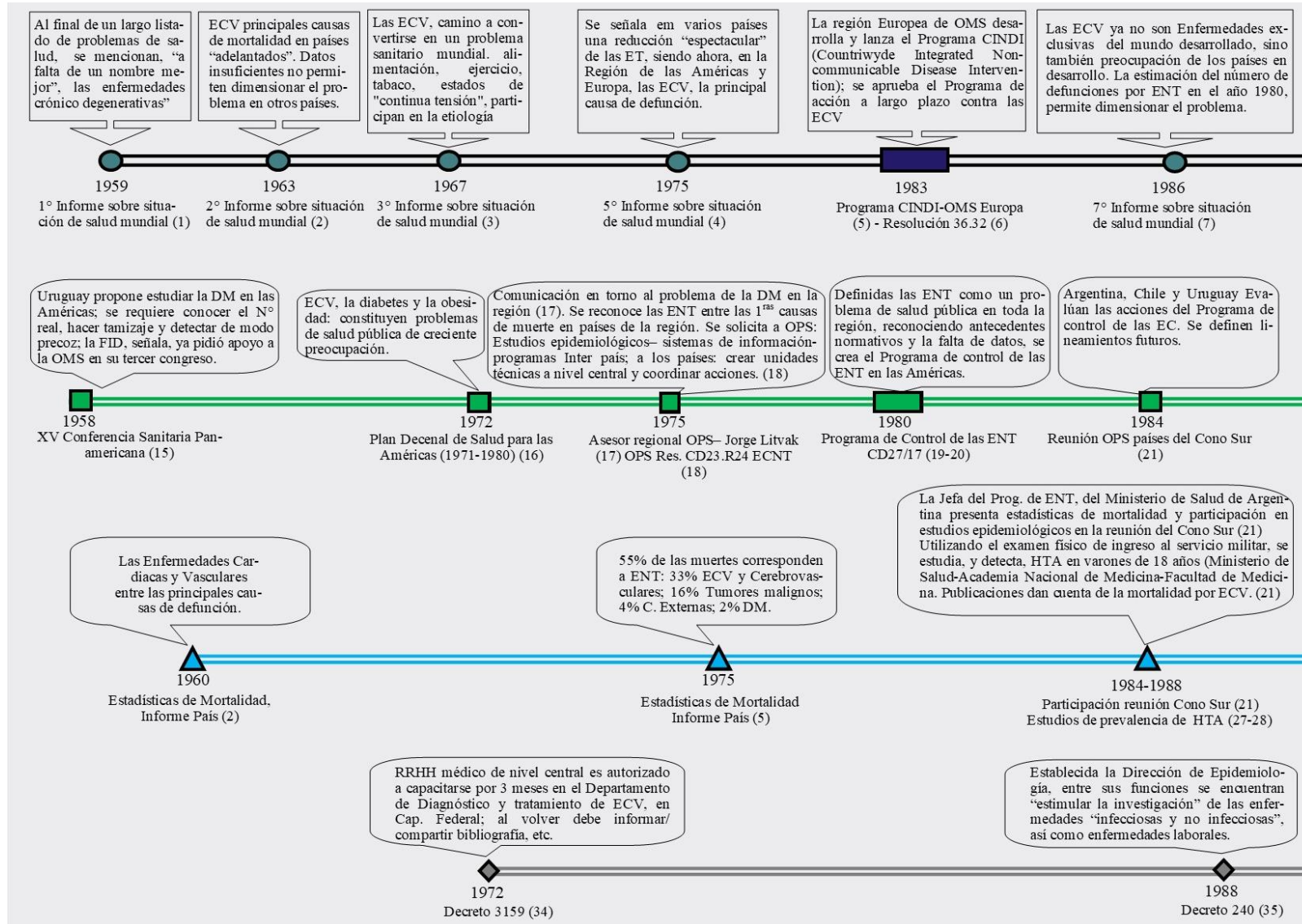
Tal como puede apreciarse, solo el consumo de tabaco presenta un marcado descenso. Mientras que el consumo de alcohol presenta un comportamiento irregular, las tres variables restantes una tendencia mayormente en ascenso.

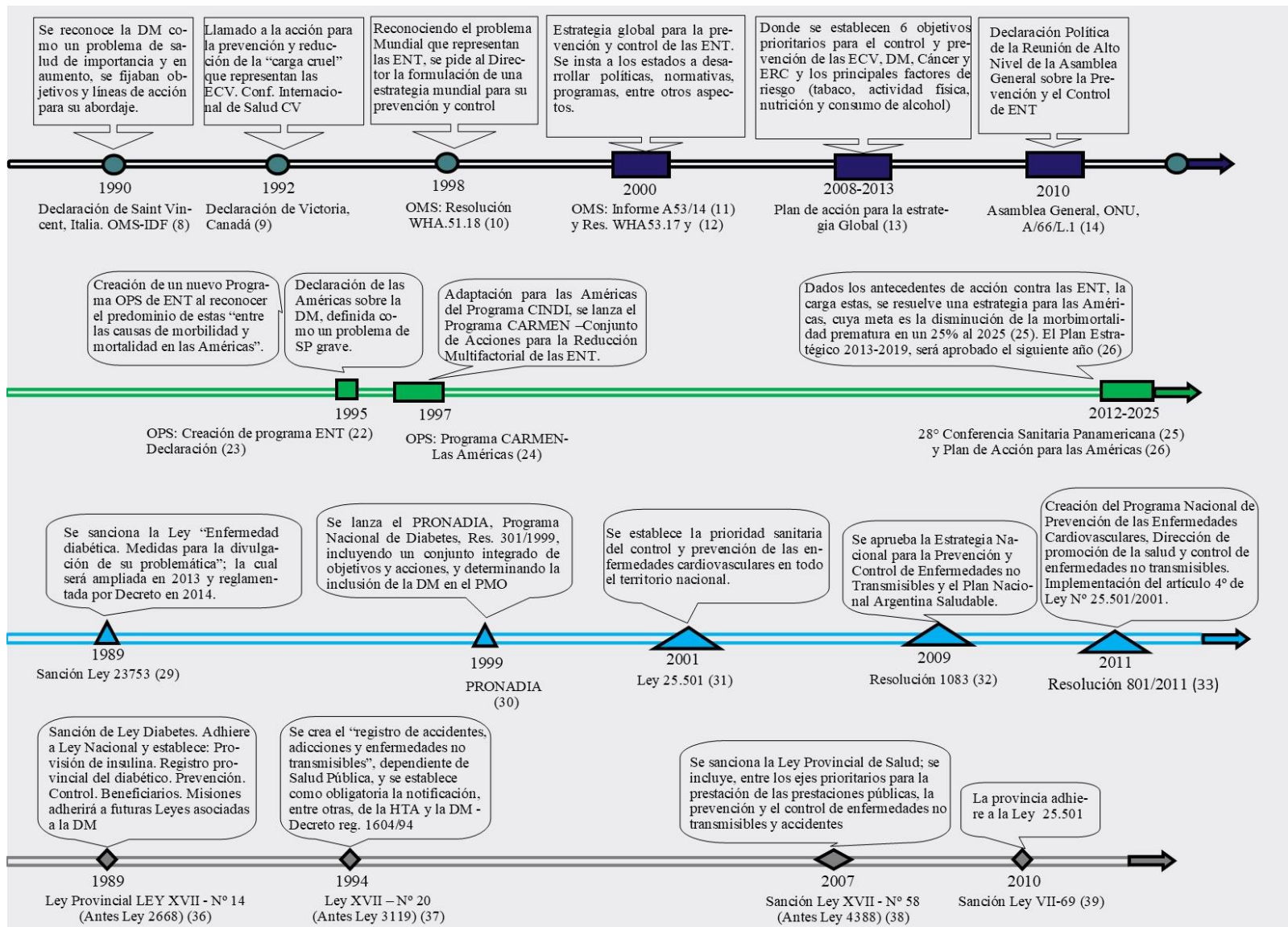
Si se considera que tanto la actividad física, como el mantenimiento de un peso saludable, son factores protectores desde el punto de vista cardiovascular y cardiometabólico, ambos ejes claves en la prevención, desarrollo y evolución de las EH y de la DM (Ministerio de Salud de la Nación, 2016), los datos aportados por la ENFR indican, principalmente, un incremento del riesgo de poseer tales enfermedades y/o riesgo de evolución mayormente desfavorable caso de tenerlas, para la población de 18 años o más en la provincia de Misiones.

1.4 Las enfermedades no transmisibles en la agenda de las políticas sanitarias, apuntes en clave histórica

Los indicadores precedentes permiten comprender parte de los motivos que han ido haciendo que las ENT sean ejes de las agencias internacionales, regionales, nacionales y provinciales en salud. Dicho eso, en este apartado se propone realizar algunos apuntes que permitan visibilizar la importancia que han ido cobrando las ENT en las últimas décadas. A modo de síntesis, la infografía propuesta en términos de línea de tiempo (figura 9), permite ver a partir de documentos seleccionados la importancia que han ido cobrando las ENT.

Figura 9: Línea de tiempo ENT, agendas y políticas sanitarias (págs. siguiente)





Fuente: elaboración propia.

Notas: 1) acrónimos utilizados en la figura, empezando desde la línea superior, de izquierda a derecha: ECV -enfermedades cardiovasculares-, ET -enfermedades transmisibles-, OMS -Organización Mundial de la Salud-, ENT -enfermedades no transmisibles, DM -diabetes mellitus-, IDF o FID -Federación Internacional de Diabetes, ERC -enfermedades respiratorias crónicas, ONU -Organización de Naciones Unidas; además en segunda línea, OPS -Organización Panamericana de la Salud, EC -enfermedades crónicas-, SP -salud pública; además en tercera línea, HTA -hipertensión arterial-; además en cuarta línea, RRHH -recursos humanos-. 2) Referencias y bibliografía en Anexo III.

Sin pretenderse exhaustiva, la línea de tiempo permite poner en visibilidad algunos aspectos que vale la pena sintetizar:

-si bien es cierto que la región de Europa planteo una estrategia sistemática que se empezó a desarrollar ya en la década del 80' (CINDI), mucho antes de su par para la Américas (CARMEN), no menos cierto es que ya desde fines de los 50' y principios de los 60', se empezaba a poner en discusión el peso de las ENT en la carga de morbilidad de la región de las Américas. En principio señalando la ausencia de información y remarcando la necesidad de estudios específicos.

-los informes de Argentina, en el marco de los informes sobre la situación de salud mundial, ya hacían énfasis en la representatividad de las ENT en la carga de la mortalidad desde la década de los 60;

-sectores académicos, por su parte, también hacia mediados y fines de la década de los 80 llamaban la atención, sobre la prevalencia de HTA, incluso en poblaciones jóvenes;

-a partir de la década de los 90, y con mayor énfasis a lo largo de la primera década del S. XXI, la ENT serán posicionadas tanto en términos del desarrollo de legislaciones, como de planes, programas y proyectos²², en el centro de la agenda sanitaria, sin que ello implique que las otras problemáticas sanitarias y de salud de la población, tales como la salud materno infantil, las enfermedades de transmisión sexual, etc., puedan dejar de requerir seguir siendo

²² A modo de síntesis para la República Argentina, a diciembre de 2019: “Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles por Resolución Ministerial N°1083/09”, “Programa Nacional de Control del Tabaco (Resolución N°1124/06), el Plan Nacional Argentina Saludable (Res. N°1083/2009), el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares (Res. N°801/2011), el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones (Res. N°978/2007), el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo (Res. N°578/2013), Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus (Res.N°1156/2014) y el Programa Nacional de prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas (Res. N°645/2014)” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación & Banco Mundial, 2019, p. 4)

fortalecidas, en el marco de los prolongados efectos de la década de los 90, y el contexto de la crisis del inicio del nuevo siglo.

-a nivel provincial, Misiones adherirá a las principales normativas promulgadas por la nación vinculadas a las ENT, ya desde la Ley Nacional de DM; así también, generará las suyas propias, como por ejemplo la creación del Programa de abordaje integral de los estados hipertensivos del embarazo, Ley XVII-N.º137, sancionada el 06 de mayo de 2021²³;

Cabe mención, a los fines de dar cierre a este capítulo, de los principales programas que buscaron o buscan traccionar los objetivos de estas agendas y políticas a nivel de los efectores de salud, muchos de ellos surgidos en el contexto de la emergencia sanitaria y del Plan Federal de Salud (2005), y con particular hincapié en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

-Iniciando su operatoria efectiva en el año 2002, el Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS), más conocido como REMEDIAR, financiado con participación de fondos del BID²⁴, tiene por ejes la provisión gratuita de medicamentos²⁵, entre ellos los prescritos para la DM y la HTA, y el fortalecimiento de la APS, incluyendo, entre otras acciones, el desarrollo de programas de capacitación al recurso humano para el manejo terapéutico racional en el primer nivel de atención (TRAPS).

-Creado en 2004, el programa Médicos Comunitarios, financiado en parte por el PROAPS, implica una propuesta de formación de posgrado en Salud Social y Comunitaria, con actividades académicas semipresenciales y actividades de servicio, a los fines de contribuir a “la reconversión del recurso humano, orientando su formación a la APS, resolución de problemas locales y trabajo con la comunidad” (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina & Comunidad Europea, 2008, p. 61). Mediante un sistema de becas incluyó diversos perfiles de recursos humanos, en una primera instancia de tipo profesional, pero que luego se fue ampliando a recurso humano técnico.

²³ Algunas legislaciones provinciales serán abordadas en el capítulo de discusión.

²⁴ Dicho financiamiento habría sido por lo menos hasta el período del gobierno de Mauricio Macri, en donde el programa paso a solventarse con fondos del tesoro nacional [comunicación personal de recurso humano vinculado al programa]

²⁵ Para dimensionar su operatoria, hacia fines de 2022, con motivo de cumplirse 20 años del Programa, se informaba que desde su inicio había entregado 91 millones de tratamientos (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Hacia fines del mismo año, se presentaba el proyecto de Ley en el Senado de la Nación para transformar el programa en una Política de Estado (Senado Argentina, 2022)

En el año 2022 la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación 844/2022 dejó sin efecto la resolución de creación del programa y modificaciones²⁶, y creo el Programa Nacional de Salud Comunitaria. Con en el propósito de “Contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud como política de estado garantizando un acceso universal, equitativo y de calidad durante todo el proceso de salud-enfermedad-cuidado de la población” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022, p. 1 Anexo I). Continua a la fecha con el sistema de beca-capacitación-servicio, incluyendo profesionales, personas con terciarios, agentes sanitarios y/o administrativos.

-El programa SUMAR, como se mencionó ex Programa de Inversión en Salud Materno-infantil Provincial (PISMIP) o Plan Nacer Argentina, también con crédito financiero del BIRF²⁷ y surgido en 2004. Con foco primero en lo materno infantil, entre el 2012 y 2015 amplia la población de cobertura, incluyendo población de hasta 64 años de edad para, en 2020, incluir también las prestaciones a población de adultos mayores (65 años o más, con cobertura pública exclusiva y/o PAMI)²⁸.

Destinado a brindar acceso y cobertura a la población que depende exclusivamente del subsector público, se estructura mediante un conjunto de prestaciones agrupadas en términos de líneas de cuidado, incluyendo: cuidados preventivos, salud comunitaria, problemas de salud y prestaciones complementarias.

Dado el objeto de la tesis, interesa mencionar que, en la línea problemas de salud, incluye un conjunto de prestaciones vinculadas a las enfermedades no transmisibles, incluyendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. Dentro de estas, se encuentran desde consultas de detección hasta consultas de seguimiento, así como también, en el caso de la

²⁶ El programa paso por diversos nombres según las gestiones (Programa de Salud Familiar y Comunitaria, Programa de Equipos Comunitarios – Cobertura Universal de Salud)

²⁷ Ubicación en presupuesto nacional: Jurisdicción 80. Programa 47. Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (BIRF N° 8853-AR) (Consejo Nacional de Políticas Sociales & Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), 2021, p. 8). El convenio firmado para la línea de crédito BIRF, Decreto Nacional 1130 de 2018, estipulaba la suma de 300 millones de dólares estadounidenses, a los fines de asistir financieramente a la Argentina y cooperar en la ejecución del “Apoyo del Proyecto de Cobertura Universal de Salud Efectiva en Argentina”, como se refiere en el convenio al “Programa Nacional de Fortalecimiento de Seguros Públicos de Salud CUS – SUMAR” (Decreto 1130/18)

²⁸ Véase: Ministerio de Salud de la Nación. (2020, junio 29). Sumar. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

DM, un paquete de prestaciones que incluye desde determinaciones de laboratorio (como la hemoglobina glicosilada), hasta cirugía de limpieza de herida de pie diabético²⁹.

En la línea de cuidados preventivos, se incluye la búsqueda activa para la identificación de personas con ENT, actividades de evaluación (como por ejemplo revisión de pie diabético) o bien su recaptación, así como el “rescate de personas con riesgo” (por abandono de tratamiento-seguimiento, por ejemplo). Finalmente, dentro de la línea prestaciones complementarios, se incluyen diferentes estudios, de laboratorio, imágenes, etc., algunos de ellos utilizados para la HTA y/o DM.

En términos de funcionamiento, el SUMAR³⁰ se propone, según sus términos, incrementar la inversión en salud, mediante el la transferencia de la Nación de recursos a las jurisdicciones, en función del cumplimiento de resultados o trazadoras, que implican la inscripción y nominalización de la población objetivo, y los resultados de cobertura efectiva y calidad que brindan establecimientos públicos.

En la provincia de Misiones, a diciembre de 2019, el total de inscriptos al programa ascendía a 659.990 personas (Datos Abiertos del Ministerio de Salud de la Nación, 2019), es decir, considerando los resultados provisorios del censo 2022, el 52% de la población.

Un concepto importante dentro del funcionamiento del programa, es el de cobertura efectiva, o cobertura efectiva básica, CEB, que significa,

la provisión de una intervención de salud general a un individuo dentro de la Población Inscripta, de acuerdo con cada grupo etario definido y en un período de tiempo determinado, incluida dentro de las intervenciones de salud general seleccionadas y/o las intervenciones seleccionadas de enfermedades de alta complejidad, y facturada al Programa (PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.), 2018, p. 27, Anexo I)³¹

-El proyecto de Funciones Esenciales en Salud Pública, FESP, primera y segunda operatoria (FESP I y II)³². Las once FESP, para OPS, en tanto conjunto de acciones y capacidades

²⁹ El listado completo puede ser consultado en: Ministerio de Salud de la Nación. (2023, abril 27). PSS | Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar. <https://programasumar.com.ar/pss/>

³⁰ En la descripción que sigue se utiliza el documento: (Consejo Nacional de Políticas Sociales & Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), 2021)

³¹ Lo que refiere a la población con cobertura efectiva básica, para el mismo período, 2019, será abordado en la discusión.

³² El FESP I se aprobó por parte del Banco Mundial el 21 de noviembre de 2006 y finalizó en diciembre de 2012; el FESP II, fue aprobado en diciembre de 2010 y finalizó en abril de 2018. Entre ambos, los costos totales implicaron 1141.00 millones de dólares estadounidenses. Los detalles y documentos asociados dispuestos por el

destinadas a mejorar y proteger la salud de la población, fueron (y son) un componente relevante de las políticas de salud en la Región de las Américas en los años 90 y 2000, y sirvieron:

para dar respuesta a los desafíos de los sistemas de salud en un contexto de reformas sectoriales que limitaban el ejercicio de la función rectora de las autoridades sanitarias. Esta herramienta permitió visibilizar las capacidades indelegables de las autoridades sanitarias. (Báscolo et al., 2017, p. V-VI)

El proyecto FESP, en su componente de promoción de la salud, puso particularmente énfasis en las enfermedades no transmisibles (Pagés et al., 2017), y el apoyo a sus programas y proyectos asociados, como por ejemplo los programas de cáncer de mama, de cuello uterino, etc., o bien líneas de acción impulsadas por la línea de trabajo de Municipios y Comunidades Saludables, mediante el fomento de iniciativas como “menos sal más vida”, el fortalecimiento de la Ley de Ambientes Libres de Humo, proyectos locales asociados, etc.

En el caso de Misiones el FESP favoreció, entre otros³³ desde la creación de la Unidad de Promoción, en el Ministerio de Salud Provincial, hasta el desarrollo de un Proyecto Piloto para el Abordaje de las Enfermedades no transmisibles, priorizando las líneas de cuidado de prevención, detección y tratamiento de cáncer de mama y cuello del útero, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial³⁴. Un segundo proyecto piloto se desarrollaba en simultáneo en la provincia de Tucumán.

-El programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria (FEAPS) con aporte financiero del BID e iniciado en 2009, con el objeto de asegurar la accesibilidad y continuidad de los servicios y el proceso de atención, buscó fortalecer la implementación de “Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios Públicos de Salud”, en particular enfocados en torno a dos patologías crónicas priorizadas y su atención: HTA y

Banco pueden ser consultados en su sitio en internet (Véase:, FESP I, <https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/project-detail/P090993>, FESP II, <https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/project-detail/P110599> -recuperado 28-04-2023-). También fue nombrado como Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de Salud Pública (FESP)

³³ Se mencionan aspectos de fortalecimiento de interés para esta tesis, el FESP I y II implicó el fortalecimiento de múltiples componentes en salud pública, tales como control de vectores, banco de sangre, línea de trabajo de emergencias y desastres, etc.

³⁴ Tanto en Municipios y Comunidades Saludables, Proyecto Piloto en ENT-FESP 2, como en la Unidad de Promoción, ocupe posiciones de gestión que me permiten dar la información de primera mano.

DM2 (Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) & Gobierno de Argentina, 2009)

Incluyo, entre sus componentes priorizados: la formulación de proyectos provinciales; la provisión de insumos y medicamentos esenciales y formación de recursos humanos (apoyando en ese sentido a PROAS-REMEDIAR y Médicos Comunitarios); y el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Nacional y Ministerios de Salud Provinciales, incluyendo lo referido a planificación, sistemas de información, monitoreo y evaluación por resultados.

El FEAPS, fue el antecedente directo del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud, también con parte del financiamiento BID, el cual fortaleció el Programa de Redes de Salud, más conocido como REDES. El mismo se encuentra hoy, en 2023, en su cuarta etapa de ejecución, y sigue priorizando la consolidación del trabajo en red, para la coordinación e integración de los establecimientos y equipos de salud, con eje en la estrategia de atención primaria y foco en la población con cobertura pública exclusiva, según indica su sitio en internet³⁵, incluyendo entre sus líneas de trabajo la HTA y la DM.

Entre los materiales producidos e impulsados por el nivel nacional, en el marco de estos proyectos y programas, particular mención requieren las guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje de estas problemáticas en el primer nivel de atención.

-Finalmente, el último programa que requiere mención, y de reciente cierre (por lo menos de su primera etapa, 30-11-2022), es el Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades no Transmisibles, más conocido como PROTEGER.

Con un financiamiento inicial comprometido del Banco Mundial de 350.00 Millones de dólares estadounidenses (MDE), y una operatoria final de 437.50 MDE³⁶, tuvo inicio en 2015, con el objeto de incrementar las capacidades de MSAL y los diferentes Ministerios provinciales, para el desarrollo de políticas sanitarias que mejoren las condiciones de los centros de salud para la atención de las ENT, con mayor calidad, así como la adecuación de estos para la prevención, atención y control de las ENT. Para ello, el proyecto definió tres componentes, a saber:

³⁵ Véase: <https://www.argentina.gob.ar/salud/redes/que-es> [recuperado: 28-04-2023]

³⁶ Documentos de Proyecto: <https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/project-detail/P133193> [recuperado: 28-04-2023]

Componente 1: Mejorar las condiciones de los centros de atención de la salud pública para proveer servicios de mayor calidad para Enfermedades No Transmisibles a los grupos vulnerables y expandir el alcance de los servicios seleccionados [...];

Componente 2: Protección de los grupos de población vulnerable contra los factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia [...];

Componente 3: Apoyo al Ministerio de Salud Nacional y Provinciales para mejorar la vigilancia, monitoreo, promoción, prevención y control de ENT, lesiones y factores de riesgo [...]" (Ministerio de Salud de la Nación, 2017b, pp. 10-14)³⁷

Todos los planes, programas y proyectos citados se han desarrollado, o bien se desarrollan en la provincia de Misiones, buscando fortalecer, traccionar, e incorporar las ENT como parte de las agendas de trabajo a todos los niveles de gestión y servicios de atención y cuidado y, en la mayoría de los casos, considerando la estrategia de atención primaria de salud como la herramienta principal para brindar acceso y cumplimiento del derecho a la salud, con particular énfasis en la población con cobertura exclusiva del Estado.

Habiendo contextualizado el campo de la salud en la Argentina y Misiones, y luego de dar cuenta de los datos de morbilidad que explican por qué las ENT se constituyen como un problema de salud pública, lo cual se visibiliza también en la introducción de estas problemáticas en las agendas, corresponde ahora abordar las categorías de análisis sobre las cuales se asienta esta tesis, objeto del siguiente capítulo.

³⁷ Parte de las estrategias incluidas en los componentes serán abordadas en las categorías de análisis, capítulo II.

Capítulo II. Discusión de las categorías teóricas y conceptos

Resumen del capítulo

A continuación, se desarrollan dos grandes cuerpos teóricos y conjuntos de conceptos al interior de los mismos, que constituyen el principal marco conceptual que luego será utilizado en el análisis empírico y teórico.

En primer término, se problematiza el concepto de gobernanza, así como sus usos y los debates que giran en torno al mismo, con particular énfasis en el campo de la salud. Con mayor detención, se desarrolla el marco analítico de gobernanza, lo cual implica la problematización de las categorías de normas, actores, espacios de interacción y tomas de decisión, en términos de interfaces sociales. Finalmente se aborda el concepto de poder.

En segundo lugar se desarrolla el concepto de salud, en su relación con los procesos de enfermedad-atención-cuidado y se problematiza el derecho a la salud. Se incluye en el recorrido lo referido a la atención primaria de la salud, así como el promovido modelo de atención de cuidados para personas con enfermedades crónicas, en el contexto de las redes integradas de servicios de salud.

Desarrollados los marcos conceptuales, se propone un esquema de ordenamiento que guiará luego la presentación de los resultados.

2.1 Gobernanza

La gobernanza es una clase de hecho social por el cual, mediante procesos complejos, colectivos humanos, ya sea de manera formal y/o informal, deciden y elaboran normas con relación a asuntos que son del orden de lo público.

A los fines de su análisis, resulta necesario identificar los actores que componen dichos colectivos, las normas formales e informales que regulan los juegos entre los actores, los espacios, físicos o virtuales en los que tales interacciones se dan, operando algunos de ellos como puntos nodales, los procesos, en tanto variable que implica la temporalidad y, finalmente, el poder, atravesando las dimensiones en su conjunto.

Esta definición resulta, en mayor medida, de un parafraseo de Marc Hufty (2010), quien desarrolla un Marco Analítico de Gobernanza (MAG). La intencionalidad de explicitarla en

primer término responde a que un número importante de trabajos comienzan indicando, ya sea la polisemia del término, los usos ideológicos contradictorios, cuando no las confusiones que rodean el concepto.

Dicho lo anterior, y no estando exento de la tarea de marcar algunas pugnas en torno a la gobernanza, a continuación se revisan algunos de los principales sentidos en disputa, para volver luego sobre cómo se la abordará y qué usos se hará del concepto en el campo de la salud en la presente tesis.

En principio cabe aclarar que gobernanza no es el equivalente de gobierno, gobernabilidad, ni tampoco de gestión, hecho en el que coinciden la mayor parte de los autores, algunos incluso remarcando las confusiones que suelen darse.

Así, Rodríguez et al. (2010) distinguen el alcance que poseen los conceptos de gobernanza y gestión, y mientras la primera referiría a grandes decisiones que toman los colectivos humanos marcando el camino a seguir, la gestión se acotaría a ordenamientos más concretos de los colectivos sociales en el seno de las organizaciones. A pesar de ello, indica: “también es generalmente admitido que se trata de un concepto [la gobernanza] válido en *diferentes contextos*, ya sea organizativo, local, regional, nacional o internacional” (p. 152).

Bazzani (2010), por su parte, siguiendo a lo planteado por Kooiman (como se cita en Bazzani, 2010) diferencia, al tiempo que vincula, gobernanza y gobernabilidad. Mientras la segunda refiere a la capacidad que poseería un sistema sociopolítico para poder gobernarse a sí mismo, a su vez en el contexto de otros sistemas más amplios del cual forma parte, la gobernanza, en tanto procesos de acción colectiva para la toma de decisiones, formaría parte de los procesos de gobernabilidad, pero sin confundirse con ella.

Finalmente, gobernanza no es el equivalente de gobierno, el cual puede ser definido como el conjunto de ministros u organismos correspondientes a un Estado determinado (Hufty, 2010).

Aporta a esta confusión, como desarrollan Rosa Cruz & Arredondo López (2017 pp. 223-224), el uso del término gobernanza en por lo menos tres grandes ámbitos o campos.

El primero, vinculado a organismos de financiamiento internacional como el Banco Mundial, y su promoción de la denominada “buena gobernanza”. El concepto en este linaje emerge a inicios de la década de los 90, y tiene asociación con las reformas sectoriales e institucionales

promovidas por la entidad financiera en los países en “vías de desarrollo”. Operacionalmente se traduce en términos como transparencia de la gestión, rendición de cuentas, participación público-privada, capacidad de respuesta de las organizaciones, etc.³⁸

En segundo lugar, la idea de “gobernanza de las organizaciones”, en tanto “herramientas administrativas para la gestión pública y privada, con principal enfoque hacia la descentralización política y la administración de empresas y universidades” (Rosa Cruz & Arredondo López, 2017, p. 224), y que Hufty (2010) ubica sus linajes ya a principios del Siglo XX, con los estudios pioneros de *Hawthorne* de Elton Mayo (1880-1949).

Finalmente, la idea de “gobernanza democrática” entendida como proceso político participativo, la cual permitiría la implementación de políticas públicas mediante la gestión de un Estado-gobierno “abierto”, en relación colaborativa con la sociedad civil y el mercado, lo cual generaría, en esta línea argumental, mayor justicia social, equidad e igualdad³⁹.

Ahora bien, en materia de salud, como desarrolla Ortúzar (2015), el concepto de gobernanza en salud aparece en el vocablo de la OMS en 1998, cuando dicha organización la define como “la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles” (p. 59)

Más recientemente, el concepto de gobernanza global en salud, aunque desarrollado con mayor énfasis en la primera década del siglo XXI, se constata ya a partir de la década del 90 (C. M. de Almeida, 2020). Asociado al concepto de salud global y/o diplomacia sanitaria mundial, tiene por núcleo el abordar “cuestiones que trascienden las fronteras nacionales y requieren una acción colectiva” (Kickbusch & Liu, 2022, p. 2157, traducción propia). La salud global implicaría, en materia de gobernanza, desde la creación de nuevos organismos de carácter internacional (tales como ONUSIDA), hasta nuevos modelos de acuerdos intergubernamentales al interior de dichos organismos (Kickbusch & Liu, 2022).

³⁸ La idea de gobernanza y su asociación con la reforma institucional será trabajada, entre otros, por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Véase, por ejemplo, The Philippines: United Nations Development Programme. (1997). *Governance for Sustainable Human Development, An Integrated Paper On The Highlights Of Four Regional Consultation Workshops on Governance for Sustainable Human Development*. United Nations Development Programme. <https://digitallibrary.un.org/record/3831662>

³⁹ Aquí también el PNUD posee una importante injerencia en la promoción de la gobernanza democrática, entendida hoy como gobernabilidad democrática, siendo la gobernanza uno de los componentes de la gobernabilidad. Véase, por ejemplo: <https://www.undp.org/es/latin-america/gobernabilidad-democratica> [recuperado, 22-05-2023]

Desde una perspectiva que excede las fronteras geográficas, pero también las soberanías estatales, promueve el reconocimiento de que las organizaciones internacionales, tales como la OMS, no son “meras plataformas de democracia, sino que desempeñan un papel cada vez más activo en la política internacional, configurando agendas e influyendo en las negociaciones” (Kickbusch & Liu, 2022, p. 2158, traducción propia). Como ejemplos concretos de gobernanza global en salud, se plantean hitos tales como el Convenio Marco para el Control del Tabaco, firmado en 2003, dado que regula la comercialización y consumo de una sustancia legal a nivel internacional; o bien la notificación obligatoria a la OMS por parte de los países de los eventos que puedan significar emergencias de salud pública a nivel internacional, luego del síndrome de enfermedad respiratorio agudo severo de 2002-2003.

Entre los amplios debates suscitados con relación a la salud global, se encuentra el cambio producido en la década del 90 del término de salud internacional, por el de salud global, implicando el primero el reconocimiento de relaciones entre naciones, lo cual queda borrado en el segundo.

Finalmente, el concepto de salud global reconoce la existencia de actores no estatales con fuertes capitales financieros e involucrados en las agendas sanitarias, tales como el Banco Mundial o la fundación Bill y Melinda Gates⁴⁰.

Ahora bien, en el campo de la investigación y reflexión sanitaria en América Latina y el Caribe, el concepto de gobernanza cobro cierto auge a principios del Siglo XXI, cuando el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (ICDR por sus siglas en Inglés) de Canadá, financió un conjunto de proyectos asociados a gobernanza y equidad en salud colectiva, reconociendo el predominio de financiamiento en la Región de investigaciones clínicas y biomédicas, en detrimento de la investigación en salud pública (Bazzani, 2010)⁴¹.

En el contexto del desarrollo de estos estudios, la mayoría de los autores (Bazzani, 2010; Flores, 2010; Hufty, 2010; Rodríguez et al., 2010) coinciden en las distinciones planteadas en

⁴⁰ Para dimensionar el peso por ejemplo de esta fundación, considérese que menos del 20% del financiamiento de la OMS corresponde a las contribuciones obligadas de los Estados miembros, mientras que el resto corresponde a contribuciones voluntarias de los Estados y aportes de otros asociados; para el año 2020-2021, dentro de las contribuciones voluntarias, la fundación Bill y Melinda Gates fue la segunda aportante, con un total de 751 millones de dólares, luego de Alemania que aportó 1268 millones (Organización Mundial de la Salud, 2022), dentro del listado, también se encuentra el Banco Mundial.

⁴¹ De hecho, buena parte de las referencias que aquí se realizan y conceptos teóricos citados corresponden al número especial de la Revista de Salud Pública de Colombia, que en 2010 publicó un número especial dedicado a los mencionados estudios, o bien problematizaciones, en materia de gobernanza con apoyo del IDRC.

materia de la especificidad del término gobernanza, diferente a gobierno-gobernabilidad-o buen gobierno-gobernanza, al tiempo que se diferencian en términos de qué enfoque o uso debiera de tener la gobernanza para la investigación.

En esta línea, se plantean dos grandes tendencias para el estudio de la gobernanza en el campo de la salud: el enfoque analítico o académico, representado principalmente por Marc Hufty, y el enfoque normativo o prescriptivo, en mayor o menor medida combinado con el analítico, representado por Ronald Labonté (2010) y Walter Flores.

Para el primer enfoque, analítico-académico, no hay buena o mala gobernanza, tampoco se trata de un fenómeno actual o moderno. Al contrario, en tanto hecho social, que implica “los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos” (Hufty, 2010, p. 48), simplemente hay gobernanza, o podemos decir, gobernanzas, según el caso analizado.

Por ello se trata de un concepto generalizable, el cual no se confunde con Estado (pudiendo existir procesos de gobernanza incluso en sociedades preestatales o en donde el Estado se encuentra suspendido), no es sinónimo de sistema político, lo cual es propio de una forma específica de sociedad, la del Estado Nación, y no es el “equivalente a políticas públicas, que son actos del Estado central” (Hufty, 2010, p. 48).

Desde este enfoque no se trata de un concepto prescriptivo o normativo, de una determinada gobernanza a fomentar, sino de un instrumento analítico conceptual, con un enfoque predominantemente metodológico, que permita analizar las formas de gobernanzas existentes en un campo determinado. Se volverá en breve sobre este punto.

Por su parte, desde el punto de vista del enfoque normativo o prescriptivo se coincide en plantear que la gobernanza es en esencia un proceso de toma de decisión a partir de la interacción de diferentes actores, jugando las relaciones de poder un rol fundamental.

Sin embargo Flores (2010) plantea que si bien es cierto que los métodos de gobernanza pueden ser “buenos” o “malos”, siendo principios éticos y rectores de los sistemas y servicios de salud de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, aspectos tales como la equidad, la igualdad, la solidaridad y la participación social, así como el derecho a la salud, “un tema central en la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud es indagar de

qué forma los procesos de toma de decisión están alineados a estos principios éticos” (Flores, 2010, p. 33).

De este modo, como explicita el autor, su propuesta se enmarca en la gobernanza democrática, en tanto instrumento para potenciar políticas públicas y reformas que promuevan mayores niveles de equidad, y de igualdad ante la ley y justicia social.

Dicho lo anterior, se plantea la necesidad de la lógica analítica para describir lo existente, pero teniendo como telón de fondo y al mismo tiempo horizonte lo que debiera de ser, algo no incluido como tal en Hufty.

En base a lo expuesto la presente tesis se posiciona en un lugar equidistante con relación a los planteos anteriores, a partir de considerar que:

1-la posición analítica, tal como es delineada por Hufty, permite una perspectiva metodológica de un amplio valor, por cuanto define con claridad las diferentes dimensiones y/o variables que configuran la gobernanza, desde una perspectiva interdisciplinaria de las ciencias sociales y considerando el concepto de gobernanza en calidad de “pasarela” o puente, como plantea su autor, entre dichas ciencias (2010, p. 49). Sin embargo, si bien es cierto que la gobernanza *es*, pudiendo ser “buena” o “mala” (en posiciones extremas), sí interesa considerar que implicancias tiene lo existente en materia de salud.

2- aunque lo último expresado en el primer punto vuelve el planteo coincidente a lo desarrollado por Flores, deben considerarse los siguientes reparos:

(a) si bien es cierto que los principios de equidad, derecho a la salud, justicia social, etc., debieran encuadrar, en tanto principios éticos, las tomas de decisión en torno a los asuntos públicos, es decir, la gobernanza,

(b) dichos principios no necesariamente son construidos-operacionalizados en la práctica, cual calco real de lo que significan en términos ideales sino que, al contrario, las gobernanzas existentes pueden configurar materialidades que, incluso considerando que están implementando esos principios, en su producir, pueden hacer lo contrapuesto o algo muy diferente.

Es decir, interesa ver qué se configura, mediante lo existente, también en materia de derechos.

Por otra parte, muchos de los aspectos que hacen al derecho a la salud, a la accesibilidad, la equidad, deben ser considerados antes que en términos de cumplimiento/incumplimiento, en calidad de procesos con sus respectivas aristas, lo cual habilita un conjunto de interrogantes: ¿cómo se cumple?, ¿se cumple de manera diferencial según el actor/contexto?, ¿cuáles son los principales motivos por los cuáles algunos aspectos suceden y otros no?

Finalmente, si bien es cierto que los citados principios éticos se encuentran en los marcos de rectoría en salud que promueven el acceso universal a la salud y su cobertura universal -APS integral- (Organización Panamericana de la Salud, 2017), los cuales Flores asume, y se aleja con ello de la denominada Buena Gobernanza (banco mundial), cabe preguntarse: ¿cuánto de la búsqueda de implementación de esos principios, a través de las políticas y programas en el sector salud, no se realiza en el marco de financiamientos internacionales, que traccionan un *deber ser* determinado, el cual es definido, las más de las veces, desde lugares -y necesidades- muy distantes a donde se busca operacionalizar, y su realidad?

Ahora bien, antes de desarrollar la propuesta conceptual de gobernanza a utilizar, no se puede soslayar la discusión, dado su aporte con perspectiva regional y local al debate, que plantea Ortúzar (2015) sobre la gobernanza y su uso en América Latina.

En esta línea, luego de plantear sus usos tanto desde las tendencias de “derecha”, o incluso desde las “izquierdas”, desde los organismos de financiamiento internacional a las instancias de democratización, en última instancia, en el marco del debate por el Estado y su presencia como garantía de derechos, o bien la marginalización de su rol, Ortuzar plantea:

si el modelo de APS integral, considerado como modelo operativo de la *gobernanza democrática*, supone un Estado fuerte que intervenga sobre la desigualdad y los determinantes sico sociales [sic], ¿por qué, entonces, adoptar el marco de “gobernanza”, concepto que supone un nuevo sistema de gobierno a partir de la crítica del Estado de Bienestar? ¿Es relevante “la gobernanza” para el análisis de la equidad y participación en salud pública? (2015, p. 64) [en itálicas en original]

Luego de una exhaustiva revisión, y de los ítems seleccionados que a continuación se listan, la autora concluirá que no, no es relevante, por cuanto:

-1- El concepto de gobernabilidad, que se confunde usualmente con gobernanza como ya fue señalado, fue extrapolado de la discusión europea en torno a la legitimidad y centralidad del rol del Estado en el marco de sus transformaciones y achicamientos, a posteriori del modelo de bienestar, a la discusión en América Latina, donde el problema, en todo caso, era un problema de democracia /gobernación, golpes de Estado mediante, y no de gobernabilidad.

De este modo, en lo que refiere a gobernanza en salud, para la autora se introduce, antes que un elemento de equidad en salud, un elemento de mejora en la calidad de la atención y legitimidad de las decisiones de los gestores sanitarios.

-2- La nueva gobernanza, entendida como participación de diferentes sectores en la formulación e implementación de las políticas públicas, incluyendo el Estado, mercado y organizaciones de la sociedad civil, plantea una transformación de la lógica vertical jerárquica a un modelo de decisiones compartidas, incluyendo una ciudadanía activa, pero no deja en claro, indica la autora, “cómo se superarían las asimetrías de la información en salud, cómo se garantizaría la alfabetización sanitaria digital, ni cómo se superaría la marginación, estigmatización y asimetrías de poder, dada las desigualdades de ingreso en América Latina” (Ortúzar, 2015, p. 69).

-3- Reconociendo el uso del concepto desde Gobernanza Global del Banco Mundial, con una orientación de una APS “pobre para pobres” -selectiva-, hasta la Gobernanza Democrática - con una propuesta de APS integral-, con sus correspondientes distinciones, considera la autora que el segundo modelo padece de la “falta de justificación normativa de los modelos latinoamericanos y de sus conceptos claves, como equidad y participación, constituye precisamente su debilidad en el momento de su defensa y de su aplicación” (Ortúzar, 2015, p. 69).

Por lo tanto, para Ortúzar el concepto de *modelo equitativo y participativo* debiera de reemplazar el concepto de gobernanza en salud.

Ahora bien, contemplando las líneas de debate que toma Ortúzar, es necesario aclarar que aquí no se propone definir un modelo, como podría ser el de gobernanza democrática, sino más bien analizar la gobernanza existente y ponderar, sí, en qué medida eso existente incide en el derecho a la salud.

Dicho lo anterior, y habiendo dado cuenta de las diferentes aristas que rodean el concepto de gobernanza en general y su uso en salud en particular, a continuación se desarrolla el marco analítico de Hufty, en el que se centra mayormente esta tesis, así como los componentes de la gobernanza.

2.2 El marco analítico de gobernanza (MAG) y sus dimensiones

Retomando la definición dada al inicio de este apartado, se define entonces la gobernanza como: una clase de hecho social, por el cual, mediante procesos complejos, colectivos humanos, ya sea de manera formal y/o informal, deciden y elaboran normas -formales e informales- con relación a asuntos que son del orden de lo público.

En términos teórico metodológicos, la gobernanza se presenta como una variable intermedia pasible de ser analizada, ya que la misma produce efectos sobre una variable dependiente y, al mismo tiempo, se encuentra en relación con variables independientes que la determinan. Hufty et al. (2006) piensan como ejemplo de lo dicho, los efectos de la gobernanza en el acceso a los servicios y, al mismo tiempo, esa gobernanza siendo determinada por aspectos tales como el financiamiento de los servicios de salud, el funcionamiento histórico, etc.

En el planteo del marco analítico de gobernanza (MAG), para el análisis de la misma y, por ende, para el análisis acerca de cómo se resuelven las tomas de decisiones, interesa describir y comprender el comportamiento de cuatro dimensiones, a saber: las normas, o reglas de juego, los actores que intervienen en la definición de las mismas siendo, a su vez, sus comportamientos determinados por dichas normas, los espacios, ya sea físicos o virtuales, en donde interactúan los actores teniendo, algunos de ellos, la característica de operar como puntos nodales y, finalmente, aportando una visión dinámica, los procesos, en tanto dimensión temporal.

Como se verá en el desarrollo de estas dimensiones, el poder, si bien no es presentado como una dimensión en sí mismo, posee un rol central en el análisis de la gobernanza.

Las normas

En el MAG las normas se presentan, en primera instancia, como las reglas de juego que regulan las interacciones entre los actores, aquello que es lícito o ilícito en una sociedad dada.

Como tales pueden tener un estatuto legal formal (explicitado en leyes, normativas, etc.), o bien ser formales sin necesariamente estar escritas, pero siendo aceptadas y reconocidas por todos, tal el caso de los denominados “usos y costumbres”, o incluso ser informales, en tanto hábitos y costumbres que, sin ser explicitados ni acordados, se comparten como prácticas comunes a un colectivo social⁴².

En ésta línea, las normas incluyen tres elementos: “se apoyan en valores o creencias (el sentido de lo que es bueno o incorrecto), tienen un elemento prescriptivo (sugieren lo que uno tiene que hacer o no), y suponen sanciones positivas o negativas” (Hufty, 2010, p. 52).

En el contexto de los procesos de gobernanza puede suceder, plantea el autor referido, que las normas sean aceptadas y conocidas por todos, reproduciéndose de manera implícita, en un primer nivel, o bien que se debatan abiertamente, a los fines de ser reproducidas o modificadas, en un segundo nivel y, en un tercer nivel, que lo que se ponga en tensión es el marco que estipula cómo se definen las normas, y que Hufty califica de meta-gobernanza, es decir, “cómo se van a definir las reglas y quién tiene la legitimidad de decidir las reglas” (Hufty, 2010, p. 52).

En un esquema multinivel, el MAG propone la clasificación de tres tipos de normas, a saber:

-las meta-normas, en tanto premisas que guían en sentido amplio el contrato social, y definen criterios y valores de tipo estructural, en este caso el autor de referencia propone como ejemplo el principio de la participación en salud, según la declaración de Alma Ata;

-las normas constitutivas, por las cuales, en un determinado sector, en el caso que me ocupa salud, se definen los mecanismos organizativos e institucionales, al tiempo que configuran la “identidad” de los actores, ya sea en términos individuales o colectivos;

⁴² Piénsese, por ejemplo, para el primer caso la prohibición de fumar en ambientes cerrados, en el segundo el hábito de saludar, inculcado en los procesos de crianza de muchas culturas, en el tercer caso el superar los límites de velocidad en una ruta, conducta “normalmente” aceptada por muchos, incluso cuando legalmente haya un límite que es superado por una mayoría de conductores.

-las normas regulativas, o reglas, y son aquellas que definen “las reglas de conducta que precisan lo que es apropiado desde el punto de vista de la sociedad en términos de comportamiento, aquello que cada uno debe o puede hacer, y precisan sanciones positivas (aprobación, recompensa) o negativas (desaprobación, castigo)” (Hufty, 2010, p. 53).

Un aspecto que debe destacarse es la existencia de pluralismos normativos, ya sea según el nivel analizado, ya sea según el sector considerado, o bien los diferentes colectivos sociales (por ejemplo, en función de los perfiles técnico-profesionales que existen en el sector salud), lo cual puede operar, o no, como fuente de tensiones o conflictos, sean estos explicitados o no, entre los diferentes actores.

Finalmente, entre los diferentes niveles sobre todo en sentido meta-normas/normas regulativas, pueden existir procesos de rechazo, de aceptación, o bien de adaptación de las normas, así como sistemas de tracción para la implementación de normas y regulaciones, por ejemplo, mediante el financiamiento (ya sea externo o interno).

Los actores

Entendidos como los sujetos y grupos cuyo comportamiento es orientado por las normas existentes o reglas de juego son, al mismo tiempo, quienes en su interacción toman las decisiones o participan de ellas, sobre el campo de interés.

En esta línea, Hufty et al. (2006) plantearan que las “normas sociales están íntimamente ligadas a los actores, sus conductas e interacciones y condicionadas por su naturaleza [*sic*], su poder [*sic*], sus intereses, sus ideas y su historia” (2006, p. S39)⁴³

Los autores sustentan sus consideraciones teóricas sobre los actores principalmente en base a dos linajes.

Por un lado, los denominados actores estratégicos, siguiendo lo desarrollado por Joan Oriol Prats en su análisis de la gobernabilidad, de los cuales se distinguen los actores de interés.

Entre los primeros, se encuentra “*todo individuo, organización o grupo con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de tomas de decisiones y de soluciones de conflicto*” (Prats, como se cita en Hufty et al.,

⁴³ Los diferentes reparos, *sic*, corresponden a cómo se conceptualiza más adelante la idea de poder así como una visión en donde términos como “naturaleza”, en el plano histórico social, es considerado construcción.

2006, p. S39)⁴⁴. Por su parte, los actores de interés serían los actores que poseen vinculación con la trama institucional, pero que no poseen el poder suficiente como para modificar las reglas de juego.

Entre las diferentes dimensiones a analizar con relación a los actores, siguiendo también a Prats, se proponen aspectos como ser: la categoría o nivel formal (organizaciones del Estado provincial, nacional, organizaciones no gubernamentales, etc.), el estatus (formal-informal, visible- poco o nada visible), creencias e ideologías, modos de expresión y de acción, capacidad organizativa y solidez (en tanto cohesión como grupo social), responsabilidades o funciones (tanto formales como las efectivamente realizadas), espacio de intervención (en este caso dentro del subsector salud) y, finalmente, el posicionamiento (en términos extremos, de oposición o de facilitadores de aquello que se está decidiendo o que se ha decidido) (Hufty et al., 2006, p. S39)

En una segunda clasificación, Hufty (2010) volverá a plantear la existencia de actores estratégicos, en los términos ya descriptos, pero los actores de interés se desdoblarán en: actores relevantes, siendo aquellos que están involucrados, que poseen los recursos y podrían considerarse estratégicos, pero que, viéndose dominados en el proceso, no inciden en el mismo y, por otra parte, los actores secundarios, los cuales no poseen el suficiente poder para determinar el cambio de las reglas de juego.

Por otra parte, a la hora de considerar que es lo que movilizan los actores en términos de recursos de poder, el autor de referencia acude a la teoría del campo social y los capitales sociales, desarrollada por Pierre Bourdieu. De manera sintética, plantea Hufty⁴⁵:

Así entonces propongo, [en función de lo desarrollado por Bourdieu], un acercamiento a los recursos controlados o movilizados por los actores. En síntesis, el capital simbólico es el prestigio del cual goza un actor en un campo (el prestigio de los médicos en el campo de la salud pública es elevado, lo de los politólogos es no existente), el capital económico es el dinero o las propiedades, el capital social sería la calidad de la red social y el capital cultural es el conjunto de los conocimientos movilizables, ya sean teóricos o prácticos. (2010, p. 55)

⁴⁴ En cursiva en la fuente.

⁴⁵ Las nociones de capitales y campo social son ampliadas en el apartado sobre el poder.

En síntesis, existen en el proceso de gobernanza diferentes tipos de actores, algunos con mayor capacidad de orientar qué se decide, u oponerse de manera significativa a ello, y que se denominan actores estratégicos, mientras que otros, aunque involucrados en la trama institucional, sea en calidad de partes de la institución, sea en calidad de usuarios de la misma, pueden ser relevantes o secundarios. A los fines de operacionalizar qué recursos se ponen en juego, la teoría de los capitales sociales orienta el análisis.

En este punto cabe una aclaración teórica: Hufty no problematiza las categorías actor-agente, como suele problematizarse en ciencias sociales, y de hecho el término agente, presente en la obra de Pierre Bourdieu, no aparece mencionado. Tal como plantea Fernández (2003) si bien muchas veces ambos términos son tratados como sinónimos tienen connotaciones diferentes, “Mientras que el concepto sociológico de agente presenta al individuo más bien como un reproductor de prácticas, el concepto de actor le amplía al individuo los márgenes de su decisión y de su acción” (p. 2), y mientras que el “agente desarrolla prácticas acordes, en buena medida, con la posición que ocupa en el espacio social. Al actor se le reconoce, sobre todo, por las acciones que decide realizar” (p. 2).

Ahora bien, incluso reconociendo la existencia de diferencias, se sostendrá en el trabajo la categoría de actores para ubicarlos con relación al rol que desempeñan en los procesos de gobernanza, por comprender que incluso esa función puede ser desempeñada mayormente desde el lugar de agente, es decir, desde un lugar reproductor de las prácticas establecidas. Al mismo tiempo, lo dicho no inhabilita la posibilidad de que se generen transformaciones de los hábitos de los actores-agentes, condición necesaria del cambio social, aunque sea como horizonte (Steichen J., 2002).

Los puntos nodales

En el contexto del MAG, se comprende que existen espacios, sean estos físicos o virtuales, en los cuales convergen problemas, es decir, sobre qué versa la toma de decisiones, actores, procesos (es decir, secuencias temporo-espaciales) y en los cuales “se toman decisiones, se concluyen acuerdos, y se elaboran normas sociales” (Hufty, 2010, p. 56), las cuales, en tanto decisión colectiva, afectan la variable analizada (por ejemplo, organización de los servicios de salud para la atención de las enfermedades crónicas).

Para un mismo problema analizado pueden existir múltiples puntos nodales, e incluso a diferentes niveles organizacionales, por ejemplo, una subsecretaría de un Ministerio, una Dirección, hasta el nivel micro, como lo es el colectivo de trabajo de un centro de atención primaria de la salud, o el servicio de cardiología de un hospital de nivel III. Tales puntos pueden ser, a la vez, de carácter formal, y estar institucionalizados, o bien ser de carácter informal.

Ahora bien, para expresar la polifonía y complejidad que puede converger en dichos puntos, el autor del MAG remite al concepto desarrollo por Norman Long de interfaz social⁴⁶.

Con linajes que articulan los campos de la antropología, la psicología y la sociología, y lo que Long denomina un abordaje orientado al actor (2015), para enfatizar la importancia de la capacidad de agencia de las personas y grupos, así como la importancia de indagar en sus significaciones, prácticas y construcciones de la realidad social, el constructo de interfaz social da cuenta de que, en la interacción de sujetos y grupos, no siempre se presentan continuidades de visiones de mundo, sino que se expresan múltiples discontinuidades a través de actitudes, lenguajes y conocimientos de quienes forman parte de esos espacios de interacción.

Esta concepción, plantea Long, reconoce la existencia, como punto de partida, de múltiples realidades sociales, entendiendo así “la coexistencia de diferentes comprensiones, interpretaciones simbólicas y respuestas emocionales a las experiencias sociales y físicas de los seres humanos” (2015, p. 86), y da cuenta de las diferentes modalidades por las cuales se interpreta y ordena el mundo.

En esta línea, dirá:

La noción de interfaz social constituye un instrumento heurístico de gran utilidad para identificar y analizar los puntos críticos de intersección entre diferentes campos o niveles de organización social, dado que es en las interfaces donde las discrepancias y discontinuidades en las actitudes, valores, intereses, conocimiento, experiencias y poder pueden observarse con mayor claridad. (2015, p. 90)

⁴⁶ Cabe aclarar que en la publicación de Hufty et. al. de 2006 Long es explícitamente citado, aunque el concepto de interfaz social referenciado es mencionado, pero no explicado; por su parte, en la publicación de Hufty de 2010 el concepto asociado a puntos nodales es de interfaz, a secas. Dada la potencia explicativa del concepto de interfaz social, se opta por mantenerlo, y a continuación se desarrolla de manera sintética sus implicancias.

Entre los elementos claves que permiten caracterizar y comprender las interfaces sociales, Long destaca:

-(a) la organización de vínculos y redes de sujetos y grupos con una intencionalidad entrelazada, lo cual conforma en el tiempo una entidad;

-(b) la existencia de conflictos, incompatibilidades y negociaciones dado que, si bien se supone un grado de intereses compartidos, aunque puede ser mínimo, las interacciones “también tienen propensión a tornarse conflictivas debido a la existencia de intereses y objetivos contrapuestos, o a relaciones de poder desiguales” (Long, 2015, p. 91);

-(c) la situación de interfaz supone, también, la puesta en juego y enfrentamiento de diferentes paradigmas culturales y mundos de sentido, lo cual puede dar lugar a procesos de transformación de los mismos, siendo posible su sola reproducción o bien su transformación, según la circunstancia y posición de los que interactúan;

-(d) vinculado a lo anterior, la posibilidad de motorizar procesos de conocimiento, en tanto construcción cognitiva y social, cuando se produce un “encuentro de horizontes”, en términos de Long:

La incorporación de nueva información y de nuevos discursos o marcos culturales solo puede ocurrir a partir de la base de los conocimientos previos y de modalidades evaluativas instaladas, las cuales se van reconfigurando a través de procesos comunicativos. En consecuencia, el conocimiento emerge como resultado de la interacción, el diálogo, la reflexividad y los conflictos en torno a diferentes significados, e involucra dimensiones de control, autoridad y poder. (2015, p. 92)

Todo lo cual, como menciona el autor, puede generar también contra tendencias;

-(e) de manera consecuente con los puntos que anteceden, en las interfaces se juegan relaciones de poder, que son la resultante de las luchas de sentido y relaciones estratégicas; no se trata (no solamente) de cuestiones como estatus, jerarquía, sino de procesos de negociación, búsqueda de control y movilización de recursos, etc., por ello, concluye Long, “el poder genera inevitablemente resistencia, adaptación y obediencia estratégica en tanto componentes de la política de la vida cotidiana” (2015, p. 93);

-f) finalmente, las interfaces implican polifonías o, en términos del autor, multiplicidad de discursos, donde se reproducen discursos dominantes que pueden expresar naturalizaciones, indicar pertenencias sociales y culturales, o incluso grupales, así como también la posibilidad de discursos contra hegemónicos, o puntos de vistas alternativos, entre otras posibilidades.

Ahora bien, considerada la gobernanza en términos analíticos, bien puede suceder que un punto nodal no se comporte como un espacio heterogéneo, dinámico, etc., sino por el contrario ya sea por la unificación del perfil de los actores, ya sea por la prevalencia de la voz de uno sobre otros, lo que prime sea la lo homofonía antes que la polifonía, en el sentido musical del término.

Los procesos

La idea de proceso introduce la dimensión temporal, la consideración de que las tomas de decisiones, y por ende las gobernanzas, pueden pasar por sucesivas fases, momentos, transformaciones en el tiempo y el espacio.

Por tal motivo, esta visión permite identificar los patrones de transformación⁴⁷ de los puntos nodales, así como “la trama de interacciones entre actores y su relación con los cambios de las reglas de juego” (Hufty et. al., 2006, p. S41).

El poder

Considerando lo desarrollado por Hufty (2010), se desprende un lugar central del poder, sin embargo más allá de su referencia a Bourdieu y los capitales sociales, o su cita a la idea de interfaz social de Long, no hay un desarrollo explícito en el análisis de la gobernanza en el campo de la salud de la categoría de poder como tal. En el caso de Flores (2010), el mismo da un lugar de mayor preponderancia a la categoría de poder, e incluso la ubica como un vector de análisis en sí mismo.

En esta línea, Flores retoma la definición de gobernanza del PNUD, siendo el poder un elemento en ella cuando expresa: “La gobernanza incluye todos los métodos -sean buenos o

⁴⁷ El autor referenciado usa el término “evolución”, posición de la cual me alejo, dada la carga epistemológica del término, y las visiones que implica.

malos- que las sociedades utilizan **para distribuir el poder** y gestionar los recursos públicos y problemas” (como se cita en Flores, 2010, p. 31)⁴⁸.

Entre las conceptualizaciones seguidas por Flores respecto del poder se encuentra lo referido a su capacidad para producir cambios sociales, así como la posibilidad de ejercer el poder efectivo. Desde una visión no mecanicista de las relaciones poder, en el sentido de que no se trata de algo estático y predeterminado sino pasible de modificarse en cada contexto y momento socio histórico, planteará que el análisis del poder es clave para indagar el por qué algunos países optaron por procesos de reforma y privatización del sector salud, o bien por qué en otros la participación de la ciudadanía se volvió un actor estratégico del sector salud, como el caso de los consejos municipales de salud en Brasil (Flores, 2010, p. 32).

De este modo, por ejemplo, en su análisis de los consejos municipales para el desarrollo en municipios rurales de Guatemala, Flores (2010), siguiendo en parte lo desarrollado por Peter Morris⁴⁹, abordará aspectos ligados a quiénes son los actores estratégicos, existentes o potenciales, en función de los recursos de poder que poseen y pueden movilizar (tales como el ejercicio y control de recursos de funciones públicas, factores de producción, de información, etc.), así como las asimetrías de poder que suelen existir en los procesos de toma de decisión.

En función de su análisis, por ejemplo, concluirá: “Las barreras y menores recursos de poder, inciden en que los comunitarios tengan limitadas posibilidades para influir el proceso de toma de decisión en los Consejos de Desarrollo” (Flores & Gómez-Sánchez, 2010, p. 138).

Dicho lo anterior, el presente trabajo centra mayormente su conceptualización del poder en lo desarrollado por Pierre Bourdieu y Michel Foucault. Lejos de la intención de abarcar la compleja y amplia conceptualización del poder en la obra de estos autores, sí se puntúan a continuación algunos aspectos claves que serán abordados luego en el análisis tanto empírico como teórico.

Con relación al primer autor, Bourdieu (1990), se deduce de su lectura que todo aquello que aparece como dado en el mundo social-humano, es en realidad algo extensamente construido

⁴⁸ El resaltado es mío.

⁴⁹ Morriss, P. (2002). *Power: A philosophical analysis* (2. ed). Manchester Univ. Press

y que, se podría decir, justamente eso que se suele denominar como del orden del “sentido común”, es lo menos común que existe.

De este modo lo “común” es algo construido en un complejo juego de relaciones, las cuales pueden ser estudiadas a partir de considerar las diferentes formas del espacio social, sea que el análisis se refiera a lo económico, lo político, los gustos o, como en el presente, una parte del sector salud, entre otros.

Este “común”, se va configurando también, siguiendo lo antes desarrollado por Hufty (2010), en calidad de norma, de lo que es lícito y lo que no, lo pasible de ser visibilizado, lo que debe quedar como invisible, etc., y que no necesariamente, como ya se dijo, coincide con la normativa formal, ni tampoco con lo legal.

Ahora bien, en Bourdieu una noción clave para comprender los espacios sociales es la noción de campos, los cuales se configuran y consolidan a partir de la existencia de determinados juegos de relaciones de fuerza entre los sujetos. En esta línea el autor plantea algunos aspectos generales, o principios explicativos del devenir social que, independientemente del campo social analizado, se presentan en calidad de variables necesarias y no contingentes.

Así, en “Algunas propiedades de los Campos” (1990) Bourdieu plantea el concepto de campo como un espacio estructurado y estructurante, compuesto por diferentes propiedades, y en donde existen un conjunto de leyes de funcionamiento que son invariantes, una de ellas, la lucha, la cual se da entre los agentes y/o instituciones por la distribución del capital específico, cuya acumulación, y distribución desigual, es lo que permite definir tanto al campo, a los objetos que lo componen, así como a las reglas que lo rigen como tal.

El capital, por su parte, es una forma propuesta por Bourdieu para poder comprender la “energía de la física social” y su comportamiento en el campo, es decir, sus formas y las leyes que la regulan. El capital es definido como “trabajo acumulado (en su forma materializada o en su forma 'incorporada', encarnada) que, de resultar apropiado de forma privada, es decir, exclusiva, por agentes o grupos de agentes, los habilita para apropiarse de la energía social bajo la forma de trabajo reificado o viviente.” (como se citó en Bourdieu & Wacquant, 2007, p. 177)

Dicho capital puede presentarse, siguiendo al autor, principalmente bajo tres especies, a saber, capital económico, capital cultural o capital social, existiendo una cuarta forma, que es el capital simbólico, “que es la forma que una u otra de estas especies adopta cuando se la entiende a través de categorías de percepción que *reconocen* su lógica específica o, si lo prefieren, *desconocen* la arbitrariedad de su posesión y acumulación” (Bourdieu & Wacquant, 2007, pp. 177-178)^{50 51}.

Ahora bien, para que los campos persistan como tales, es necesario que se presenten ciertas regularidades en el comportamiento de los sujetos y en las posiciones que estos ocupan, así como en la búsqueda de la reproducción/existencia de determinados intereses por sobre otros y, en este punto, la noción de *habitus* resulta clave.

El *habitus* es un concepto complejo en la obra de Bourdieu, el cual se fue modificando⁵² e incluso es objeto de debates entre los contemporáneos⁵³. De manera sintética se puede plantear que el *habitus* es conceptualizado como un sistema que es construido socialmente por disposiciones que son estructuradas y a la vez estructurantes de los sujetos, que el mismo se adquiere mediante las prácticas y que, finalmente, está orientado hacia funciones prácticas.

El *habitus* ubica así a los agentes en diferentes posiciones sociales, mediante separaciones diferenciales, y “hace corresponder [con ellas] un conjunto sistemático de bienes y de propiedades, unidos entre ellos por una afinidad de estilo” (Bourdieu, 2010, p. 31). Siguiendo a Guglielmi (2015), dos componentes interesa aquí destacar respecto del *habitus*:

- mediante el *habitus* Bourdieu apuesta a encontrar las regularidades en las prácticas sociales, sin por ello dejar de lado la pluralidad de la historia;

-las prácticas contenidas en el *habitus* implican la administración de los diferentes capitales antes citados, lo cual va configurando, en su regularidad, “una forma de estrategia particular

⁵⁰ Cursivas en original.

⁵¹ Si se recupera el ejemplo de Hufty visto páginas atrás de capital simbólico sobre el prestigio médico en el campo sanitario, siguiendo lo planteado por Bourdieu se trataría de visibilizar los procesos socio-históricos que hacen a la arbitrariedad de la acumulación y posesión de un determinado capital -o conjunto de ellos- por el cual, a través del cual, la profesión médica posee un conjunto de beneficios en el sector salud, del cual no gozan otras profesiones y, al interior de la profesión, también se presentan situaciones diferenciales.

⁵² Véase al respecto “Una invitación a la Sociología reflexiva” (Bourdieu & Wacquant, 2007, p. 180) donde el mismo autor refiere a las revisiones del concepto de *habitus*.

⁵³ Véase, por ejemplo, Juan Pablo Dukuen (2015).

en los individuos, ya que se establecen como un juego de acción y reacción entre agentes o grupos de agentes constituidos bajo un determinado *habitus* común” (Guglielmi, 2015, p. 7).

En función de lo dicho hasta aquí se puede decir que el poder, en Bourdieu, se da en este juego de relaciones entre los agentes mediante el despliegue de las estrategias que el campo habilita (ya que este condiciona las acciones, pero no por ello las determina⁵⁴) y en el ejercicio del *habitus*, a los fines de obtener, mantener y/o acumular diferentes tipos de capitales.

La distribución de los mismos hace que se mantengan las desigualdades de unos agentes sobre otros buscando, en este juego, una economía tal que la violencia que implicaría la acción física, sea economizada por la violencia simbólica⁵⁵, a los fines de lograr la legitimación y reproducción que establecen modos de dominación (Guglielmi, 2015, p. 6).

De este modo esos *habitus*, estructurados y estructurantes, van delimitando las posiciones, en tanto formas de praxis que se vuelven diferencias simbólicas, “y constituyen un verdadero lenguaje” (Bourdieu, 2010, p. 32), con todas las distinciones que al mismo le corresponden.

Lo dicho hasta aquí no debe convocar una visión estática del campo, los agentes y la historia. Al contrario, la misma noción de campo, sus agentes y sus luchas, hace entrar el juego de la historia. En términos de Louis Pinto, “la noción de campo implica, no una profesión de fe relativista, sino la afirmación de la inmanencia, es decir de la historicidad básica, de todas las producciones culturales, incluso las más “últimas”, las de la razón científica” (Pinto, 2009, p. 73).

Así, retomando lo planteado en el marco analítico de gobernanza, cabrá el análisis acerca de qué agentes hay en el campo sobre el que se analiza la toma de decisiones, y que por tanto estructura ese campo, cuáles son los *habitus* que están allí instalados, y que dan los “márgenes de maniobra”, y cuáles son los principales capitales que, en el interjuego y

⁵⁴ Puede decirse que, en el límite, siempre existe la posibilidad de que pase otra cosa, caso contrario no existirían transformaciones y debiéramos retomar la idea de sociedades estáticas, definidas por estructuras atemporales.

⁵⁵ Con relación a la violencia simbólica, dirá Bourdieu: “La violencia simbólica, para explicarla de manera tan llana y simple como sea posible, es la *violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad*. [...] Para decirlo más rigurosamente: los agentes sociales son agentes cognoscentes que, aun cuando estén sometidos a determinismos, contribuyen a producir la eficacia de aquello que los determina en la medida en que lo estructuran. Y casi siempre es en el "ajuste" entre los determinantes y las categorías de percepción que los constituyen como tales que surge el efecto de dominación.” (Bourdieu & Wacquant, 2007, p. 240) [en itálicas en original]

distribución desigual, van definiendo lo existente. Considerados en las coordenadas del marco analítico de Hufty (2010), cabrá ubicarlos en su calidad de actores en el proceso de gobernanza, incluso cuando esa posición no implique sino la reproducción del rol de agentes.

En el caso del segundo cuerpo conceptual, correspondiente a lo desarrollado por el también francés Michel Foucault, se podría ubicar, como primera aproximación, su posición cercana a Bourdieu en lo que refiere a considerar lo dado, como algo que es construido.

Por ello, una de las caracterizaciones de su trabajo la consideran como una ontología del presente. Por cuanto se trata de una manera de construir, problematizar, las formas dadas del presente y cómo, aquello que aparece como obvio, naturalizado y atemporal, es en realidad algo construido.

Desde esta posición, la acción de hacer historia sobre el presente no implica ir a la búsqueda de una verdad escondida, ya que detrás de las cosas lo que existe no es “en absoluto su secreto esencial y sin fechas, sino el secreto de que carecen de esencia, o que su esencia fue construida por piezas a partir de figuras que le eran extrañas”, como planteara el filósofo Friedrich Nietzsche (como se citó en Foucault, 1992, p. 10).

Ahora bien, con la premisa de la construcción como punto de partida, el análisis del poder suele ser ubicado en la segunda etapa de las producciones de Foucault, luego del análisis arqueológico, en el cual se habría ocupado de los discursos del saber o, mejor dicho, de las formas por las cuales determinados saberes tienen el estatuto de ciencia (período que suele ser referenciado mediante producciones tales como “Las palabras y las cosas” -1966- y “La arqueología del Saber” -1969- , principalmente).

En esta segunda etapa, el campo del discurso no explica por sí solo la producción de subjetividad⁵⁶, sino que se vuelve necesario incorporar la categoría de *dispositivo*. Siguiendo a Castro (2011, p. 113-114), el concepto de dispositivo hace ingresar, en el análisis del poder, la relación entre lo discursivo (episteme) y lo no discursivo (disposiciones arquitectónicas,

⁵⁶ Si bien aquí se trabaja sobre el poder, en rigor de verdad hay que comenzar por afirmar, ya lo hizo el mismo autor en cuestión (Foucault, 2001), que no es el poder por el poder mismo lo que constituye el eje de sus investigaciones, sino el sujeto, y las diferentes formas en que éste es objetivado, y al serlo, es construido como sujeto por las diferentes formas de poder que se ejercen en la trama social e institucional, en el seno de una familia, en un pequeño colectivo, en las organizaciones, en las diferentes formas de producción de saber que toman al sujeto como su objeto, en fin, por el sujeto mismo tomado como objeto de sí.

instituciones, prácticas, etc.). De los cinco aspectos que resalta Castro de los dispositivos para su comprensión, me interesa resaltar los tres primeros, a saber:

1-los dispositivos implican la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, lo dicho y lo no dicho, etc.;

2-establecen la naturaleza del nexo posible entre los elementos, por ejemplo, el discurso puede ser un programa en una institución;

3-se trata de una formación que, en un momento socio-histórico dado, tiene por objeto responder a una emergencia, por ello cumple una función estratégica dominante. Así, por ejemplo, Foucault (1999a) fundamentará parte de la institucionalización de la medicina hacia finales del siglo XVIII como una respuesta a la urgencia que representa, para la sociedad industrial europea-occidental, la enfermedad y muerte de la población, en tanto cuerpo social productivo.

A los fines de dar mayores precisiones sobre qué sería el poder en la visión de Foucault, en la “La voluntad de saber” (2002, pp. 114-116) se plantean cinco (5) proposiciones con una claridad bastante acabada sobre qué es, y qué no es el poder, a saber:

1-el poder no es un bien, o una propiedad, sino que es del orden del ejercicio, y por ende es *en* relación, se trata de un “juego de relaciones móviles y no igualitarias” (p. 114);

2-el poder no está por fuera de otros tipos de relaciones, ya sea económicas, de conocimiento, etc., sino que es inmanente a tales relaciones, hace a los procesos de diferenciación en el ejercicio de estas, a sus desequilibrios y desigualdades, son, de hecho, las condiciones que internamente hacen a las diferenciaciones: “desempeñan, allí en donde actúan, un papel directamente productor” (p. 114);

3-el poder no es algo que venga de arriba, en una lógica de dominadores y dominados, sino que es algo que viene de abajo, y que se extiende por todo el cuerpo social, desde las familias, los grupos sociales, las instituciones; así, los efectos hegemónicos de dominación (de un sistema económico, de un modelo sanitario, etc.) no es un efecto desde el inicio, sino un efecto como resultante de esas múltiples relaciones de fuerza;

4-el poder es un ejercicio de relación intencional, pero no subjetivo, en el sentido de la existencia de un “gran orquestador” que estaría definiendo todos esos ejercicios, llámese Estado, grupos “dominantes”, estructura, etc., más bien estos últimos son efectos de conjunto; lo que existe, al contrario, son relaciones locales de poder, despliegue de múltiples estrategias y tácticas, las cuales se van encadenando unas a otras, multiplicándose, propagándose, buscando apoyos mutuos en pos de definir el estado de las cosas;

5-que donde hay poder, hay resistencia, dirá como última proposición Foucault, para referirse al hecho de que no existiría uno sin la otra, y pensará, así como para las relaciones de poder, un conjunto de principios que hacen a cómo se piensa esa resistencia: no se trata de las grandes rebeliones de los grupos en contra de lo “establecido”, sino de múltiples puntos de resistencia, siempre ejerciéndose en diferentes relaciones, “Constituyen [las resistencias] el otro término de las relaciones de poder; en ellas se inscriben como el irreductible elemento enfrentador” (Foucault, 2002, p. 117).

Mediante esta forma de pensar el poder, ya no se trata de considerar la “esencia” del poder, o encontrar a los “dominadores”, sino de describir cómo funciona, dónde, en qué casos, qué desequilibrios genera (o con cuáles hace sinergia), cuáles son los puntos de resistencias, cuáles sus articulaciones, cuáles son las racionalidades que se establecen.

Lo expuesto no implica dejar de lado el análisis del rol que juegan las formas terminales del poder (el Estado, las instituciones, etc.), sino considerar como los diferentes actores se agencian en tales formas; formas concretas que se ejercen en una determinada institución y sus efectos.

Por tanto, mirada sobre el poder que lo conceptualiza, antes que como fuerza soberana o jurisprudencia represora, como un ejercicio que se da en relación, y que produce efectos.

Entonces, qué se busca mediante el ejercicio del poder en una relación: se busca actuar sobre las acciones de los otros, sean individuos o grupos.

En términos de Foucault, no se trata de un modo de acción que actúe directamente sobre el otro, sino que “actúa sobre sus acciones: una acción sobre una acción, sobre acciones existentes u otras que pueden suscitarse en el presente y en el futuro” (2001, p. 253).

De ahí también la importancia del término “relación de poder”, no se trata de violencia, en cuyo caso hay un ejercicio directo sobre, por ejemplo, el cuerpo del otro, sino de una relación en donde cada parte reconoce la posibilidad de acción sobre la acción del otro, lo cual incluye a su vez la posibilidad de un conjunto de reacciones y resultados posibles.

Por ello Foucault (2001) resume:

En sí mismo, el ejercicio del poder no es violencia, ni es un consenso que, implícitamente, puede renovarse. Es una estructura total de acciones dispuestas para producir posibles acciones: incita, induce, seduce, facilita o dificulta: en un extremo, constriñe o inhibe absolutamente; sin embargo, es siempre una forma de actuar sobre la acción del sujeto, en virtud de su propia acción o de ser capaz de una acción. Un conjunto de acciones sobre otras acciones. (Foucault, 2001, p. 253)

Por ello lo que mejor expresa la especificidad de las relaciones de poder para el autor es el término conducta: se trata, dirá en última instancia, del gobierno de la conducta de los otros, es decir, de disponer de la conducta de los otros para obtener los resultados buscados.

En función de lo dicho hasta aquí, en la revisión de la conceptualización del poder propuesta, interesa recuperar:

-el poder no es algo que se tenga, posea, etc., sino que es un ejercicio, el cual se da en relación;

-entre lo que se posee, y se pone en juego en las relaciones, hay capitales, ya sea económicos, sociales, culturales, simbólicos;

-el campo que se analice, los dispositivos que lo pueblan y sus dinámicas, son resultantes del interjuego de relaciones de poder, y su configuración depende de la distribución desigual de los capitales en juego;

-dicho campo, estructural y estructurante, determina un tipo de *habitus*, cuya expresión más clara, si se quiere siguiendo en este punto a Foucault, es la conducta, justamente aquello que se determina mediante las relaciones de poder;

-ya sea considerando lo propuesto por Bourdieu, ya sea lo propuesto por Foucault, si bien es cierto que hay determinación de lo social, no menos cierto es que esa determinación es un

efecto de conjunto, una forma terminal resultante de la multiplicidad de interjuegos a todos los niveles (familia, grupo, instituciones, Estado, etc.);

-justamente en base al punto anterior, no todo está determinado, en el sentido atemporal, lo cual invalidaría la posibilidad de transformación o cambio, e incluso la idea de gobernanza misma, tal como ha sido desarrollada en páginas previas.

Finalmente, a modo de cierre de este apartado, aunque lo desarrollado hace uso de diferentes linajes y bagajes teóricos, hay una línea epistemológica que tiene por unidad:

-comprender los fenómenos sociales y humanos como hechos complejos y dinámicos;

-concebir la construcción de la realidad y sus marcos regulatorios a partir de la interacción entre agentes, delimitados en función de un determinado campo, y en donde se juegan aspectos múltiples (intereses, marcos culturales, saberes, relaciones desiguales de poder - económicas, sociales, políticas, culturales, etc.);

-entender que, en los fenómenos que se producen en el campo de la salud, lo dicho adquiere matices propios, en función de las instituciones que lo conforman, y las dinámicas de los recursos humanos, gestores, decisores, y personas usuarias que lo pueblan, todo lo cual hace al funcionamiento mismo de los servicios de salud, y del campo de la salud analizado en cuanto tal.

2.3 Salud-enfermedad-atención-cuidado (SEAC) y derecho

Dado el campo de estudio resulta necesario problematizar los conceptos de salud-enfermedad los cuales se encuentran asociados de modo directo a los procesos de atención y cuidado.

En principio puede decirse que las concepciones en torno a la SEAC no se agotan en conceptos e ideas, sino que implican y conllevan acciones concretas que repercuten sobre dichos procesos. En esta línea, las definiciones dadas por los organismos internacionales en salud, así como por organismos rectores y espacios de formación, implican también la fundación y refundación de prácticas por parte de los gestores del sector salud y equipos de trabajo.

Por ello a continuación se desarrollan estos conceptos y diversas perspectivas sobre los mismos, al tiempo que se aborda al final del apartado el derecho a la salud.

Salud/es

El concepto de salud se presenta para Jaime Breilh (2007, pp. 48-49), como un objeto multidimensional complejo, el cual es una y otra vez reducido desde paradigmas positivistas y simplistas (Morin & Pakman, 2011). En contra de estas reducciones Breilh plantea que las dimensiones del objeto salud implican tres órdenes que no pueden ser disociados, sino que deben ser considerados en su interrelación.

Así, se plantea una dimensión ontológica, referida al “ser” salud, o la cosa salud, una dimensión epistemológica, referida a las ideas y conceptualizaciones de la salud, en tanto campo teórico-práctico, y una dimensión de la praxis, que implica el para qué de la acción en salud. Se puede decir que dichas dimensiones son un campo en debate, en función de cómo se definen, quién las define, y qué se hace a partir de dichas definiciones.

A la fecha, por lo menos en el subsector público de salud, la definición de salud con mayor consenso en la literatura “oficial” es la que dio la OMS en 1948, a saber, salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 7). Tal definición ha suscitado múltiples críticas, así como también reconocimientos.

En el primer orden, se cuestiona el hecho de que se presenta como utópica, dada la idea de “completo”, estática, en función de la idea de “estado” en lugar de proceso (Salleras, 1989, como se citó en Catalán & Talavera, 2012), o bien, como problematiza Moreno (2008) en su revisión, el hecho de que se presenta como una definición que resulta atemporal y a-histórica, incluso con una idea de “normalidad” de fondo, en tanto habría un “completo bienestar”, objetivable, medible, mensurable.

En el segundo orden, los mismos autores destacan que, a pesar de lo dicho, se trata de una definición que parte de poner la salud en primer término (“salud es”), antes que la enfermedad y, sobre todo, en considerar que no es solo del orden de lo físico, sino que abarca otras dimensiones, entre ellas lo mental y lo social.

Sin embargo, entre los principales debates asociados a estas dimensiones de la salud se encuentran los procesos de reducción desde perspectivas positivistas y paradigmas simplistas, ya citados (Breilh, 2007).

Así, para Menéndez (2003), si bien existen múltiples modelos de atención de los padecimientos en las sociedades latinoamericanas, hecho denominado pluralismo médico, incluyendo las prácticas de autoatención de las mismas personas y colectivos sociales, el sector oficial de salud trata mayormente esta multiplicidad de forma aislada, e incluso antagónica.

Para Menéndez, en el sector salud, predomina la visión médica, y lo que el autor desarrolla en términos de Modelo Médico Hegemónico (MMH) **biomédico**⁵⁷. De los distintos rasgos del MMH⁵⁸, justamente el dominante es el biologicismo, por sobre cualquier otra dimensión. Así, dirá Menéndez:

El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituyen el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica. La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. (2003, p. 197)

En el mismo sentido, Emiliano Galende (2004) cuestiona la real integración, a nivel de las prácticas reales, de la tan mentada visión de la salud como un fenómeno bio-psico-social, reconociendo, por el contrario, en mayor medida la existencia de abordajes disciplinares segmentados.

Ampliando la problematización puede considerarse el concepto de salud desde la perspectiva de una construcción social, agreguemos, histórica, cultural, política, económica, etc.

⁵⁷ Si se resalta el término no es solo porque el mismo autor así lo escribe, sino porque, como él mismo refiere, las críticas que realiza se orientan principalmente a la clínica biomédica, y “menos a determinadas corrientes de la medicina social y de la salud pública, con las cuales se coincide en críticas que se realizan hacia las instituciones biomédicas, y también hacia las políticas públicas” (Menéndez, 2018, p. 474)

⁵⁸ También, entre los rasgos estructurales, la a-sociabilidad, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática, la orientación curativa, la relación asimétrica y subordinada entre el/la médico/a y el/la paciente, la exclusión de los saberes de este último y la medicalización de los problemas (Menéndez, 2004, p. 24).

En este sentido, el recorrido realizado por Langdon (2014) permite visibilizar los aportes de la antropología en el campo de la salud. Sin la intención de resumir su desarrollo, interesa destacar algunos aspectos abordados por la autora, a saber:

- la salud no se limita ni a los procesos biológicos ni a una lectura biomédica de los mismos;
- al contrario, múltiples sistemas sociales, históricos y culturales se ponen en juego a la hora de considerar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado;
- si bien es cierto que algunos sectores buscan detentar la hegemonía en la definición de los sentidos y prácticas de los procesos de SEAC, principalmente curadores profesionales o quienes detentan el manejo de los sistemas “informales”, la mayor parte de los conjuntos sociales construyen sentidos-prácticas-saberes de salud, en función de las experiencias que desarrollan, y de las construcciones e interacciones socio-culturales que sostienen las mismas como tales;
- de hecho, la experiencia-mirada biomédica es, también, parte de un sistema sociocultural (Good, 1994).

Por tanto, el concepto de salud es en sí complejo, histórico, social y cultural, abarca múltiples dimensiones y aristas, a pesar del continuo reduccionismo a la esfera biológica que sobre el mismo opera.

Sobre la enfermedad

Como fuera planteado, pensar la salud implica también pensar en la enfermedad, ambos como partes de un proceso antes que un estado absoluto.

En éste caso, encontrar una definición explícita del concepto no resulta sencillo, dado que incluso en bibliografía tan específica como la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (Organización Panamericana de la Salud, 1995), no hay una explicitación del término, sino más bien, definiciones de diferentes tipos de enfermedades (según localización de órgano, modo de desarrollo o transmisión, etc.)

En este punto, los desarrollos de Almeida Filho & Rouquayrol (2008) permiten ubicar cuatro grandes modelos desde donde se contemplan los procesos de salud-enfermedad, a saber⁵⁹:

-el modelo biomédico, el cual se puede afirmar es el que sustenta el modelo biomédico-hegemónico, centrado en lo orgánico-biológico y en la idea de enfermedad como desarreglo-desajuste del organismo, siendo este último similar a una máquina, en su versión extrema;

-el modelo procesual, desarrollado por Leavell y Clark a mediados de la década de los 60', el cual pone en visibilidad los determinantes de la salud, tales como factores ambientales, los denominados estilos de vida, los propios de la biología humana, así como, posteriormente, el acceso y calidad de la atención sanitaria (Villar Aguirre, 2011), a partir de reconstruir la historia "natural" de la enfermedad⁶⁰. Considerada la salud-enfermedad como un proceso, el modelo identifica diferentes períodos y vertientes de análisis: período de prepatogénesis, período de patogénesis, período de cura, invalidez o muerte, los cuales involucran, respectivamente, vertiente epidemiológica, patológica, y de desenlace;

-el modelo sistémico, el cual en su versión más básica, agrega a la idea de determinantes, la lógica de los sistemas y la alteración de las partes y el todo y las partes, considerando la sinergia multifactorial en la producción de procesos de salud enfermedad y modelos multicausales y multiniveles en la producción de enfermedades;

-finalmente, el modelo socio-cultural, en el cual se incorpora la visión de una construcción social-histórica-cultural de los procesos de SEAC y, por ende, una fuerte crítica a los modelos reduccionistas y biologicistas, incluyendo, entre otros aspectos, la visión de quienes padecen los procesos de salud-enfermedad, así como las construcciones (de sentido, culturales, etc.) singulares y colectivas sobre tales procesos.

Ahora bien, al igual que en el campo de la salud, en el caso de las enfermedades se puede problematizar qué es una enfermedad en un socio-histórico dado. En ese sentido Paul Farmer (2000), tomando como eje las enfermedades infecciosas emergentes, como por ejemplo el

⁵⁹ Se trata aquí de una versión sintética, sobre cada uno de los modelos existen múltiples ampliaciones, aristas y debates.

⁶⁰ Tal como plantean Almeida Filho & Rouquayrol (2008), la idea de una historia "natural" invisibiliza los procesos de desigualdades sociales e inequidades sociales, los cuales no son naturales, sino socio-históricamente contruidos. En el mismo sentido, Breilh cuestiona la idea de "enfermedades de la pobreza", lo cual invisibiliza que se trata de enfermedades producto de las desigualdades socio-económicas intencionalmente generadas en el contexto de un sistema económico.

virus de inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA), expone con claridad múltiples fenómenos e intereses sociales, políticos, históricos, económicos por los cuales, mediante los cuales y a través de los cuales, determinadas “enfermedades” se convierten/vuelven/emergen como tales, pero sin comillas, cómo se distribuyen en la población, y en qué medida dichos procesos se asocian también a las inequidades sociales, sociodemográficas y políticas⁶¹.

El proceso inverso también resulta válido, como fuera el caso de la homosexualidad, la cual recién en la década del 90 fue excluida por la OMS de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Peidro, 2021).

Otro aspecto que resulta de importancia, es aquel que refiere a “lo social”, y su lugar a la hora de pensar la producción de enfermedades.

Dicho ejercicio fue llevado adelante, entre otros, por una corriente de la medicina social latinoamericana (MSL) que, como recuerda Laurell (1986), pudo dejar de pensar lo social como algo externo al proceso biológico, factor de riesgo del proceso de enfermar en la lógica ecológica (huésped/agente/medio) para teorizar “las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad enfatizando que no sólo esta socialmente determinado sino que tiene carácter social en sí mismo” (p. 3).

Puestas así las cosas, no se trata de lo social = factores “externos”, sino que lo que rodea a los sujetos y los colectivos los atraviesa y constituye, haciéndolo/s incluso desde lo biológico.

Como señala Eslava-Castañeda (2017), si bien no hay una única forma en pensar ese proceso de determinación social de la salud en la MSL, sí existe anclado a dicho pensamiento dos nociones básicas asociadas, a saber: “Los fenómenos de salud y enfermedad son, por esencia, fenómenos tanto biológicos como sociales y 2. Para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas” (p. 398).

Con matices propios pero en la misma línea organismos rectores como la OMS han avanzado en visibilizar los determinantes sociales de la salud, con particular énfasis a partir de la

⁶¹ Así, por ejemplo, con relación a la distribución sociodemográfica de la prevalencia del VIH, dirá Farmer: “ninguna conexión ha podido explicar de manera convincente las disparidades en la distribución o en el resultado de la enfermedad causada por el VIH. Los únicos factores combinados que han sido bien demostrados son las desigualdades sociales, que han estructurado no sólo los contornos de la epidemia del sida, sino también el curso de la enfermedad desde el momento que el paciente se ve infectado.” (2000, p. 192)

creación de la comisión que lleva el mismo nombre en el año 2005. Su informe, *Subsanar las desigualdades en una generación* (Organización Mundial de la Salud, 2008) plantea en su inicio la existencia de desigualdades e inequidades sanitarias evitables,

resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. (p. 3)

Se remarcaba que en tanto evitables, no eran naturales, sino por el contrario producto de:

a) inequidades en cuanto al poder y la influencia asociados con la desigualdad de los ingresos y de la situación social y económica, b) inequidades en cuanto a la exposición al estrés, las toxinas ambientales y otras condiciones adversas, y c) inequidades en cuanto a las consecuencias de la discriminación y el acceso desigual a servicios. (Balladelli et al., 2012, p. 1)

Interesa remarcar también que no se trata solo del acceso desigual a servicios, entre ellos vivienda, agua, entre otros, como remarca la OMS, sino y en particular en el caso de salud, incluye la calidad de los mismos. Por ello, entre sus orientaciones plantea la necesidad de “sistemas sanitarios de calidad con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 12).

A la complejidad planteada hasta aquí se agregan los sentidos que adquieren los procesos de salud-enfermedad como construcción por parte de los sujetos sociales. En ésta línea autores como Veena Das (2017) y Castro Pérez (2009), aunque en diferentes contextos, tipos de estudio e intencionalidades, coinciden en plantear el valor de considerar las narrativas de los procesos de salud-enfermedad desde la perspectiva de las personas, por cuanto hacen a las significaciones y prácticas mediante las cuales, y a través de las cuales, sujetos y grupos viven los procesos de salud-enfermedad y se ocupan de ellos.

Así las representaciones sobre la enfermedad que los sujetos sociales poseen, expresadas mediante el lenguaje, no solo permiten entender como son vividas las mismas, sino que poseen carácter performativo, siendo que “el acto discursivo es a la vez algo actuado (teatral) y al mismo tiempo lingüístico” (Peller, 2011, p. 50), es decir, implican una acción.

Al mismo tiempo, los autores coinciden en la necesidad de generar un equilibrio en cómo se entiende el proceso de producción de sentido. Es decir, esa producción social de significaciones no se da ni en un atropello absoluto del sujeto, cual significación impuesta en un determinado contexto social sobre un sujeto pasivo, ni tampoco se trata de un acto absolutamente individual. En todo caso, se trata del encarnamiento singular de un discurso social, con las resignificaciones y significaciones propias de ese singular, y sus interacciones con otros, en el marco de un contexto material que no rodea (por fuera) los textos (discursos) que se producen, sino que son parte del texto⁶².

Atenciones/cuidados

En un sentido restringido, en el campo de la salud suele considerarse la atención como aquella dispensada por un curador profesional o bien personal del sector formal de salud.

En un sentido más amplio, como ya fue planteado lo que existe es un pluralismo de formas y modelos de atención y cuidado, incluyendo lo que Menéndez (2004) denomina la autoatención, la cual define como:

las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. (p. 32)

Incluso cuando estos, los curadores profesionales, puedan ser la referencia de las actividades de autoatención como tales.

Puede plantearse que uno de los intentos desde la misma OMS/OPS por revertir la lógica de la atención centrada en lo biológico, la enfermedad y la atención reparativa, fue planteado por la misma organización ya en el encuentro y posterior declaración de Alma Ata (Kazajistán, ex URSS), en 1978, con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

El punto VI de la declaración definía que significaba APS, a saber:

⁶² Al problematizar cómo opera el contexto en las producciones de sentido en el caso de los pequeños colectivos o grupos, la Psicóloga Ana María Fernández planteará: “*el llamado contexto es, en rigor, texto del grupo*; es decir, no hay una realidad externa que produce mayores o menores efectos de influencia sobre los acontecimientos grupales, sino que tal realidad es parte del propio texto grupal, en sus diversas modelizaciones; es por ende fundante de cada grupo; más que escenografía, drama grupal.” (A. M. Fernández, 2005, p. 148) [en itálicas en original]

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 1)

Entre los debates que rodearon posteriormente esta definición de APS y sus implicancias, resulta de interés citar, por su claridad y participación en primera persona⁶³, la revisión que realiza Tejada de Rivero en por lo menos 3 oportunidades, y en donde el planteo central refiere a la distorsión del concepto de APS, ya sea por aspectos de traducción del lenguaje del inglés al español, ya sea por incomprensión o mala interpretación de los tres términos de la estrategia de APS, o bien por la pugna de intereses (financieros, corporativos, etc.) contrapuestos.

Rivero señala que el termino en ingles que paso al español como atención era *care*, es decir, el concepto más amplio de cuidado, y no la reducción de atención = a atención médica. El termino primario que refería a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario, y no “como un servicio, todo médico reparativo y barato para atender a los pobres” (D. T. de Rivero et al., 2018, p. 676). Salud no es el sinónimo (y antónimo a la vez) de enfermedades y enfermos (Tejada de Rivero, 2013), sino un derecho humano fundamental cuyo cumplimiento requiere de la participación de todos los sectores políticos, económicos y sociales, además del sector salud (Rivero, 2004).

En la misma línea, en base a lo desarrollado por Rovere (2012) se puede plantear que, en los extremos, dos grandes corrientes se disputan el sentido de la APS, a saber:

⁶³ Tejada de Rivero (1929-2018), de nacionalidad peruana, profesional médico ocupó, entre otros cargos, el de Subdirector general de la OMS entre 1974 y 1985, período en el cual estuvo a cargo de coordinar la conferencia internacional sobre APS celebrada en Kazajistán en 1978 (OPS, s. f.)

1-La APS entendida como la estrategia que permite el acceso de manera universal a los servicios de salud, con tecnologías apropiadas, a un costo que pueda ser soportado por el país, orientados hacia la intersectorialidad y el abordaje de los determinantes de la salud, con asignación de recursos financieros y humanos acordes a las metas buscadas, y con eje en la participación social y comunitaria.

2-La APS entendida como forma de servicios de bajo costo para poblaciones desprotegidas (atención pobre para pobres), APS selectiva o restrictiva, impulsada en diferentes momentos por diferentes organismos internacionales (Fundación Rockefeller, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, etc.), en donde en lugar de fortalecer las estrategias Estatales en el primer sentido de la APS, esta es reemplazada por una lógica de “focalización y de subsidio de la demanda” (Rovere, 2012, p. 337).

Ahora bien, en el plano de las orientaciones internacionales en materia de salud, al encuentro de Alma Ata, que permitió visibilizar una estrategia que ya contaba con otros antecedentes en diferentes países (Feo, 2012), le seguirían un conjunto de eventos y declaraciones centradas, de manera sintética, principalmente en:

- potenciar las acciones de promoción de la salud, antes que la reparación de la enfermedad;
- visibilizar el hecho de que la inequidad, con base en relaciones de poder desiguales, resulta central para comprender los factores que determinan los procesos de salud enfermedad;
- la renovación de la misma estrategia de APS (proceso iniciado en el año 2003), colocando en las agendas político sanitarias sistemas de salud basados en APS;
- la idea de que “salud”, como concepto y como hecho, debía ser transversal a las diferentes políticas públicas y, siempre, convocando con mayor o menor énfasis, al compromiso de los diferentes gobiernos que participan de las Naciones Unidas a encabezar tales iniciativas, incluyendo a la salud como uno de los ejes de las agendas de gobierno y transversal a las diferentes políticas (en educación, producción, etc.).

Como se ha visto hasta aquí, múltiples dimensiones rodean los conceptos de salud, enfermedad, atención y cuidado, antes que como un evento biológico, potestad de la atención médica, se asume en esta tesis una posición centrada en la complejidad de los citados

procesos por la cual, si bien lo biológico es un aspecto de los mismos, lejos está de ser el único.

Derecho a la salud

El derecho a la salud es en sí mismo un campo de problemas y punto de intersección entre aspectos jurídicos, políticos, sanitarios, entre otros. Sin pretender abordarlo en la extensión de su complejidad interesa sí dar algunas coordenadas y definiciones en función del campo de estudio.

En principio el derecho a la salud posee raigambre constitucional en tanto derecho “colectivo, político y social” (Donato, 2017, p. 1), y se encuentra explicitado en el artículo 42 de la Constitución Nacional de 1994:

Los consumidores de bienes y servicios tienen derecho en la relación de consumo a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. (Donato, 2017, p. 2)

Al mismo tiempo es explicitado en múltiples tratados internacionales sobre derechos humanos, incorporados también en la Constitución Nacional, que dan cuenta de la interrelación del derecho a la salud con otros derechos. Tal como plantea Donato con relación al Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y la Observación General de Agosto del año 2000, donde se reconoce que el derecho a la salud no solo conlleva:

el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sino que abarca aquellas condiciones socioeconómicas que posibilitan llevar una vida sana, a saber:

Suministro adecuado de alimentos sanos.

Una nutrición y una vivienda adecuada.

El acceso a agua limpia potable.

Condiciones sanitarias adecuadas.

Condiciones de trabajo sanas y seguras.

Medio ambiente sano.

Acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (Donato, 2017, p. 3)

Ahora bien, como explica Marra (2021) el derecho a la salud es también deber de Estado en términos de su cumplimiento y regulación. Sin embargo, en el contexto de la complejidad de la realidad social e histórica, remarca las dificultades para que dicho derecho sea plenamente cumplido y no una ficción:

la realidad indica que nuestro país se encuentra inmerso, desde hace décadas, en recurrentes crisis económicas y sociales, con cada vez más elevados índices de necesidades básicas insatisfechas. Todo ello, a modo de causa y efecto, deteriora aceleradamente al propio sector público como al sector privado, a la economía en su conjunto y todo el entramado social, produce pérdidas de fuentes de trabajo, baja calidad educativa, menor desarrollo y mayores índices de pobreza. (Marra, 2021, p. 89)

Por lo cual Marra (2021) concluye: es necesario “no solo mejorar los estándares institucionales en todos lo relativo a la salud propiamente dicha, sino también en todos los demás ámbitos de la vida institucional correspondientes a los tres poderes de gobierno” (p. 90), tanto a nivel nacional, provincial, como municipal, sino también diseñar, controlar y ejecutar políticas que promuevan equidad y eficiencia, con inclusión y participación ciudadana.

Desde una reflexión jurídica y sanitaria, Echevoyembery (2021) también hará hincapié en la distancia que existe entre el derecho a la salud, consagrado en términos jurídicos, y su implementación, dadas las documentadas barreras que existen en el acceso a la salud para buena parte de la población. En su análisis no solo destaca problemas de implementación, sino aquellos derivados de las mismas formas en que se concibe la salud, tanto en el plano jurídico como sanitario. En esta línea y como parte de su argumento, plantea que la misma

praxis jurídica suele hacer un uso restringido de lo que es salud, y ello conlleva a una restricción de derechos para la ciudadanía y a su vez, una participación estatal más restringida. En general las conceptualizaciones sobre salud provienen casi de manera exclusiva desde el campo médico. (Echevoyembery, 2021, pp. 96-97)

Estas conceptualizaciones médicas sobre la salud atraviesan no solo dicha praxis jurídica, sino las formas en que el Estado, gobiernos, organismos y ciudadanía conciben la salud, lo cual

condiciona e impacta en la configuración de los sistemas jurídico y sanitario, en las políticas públicas que se implementan, en las formas de abordar las problemáticas, en la definición de los sectores del Estado convocados y en el tipo de respuesta; y en los dispositivos de participación comunitaria que se crean, reconocen o legitiman. (Echegoyemberry, 2021, p. 97)

Por tal motivo, y luego de dar cuenta de diferentes formas y modelos de concebir la salud, incluyendo su determinación social así como la pluralidad de las formas de atención, concluye es necesario “construir puentes entre el campo jurídico y el campo sanitario a partir de una noción amplia de salud y de derecho a la salud”, incluyendo la lógica más amplia de los derechos humanos, así como la “intersectorialidad de género” y la “interculturalidad” (Echegoyemberry, 2021, p. 104).

Caso contrario el riesgo es “caer en una visión atomizada, fragmentada, individualista de la salud que condiciona y se expresa en prácticas judiciales, legislativas y sanitarias restrictivas de derechos de las personas, colectivos y comunidades.” (Echegoyemberry, 2021, p. 104)

Recuperando de manera sintética lo dicho en el desarrollo del punto 2.3, los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado involucran múltiples consideraciones y aristas, y las posiciones desde dónde se los conciba, así como las estrategias que se desplieguen para su abordaje no tendrán las mismas implicancias. Si bien el derecho a la salud se encuentra consagrado en la Constitución Nacional, Provincial (como se vio en el capítulo I), y en múltiples tratados a los que la Argentina adhiere, en el contexto más amplio de los derechos humanos, múltiples determinantes condicionan su cumplimiento efectivo.

A modo de cierre, y coincidiendo con Echegoyemberry et al. (2017), de su análisis multidimensional de la APS concluyen que se requiere implementar la APS desde un enfoque de derechos humanos, lo cual implica hacer de ella no solo la estrategia rectora en materia sanitaria y de los servicios de salud, sino en tanto “herramienta eminentemente política y social de constitución de ciudadanía y por lo tanto, relevante para la construcción de un marco legal nacional y supranacional que obligue al Estado a actuar como garante y promotor del derecho a la salud” (p. 11).

También reconocer que la salud es un derecho humano fundamental “inescindible de otros derechos económicos, sociales y culturales” (p 11) y, finalmente, que la manera de garantizar

el acceso universal a la salud es desarrollando políticas públicas y sistemas de salud basados en APS.

2.4 Reorganización-reorientación de los servicios de salud para la atención de las ENT en Atención Primaria de la Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Tal como se desarrolló en el primer capítulo, hacia principios del S. XXI, y con mayor énfasis a partir del inicio de la segunda década, se comienza a impulsar fuertemente estrategias para el abordaje de las ENT, en América Latina y en Argentina en general, y en la provincia de Misiones en particular.

La publicación de OPS, “Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas” (2013), remarcaba la existencia de evidencia que indicaba la mala calidad de la atención de las enfermedades crónicas, presente en múltiples situaciones y sus principales efectos, incluyendo: el subdiagnóstico, la falta de equipamientos e insumos mínimos, tales como medicación apropiada, el poco tiempo que disponen los proveedores de salud para la atención, la falta de continuidad de los cuidados, y consecuente resultado clínico bajo y aumento de las complicaciones, entre otros aspectos (pp. 18-20).

En el caso de las patologías aquí priorizadas señalaban, por ejemplo: “Más de la mitad de las personas diagnosticadas con diabetes o hipertensión no llegan a alcanzar los objetivos del tratamiento” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 19).

En función de estos y otros antecedentes, se comienzan a traccionar, mediante capacitaciones y acciones de sensibilización, en particular de los profesionales médicos, el manejo integrado de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con particular énfasis en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Como modelo de atención, se plantea que no se trata de crear un sistema de atención exclusivo para las ECNT, “sino más bien asegurar que el sistema de salud esté totalmente preparado y equipado para proporcionar una atención continua de alta calidad para aquéllos que lo necesitan” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 17). Por integrado, se plantean tres aspectos que a continuación se resumen:

-en primer término, se comprende el hecho de que la mayor parte de las personas que requieren asistencia poseen más de un factor de riesgo, o bien enfermedades preexistentes (tales como obesidad e hipertensión, DM y sobrepeso, etc.), requiriendo por tanto un marco integral de atención;

-en segundo lugar, el hecho de que la mayoría de las ECNT “plantean demandas similares a los trabajadores de la salud y sistemas de atención, de tal forma que las maneras análogas de organizar y gestionar la atención de estas enfermedades son efectivas por igual, sin importar la etiología” (p. 16);

-finalmente, el hecho de que también la mayoría de las ECNT poseen factores de riesgo en común, ya sea primarios o secundarios; así, por ejemplo, la obesidad se presenta como un factor de riesgo primario de importancia para la diabetes e hipertensión, o bien las enfermedades del corazón se convierten en una potencial complicación (factor de riesgo secundario) para una condición crónica existente, tal como la DM o la HTA.

Del mismo modo, se justifica la atención de las ECNT de manera integrada a la atención de otros procesos vitales, tales como el control de la tensión arterial en el proceso de embarazo, o bien la vinculación entre enfermedades infectocontagiosas y ciertos tipos de cáncer, como es el caso del virus de Papiloma Humano y el cáncer cervicouterino.

Con base a dicha justificación, la OPS resume los atributos deseables frente a los existentes en lo referido al modelo de atención (tabla 14):

Tabla 14: *Atributos de la asistencia eficaz para las condiciones crónicas*

Atención anticuada	Atención eficaz
Centrada en la enfermedad	Centrada en el paciente
Atención especializada/hospitalaria	Con base en la APS
Centrada en los pacientes individuales	Centrada en las necesidades de la población
Reactiva, actúa según los síntomas	Proactiva, planificada
Centrada en el tratamiento	Centrada en la prevención

Fuente: reproducción Tabla 1 (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 20)

A los fines de lograr la citada atención eficaz, la OPS cita, entre los modelos más difundidos, el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), desarrollado a mediados de la década de los 90 por Wagner et. al. (1996), así como la ampliación del mismo en 2002 por parte de la OMS,

desarrollado en el contexto de sistemas de salud basados en atención primaria y la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

El artículo del año 1996 de Wagner et. (1996) sentenciaba con relación a la atención, en particular la atención médica de las enfermedades crónicas, un conjunto de deficiencias entre las cuales se encontraban:

- la no inclusión, en la mayoría de los casos, de componentes de intervención que contribuyan a mejorar la posibilidad de automanejo de la enfermedad por parte de las personas (tales como indagar en la capacidad funcional de los pacientes, comprensión de la enfermedad, prácticas existentes de automanejo, etc.);

- la falta de preparación de los profesionales, cuando no la falta de disponibilidad temporal, para dar satisfacción a las necesidades educativas, conductuales y psicosociales de las personas con ECNT y sus cuidadores;

- el incumplimiento, a pesar de su existencia, de lineamientos clínicos de atención, por ejemplo, para hipertensión arterial, diabetes o el asma.

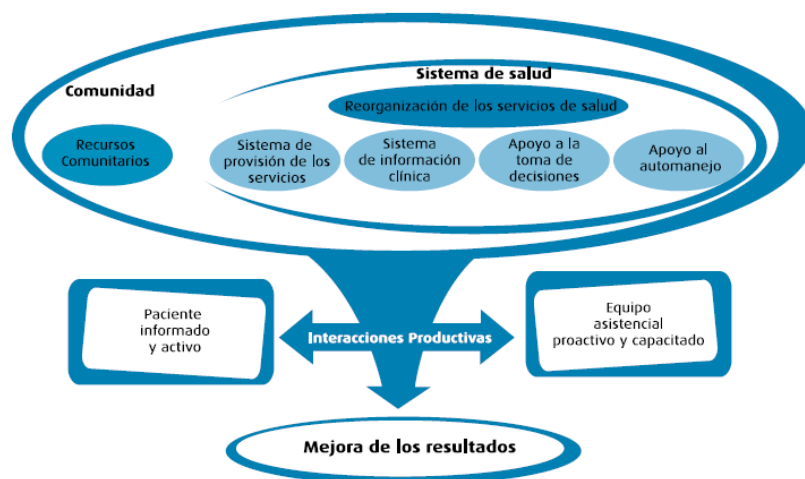
A lo cual agregaban, como un factor de importancia, además de lo citado en términos de deficiencia en la formación, una tendencia de la organización de la atención basadas en los eventos agudos. En términos de los autores:

un factor más crítico que deriva de la cultura y la estructura de la práctica médica, que limitan la capacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades clínicas y de autogestión de los pacientes crónicos. Las consultas médicas, especialmente las de atención primaria, suelen estar organizadas para responder a las necesidades agudas y urgentes de sus pacientes. Se hace hincapié en el diagnóstico, el descarte de enfermedades graves y los tratamientos curativos o de alivio de los síntomas. (Wagner et al., 1996, p. 513, traducción propia)

En el caso de Argentina, en el año 2014 se publicaba y difundía, desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de las Enfermedades no Transmisibles, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, el modelo de abordaje integral de personas con enfermedades no transmisibles, modelo MAPEC, basado en el MCC de Wagner, y en sucesivas modificaciones y ampliaciones del mismo, incluyendo estrategias de promoción de

salud a nivel poblacional y la consideración de los determinantes de la salud (Barr et al., 2003). La figura 10 reproduce el modelo MAPEC contenida en la publicación nacional.

Figura 10: Rediseño del gráfico de Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud, (2012)



Fuente: tomado de gráfico 1 (Laspiur, 2014, p. 9)

En consonancia con lo planteado hasta aquí, el modelo MAPEC plantea las transformaciones que se requieren realizar, y por tanto da cuenta de lo existente:

La atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia terapéutica. (Laspiur, 2014, p. 10)

Como puede apreciarse, buena parte de lo señalado por Wagner et. al, se reproduce aunque en términos diferentes. Con base a lo dicho, el modelo presenta 6 componentes que se requiere traccionar, y de los cuales se sintetizan a continuación aspectos claves para este trabajo.

a-Organización de la atención a la salud: en el cual se destacan tres componentes claves para reorientar y organizar los servicios para las personas con enfermedades crónicas, a saber:

-1- una política que priorice el problema, incluyendo la asignación de recursos, disminuya la fragmentación del sistema, mejore el acceso y la equidad, integrando acciones entre efectores

y programas. Llama, en este punto, a una orientación proactiva por parte de los equipos de salud;

-2- el ejercicio de liderazgo en todos los niveles organizacionales, a los fines de promover una atención que sea segura y de calidad;

-3- finalmente, implementar modelos de “mejora de la calidad de atención que permita desarrollar, probar y poner en práctica cambios en la forma en que se hacen las cosas, evaluar el grado de mejora y replanificar” (Laspiur, 2014, p. 11).

b-Una nueva organización de los sistemas de provisión de servicio los cuales, argumenta el MAPEC, se encuentran orientados hacia el tratamiento de enfermedades agudas, o bien eventos vitales delimitados en el tiempo, principalmente la atención materno-infantil.

Al contrario, la atención de las ECNT debe facilitar un tratamiento continuo, del cual quede registro en una historia clínica única, con turnos programados y protegidos, medicación e insumos necesarios, ajustables y adecuado, centrado en el fomento del denominado automanejo (individual y grupal), a los fines de lograr la adherencia a las medidas terapéuticas. En esta línea, define el MAPEC:

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere un abordaje biopsicosocial que haga foco en la adherencia, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural de la persona. Para esto, es necesario contar con un equipo interdisciplinario con funciones y tareas claramente definidas para cada uno de sus miembros. (Laspiur, 2014, p. 12)

Finalmente, debe prever la gestión de casos graves o bien complicaciones de la enfermedad.

c-Sistemas de información clínica (SIC): definidos como uno de los pilares del modelo, los SIC incluyen todos los registros correspondientes a las interacciones entre las personas con ECNT y los proveedores de servicio de salud, incluyendo desde aspectos demográficos hasta resultados de laboratorio u otras medidas, información definida como pertinente y necesaria y que permita, desde el monitoreo y la evaluación, hasta la información para la toma de decisiones clínico-terapéuticas.

Se entiende, según el modelo, que tanto los integrantes del equipo de salud, como la misma persona, deben estar informados y comprometidos con el plan de cuidados.

d-Apoyo a la toma de decisiones: el MAPEC se asienta fuertemente en la implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de las ECNT, recomendaciones que, indica, deben aplicadas sistemáticamente.

Las GPC ofrecen, tanto a equipos de salud como a las personas con ECNT, “recomendaciones basadas en evidencia que le permiten tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida” (Laspiur, 2014, p. 13)

e-El apoyo al automanejo, anteúltimo componente del modelo, resulta en la actividad permanente de los equipos de salud de brindar herramientas a las personas con ECNT a los fines de manejar su propia enfermedad, y reconocer los signos y síntomas de posibles complicaciones.

Para ello, los proveedores de servicios deben, de manera colaborativa con las personas tratadas, fijar metas de tratamiento, planificar acciones de prevención secundaria, así como brindar herramientas para la resolución de problemas, incluso preparar para estadios avanzados de la enfermedad.

En este sentido, entre los recursos promovidos por el MAPEC para el apoyo al automanejo, particular énfasis tiene el denominado modelo de las 5 “A”, es decir, la actitud por parte de los equipos de salud de averiguar, aconsejar, acordar, ayudar, arreglar, refiriéndose este arreglo al seguimiento de las personas por parte de los proveedores de servicios de salud, así como a los ajustes en las planificaciones de tratamiento, facilitar los procesos de referencias a otros niveles de atención, etc.

En todos los casos, se plantea la toma de decisión conjunta (equipo de salud-persona en tratamiento) como parte de la mayor posibilidad de éxito del tratamiento, así como la adecuación y participación de la persona en base a la indagación de expectativas y valores.

f-Finalmente, los recursos comunitarios, son definidos como los servicios de apoyo a la atención prestada por las organizaciones de salud, y el “nexo entre los servicios de atención clínica organizada y el mundo real de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias” (Laspiur, 2014, p. 14).

Para ello se estimula que los mismos proveedores de salud identifiquen recursos en la comunidad o bien estimulen su desarrollo, los cuales van desde asociaciones de pacientes, organizaciones no gubernamentales, u organizaciones comunitarias. Se trata, plantea el MAPEC, de aunar esfuerzos.

Interesa resaltar que justamente el proyecto PROTEGER, citado en el primer capítulo, basa su estrategia en el MAPEC, tal como explicita el manual operativo del crédito: “El instrumento de abordaje integrado será el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC, equivalente al *Chronic Care Model* ideado por el MacCollInstitute), impulsado por la Organización Panamericana de la Salud” (Ministerio de Salud de la Nación, 2018c, p. 11).

Por su parte, la propuesta de redes integradas de servicios de salud (RISS), plantea algunos aspectos teórico-prácticos, y de gestión, en los que importa detenerse.

Para OPS la estrategia de RISS es planteada como una de las principales expresiones operativas del enfoque de atención primaria de la salud a nivel de los servicios de salud, permitiendo que varios de sus componentes se materialicen, a saber: “la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión, óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, pp. 16-17)

En términos de fundamento de la propuesta, la estrategia de RISS es planteada, entre otros aspectos, como un modo de intervenir en los problemas asociados a los fenómenos de fragmentación y segmentación, reconocidos en el sector salud en la mayoría de los países de América Latina, y que producen impacto por lo menos en dos niveles:

-a nivel de los sistemas y servicios de salud, la fragmentación “se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 21).

Estos aspectos significan, a su vez, baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, uso de servicios de urgencia para obtener atenciones que se resolverían en consultorios de atención ambulatoria, etc.;

-a nivel de la experiencia de las personas que requieren los servicios de salud, la fragmentación implica, entre otros aspectos, “falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 21).

Del mismo modo, remarca la OPS, entre los ejemplos se listan la necesidad de asistencia a múltiples espacios de consulta por un mismo problema de salud, la falta de una atención regular, repeticiones de registros, por ejemplo de historias clínicas, o incluso de análisis, por ejemplo de laboratorio, o bien indicaciones no adecuadas a los contextos sociales, económicos y/o culturales de las personas.

En base a éstas y otras evidencias, la iniciativa de RISS define y promueve servicios de salud integrales como:

la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 29)

Mientras que, por su parte, la idea misma de redes integradas de servicios de salud, implicaría que las organizaciones sanitarias presten servicios integrales y equitativos de salud, a una población definida, mediante la coordinación y establecimientos de arreglos previos.

A su vez, indica OPS, la red debe estar dispuesta a rendir cuentas tanto por el estado de salud de la población que es asistida, como por sus resultados clínicos y económicos.

En Argentina, la estrategia se plantea también en conjunto con los sistemas y servicios de salud basados en APS, como una de las principales formas para lograr la salud universal, y reconociendo la existencia y los efectos de la fragmentación y segmentación. Por el contrario, la salud en el enfoque de universalidad propuesto, implica que:

todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y accesibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en especial los grupos en situación de vulnerabilidad. (Artaza Barrios, 2017, p. 18)

En base al mismo documento, resulta de interés la definición de lo que *no* son las RISS, a saber:

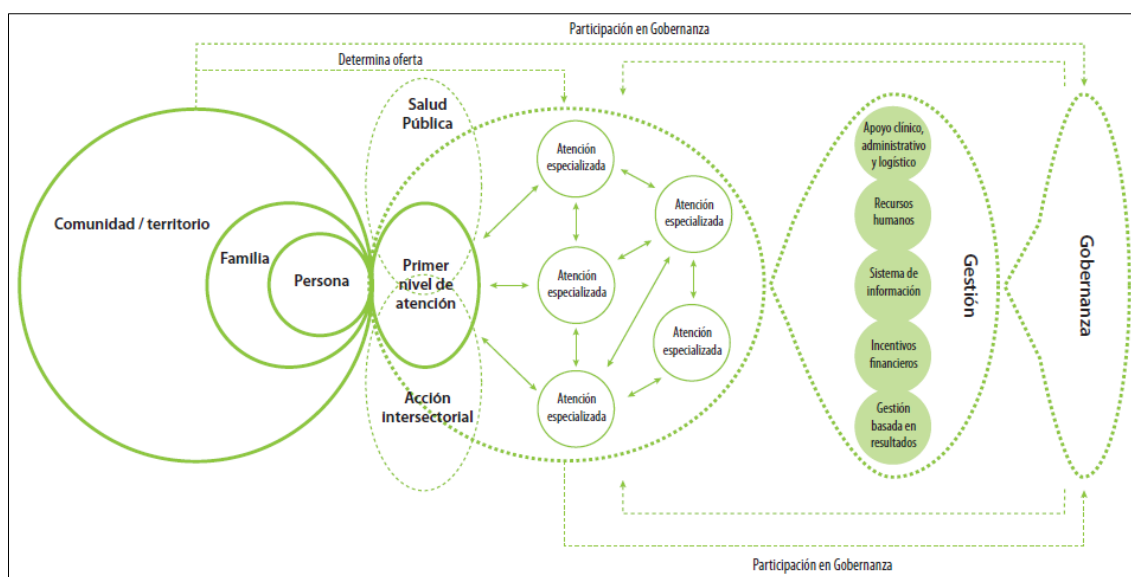
-no se trata solo de sistemas de conectividad informáticos, aunque, como aclara el documento, los mismos ayudan mucho;

-tampoco se agota en acuerdos de derivación entre establecimientos para personas con algún padecimiento, o bien en el establecimiento de sistemas normativos que hagan a los procesos de referencia y contrarreferencia.

Por el contrario, la estrategia de RISS es conceptualizada como una “construcción permanente de personas y organizaciones que se articulan, involucran y comprometen para resolver cooperativamente necesidades de personas y comunidades” (Artaza Barrios, 2017, p. 22).

La representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en red (figura 11), resume los mismos y permite ver el lugar preponderante del primer nivel de atención, así como el sentido de la determinación de la oferta, no de los servicios hacia los problemas de salud de las personas (familias y comunidades), sino a la inversa.

Figura 11: *Representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en red*



Fuente: tomado de “Figura 3. Representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en red” (Artaza Barrios, 2017, p. 23)

Nota: en el documento indica: Fuente: Adaptación OPS, de Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010.

Si bien en el glosario, presente en el documento, no figura la definición de la idea de gobernanza propuesta, al explicar por qué el “sistema” de salud argentino es segmentado y fragmentado, da cuenta de que significaría gobernanza, a saber:

Terminar con la segmentación y la fragmentación no implica necesariamente un “sistema único”, sino que dentro de la diversidad una gobernanza compartida pudiera tender a la mancomunación de fondos, a marcos regulatorios comunes, a contar con un sistema común de información para monitorear la producción y resultados en salud, a la homogenización de modelos de atención y de prácticas y al intercambio de servicios, de modo que las personas no notaran quiebres ni diferencias injustas o discriminatorias. (Artaza Barrios, 2017, p. 29)

Es decir, la gobernanza refiere a un modelo de forma compartida (sector público, privado, organizaciones y población) de participar en la toma de decisiones con relación a la red y sus componentes claves (modelos de atención, sistemas de información, recursos, etc.).

Finalmente, cabe destacar dos aspectos conceptuales sobre la propuesta de RISS:

-en primer lugar, el primer nivel de atención no es **puerta de entrada** al “sistema” de salud, sino un eje ordenador de este, siendo la fuente primaria de la información sobre la salud de la población, así como del manejo y gestión de casos (seguimiento de procesos asistenciales, gestión de turnos, ordenamiento del proceso de referencia y contrarreferencia, etc.). Para ello, debe contar con recursos suficientes (tanto humanos, financieros, tecnológicos adecuados al nivel), que fortalezcan su capacidad de resolución y su confiabilidad.

En términos de concepción de la gestión, los establecimientos organizan y gestionan sus actividades, y ordenan, en la horizontalidad, lo que puede “bajar” verticalmente en calidad de programas, proyectos, etc.

-En segundo lugar, el primer nivel de atención se encuentra, o debería encontrarse, compuesto por equipos interdisciplinarios, e integrado a una red de establecimientos ambulatorios de mayor complejidad o complejidad creciente, hospitales agudos, establecimientos con internación, así como dispositivos de manejo ambulatorio.

En la propuesta conceptual se integra, también, dispositivos comunitarios y socio comunitarios, en particular para algunos problemas de salud o etapas del ciclo vital, tales como los padecimientos mentales o manejo de enfermedades crónicas, o la atención y acompañamiento de adultos mayores, respectivamente.

Por tanto, no es solo una red asistencial, sino una red sociosanitaria, lo cual debiera implicar la participación del primer nivel de atención con la comunidad, y de ésta última con los establecimientos.

2.5 Esquema de articulación

Se ha planteado hasta aquí un conjunto de conceptos que se articulan con el campo de estudio. Con el objetivo de que los mismos funcionen como herramientas que aporten a la comprensión de una realidad de extrema complejidad, se ubica un primer esquema conceptual que será utilizado luego en el capítulo IV para el análisis empírico y será la base de las síntesis gráficas 18 y 19 presentadas en el capítulo V.

Tabla 15: *Esquema de articulación conceptual.*

Variables independientes	Variable Intermedia	Variable Dependiente
Organización Institucional del Sector Salud Lineamientos de Políticas-Planes-Programas-Proyectos-Créditos Internacionales en salud Determinantes Sociales de la salud Cultura organizacional y del RRHH en salud	Gobernanza: Las normas Los actores Los puntos nodales Los procesos El Poder	Organización de los servicios de salud para la atención y cuidado de las personas con ENT

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo lo propuesto por Hufty, se presenta en calidad de variable dependiente la organización de los servicios de salud para la atención y cuidado de las personas con ENT, representada por los casos concretos que fueron campo de análisis. La gobernanza y sus dimensiones, variable intermedia se configuran como el eje de análisis, para lo cual se vuelve necesario, a su vez, considerar las variables independientes que determinan tanto la intermedia como la dependiente.

Habiendo sido desarrollados los principales conceptos y perspectivas teóricas que constituyen el andamiaje del presente trabajo, a continuación, se abordan los aspectos metodológicos del proceso de investigación.

Capítulo III. Diseño Metodológico

Resumen del capítulo

A partir de un conjunto de preguntas, algunas respondidas en primera persona del singular como se anticipó en la introducción, este capítulo desarrolla aspectos vinculados al proceso de construcción del campo de estudio y los intereses que convocaron al mismo. También se presentan procesos vinculados al diseño del plan de tesis y la posición epistemológica y metodológica que sostuvo el trabajo y los objetivos que persiguió. Se explicitan las unidades de análisis, selección de participantes, técnicas utilizadas y se hace énfasis en la triangulación de métodos y fuentes, así como en la reflexividad como parte de la estrategia cualitativa. Finalmente, se refieren algunos aspectos del proceso de escritura de los resultados y el análisis.

Construcción del campo de estudio, ¿o qué llevo al mismo?

La elección de un determinado campo de estudio no suele ser azarosa. En mi caso, desde mi ingreso al campo de la salud pública en el año 2008 me dedique a la gestión, la escritura de proyectos e informes, y la implementación de diferentes iniciativas ya sea provinciales o nacionales. Durante una década me ocupe de la coordinación técnica del Programa provincial de Descentralización de la gestión en Atención Primaria de la Salud, lo cual me llevo a trabajar con los gobiernos locales en el diseño de proyectos de APS, a lo cual se sumaría luego la coordinación y representación en la provincia del Programa nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

Estas dos actividades ya me habían llevado a trabajar con los equipos de salud en el territorio, aunque mayormente mi relación era con los equipos de gestión municipales de las diferentes localidades de Misiones, incluyendo las autoridades máximas (intendentes/as), secretarios/as de acción social (muchas veces encargados de aspectos vinculados a la salud), y también autoridades de hospitales.

En 2014 fui convocado a terminar de darle forma a un proyecto piloto traccionado por la el Ministerio de Salud de la Nación y con apoyo financiero del Banco Mundial que se desarrollaría en Misiones, en simultáneo a otro proyecto en Tucumán, a los fines de promover

la reorientación de los servicios para el abordaje y tratamiento de las enfermedades no transmisibles a partir de cinco líneas de cuidado⁶⁴.

El proceso de diseño implicó el involucramiento en la lectura sobre las líneas de cuidado seleccionadas y su tratamiento, la designación y el acompañamiento de especialistas en cada una de ellas para evaluar propuestas de trabajo, el análisis con equipos asistenciales de los lugares de implementación propuestos, entre múltiples actividades. Al diseño del proyecto siguió la coordinación operativa de su implementación, función ocupada hasta la finalización y presentación de los resultados en el año 2018.

Al mismo tiempo, en términos de intereses académicos desde la formación y luego la docencia me ocupe del campo grupal y posteriormente de la salud pública, siendo las relaciones de poder y los procesos institucionales ejes permanentes de reflexión.

En función de estos recorridos y finalizada la gestión del proyecto en ENT y las otras gestiones antes descritas, fue cobrando fuerza la idea de repensar el campo de la salud a nivel de sus organizaciones y de hacer un proyecto de tesis de doctorado sobre ello, acotando la mirada a la atención y cuidado de dos enfermedades no transmisibles, DM2 e HTA.

Insistían en particular los interrogantes en torno a las dificultades que se presentan a la hora de traccionar modificaciones, incorporar acciones nuevas a nivel de los equipos de salud en territorio, así como las superposiciones de las acciones de los programas, la priorización de unos por sobre otros, entre otros aspectos que fueron tomando luego forma como pregunta de investigación.

En cuanto al recorte de los problemas de salud seleccionados, HTA y DM2, no solo se fundamenta en su alta prevalencia en la población adulta, sino también en el hecho de que muchos de los criterios que hacen a la organización de su atención y seguimiento, o bien tamizaje (búsqueda activa), más allá de los casos singulares, poseen elementos en común, tales como ser: la detección de riesgo de enfermedad mediante técnicas relativamente sencillas disponibles en centros de atención primaria de la salud; el requerimiento de la atención y cuidado continuo centrado en la persona una vez detectadas, el llevar registros de manera continua, la disponibilidad de la medicación a través del programa REMEDIAR, y un

⁶⁴ Líneas de cuidado: cáncer de mama, de cuello de útero, diabetes mellitus, hipertensión arterial y sobre peso y obesidad

conjunto de programas y lineamientos que desde hace más de dos décadas vienen promoviendo el abordaje de dichos problemas en el primer nivel de atención.

Diseño del plan de tesis, ¿o cómo fue el proceso?

Las líneas de interés resaltadas, así como la experiencia en el campo de la salud fueron generando un conjunto de problematizaciones e interrogantes que pueden reagruparse en por lo menos tres grandes tópicos.

El primero vinculado a la atención primaria de la salud (APS) como tal, y en qué medida la tan declamada APS desde el punto de vista discursivo, encontraba un correlato en la realidad de las prácticas del subsector salud. Es decir, una APS que implica no solo la atención, sino un modelo de cuidado, con participación de la comunidad, y con acciones que exceden la prevención primaria e incluyen la promoción de la salud.

El segundo punto, y con base a la propia experiencia de gestión, vinculado a por qué resultaba tan difícil cambiar las reglas de juego o, en otros términos, generar o promover el compromiso de los agentes del campo sanitario para que se generen otras formas de organización de los equipos de salud. Así, parte de los interrogantes se vinculaban a cuáles eran los aspectos que dificultaban o facilitaban introducir nuevas actividades en los cotidianos de trabajo, nuevas formas de organizarse. Y a los motivos por los cuales, a pesar de que muchas veces se reconocían incluso diferentes problemas, “nada”⁶⁵ cambiaba con el tiempo. En el extremo, ¿era posible hablar de equipos de salud?

En tercer lugar, y desde una perspectiva más institucional y organizacional, cuál era el grado de institucionalidad de los centros de atención primaria de la salud, más allá de su evidente crecimiento en capacidades de infraestructura, servicios, disposición en el territorio en los últimos años.

⁶⁵ Las comillas responden a que en los procesos socio-institucionales, salvo excepciones en espacios extremadamente verticales o cerrados, nunca suele ser “todo” o “nada”. Así, al interior de los procesos de la mayoría de las organizaciones institucionales, las pequeñas transformaciones y cambios en el tiempo no suelen ser destacadas, o bien son percibidas por poco tiempo, para pasar rápidamente a ser parte de un cotidiano invisibilizado y naturalizado.

No es que no tuviera mis propias hipótesis explicativas, más o menos conceptuales, más o menos empíricas sobre tales fenómenos, pero lo que seguro no tenía era la sistematización de las experiencias, ni tampoco categorías claras que me permitieran analizar tales problemas, vivencias y fenómenos.

Es en esta instancia donde el diseño del proyecto de investigación me permitió ordenar las diferentes líneas de pensamiento, dar mayor claridad tanto a la pregunta general a responder como a las dimensiones de análisis necesarias. En otros términos, pasar de las prenociones propias como investigador y actor parte del sector salud, a la construcción del campo de problemas a ser investigado.

La propuesta de gobernanza por su parte me permitió articular diferentes posicionamientos teóricos, al tiempo que delimitar con mayor claridad el campo de estudio.

Dicho lo anterior, me quedaba claro que me interesaba analizar el campo de la salud, pero no para evaluar si se cumplía o no lo que dice tal o cual lineamiento internacional, tal o cual programa en particular sobre cómo debe ser la atención y cuidado.

Tampoco se encontraba entre mis competencias (ni campo de interés) abordar aspectos sobre la eficacia específicamente clínica de los tratamientos, ya fuera el dispensado por un profesional médico, otros integrantes de los equipos de salud, o por las mismas personas en calidad de autoatención.

Por el contrario, describir, explorar y producir conocimiento científico sobre cómo se organizaban los procesos de atención y cuidado en torno a las ENT en el primer nivel de atención, las diferentes dimensiones que hacían a esa forma de organización, y en qué medida estos aspectos incidían en el derecho a la salud, no sólo articulaba intereses teóricos y experiencia práctica con motivación personal e histórica, sino y por sobre todo me permitía pensar el campo de análisis como problema teórico.

-Sobre la posición epistemológica, o ¿desde dónde me posicioné en el campo?

El enfoque epistemológico que prima en este trabajo sigue algunos de los principios propuestos por Edgar Morin en el paradigma de la complejidad (Morin & Pakman, 2011). En esta línea, desde la lógica de la complejidad se procuró extender la comprensión del campo de la salud, mostrar nuevas aristas, realizar lecturas desde nuevos enfoques, relaciones no

visibilizadas entre diferentes dimensiones, antes que buscar un principio o ley general que explique y determine el conjunto de fenómenos analizados.

Se considera que este enfoque es particularmente pertinente a la hora de posicionarse frente a fenómenos de por sí complejos en interacción, como lo son los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado, en el contexto de políticas, planes y proyectos y organizaciones institucionales como las que componen el sector salud analizado.

De este modo, el preguntarse por cómo se organizan los servicios de salud para la atención y cuidado de las personas con ENT, y cómo ello incide en el derecho a la salud, es al mismo tiempo una pregunta institucional, organizacional, biológica y social, y asociada al derecho y las políticas públicas, solo por resaltar algunas dimensiones, y se considera sería un error epistemológico tratar de comprender el todo por una de sus partes, o bien perder las singularidades que interactúan en la situación vista de manera “global”.

Otro aspecto que guía los principios epistemológicos es considerar la realidad social, y los fenómenos que en ella son analizados, como una construcción social, humana, intersubjetiva e histórica. Por ello no se trató de ir a develar una verdad dada y ahistórica, de “iluminar” lo que está oculto (A. M. Fernández, 2005), sino más bien de visibilizar lo que está allí dado, latiendo en la superficie, tan evidente como naturalizado y no problematizado.

Por ello en este trabajo la “puerta de entrada” privilegiada para problematizar la realidad del campo de la salud han sido mayormente los discursos de sus agentes, en tanto prácticas sociales intersubjetivas constitutivas de lo social (Marín, 2012).

Finalmente, antes que un objeto teórico cerrado sobre sí mismo (A. M. Fernández, 2005), se propuso sostener la lógica de un campo de problemas, el cual se procuró cartografiar (Deleuze & Guattari, 2008) a partir de determinadas herramientas para conocer cuáles son sus dimensiones, sus llanuras, las principales líneas que lo componen y que, como imagen abstracta de conjunto, permite aproximarse y hacerse una idea de cómo es ese campo para la atención y el cuidado de las personas con ENT mediante el análisis de la gobernanza.

-Del enfoque Metodológico, ¿o desde qué posiciones se transitó el campo de problemas?

En línea con lo expuesto el estudio se encuadró dentro de lo que Souza Minayo (2009) conceptualiza como investigación social en salud, y que incluye “todas las investigaciones

que tratan del fenómeno salud/enfermedad, de su representación por los diversos actores que actúan en el campo: las instituciones políticas y de servicios y los profesionales y los usuarios” (p. 39).

En términos de diseño metodológico se optó por una estrategia predominantemente de tipo cualitativa, basada en un enfoque de estudio colectivo de casos o casos múltiples. Siguiendo lo desarrollado por Neiman & Quaranta (2006), el enfoque de estudio de casos implica que éste, o los casos estudiados

pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. (p. 218)

Lo que se resalta es un recorte intencional de los fenómenos a estudiar y su abordaje de forma extensa. Así, para uno de los referentes en la metodología, Robert Stake (1999), se espera de un estudio de casos que “abarque la complejidad de un caso particular” (p. 11). Se trata, dirá el autor, de algo que es específico, “complejo, en funcionamiento” (p. 16).

Mediante el enfoque de estudio colectivo de casos se procura, como indica Simons (2011), “hacer una interpretación colectiva del tema o la pregunta” (p. 42) de investigación, definida en este trabajo en torno a la gobernanza en el primer nivel de atención, los procesos de atención y cuidado de las personas con ENT (HTA y/o DM2) y el derecho a la salud.

A diferencia de metodologías y procedimientos como los seguidos por la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967), en el enfoque de estudio de casos y en las posiciones tomadas aquí se asume la existencia de campos a investigar, en donde el investigador parte de marcos teóricos previos y temas o preguntas de investigación que guían la interacción en el campo y qué se busca en él, sin que ello implique limitar la emergencia de nuevos ejes temáticos, o nuevos focos de indagación, cuando los mismos permitan enriquecer la comprensión de los casos en estudio (Simons, 2011; Stake, 1999).

Desde el punto de vista del trabajo con los materiales y discursos, lo expresado no inhabilita los procesos interpretativos a través de los cuales se van construyendo categorías de análisis y buscando puntos de saturación teórica, tal como sucede en el método de la teoría

fundamentada (Vasilachis de Gialdino, 2006), pero en este caso como parte de la estrategia de interpretación y análisis de la información, antes que como principio metodológico que comande en su conjunto la investigación realizada.

Dando mayor precisión sobre el tratamiento de los discursos, se han seguido múltiples estrategias que se iniciaron con la construcción de las guías de tópicos de entrevistas, los diálogos entablados con las personas entrevistadas, pasando por la transcripción palabra por palabra de las entrevistas y un primer análisis realizado en notas al pie. A lo cual siguió, con apoyo el programa informático Atlas Ti, un abordaje de los discursos como textos, siendo codificados a partir de las categorías teóricas pero también de temas emergentes que fueron apareciendo con regularidad.

En éste proceso de comparación constante de la información aportada por cada entrevista y cada caso, también se fueron desarrollando hipótesis vinculadas a la articulación de las dimensiones de análisis, contrastadas luego con nuevos entrevistados.

Finalmente la reiteración de temáticas, los contenidos de las mismas expresados en citas de las diferentes entrevistas, se fueron reordenando en diagramas, esquemas, articulaciones que se fueron estableciendo como tópicos que permitían responder a la pregunta de investigación. Este proceso fue progresivamente tomando mayor claridad explicativa y expositiva en el ejercicio de escritura, rescritura y análisis de los resultados.

Desde el punto de vista metodológico, esto puede ser en parte encuadrado en lo ya desarrollado por Miles y Huberman (Como se cita en Simons, 2011, p. 169) en términos del análisis como un movimiento recursivo de reducción de datos, exposición de los mismos, conclusiones y verificación. Sin embargo, digo en parte porque no se trató solo de un movimiento de reducción de datos o frecuencia de los mismos, sino también de un proceso hermenéutico interpretativo.

En esta línea se considera que el trabajo realizado no se limita a los principios del análisis de contenido, sino que como plantea Weiss (2017) lo excede:

A la vez avanzamos en comprender palabras, párrafos, conceptos, metáforas, etcétera a partir de su relación con el todo de los textos, pero también a partir de la relación explícita o implícita de los textos con su contexto más amplio. Se avanza en la comprensión en la medida en que relacionamos diferentes partes de los textos entre sí, y en la medida en que relacionamos

diferentes significados (los propuestos en el texto, pero también los excluidos o latentes) en una red de significados. (p. 647)

Otro aspecto que interesa resaltar es que la metodología de estudio de casos si bien se centra en la perspectiva cualitativa, no imposibilita la utilización de técnicas provenientes del campo cuantitativo a los fines de poder lograr una comprensión y explicación lo más acabada del campo de estudio. En este sentido expresa Simons (2011) a la hora de la selección de métodos⁶⁶:

hay muchos otros métodos entre los que escoger, cualitativos y cuantitativos, para ampliar la interpretación del caso o profundizar en ella. [...] Hay que seleccionar los métodos por su potencial de informar las preguntas de la investigación, y no porque puedan ser los que se usen con más frecuencia en el estudio de caso, o porque se tenga predilección, por ejemplo, por la entrevista y la observación. (p. 58)

3.1 Objetivos

-Para qué, o del objetivo de la Tesis:

Siguiendo el diseño metodológico propuesto, **el objetivo general** de este trabajo fue la producción de conocimiento científico sobre los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención, con relación a la organización de la atención de las personas de 18 años o más con enfermedades no transmisibles, en particular hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, y en qué medida las formas de gobernanza existentes inciden en el cumplimiento del derecho a la salud.

En calidad de **objetivos específicos** el trabajo se propuso:

1-Explorar y describir el funcionamiento y las formas de organización de los Centros de Atención Primaria de la Salud seleccionados para la atención y cuidado de las personas de 18 años o más con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II.

2-Analizar dicho funcionamiento y formas de organización a partir de la gobernanza (variable intermedia), contemplando los aspectos que determinan la misma (variable independiente) y

⁶⁶ La autora en este punto no distingue siempre entre método y técnica. Entiéndase aquí la referencia a Simons entendiéndolo por métodos, técnicas.

cómo incide en el modelo de atención y cuidado (variable dependiente) y el derecho a la salud.

3-Desarrollar recomendaciones para posibles intervenciones que promuevan mejoras en las formas de organización, atención y cuidado.

4-Generar antecedentes para el desarrollo de nuevas líneas de investigación en la materia.

-Dimensiones de análisis: o de cómo se abordó el campo de problemas, o bien cuál es la cartografía que se pretendió construir y recorrer.

Las dimensiones de análisis utilizadas para la investigación fueron definidas en función del marco analítico de gobernanza, y conceptualizadas como se ha hecho en el marco teórico, a saber: los actores, las normas, los puntos nodales, los procesos y, de manera transversal, el análisis del poder. Este análisis tuvo siempre por eje la organización de los servicios de salud para la atención y cuidado de las personas con hipertensión arterial y/o DM2.

En el abordaje de estas dimensiones se consideraron también aquellos aspectos que fueron definidos como variables independientes, por tratarse de aspectos que exceden el nivel de gobernanza considerada a nivel de los casos como eje de análisis, pero inciden sobre ésta. En esta línea fueron trabajados como actores por fuera de la gobernanza organizaciones institucionales como los Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Zona Sanitaria, o Políticas Públicas, Planes, Programas, y Proyectos.

Podría surgir en calidad de interrogante porque aspectos tan amplios y disímiles, pueden ser tipificados como “actores” para su análisis como variables independientes, frente a lo cual se esgrime el siguiente argumento: a nivel de los discursos de las personas entrevistadas, a la hora de considerar algunos de los aspectos mencionados (hospitales, etc.) no se hace referencia, mayormente, a una persona en particular que represente los mismos, sino que estos se presentan como un actor que genera efectos. Así, para la persona que no logra conseguir un turno en el hospital especializado, eso no depende de la administrativa o el administrativo del cual recibió la negativa, o del gerente asistencial de la organización, quienes se mantienen en el anonimato, se trata del hospital, a secas. A nivel del centro de atención primaria, nadie sabe quién es el responsable del crédito internacional que sostiene el programa PROTEGER, a lo sumo conoce el nombre de una persona de la administración

central a nivel provincial, la cual habla en nombre de un tercero: PROTEGER, y así sucesivamente. Solo para quienes están muy dentro de la trama (de los Hospitales, Ministerio, etc.), y no siempre, los actores “reales” tienen nombres, apellidos, etc.

Desde esta perspectiva, resulta pragmático desde el punto de vista metodológico y a nivel de la gobernanza aquí analizada el considerar como actores a aspectos tan disímiles y complejos, puesto que para las personas entrevistadas estos se presentan como personificaciones generales y anónimas de las cuales viven, principalmente, las consecuencias de su existencia, sean estas positivas, negativas o neutrales.

-Universo de Análisis (campo)

El universo de análisis estuvo compuesto por tres Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad de Posadas, Misiones, y por usuarios mayores de 18 años con HTA y/o DM2 usuarios del subsector público de salud.

-Unidades de análisis (líneas de trazado)

Cada uno de los CAPS seleccionados, los discursos de los integrantes de los equipos de salud que allí se desempeñan, así como datos estadísticos y documentales, perteneciente o no de manera directa a cada CAPS, pero que inciden sobre el mismo, tales como normativas, decretos, programas, políticas, y todo material que aporte a la comprensión de las unidades y del problema de investigación en su conjunto.

A los fines de enriquecer la comprensión y explicación se incluye como parte de las unidades de análisis los discursos de informantes claves del sector salud que desempeñan o desempeñaron funciones en dicho sector con diferentes grados de jerarquía.

Finalmente, los discursos de las personas usuarias entrevistadas y datos de fuentes secundarias que permitan enriquecer la comprensión de dichos discursos.

- Selección de participantes

La selección de los participantes fue realizada mediante muestreo intencional, siendo requisito la aceptación a participar del estudio mediante firma de consentimiento informado.

El proyecto en su conjunto, así como el consentimiento informado, fue aprobado y avalado por el Comité de Ética en Investigación Provincial, dependiente del Parque de la Salud, según los requisitos estipulados en la Resolución provincial 1086/12 (anexo I)

Los establecimientos propuestos en la presentación del proyecto al comité fueron reemplazados por otros de similares características, a los fines de dar mayores garantías de confidencialidad y anonimato.

-Técnicas de recolección de datos, registros

A los fines de construir la información se realizaron entrevistas semiestructuradas con integrantes de equipos de salud, con informantes claves del sector salud, y usuarios.

Se construyó un listado de tópicos en función de las dimensiones de análisis, cada una de las cuales fue operacionalizada en un conjunto de preguntas que operaron como guía a la hora de entablar los distintos diálogos. En total se construyeron 3 guías, una destinada a informantes claves, una para integrantes de equipos de salud, y una para usuarios (anexo II).

Cuando existió la información o bien se dio la posibilidad, se solicitó copia de libros de reuniones, así como de materiales gráficos. Finalmente, constituyen fuentes de registro y material de análisis las observaciones y notas registradas en el cuaderno de campo creado durante el proceso de investigación.

En calidad de fuentes secundarias se realizaron procesamientos de datos estadísticos y analizaron documentos, normativas y lineamientos, ya sea de nivel internacional, nacional y/o provincial, tales como recomendaciones de organismos de salud, planes, programas y proyectos, legislación y actos normativos (tales como decretos provinciales o resoluciones). También constituyen fuentes secundarias artículos de prensa institucional correspondiente al Ministerio de Salud de la provincia de Misiones.

En términos de proceso metodológico, interesa resaltar:

-Con relación a las guías, se trabajó en una primera instancia con guías iniciales básicas, las cuales fueron ampliadas luego del análisis de las primeras entrevistas. Las versiones finales incluyeron una “portada” que permitiera estandarizar algunos aspectos considerados de

importancia, tales como antigüedad en salud pública, ocupación-profesión, cantidad de horas de trabajo en el lugar de análisis, entre otras variables que son parte de los resultados.

-Con relación a las entrevistas fueron grabadas (previa autorización), transcritas y categorizadas. Las transcripciones fueron palabra por palabra, excepto cuando el tema dialogado excediera o no fuera pertinente para el campo de problemas definido en la tesis. Se incluyeron, siempre que fuera pertinente, aspectos comunicativos diferentes del lenguaje exclusivamente verbal, tales como gestos de exclamación –asombro, alegría/risas, cansancio-, silencios, etc. Al finalizar cada encuentro, de manera inmediata se redactaron aspectos de contexto (clima de la entrevista, interrupciones, etc.) los cuales también fueron transcritos. Excepto una entrevista que incluyo a dos personas al mismo tiempo, todas las restantes fueron individuales.

Si bien se utilizó como soporte de apoyo al proceso de codificación, categorización y análisis el programa informático Atlas Ti, versión 7.5.4, las citadas operaciones fueron inicialmente realizadas en el mismo proceso de transcripción de las entrevistas, mediante el desarrollo de comentarios, reflexiones y memos en notas al pie, proceso que se fue intensificando con las últimas transcripciones.

-Las categorías construidas respondieron a los objetivos de investigación y dimensiones de análisis, así como a aquellos tópicos pertinentes al campo de análisis que surgieron como parte de los procesos de diálogo.

-En lo que refiere a la entrada a campo, una parte estuvo facilitada por el conocimiento previo de muchas de las personas que se desempeñan en el campo de la salud por parte del investigador; por otra parte, se optó por solicitar en cada establecimiento una primer autorización e invitación a participar por parte del/la responsable, y a partir de allí con el resto del equipo de trabajo.

-Las entrevistas a integrantes de los equipos de salud e informantes claves fueron realizadas en los lugares de trabajo en el caso de los primeros, y mayormente en los domicilios particulares en el caso de los segundos.

-En lo que refiere a los usuarios, éstos fueron contactados en función de recibir atención en uno de los establecimientos seleccionados o bien por tener la característica de ser informantes

claves, dado su rol social. Las entrevistas fueron realizadas fuera de los establecimientos de salud.

Cabe mención como parte del proceso de trabajo, el constante ejercicio de reflexividad y vigilancia epistémica sobre el propio investigador, como modos de trabajar con mi propia subjetividad como investigador, asumiendo que dicha subjetividad es condición de la investigación en el marco metodológico y epistemológico asumido, y no algo a ser eliminado.

En este sentido, expresa Simons (2011)

En ningún caso es posible eliminar la subjetividad. Ésta es inherente a los juicios que hacemos, a las opiniones que manifestamos. Otra cosa es que estos juicios y opiniones sean sesgados. [...] El objetivo, pues, no es intentar erradicar la subjetividad, sino reconocer, [...], cuándo ayuda a percibir y comprender, y cuándo puede ser un posible sesgo. (p. 266)

Dada mi proximidad al propio campo de estudio, sus agentes y sus contenidos, fue considerado de particular relevancia el trabajo sobre mis propias preconiciones, hipótesis, así como visiones de conjunto formadas en la propia experiencia del trabajo sobre cómo funciona el primer nivel de atención.

Entre las operaciones concretas realizadas para evitar posibles sesgos, pueden citarse el no dar por sobreentendidos comentarios de los entrevistados, incluso ante expresiones como “*vos sabes*”, o bien preguntar y repreguntar ante la cita de programas y proyectos de los cuales se tenía conocimiento, solo por dar algunos ejemplos.

Finalmente interesa mencionar aspectos que hacen al proceso de triangulación. En primer término, entendida la triangulación como el proceso por el cual se busca “mirar” y entender desde diferentes posiciones el campo de estudio, pueden distinguirse, en el recupero que hace Simons (2011) de lo desarrollado por Denzin (1978), cuatro tipos, a saber: “la triangulación de datos, la triangulación del investigador, la triangulación de teorías y la triangulación metodológica” (p. 182). De ellas, aquí se han utilizado principalmente la primera y la tercera.

Se entiende, de este modo, por triangulación de datos el proceso por el cual se “utiliza diferentes fuentes de datos para poder comprender los temas, [...], [y que] hacen que las descripciones sean más ricas, y sirven para verificar la importancia de los temas a través de distintos métodos y fuentes” (Simons, 2011, p. 182). Por su parte, “la triangulación de teorías

la pueden utilizar equipos o personas individuales para desarrollar una interpretación de un determinado caso” (Simons, 2011, p. 182).

Parte de estas triangulaciones ya se encuentran en el capítulo I, tales como son la elaboración de medidas resúmenes sobre indicadores de salud asociados a las ENT seleccionadas, así como también el desarrollo de la línea de tiempo sobre las ENT y las agendas internacionales, nacionales y provinciales. Ambas tareas demandaron de un importante tiempo en la elaboración de este trabajo, así como el uso de programas informáticos para el tratamiento de datos cuantitativos, como es el caso de los indicadores, y se considera aportan datos e información que permiten una mejor comprensión del campo en estudio.

-El proceso de análisis:

En base a las diferentes fuentes antes descriptas, su ordenamiento, categorización y codificación, se fueron estableciendo interpretaciones y nexos conceptuales, primero al interior de cada caso, y luego entre los casos, de manera tal de lograr responder a la pregunta de investigación y sus objetivos.

-Tesis:

Como resultado de este proceso de descripción, análisis e interpretación el trabajo sostiene, en calidad de tesis y respuesta a la pregunta de investigación, que los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención se caracterizan por la baja participación de los actores estratégicos y por el lugar marginal asignado a las personas con HTA y/o DM, relegados al rol pasivo de actores secundarios, produciendo y reproduciendo modelos fragmentarios de atención alejados de modelos integrales de cuidado. Tales formas de gobernanza, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y de los determinantes político-organizacionales que regulan el sector, coadyuvan a una baja calidad de los cuidados y del cumplimiento del derecho a la salud.

-Fundamentación de la tesis: escritura de los resultados y análisis, capítulos IV y V respectivamente:

A partir de las sucesivas lecturas y trabajo con los materiales, en el contexto de la metodología de estudio colectivo de casos, se priorizó primero describir los resultados de cada uno de los casos al interior de los mismos y, a partir de medidas resúmenes, presentar

aspectos en común que los vinculan y diferencias cuando las hubiese. Tal proceso implicó ya una primera etapa de interpretación y análisis, el cual es recuperado en un segundo momento pero a partir de las categorías de análisis de la gobernanza, y en relación con variables independientes y dependientes, en un proceso de mayor abstracción conceptual. Finalmente, el capítulo V, vuelve sobre los resultados pero con un mayor nivel de abstracción, y procurando medidas resúmenes de lo trabajado en el campo y su interpretación, al tiempo que discute categorías teóricas centrales para este trabajo. Todo el proceso implicó varias reescrituras sucesivas y revisiones de los materiales.

Capítulo IV. Análisis de la evidencia empírica

Resumen del capítulo

Se recupera las voces de las personas entrevistadas, así como otras fuentes de información según se detalló en el capítulo precedente, guiadas en función de las categorías teóricas desarrolladas en el capítulo dos, con el objeto de analizar e interpretar el campo de estudio de esta tesis.

Recuperando lo propuesto en la tabla 15, “Esquema de articulación conceptual” presentada al final del capítulo II, y en consonancia con la posición epistemológica del paradigma de la complejidad (capítulo III), la presentación de los resultados se estructura en función de un recorrido centrado en la variable intermedia, la gobernanza, donde las variables independientes, así como la dependiente, organización de los servicios para la atención y cuidado de las ENT, se van entrelazando en las tramas interpretativas.

En la construcción de dicha trama antes que buscar *el* motivo, o *la* causa que como principio explicativo permita dar cuenta de la totalidad de los resultados, los desarrollos permiten ver el entramado de dimensiones que van construyendo un estado de situación, cobrando según cada caso mayor o menor relevancia, determinando el proceso en mayor o menor medida.

Dicho lo anterior los resultados se estructuran en tres apartados. En el primero se presentan medidas resumen de aspectos seleccionados del campo de estudio y del proceso de campo, aquí el principal insumo son sistematizaciones sobre el perfil de las personas entrevistadas.

El segundo responde al primer objetivo específico, e incluye una breve caracterización de la población que asiste a los establecimientos, el volumen de consultas médicas que representan y una descripción general del funcionamiento diario, y luego da paso a la descripción de los casos en sí: tres Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del subsector público de salud, su funcionamiento y organización cotidiana, y aspectos priorizados vinculados a la atención de personas con ENT.

Cierra este segundo una síntesis interpretativa de lo visto-escuchado en los casos. Los discursos de las personas que desempeñan funciones en dichos efectores son el principal insumo, junto con observaciones de campo.

El tercer apartado responde al segundo objetivo específico, y se centra en la gobernanza y sus dimensiones. Aquí son reinterpretados los fenómenos descriptos previamente y se articulan, a los discursos de los casos, las voces de las personas entrevistadas que son referidas como informantes claves. Ese carácter está dado por sus funciones desempeñadas en la actualidad o en el pasado, trayectoria en el campo de la salud, a través de él, como el caso de una persona con DM2 que a su vez es parte de una organización de la sociedad civil de personas con DM2.

En este apartado se apela también a noticias institucionales del sector salud, fuentes estadísticas secundarias, documentación formal, así como a experiencias propias en el campo, ya sea en calidad de gestión, ya sea en calidad de usuario. En los dos últimos casos son partes de notas al pie.

Con el objeto de mantener el anonimato y la confidencialidad se mantienen voces neutrales de redacción en términos de género y, cuando sea necesario, de profesión, así como otros datos que pudieran permitir identificar los casos y personas entrevistadas.

Por ello los discursos serán referenciados anteponiendo “C”, Caso, y el número que corresponde (1, 2, 3), “P”, cuando se trate de Profesional, “T”, cuando se trate de Técnico/a (se incluye en esta categoría agentes sanitarios, auxiliares de enfermería), “IC”, cuando se trate de un o una Informante Clave, finalmente “U”, cuando se trate de usuario/a. Al finalizar dichas siglas el número de persona entrevistada en base al orden seleccionado (01, 02, etc.).

En el debate entre citar de forma textual (palabra por palabra) lo que han dicho los entrevistados y las entrevistadas, incluso cuando esto implique, por ejemplo, errores gramaticales o elisiones fonéticas, por ejemplo de la consonante “s”, se ha optado por lo recomendado por la profesora Rosana Guber⁶⁷. En su argumento, el cual comparto, si uno tuviera la oportunidad de revisar lo que ha dicho, entre el lenguaje oral del momento de la entrevista, y el lenguaje escrito, seguramente optaría por corregirlo en muchas ocasiones, cuando el lenguaje no se ajusta a las reglas gramaticales u ortográficas.

⁶⁷ El debate sobre este aspecto y la recomendación se dio en el contexto del desarrollo del curso de posgrado Métodos Etnográficos, año 2019, en el Programa de Postgrado en Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones.

Esto se ha hecho siempre que ha sido necesario para no entorpecer el entendimiento de lo que se quiere decir, siempre y cuando no modifique el sentido de lo dicho. No se ha respetado en aquellos casos en que, en la misma formulación, resulte de importancia resaltar justamente esa forma, porque nos habla del entrevistado, formas de comprensión e interpretación, etc.

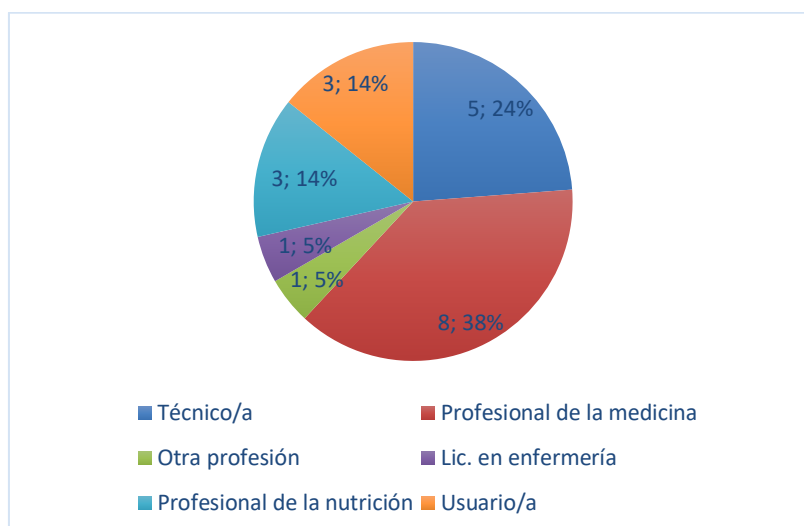
4.1 Primera parte, el campo de estudio

El período de trabajo de campo inició en el mes de abril de 2021 y finalizó en el mes de septiembre de 2022. El trabajo con bases de datos, entrevistas informales, tuvo el mismo comienzo y finalizó en diciembre de 2023.

Dada la pandemia por SARS-CoV-2, muchas de las primeras entrevistas fueron hechas respetando el uso de barbijo y las medidas de seguridad correspondientes promovidas por los organismos rectores en salud. Al respecto, cabe aclarar que necesariamente las entrevistas recorrieron el tópico covid-19, no incluido en el proyecto inicial, y en muchos casos implicaron referenciar a las personas a situaciones “previas” a la pandemia, así como impacto de esta última en el momento de realización de las entrevistas.

En total se realizaron 21 entrevistas quedando la composición de los entrevistados según ordenamiento seleccionado según figura 12. Se trata de 22 horas, con un promedio de 1 hora 15 minutos por entrevista (máx. 2 horas-mín. 29 minutos).

Figura 12: *Composición de los entrevistados según perfil seleccionado*



Correspondieron a efectores el 57% de las entrevistas (n=12), 29% a informantes claves (N=6), y el porcentaje restante a usuarios (N=3).

Con relación a los casos, seis entrevistas corresponden al caso 1, cuatro corresponden al 2, y dos al caso 3, cabe aclarar que algunos de los informantes clave también se desempeñan en alguno de los efectores, o incluso el mismo entrevistado se desempeña en dos de los casos seleccionados.

En los casos 1 y 2 se entrevistó por lo menos un profesional de la medicina, un profesional de otra profesión, y un técnico; en el caso 3, y dada la saturación de los datos aportados por el campo, se realizaron dos entrevistas. En todos los casos se mantuvo una entrevista con quien estuviera a cargo (responsable) del establecimiento.

La antigüedad en el campo de la salud fue en promedio de 15 años, y en el puesto referido a la hora de la entrevista en el 58% mayor a tres años, en el 33% de 1 a 3 años y en el 8% (n=1) menor a un año. La edad promedio fue de 46 años, siendo el 67% de sexo femenino y el restante masculino.

Cuatro de los entrevistados revestían contrato de planta permanente, cinco contrato anual con relación de dependencia a cargo de MSP, y el resto contratos con relación de dependencia del Parque de la Salud. El 50% indicó además desempeñarse en otro establecimiento, ya sea público, del primer nivel de atención o superior, o bien en el sector privado.

Mayormente, pero no exclusivamente, las funciones desempeñadas correspondieron al “turno” mañana de los establecimientos, refiriendo similar funcionamiento por la tarde.

Con relación a los informantes claves del sector 4 de 6 fueron de profesión médica, y 2 de otras profesiones no médicas. La antigüedad promedio en el sector fue de 20 años y la edad promedio de 50 años.

Finalmente, con relación a los usuarios, se trabaja aquí con usuario 1, el cual se define como informante clave de usuarios (U01). La condición de informante clave estuvo dada por tener un rol activo en un espacio organizado de la sociedad civil de usuarios con ENT, lo cual implica un conjunto de interacciones tanto con personas con ENT como con el sector salud, también en calidad de usuario del mismo con más de 20 años de diagnóstico.

4.2 Segunda Parte: caracterización general de los casos

Los datos relevados en las actividades de “Búsqueda activa”, realizada por los agentes sanitarios, permite una primera caracterización de la población de referencia de los casos.

De un total de datos correspondientes a 40 establecimientos del subsector público en el período que va del 01 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019⁶⁸ en la ciudad de Posadas, 7222 personas relevadas en total, por lo menos 14% corresponde a los casos seleccionados, el “n” fue siempre superior a 100 y en promedio fueron más de 300 personas por efector. La población encuestada de 21 años a 64 años represento el 82,9%, mientras que la población de 65 años o más el 12,7%. Considerando los convivientes en los hogares de cada persona encuestada, los datos representan a más de 3 mil personas.

Excepto en el caso 3, donde la muestra de encuestados se divide de manera similar entre hombres y mujeres, en los dos restantes la muestra de mujeres supera el 70%. Mientras que en 17% de los casos de las mujeres declararon ser sostén de familia, lo mismo sucedió con 39% de los casos de varones encuestados, considerando el total de los casos.

En los tres casos la ocupación mayormente informada por los varones fue albañil de la construcción, seguido de jubilado o pensionado, y en el caso de las mujeres ama de casa, seguido de comercio y empleo doméstico. La cobertura en salud fue en más de un 65% exclusiva del Estado. Las siguientes coberturas más mencionadas fueron PAMI, Incluir Salud, e IPS. En términos del grado de escolarización, como indicador sensible en términos de los procesos de determinación social de la salud, se presentan las figuras 13 y 14.

Figura 13: *Nivel de escolarización alcanzado, ambos sexos, todos los casos (N > a 1000 < a 1500)*

⁶⁸ Los datos fueron extraídos del Sistema de Gestión Provincial de Misiones (SIGeP)

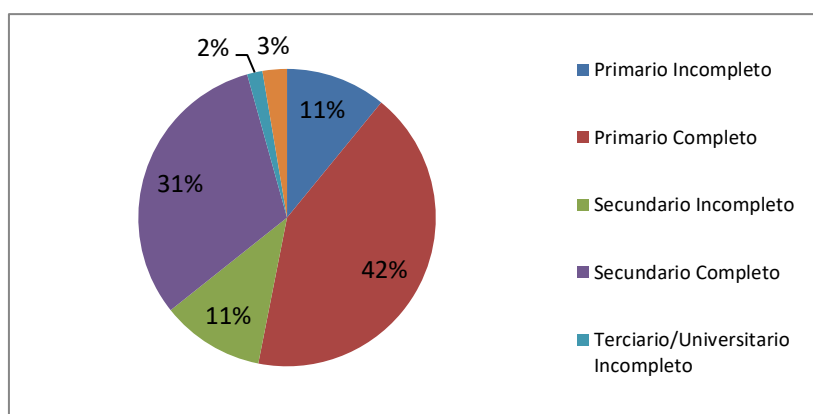
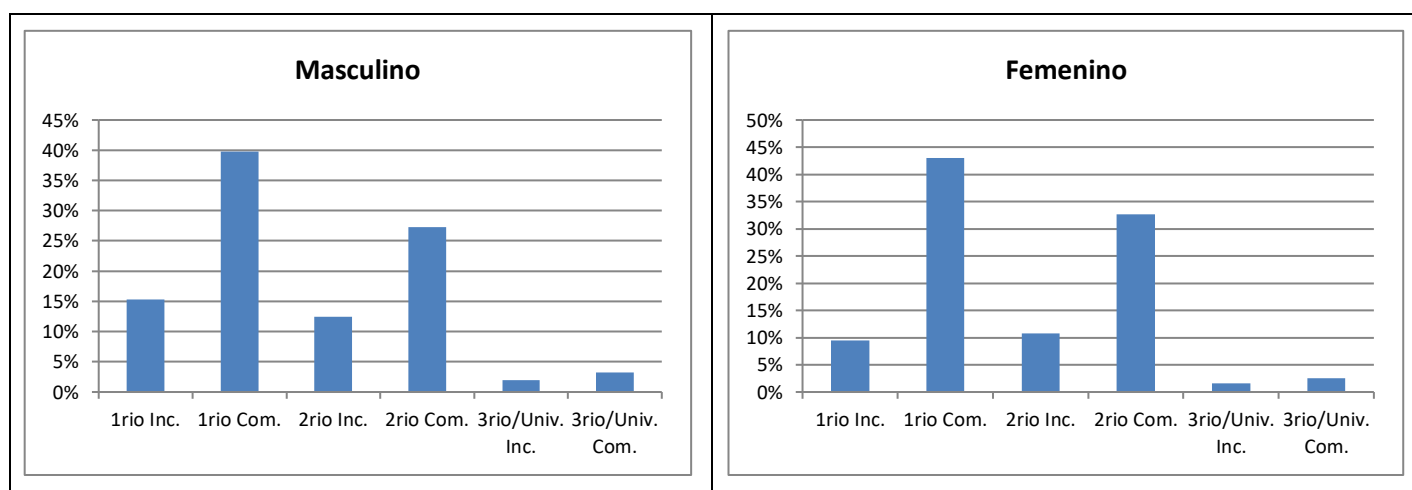


Figura 14: Nivel de escolarización alcanzado según sexo todos los casos ($N > a 1000 < a 1500$)*



Fuente: Sistema de Gestión Provincial de Misiones (SIGeP), 2019. Elaboración propia.

**Notas:* las referencias completas son las mismas del gráfico de torta.

Si bien se presentan variaciones mínimas entre los casos, el secundario incompleto se presenta mayormente en las mujeres que en los varones, mientras que la variable secundario completo no supera el 40%⁶⁹, y la formación superior (terciaria universitaria) no supera en ninguno de los casos el 6%.

Como medida resumen de las condiciones habitacionales asociadas a la vivienda, en 34 encuestas del total se presentaron una o más variables⁷⁰ que pueden suponer condiciones de

⁶⁹ Los datos de escolarización corresponden siempre a personas de 18 años o más.

⁷⁰ Variables consideradas, una o más de ellas: Piso de tierra, Agua de pozo, Techo de chapa cartón, Baño tipo letrina, Calefacción/cocina leña, kerosene, Pared tipo de madera.

precariedad habitacional, distribuidos en un 50% para el caso 1, 38% para el 2 y 12% para el caso 3.

Considerando las consultas médicas ambulatorias correspondientes al año 2022 del subsector público de salud de la zona capital, los casos seleccionados representan el 15% del total de consultas en centros de atención primaria.

A su vez los centros de atención primaria ubicados en zona capital⁷¹, incluyendo tanto establecimientos de dependencia provincial y municipal, concentran 18% de las consultas médicas para ambos sexos y todas las edades (N=146.078), mientras que los establecimientos de nivel III y especializados concentran un 70%⁷², y el resto se divide entre hospitales de nivel I, monovalentes y programas (tales como VIH/SIDA, tuberculosis, etc.).

Con relación al sexo y grupos de edad de las consultas médicas en los CAPS seleccionados, estos presentan un comportamiento similar al resto, y son resumidos en la tabla 16.

Tabla 16: Consultas médicas ambulatorias años 2022 en CAPS seleccionados de la Zona Capital, según sexo y grupos de edad seleccionados.

Sexo	Grupos de edad	%
Ambos sexos	< de un año	0%
	1 a 9 años	29%
	10 a 19 años	22%
	20 años o más	49%
	Total	100%
Varones	< de un año	0%
	1 a 9 años	39%
	10 a 19 años	25%
	20 años o más	35%
	Total	100%
Mujeres	< de un año	0%
	1 a 9 años	23%
	10 a 19 años	19%
	20 años o más	58%
	Total	100%

Fuente: elaboración propia en base a consultas médicas 2022, fuente, Dirección de Programación y Planificación, Ministerio de Salud de Misiones.

⁷¹ Se excluyen los datos correspondientes a establecimientos en unidades penales.

⁷² Si bien se podría aducir que ese 70% incluye también el resto de la provincia, dado que son hospitales de referencia y especializados, del análisis de los egresos hospitalarios de los años 2014 al 2019, se deduce que más del 60% de los egresos corresponden a personas cuya localidad de residencia corresponde a la Zona Capital, es decir, Posadas y Garupá.

Como puede apreciarse, para ambos sexos el 50% corresponde a menores de 20 años y el 50% a personas de 20 años o más. En el caso de las mujeres, el porcentual para 20 años o más se incrementa al 58% y desciende en el caso de los varones al 34%, dichas diferencias se vinculan principalmente con los fenómenos del ciclo reproductivo de la mujer, incluyendo procesos de embarazo, parto y puerperio.

Diariamente los tres CAPS funcionan de lunes a viernes, de 7 a 18:00 horas. El recurso humano (RRHH) total llega en casi todos a una veintena de personas, e incluso supera ese número en uno de ellos. En el caso de los profesionales, salvo excepciones, asisten de dos a tres veces por semana ya sea en turno mañana o tarde, y en los pocos casos en que lo hacen de lunes a viernes esa asistencia intercala entre días por la mañana y días por la tarde.

Entre los servicios se incluye en los 3 casos de clínica médica diaria, ya sea por la mañana o por la tarde, clínica general (medicina general), servicio diario de enfermería en ambos turnos, servicio de obstetricia y ginecología más de 2 veces por semana y de tocoginecología, servicio de nutrición y psicología, y servicios de Promoción y Protección - Medicina Preventiva - Educación Sanitaria – Inmunizaciones, el cual es brindado por agentes sanitarios. En dos de ellos se cuenta con servicio de pediatría y servicio de trabajo social, así como también traumatología, y en uno servicio de cardiología.

También cuentan, aunque no siempre, con servicio de laboratorio en días y horarios establecidos, a través de la red de laboratorios de zona capital que llega hasta el establecimiento.

Todos poseen servicios de farmacia, recibiendo medicamentos del Programa Nacional REMEDIAR, y del programa Provincial de medicamentos.

Cabe aclarar que algunos de estos servicios son dinámicos, es decir, por períodos hay o no hay pediatra, hay o no hay traumatólogo, etc., dado que se trata de RRHH profesional que mayormente es afectado en días y horarios al CAPS, pero que cumple servicios también en otros establecimientos.

Salvo contadas excepciones, tanto profesionales de la medicina como de otras profesiones se desempeñan por lo general en dos a tres centros de atención primaria, a lo que se suma en

algunos casos la atención diaria o parcial en establecimientos hospitalarios (en cualquiera de sus niveles), o en el sector privado.

Los tres establecimientos contaban con el sistema de Registro Informático de Salud de Misiones (RISMi), el cual inicialmente fue diseñado para los niveles de atención hospitalaria, pero progresivamente fue extendiendo su alcance a muchos centros de atención primaria de la ciudad capital, no todos, permitiendo informatizar la historia clínica de las personas, resultados y pedidos de análisis, gestión de turnos, entre otras funciones.

En términos de infraestructura y equipamiento, todos cuentan con 2 o más consultorios, sala de espera, área de admisión, consultorio de peso y talla, área de farmacia, equipamiento informático y acceso a internet. Los tres se ubican sobre calle de asfalto.

A modo de síntesis, los tres establecimientos se encontraban habilitados por la Resolución del Ministerio de Salud de la provincia N° 865/08, normas de habilitación y categorización de CAPS. Ninguno de los tres establecimientos se encontraba ubicado en la zona denominada céntrica de la ciudad capital.

Siguiendo la estructura plateada al inicio del capítulo, a continuación se describe cada uno de los casos, considerando aspectos claves: apuntes de su historia y cotidiano actual; la atención de las y los adultos con hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus (DM⁷³), medicación y referencia estudios complementarios y atención de especialistas, finalmente trabajo en equipo en el primer nivel de atención.

4.3 Los casos

Caso 1 (C1)

Como parte de la memoria del establecimiento, queda el hecho de haber surgido de una iniciativa barrial mediante la organización vecinal, y con el apoyo de algún referente político (diputado). Al comienzo se trataba de una “*salita de primeros auxilios con lo mínimo, pobre, pobre, no tenía nada, se entregaba un comprimido y curación, inyectable, algunas vacunitas, una médica primero que venía dos veces a la semana*” (C1P01), el ministerio de salud aportaba una enfermera que asistía diariamente y la comisión barrial financiaba otra.

⁷³ En adelante, salvo se explicita lo contrario, se trata de DM tipo 2, referida como DM mayormente.

Durante la segunda década del siglo XXI tendría un plan de mejoras por parte de infraestructura hospitalaria de la provincia, y sería inaugurado como CAPS.

Quien está al frente del establecimiento posee un fuerte nivel de apropiación del espacio, el cual pude verse, por ejemplo, al recordar la anécdota a la hora de buscar los papeles documentales de aquello que era la casita de madera donde funcionaba la salita:

[...] empezamos a caminar con gente del ministerio que pertenece a arquitectura, y llegamos a ubicarle a la hija de los dueños que donaron, [...], en un principio el general XX [apellido], que era el comisario general de la policía de la provincia, me vino a decir que este lugar era de la comisaria, entonces yo le dije, “mire, este lugar no es de la comisaria, es del CAPS, [...], yo tengo un cuaderno, un libro de la comisión, donde se hacían acá atrás empanada, venta de pollo, este lugar es de la salud pública”, y bueno, me dice: “no sé”, “mire general, de acá yo no me voy a ir así que usted me va sacar”, [risas] caminamos tanto, hasta que sirvió el papel [dado por la hija de los dueños que donaron]. (C1P01)

Años atrás destacan múltiples barreras de acceso, dada la poca cantidad de profesionales que asistían al efector, tanto en cantidad de días como en frecuencia horaria:

[...] cuando yo vine acá, la gente llegaba a las tres de la mañana en la plaza, a las tres de la mañana!!, para a las siete de la mañana sacar el turno, y la enfermera venía y daba diez turnos, y el resto se iba [todo esto lo dice en un tono de ofensa]. (C1P01)

La misma situación se repetía cuando buscaron cambiar el horario de atención al mediodía como estrategia, con la diferencia de que entonces el problema fue la gente “*al rayo del sol*”, o bajo la lluvia, con las quejas de la vecina porque la gente buscaba cubrirse. La resultante fue similar, “*de nuevo quedaban sin turno, porque uno traía tres, cuatro libretas, y la enfermera daba tres turnos [...]*”, sin embargo, remarca que esa situación cambió y hoy “*[...] la gente se siente contenida, atendida, asistida, eso yo creo que es importante, gracias a la buena gestión que se hizo, se viene gestionando hace años [...]*” (C1P01).

Esa transformación no fue instantánea ni libre de disputas, por una parte por la conducta del recurso humano, por otra parte por la resistencia a traccionar gestiones que modifiquen la situación.

En el primer sentido, resulta ilustrativa la disputa entre los turnos mañana y tarde, donde antes existía una gran división y cada turno implicaba un establecimiento. Por el contrario,

hoy considera que funcionan como una “*gran familia*”, sin distinciones entre los integrantes y como un equipo, y donde “[...] *las cosas se solucionan acá adentro, las diferencias se arreglan acá [...]*” (C1P01). Desde hace algunos años se fueron unificando criterios para gestionar las cosas en conjunto y buscar los mismos resultados.

Estas ideas son incluso reforzadas por otra de las personas entrevistadas (PE) al referir que la persona responsable sobre todo busca “[...] *evitar que entre compañeros estemos “fulanito de la tarde hizo tal cosa, no, fue fulanito de la mañana” [...]*”, al contrario, señala: “[...] *nos dice: “acá todos somos iguales”, apunta a que acá el paciente tiene que salir con una solución*” (C1T02).

En el segundo sentido, resistencias a traccionar modificaciones, vale la pena, pese a su extensión, el diálogo que recuerda la C1P01 sobre las reacciones a las propuestas para cambiar el funcionamiento del establecimiento y resolver el problema de los turnos:

*[...] le digo [a profesional médico que era responsable en ese entonces] “en algún momento vamos a encontrar la manera, tiene que haber una manera de que la gente no venga a las tres de la mañana, a la una de la tarde, ni mande a los niñitos esperando con su libretita para anotarse”, [...], “y, no van a venir [respuesta en tono descreído], ósea, **tenían que venir a pesarse, primero, después venían a sacar el turno, y después venían al médico, tres veces venían**, y vos no pensas que esa mama tiene hijos, que tiene que trabajar, que tiene que ir a la escuela, vos no sabes cómo vive en su casa, [...], **era inhumano.** (C1P01)*

Otro aspecto que se vio modificado fue el acceso a la medicación, para la cual existía siempre una suerte de copago, previo al ingreso en escena del programa nacional de medicamentos REMEDIAR, como recuerda C1T02:

[...] eran épocas que la medicación todavía se facturaba, algo que era un mínimo de dinero, que nosotros teníamos nuestros recibos, todo era de salud pública, nos daban nuestro recibo y teníamos que rendir el dinero, pero para la gente entre ir y comprar un remedio lejos, por cincuenta centavos, por un peso, [...], después iba a venir REMEDIAR, ahí sí, se dejó de vender y todo fue gratuito. (C1T02)

En términos generales y de manera coincidente, otra de las PE concuerda en la mejora que se ven en el primer nivel de atención y plantea:

[...] desde que yo vine, a hoy, [más de 5 años] yo veo una mejoría en APS acá en Misiones impresionante, fueron mejorando cosas, antes vos tenías un médico que hacía de todo y venía una o dos veces a la semana un ratito al CAPS, ahora por ejemplo en nuestro CAPS tenemos servicios de psicología, nutrición, ginecología, obstetricia, entonces se fue mejorando, antes no había eso, no solo nuestro CAPS, en todos los CAPS, se trató descentralizar y des-saturar el Parque de la Salud; en general, también se mejoró el tema de los hospitales de menor nivel, como Fátima y demás, [...]. (C1P06)

El cotidiano

Con la presencia de tres médicos que llegan en el mismo horario, pasantes de distintas facultades vinculadas al campo sanitario, la presencia de la red de laboratorios, el CAPS se convierte algunos días en un pequeño hospital por un lapso de 4 horas, más específicamente de 7 a 11, hora en que se retiraran la mayoría de los médicos (C1T02).

Anteriormente a eso, 6:00 hs., y posteriormente, 13:00 hs., el recurso humano dedicado a las tareas administrativas, los agentes sanitarios, y el servicio de enfermería seguirá con sus actividades dando vida al establecimiento mientras llegan otros profesionales.

Esos días en particular, con 12 personas trabajando y un total de 28 usuarios solo para ser atendidos por profesionales de la medicina, ni siquiera aguanta la sala de espera, “[...] tenes que salir y organizar, como yo le digo siempre a las personas, todos van a ser atendidos, todos, nadie se va a ir sin la atención, pero no todos pueden estar adentro, [...]” (C1P01).

Por su parte, también esos días el recurso humano debe acomodarse a la situación, situación que demanda múltiples coordinaciones y una actitud más bien proactiva a los fines de ordenar el flujo de pacientes. Como expresa la PE:

Le decía a la administrativa el otro día, tampoco tu función es estar solamente parada ahí en la ventanilla y hacer de barrera, no, yo tengo que salir, al pasillo, y decir, [actúa lo que dice], “buen día, buenas tardes, yo soy la administrativa, ¿todos ustedes tienen el turno?, bueno, prioridad son los niños y los adultos mayores, y si hay alguna embarazada, vamos a pasar de a uno, yo voy a ir dando el presente, y van a ir esperando para pesarse, se pesa y sale afuera y espera”. (C1P01)

Tanto la presencia de profesionales, como el volumen de consultas, es considerado más una excepción que una regla: “[...] a comparación de otros lugares, acá hay muchos médicos, porque está el/la profesional médico/a, el/la pediatra, el/la generalista, el/la cirujano/a, el/la profesional médico/a de la tarde, son muchos.” (C1T02), situación que explica la asistencia de usuarios que incluso corresponden a otros establecimientos de referencia fenómeno que resulta una potencial amenaza en función de la disponibilidad de recurso humano: “[...] no solamente nuestra población, viene otra gente, ahora hay médico, ¿pero en la época que no hay?, en una época una Dra. no estaba, salió por maternidad, y ahí te quedas corto, no tenes ni lugar para los tuyos” (C1P01).

En esta dinámica, por lo general el recurso humano médico atiende de 15 a 20 personas por día (C1P03), tanto por turno protegido, turno programado, como por demanda espontánea (C1P01).

Por el contrario, otros servicios como el de nutrición no son tan demandados; aunque se indica que antes tenían un poco más de consultas, la pandemia surtió un fuerte impacto. Así, una de las PE refiere que la atención del servicio contaba con 15 pacientes antes de la pandemia, mientras que a la fecha de las entrevistas, a pesar de disponer de 15 turnos para el servicio, asistían 3 a 5 personas (C1P04).

Particular lugar tienen en el cotidiano del establecimiento los múltiples roles desempeñados por los/as agentes sanitarios.

Desde el punto de vista de su relación laboral, buena parte de este recurso humano fue durante largos años becario, o bien personal contratado con relación de dependencia pero no de planta, siendo estos últimos una minoría. Paradójicamente, la situación de la pandemia por SARS-CoV-2 representó para muchos de ellos y ellas o bien el “pase” a contrato con relación de dependencia, o bien el “pase” a planta, cambiando su situación económica, dado que cobraban “muy poco antes” (C1T05).

Dicha situación era enfrentada por ejemplo mediante el cumplimiento de horas guardias, contratos a través de programas como el de Cobertura Universal de Salud, CUS, en 2018, y/o tareas en el centro de testeo de COVID-19 (C1T05). De manera complementaria, recibiendo la parte acordada del fondo estímulo del programa SUMAR.

Buena parte de este recurso humano se encarga también de las tareas administrativas, así como de un amplio conjunto de actividades que incluyen, entre otros:

[la] parte de enfermería, hacemos la previa a la consulta médica, hacemos el peso, la talla, toma de presión, perímetro de cintura, bueno, los bebés lo mismo, todo el control previo para la consulta médica, qué más, y después hacemos el relevamiento de pacientes que tienen cobertura médica⁷⁴, tenemos que sondear esos pacientes y buscarlos en terreno para que tengan una atención al menos, [...], salimos a terreno, vacunamos. (C1T05)

Es decir, se trata de un conjunto de actividades intra y extra muro desarrolladas cotidianamente, que pueden ir desde la administración, la farmacia, vacunación, etc., dando vida al CAPS junto con el servicio de enfermería (profesional o no según el caso) y otras profesiones más allá de los horarios de atención médica.

Muchas de esas actividades se asocian a la gestión diaria de un conjunto de políticas públicas sanitarias, programas y proyectos, que van desde inmunizaciones hasta la gestión de botiquines de medicamentos, pasando por padrones de pacientes, entre otros aspectos.

Tales programas, a su vez, son reconocidos como parte fundamental de lo que ha traccionado las mejoras, al tiempo que considerados muchas veces como “sobrecarga” de trabajo.

Con relación a la primer perspectiva, sobre las transformaciones y mejoras que se dieron a partir de inicios del siglo XXI, incluyendo además de aspectos edilicios, expresa una de las PE:

[...] los programas que fueron bajando, eso ayudo a crecer también el CAPS, el equipo de trabajo, del dos mil para acá, y cada vez se implementaron más cosas, todo ayudo, la parte edilicia, insumos, materiales para trabajar, y después el recurso humano, y toda la artillería que se viene atrás, porque a través de esos programas, se consiguieron muchas cosas, [...]. (C1P01)

En la segunda perspectiva, cuando el recurso humano se queja porque “nuevamente” le piden, desde Dirección de Zona Capital, el listado de pacientes con enfermedades crónicas para el proyecto PROTEGER que “ya se había mandado” (C1T01), debiendo poner paños fríos para

⁷⁴ Se refiere al CEB, Cobertura Efectiva Básica, correspondiente al programa SUMAR y que, en función de estar como inscriptos, y que reciban al menos una prestación de salud en el lapso de 12 meses, pueden “caerse”, lo que significa un beneficiario menos, lo cual implica una merma en la circulación de fondos económicos correspondientes al programa.

suavizar la situación: [...] “no te hagas problema, pasamos la misma cantidad si es lo mismo, le pasas y ya está”, después se tranquilizó [...]” (C1P01).

La atención de las y los adultos con hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Uno de los primeros hechos a destacar es la visibilización de los adultos como sujetos priorizados de atención, ampliando de esta forma la mirada puesta tiempo atrás cuasi exclusivamente en la población materno infantil, en parte como un efecto de la implementación de programas nacionales que comienzan a traccionarse iniciado el siglo XXI. Tal como expresa una de las PE:

[...] el adulto no era que estaba atendido y contenido como está ahora, se atendía, pero no con tanto cuidado, con tanta aplicación, con tanta dedicación, generalmente la que venía era la madre y el niño, la madre porque estaba embarazada, y el niño porque se tenía que vacunar, control del niño sano, la leche, la vacuna, bueno, eso era, el adulto no venía mucho, venía cuando le pasaba algo o cuando ya estaba grave, y la médica que estaba acá hacia solo niños, después vino un profesional de la medicina de adultos. Y un buen día aparece el programa de médicos comunitarios, y ahí ya se empezó a implementar la atención del adulto, teníamos que atender el adulto, el adolescente, las familias en sí [...]. (C1P01)

Incluso esta visibilización sería mayor en la primera década del Siglo XXI, cuando programas como el PROFE (actual programa Federal Incluir Salud), REMEDIAR y REDES, o el Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP II), con mayor énfasis en su segunda etapa, incluyera entre sus líneas priorizadas la identificación y el cuidado de las personas con HTA y/o DM, en particular con cobertura pública exclusiva del Estado, incorporándose luego el SUMAR y por último PROTEGER.

De manera coincidente, pero resaltando lo reciente de las transformaciones, o innovaciones vinculadas a la atención de las personas con HTA y/o DM, plantea profesional de la medicina:

*[...] cuando hice la práctica final en APS en XX [otra provincia] la salud pública estaba organizada de manera muy diferente a lo que es acá, en todos los aspectos: en lo que es emergencia, atención primaria, y nosotros estábamos como acá, divididos en niveles, pero hace mucho más tiempo atrás, **acá es como que es todo muy nuevo**, y allá era todo mucho más viejo y mucho más activo, teníamos un paciente hipertenso y nuestra planillita, se marcaba si*

retiraba o no la medicación, si se hacia los análisis, y teníamos nuestra agente sanitaria, que salía a buscarle, [...]. (C1P06)

La visibilización de las crónicas también se da en lo referido a nuevas prácticas de los profesionales, aunque no disponibles en el CAPS, como la implementación del Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA), cuando *“Antes no existía, el rastreo de hipertensión, era “bueno, te vi un poquito alta la presión, toma enalapril”, ahora en cambio te mandan el MAPA, y esas cosas, cambiaron un poco los conceptos”* (C1P06).

O incluso criterios que han cambiado las nociones de riesgo cardiovascular y las prácticas asociadas: *“[...] por ejemplo un paciente que dice, “ha, no es hipertenso, o no tiene colesterol”, pero sí tuvo un infarto vos le das igual el dislipemico, por ejemplo, y la aspirineta, antes eso no se hacía”* (C1P06)⁷⁵.

También destacan la ampliación de servicios en otros establecimientos del sector público de salud de Nivel I, II y III, lo que le representa para los Centros de Atención Primaria la posibilidad de no depender solamente de la referencia al Madariaga, como expresa C1P06: *“Los hospitales de referencia Fátima, Favaloro, Baliña, no existían, no funcionaban, o sea, no tenían nada, eran una salita grande [hace 5 años aproximadamente], no hacían nada, todos iban a Madariaga”* (C1P06).

Entre los procesos que se implementaron de manera rutinaria, cabe citar la toma de medidas antropométricas (peso-talla) y toma de tensión arterial antes de la consulta médica, lo cual es registrado en el RISMi. Aunque no con la misma continuidad, la búsqueda activa y el fichero cronológico para los adultos con ENT.

Mediante la primera, los agentes sanitarios fueron actualizando la población de referencia, visitando los domicilios y relevando *“[...] cobertura, patologías, si eran hipertensos, si eran diabéticos, si eran dislipemicos, dónde se atendían [...]”* (C1T02)⁷⁶

⁷⁵ Se refiere con “dislipemico” a algunas de las drogas que se utilizan para tratar la dislipemia, es decir, problemas asociado a “una concentración elevada de colesterol y/o triglicéridos o una concentración baja de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL)”. (*Dislipidemia (dislipemia) - Trastornos hormonales y metabólicos*, s. f.)

⁷⁶ En realidad la ronda sanitaria, búsqueda activa, etc. se cuenta como actividad histórica de los agentes sanitarios; según el período histórico, las gestiones, entre otros factores, se da mayor prioridad o no a la actividad.

Mediante la segunda se busca instalar, siguiendo el modelo del control del niño/a “sano”, pero ajustado a los adultos con HTA y/o DM2, el tiempo que debe pasar entre cada control, recordatorio de estudios complementarios, entre otros aspectos, sobre todo de seguimiento.

Tanto con relación al padrón producto de la búsqueda activa, como al referido fichero, al momento del trabajo de campo esto estaba siendo rearmado en función de los corrimientos de prioridades que significaron la pandemia por COVID-19. En esta línea, expresa C1T05:

[...] estamos cargando, retomando lo que se hacía antes en terreno, el control de la gente, esto que se había perdido [los ficheros se encuentran en la mesa] estamos haciendo de vuelta. (C1T05)

Con relación al proceso de acompañamiento de la población que hacen los agentes sanitarios, se remarca la imposibilidad física de que sea continuo: “[...]cubrir tantas personas a veces es difícil, son 15 chacras, y es mucha gente entre diabéticos e hipertensos” (C1T05)

Ahora bien, en lo que refiere a la atención médica existen múltiples perspectivas. Así, comenzando por la visión de profesional no médico/a, para C1P04 desde hace unos pocos años existe un poco más de “apertura” para escuchar y ser escuchados, mientras que antes:

[...] era imposible, porque el médico era el que manejaba absolutamente todo, por ahí era mucho más complejo el querer intervenir, porque sí o sí necesitábamos como la autorización [hace un gesto como comillas] de parte del médico, entonces era un poco más difícil el poder trabajar y ser escuchados, hoy por hoy es como que se notan mucho más los trabajos en conjunto. (C1P04)

Siguiendo en la misma línea, considera que se perciben mejoras en términos de explicación y educación destinada a las personas con ENT en la atención médica. La siguiente viñeta da cuenta del antes y el ahora en la perspectiva de C1P04, en diálogo sobre si hubo una mejora en la atención médica de las personas con ENT:

Sí, antes era imposible, “¿y qué toma?”, “y, no sé”, “¿y trajo la carpeta?”, “no”, “¿y los laboratorios?”, “no, a mí me dijo que tenía que venir” [el/la medico/a], “pero, ¿qué diagnóstico tiene?”, y era una de las primeras veces que asistía conmigo por ejemplo, ya con RISMí, y no había datos, del paciente, entonces, no tenía un diagnóstico siquiera, porque, “¿y usted es diabéticos?”, “y no sé, creo que sí, me dijo que estaba alto el azúcar y porque comí mucha sal”, y así

E: un mboyeré⁷⁷ misionero

C1P04: *Claro, bien mezclado, consumir un caramelo para que le suba la presión, cosas que quizá no entendían, entonces necesitaban [que les expliquen], faltaba mucho eso, el que sean claros con el diagnóstico, que les expliquen, porque no entendían, de golpe nunca más iban a poder comer azúcar, arroz, nada, nada de fideo, le sacaban todo, y por ahí era re complejo porque: “noooo!!!, y cómo te convenzo” [tono como si fuera un desafío imposible], porque el médico le dijo que no, ahora como que le explican un poco más, saben cuál es su diagnóstico, o a qué se refiere, la diabetes, la hipertensión. (C1P04)*

En este punto es importante remarcar lo referido a determinante económicos, socioculturales y de género en lo que refiere a los cuidados y su cumplimiento.

En el primer caso, la mayor parte de las personas entrevistadas hicieron referencia a situaciones de precariedad laboral y socio-económica de los usuarios, agravada en el contexto de pandemia, y las estrategias que esto demanda.

Así, C1P06 remarca lo dificultoso que se vuelve indicar medidas dietético alimentarias dado el contexto económico: “[...] encima vos tenes que decir “hace la dieta”, **cómo le vas a decir “hace dieta”, si no tiene para comer y busca en el comedor**” (C1P06). A pesar de ello: “[...] le explicas, “vos vas a hacer la dieta en la medida de tus posibilidades económicas [en tono remarcado], **podes comer la comida del comedor, pero agregale ensalada**” (C1P06).

Estas situaciones, junto con otras que relata, obligan a darle “todas las vueltas”:

[...] te dicen : “no tengo tiempo porque trabajo todo el día”, “bueno, bajate una parada antes, o camina una parada para tomarte el colectivo”, [...], y así, uno le va buscando la vuelta para que el paciente cumpla con las metas [...] (C1P06)

Sin embargo, este “adaptare” a la realidad de las personas con ENT no siempre está presente, e incluso hay abandonos de tratamientos porque faltaba esa adaptación, y las medidas a seguir eran inalcanzables. En esta línea reclama C1P04: “[...] hay que ser un poco más empático y adaptarse, en realidad **no es el paciente el que se adapta a nosotros sino es al revés [...]**”, y refuerza la idea: “**buscar la forma de adaptar nosotros los conocimientos que tenemos a la capacidad económica, social, cultural que tiene el paciente, lo que te pueda llegar a decir el libro no sirven de nada si el paciente no está acostumbrado**”.

⁷⁷ Término del idioma guaraní, muy utilizado en Misiones, que se utiliza para describir situaciones donde todo está mezclado. Su traducción de hecho es la mezcla de cosas sin orden aparente.

C1P03 sintetiza el impacto de los determinantes económicos con crudeza y claridad:

[...] están más preocupados por la olla y por las cuentas que por su remedio y por su salud, así de fácil es esto, acá se preocupan más por darle de comer a los hijos, por pagar sus cuentas, por ir a trabajar, y no por ir al médico, “ah, no, yo no voy a ir al médico sino me pierdo el día de laburo” [como si fuera el paciente], y lo tenes que entender al tipo, qué le vas a decir, qué le puedes decir, le salió una changa y fue a laburar, y te faltó al turno. (C1P03)

Con relación a los determinantes socioculturales, la siguiente escena relatada por la misma persona entrevistada, aunque perteneciente a la atención en un establecimiento privado, se presenta como un espejo invertido de las relatadas anteriormente, al mismo tiempo que da cuenta de la valoración asociada a lo “lleno”, en términos alimentarios:

[...] entro un paciente hipertenso, diabético tipo II, con panza, gordo, típico, todo para una insulino resistencia, haciendo una charla empática y amena le digo “bueno, don, y vamos a tener que bajar esa panza” [silencio], cuál fue la reacción del tipo, se paró [emula lo que va diciendo], me dijo “Dr./a, entendí todo lo que usted me dijo, pero esto [se da palmadas en el vientre con las dos manos], 60 años me costó criar, yo no voy a bajar esto, discúlpeme, hasta luego”, lo fui a buscar afuera y le dije “vení, qué te paso”, “no, esta panza es mi orgullo, yo no voy a [bajar], y chau, y se fue, nunca más lo vi. (C1P03)

Con relación a los determinantes vinculados al género, coinciden las personas entrevistadas del C1 en plantear que la mujer es quien más cumple con los tratamientos:

[...] este sola o acompañada, siempre cumple, quizá las que son un poco más jóvenes, tienen muchos hijos a su cargo, o algún familiar, no les da el cuero, entre cuidar a los chicos, ir a trabajar, les cuesta cumplir, pero la mayoría cumple. (C1P06)

En el mismo sentido y sin dudar expresa C1P03: “[...] **la mujer es mucho más adherente al tratamiento que el hombre**” (C1P03).

En cuanto al por qué se produciría este fenómeno, indica:

[...] no tengo una explicación lógica, pero si te diría que la mujer es más prolija con su salud que el hombre, a lo mejor por su espíritu maternal y porque tiene que cuidar su cuerpo, ya desde los embarazos, desde las menstruaciones ya están controladas y tienen que ir al médico, el hombre no pasa por eso, [...]. Hay tres cosas que motivan la consulta médica masculina, dolor, sangrado e impotencia, esas tres cosas te van a llevar a la consulta, lo demás, “ya se me va a pasar”. (C1P03)

Como puede verse, existen múltiples dimensiones con relación a la atención de las personas con HTA y/o DM, que van desde su búsqueda, su atención, pasando por los registros, las complejidades asociadas a los múltiples determinantes sociales de la salud, y el debate en torno a las estrategias desplegadas para su atención.

Ahora bien, por la relevancia que fueron tomando en el campo de estudio las dimensiones vinculadas al acceso a la medicación, así como también al acceso a diferentes estudios complementarios, en general disponibles en otros niveles de atención (II y III), me interesa detenerme ahora en estos dos puntos.

Dos aspectos que insisten en el tratamiento de personas con ENT: medicación y referencia estudios complementarios y atención de especialistas

Si bien aspectos como la alimentación o la actividad física son mencionados, aunque proporcionalmente en menor medida, el rol de medicación es considerado central. Tal como expresa un/a profesional:

[...] en los pacientes como los casos crónicos, por ejemplo de HTA, la medicación es crónica y no puede faltar, porque si falta vienen las complicaciones, entonces trato de asegurarme que esa medicación este, [...] son contados con los dedos de la mano la gente que vos le das una receta y va y compra en la farmacia, la mayoría quiere que vos le des el medicamento, porque de otra manera no puede cumplir el tratamiento, [...]. (CIP03)

En este contexto, los CAPS reciben medicamentos por lo menos de tres fuentes: programa nacional REMEDIAR, del Ministerio de Salud Provincial, gestionado a través de zona, y del parque de la salud.

Como cuarta línea de gestión, no disponible de modo directo en el CAPS, se encuentra “la carpeta”, que implica un trámite por el cual las personas deben dirigirse a la farmacia del parque de la salud, o bien de otro hospital designado y, a partir de un conjunto de requisitos⁷⁸, poder acceder a la medicación o insumo que requiera.

⁷⁸ A enero de 2024, en un papel de 7x3 cm., bajo el título “**REQUISITOS P/ABRIR CARPETA EN FARMACIA CENTRAL “Dr. Ramón Madariaga”**”, se indica: “-RECETA actualizada; -RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (actualizada); -FOTOCOPIA DNI (c/domicilio en Misiones); -CERTIFICADO NEGATIVA DE ANSES; -ENCUESTA SOCIO ECONÓMICA; -NEGATIVA DEL IPS [se asume, cuando la persona, teniendo la obra social del Instituto de Previsión Social de Misiones -IPS-, tal entidad no cubra medicación, insumo, etc.]; CERTIFICADO DE DOMICILIO EN LA PROVINCIA O BOLETA DE

Ahora bien, en múltiples discursos acceder a la medicación, en el contexto de los determinantes socio-económicos y culturales, se presenta como un problema a la hora de considerar los tratamientos de las personas con HTA y/o DM. Tal como evalúa C1P03:

es gente que muchas veces no tiene para comprar sus medicamentos, [...] si compra el remedio no come, y entonces uno se tiene que asegurar que la medicación este y no, “toma la receta”, y arréglate, entonces yo me aseguro de ver qué remedios tenemos acá, en base a eso le receto, porque sé que por lo menos ese remedio va a retirar, [...]. (C1P03)

Por su parte, otra persona entrevistada plantea el problema del programa REMEDIAR, que en su perspectiva: “nunca cubrió” los requerimientos: “trae mucho enalapril y metformina 500, pero ya los pacientes no usan eso, ahora usan mucho losartán, es una escasez bastante fuerte” (C1T02)⁷⁹.

Con relación a la segunda y tercer fuente, la situación es fluctuante y vivida como incomprensible, tal como lo expresa C1P01 al referir que hay épocas donde: “[...] no viene la medicación, no sé cuáles son los motivos porque uno pide, ahora están viniendo del parque [de la salud]” (C1P01)

La carpeta, o “carpeta de cónicos” (C1P01), cuarta fuente, aparece cuando la medicación no llega al CAPS a pesar de estar en REMEDIAR, o en algunos casos por no estar incluida en el vademécum para el primer nivel de atención y opera, para las personas entrevistadas, mayormente como una barrera para la adherencia: ahí es donde “se cansan” (C1P01).

En esta línea, se resalta el trato (mal trato) así como también lo aspectos burocráticos:

C1P01: la medicación del hospital, C1T02 [su nombre] no cierto que el paciente va y

C1T02: mucho protocolo, hay colas terribles, mal llevados⁸⁰

C1P01: muy mal llevados, esa es una de las barreras que tienen,

E: ¿“mal llevados”?

SERVICIOS”, y luego se facilitan teléfonos de consulta. Preguntadas personas del sector, aclaran que para negativa de ANSES y encuesta socioeconómica, se encuentra el servicio social del hospital, o bien de los CAPS.

⁷⁹ Enalapril y losartán se utilizan como antihipertensivos, mientras que la metformina se prescribe en la diabetes mellitus.

⁸⁰ En uno de los sentidos que le da el diccionario de americanismos de la Asociación de Academias de la Lengua Española: *Referido a persona, de mal genio, desabrida.* Disponible en <https://www.asale.org/damer/llevado> [accedido 10-02-2024]

C1P01: de mala manera

C1T02: vos a un abuelo no le vas a tratar mal, los tratan muy mal, que anda acá, anda allá

C1P01: se cansan y viene otra vez con su papelito

Estas situaciones convocan la búsqueda de diversas soluciones, como por ejemplo la muestra médica, como quinta fuente: “[...] e/la Dr./a se rebusca y **trae muestras médicas, y le da muestra médica, el tema es que no le falte al paciente.** (C1P01)

En este contexto, la “cajita”, por ejemplo de losartán y gestionada a través de zona, se vuelve una suerte de objeto que cotiza en la bolsa de valores, tal como indica C1T02:

*[...] yo solicito cosas que me faltan con Zona, [...] el miércoles de la semana pasada tenían algo de losartán, entonces me **trajo 5 cajitas, más no me podía dar porque también tenía que darle a otros centros de salud, pero es pedir también, o insistir,** [...]. (C1T02)*

Pero también se despliegan estrategias horizontales, como por ejemplo apelar a la red de contactos de otros centros de atención primaria, “[...] pregunto primero: “podes darme, te sobra para darle”, me dice “sí” o no, “mandale” [indicando que se acerque el usuario], siempre soluciono así [...]”, expresa C1T02. Lo que no se puede hacer, aunque existan “compañeras/os que son así”, es simplemente decirle que no hay. Por ello aunque se pregunta si debiera o no tener “el número de teléfono de miles de pacientes”, si es o no su responsabilidad, en última instancia los tiene, y da aviso a los pacientes: “[...] le digo: “cuando tenga tu remedio, te mando un mensajito y te aviso”” (C1T02).

En última instancia, reflexiona: *En mi opinión personal **depende de la persona que este como responsable de farmacia, puede haber una persona que diga “no hay medicación, no hay y punto”, te devuelve la receta, “y dónde puedo conseguir?”**, “no sé”. (C1T02).*

Con relación al segundo punto, referencia a estudios complementarios y atención de especialistas, su importancia se fundamenta en los requisitos de atención de la HTA y/o DM, establecidos en guías de práctica clínica, tal como se trabajó en el marco teórico y vinculado al Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (MAPEC).

En este sentido, estudios como el fondo de ojo⁸¹, indicado una vez al año y cada dos años, con profesional de oftalmología en personas con DM2 como medida preventiva de problemas de la visión, no se encuentran disponibles en el nivel I, y motiva el acceso a niveles II y III, poniéndose “a prueba” uno de los componentes de las denominadas redes en salud, el de la referencia y contrarreferencia: acceder de manera oportuna desde el nivel I hacia II y III, y volver al nivel I con los resultados, e indicaciones de ser el caso, correspondientes.

En el caso de la HTA, si bien la indicación de derivación a especialista es para determinados casos⁸², en la práctica se observó la derivación, por ejemplo, a estudios con profesionales de la cardiología, mayormente no disponibles en el nivel I. Dicho lo anterior, me detengo en dos viñetas de interés.

Comenzando por la primera, destaca la incompatibilidad entre lo que está escrito en las guías que *debe* hacerse, y las barreras de acceso. Tal como expresa C1P03:

Sí, conozco esas normativas y [reflexiona], están bien, la mayoría están bien hechas, ahora, a veces aplicarlas como te digo no es fácil, a todo diabético hay que pedirle un fondo de ojo, sí, tenes razón, [hace una receta] “fondo de ojo, vaya al hospital”, dos meses, o tres para un turno. (C1P03)

En la segunda, se suma a las demoras de los turnos para acceder, la lectura de la persona entrevistada sobre el impacto en términos del tratamiento:

Imagínate acá, donde nosotros estamos lejos del nivel central, donde el paciente tiene que tomarse a lo mejor dos colectivos para ir allá [al hospital], a las 5 de la mañana, pedir un turno, y que le digan “no, no hay turno hasta dentro de dos meses”, ¿cómo te volvéis vos a la casa?, te volvéis decepcionado, y preocupado por tu salud, nadie te vio [...] (C1P03)

⁸¹ La condición de diabetes, implica un mayor riesgo para el desarrollo de diferentes enfermedades (glaucoma) de los ojos que pueden producir pérdida de visión y ceguera. De ahí que la realización del estudio denominado fondo de ojo (“Examen en el que se utiliza una lupa y una luz para observar el fondo del ojo (parte posterior del interior del ojo, que comprende la retina y el nervio óptico)” (*Definición de fondo de ojo - Diccionario de cáncer del NCI - NCI, 2011*) sea un control indicado, anual, en las personas con DM, de modo de detectar tempranamente este tipo de problemas y realizar las indicaciones según el caso. Se trata de un examen indoloro el cual el Médico Oftalmólogo puede observar las “retinas, máculas y nervios ópticos de los pacientes, y detectar o descartar síntomas de retinopatía diabética” (*Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2018 / Buenos Aires Ciudad - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, s. f.*)

⁸² Los criterios de derivación están indicados para: HTA en menores de 30 años, si hay sospecha de HTA secundaria no medicamentosa, cuando hay insuficiencia renal crónica, en caso de embarazo, cuando existe resistencia a la medicación, aumento de la presión arterial a pesar de un tratamiento correcto, en los casos de intolerancia y contraindicaciones múltiples (Adaptado de Ministerio de Salud de la Nación, 2016, p. 91).

A la hora de reflexionar sobre el porqué de estas situaciones evalúa que, en última instancia, el “sistema” no da abasto, está colapsado, a pesar de poseer infraestructura:

[...] tenemos un hermoso hospital allá, es un hospital de mucha complejidad, nivel 3, [...] pero hay un tema, yo creo que más del 50 % de la población no tiene cobertura social, el acceso a una cobertura social si no tenes trabajo fijo es difícil, y si quieres pagar una prepaga también es muy difícil, entonces todo el mundo va a recurrir a la salud pública, yo creo que no da abasto, está colapsado. (C1P03)

Esta idea de colapsado, es expresada también por C1P01, quien refiere que antes de la pandemia había una mesa de enlace con dirección de zona capital que permitía acortar los tiempos y gestiones para el acceso a los otros niveles.

Estas situaciones muchas veces demandan un “hacer” que no está escrito en ningún contrato, y que se vincula al grado de compromiso de las personas con el campo sanitario. Como queda de manifiesto en la siguiente viñeta, en este caso vinculado a los resultados de laboratorio de un usuario y luego de un estudio cardiológico de otro usuario:

Hay que hacer, vos tenes que hacer, andar, no hay que pretender tampoco que uno llame y ya tenga la respuesta, no es así, hay que ser paciente también y constante, hay que hacer, buscar, ver, andar, ir, llamar, volver a llamar. [...] esos días [profesional] mando un paciente hipertenso al Favalaro, llamamos, hablamos con la médica y le hicieron todo, y después vino con los estudios hechos, con el electro, lo vio el cardiólogo, todo. (C1P03)

El trabajo en equipo en el primer nivel de atención

Uno de los aspectos más fomentados en el sector salud, y en particular en el primer nivel de atención, es el trabajo en equipo, y de tipo interdisciplinario.

Al respecto el mismo tiene un rol central, por lo menos en el plano discursivo, para la persona entrevistada responsable del establecimiento. Así, ya sea desde considerar al RRHH del establecimiento como “una gran familia” (C1P01), o en sus consideraciones acerca de qué es lo que determina que un establecimiento de salud funcione o no, teniendo en cuenta que mayormente los recursos están disponibles, reflexiona:

[...] cuando vos te pones a pensar, no estamos mal, porque yo comparo, todos los centros de salud tendríamos que funcionar todos de la misma manera, pero algo, o sea, no pasa por la

dirección ni pasa por los gobernantes, sino que pasa por el equipo de trabajo que está en el centro de salud o en el hospital, ahí se corta, ahí pasa. (CP01)

E incluso, en sus consideraciones, el equipo de trabajo del establecimiento se vio fortalecido en los últimos años, habiendo más “*armonía*”, “*más criterios en común*”, y también con la pandemia, la cual puso más en evidencia el hecho de tener que “*trabajar y unirnos para unificar criterios y mejorarnos como servicio, y como personas, para poder dar lo mejor, porque nosotros somos los que estamos en la trinchera*” (C1P01). Reforzándose, incluso, la idea de horizontalidad: “*todos somos iguales, por más de que tengamos diferentes niveles socio económico, profesionales o no profesionales, todos somos iguales y nos merecemos lo mismo*” (C1P01).

Sin embargo, en lo visto-oído en campo, podría decirse que existen dos planos, uno el de los profesionales, y el segundo, el del recurso humano que cumple funciones de enfermería y/o de agentes sanitarios junto con funciones administrativas.

Con relación al primero, se observa un movimiento que va desde lo que se podría metaforizar como *estar de paso*, hasta un mayor grado de apropiación del lugar de trabajo, aunque esto último en menor medida.

Así por ejemplo, al ser consultada una de las personas entrevistadas, profesional, sobre su participación en reuniones de equipo, menciona “*No, porque hacen temprano a la mañana, y estoy en [nombre de otro establecimiento también público]*” (C1P04). En otro caso, y siendo la pregunta más general, en términos de juntarse a dialogar, la persona entrevistada reinterpreta la figura de ateneo: “[...] *no, no en forma de ateneo, sino dependiendo el caso, si yo tengo un caso, le digo “mira necesito tal y tal cosa”, “sí, mándamelo y después te cuento”, y ahí sí intercambiamos, pero no así de charlas de ateneo*” (C1P03).

Aunque un poco más matizado, refiere otra de las PE: “*aparte no nos vemos todos, trabajamos en diferentes horarios, pero los que trabajamos más o menos en el mismo horario, incluso nos interconsultamos, nos presentamos por los pacientes, a ver qué hacemos, qué no hacemos, cómo lo seguimos*” (C1P06).

Incluso esta figura de interconsulta, que es lo que más se reitera, opera a veces como lectura de interdisciplina:

[...] me pareció excelente [refiere a los registros del RISM] porque era muy difícil antes hacer un seguimiento, así tan interdisciplinario, con los pacientes sobre todo crónicos en los CAPS, lo bueno es que todos los médicos derivan a los pacientes, ya sea diabéticos, crónicos, o hipertensos, ponen en las evoluciones el tratamiento, que permite saber bien cómo van y que es lo que hay que hacer, entonces desde ese punto también es bastante sencillo [...]. (C1P04)

La viñeta permite observar que lo que opera como mediador entre los profesionales, es el RISM y la evoluciones, antes que reuniones de equipo, permitiendo un abordaje que puede considerarse más del orden de lo multidisciplinario que interdisciplinario.

O bien, aparece la figura de hablar “*si puedo*” (C1P06), con los otros profesionales, o bien estrategias donde otras profesiones, distintas a la medicina, ocupan su tradicional rol de *auxiliares de la misma*, como el caso de la “*asistente social*” (*sic*)⁸³, tal como se denota en la siguiente cita:

[...] yo trabajo con todos los profesionales, con servicio de nutrición, psicología, le comento si puedo los casos, le digo a la asistente social “necesito que me visites tal casa, tal familia”, o “este paciente que no cumple las metas”, o “tiene una ulcera, un pie diabético, necesito agilizar los turnos”, siempre, nosotros siempre trabajamos juntos [...]. (C1P06).

El espacio que podría definirse más grupal, en términos de espacio de comunicación laboral ampliado, finaliza siendo el “*grupo de WhatsApp*”: “[...] hablamos todos y nos comunicamos todo ahí, ahí en el WhatsApp nos enteramos, por ejemplo: “*va a haber la auditoria, hay que completar la planilla de hipertensión*”” (C1P06).

El ejemplo de otra de las PE resulta particularmente ilustrativo, por cuanto efectivamente puede denominarse trabajo en equipo, pero es el trabajo en equipo desde el lugar de la hiper especialización, y con un sujeto que está más que paciente, está dormido:

[...]la Fundación Favalaro, de Buenos Aires, allá se trabaja en equipo: el que mete el cablecito solo mete el cablecito, después el cardiólogo se encarga de controlar, después se le infecto, bueno, venga el infectólogo, y el infectólogo, venga el bacteriólogo. Y vos vas y le preguntas “che, cómo está el paciente?”, “¿qué quieres saber del paciente?”, “¿cómo está la infección?”, “anda y habla con el infectólogo, yo no sé, porque yo soy cardiólogo”, y ese trabajo en equipo, es bueno, yo lo considero muy bueno, [...]. (C1P03)

⁸³ Recuerdo una reunión de gestión hace más de diez años, en donde una persona, de importante jerarquía en el sector salud, no dejaba de referir al rol fundamental de los asistentes sociales en los equipos de salud, sin que en ningún momento alguien le dijera que se trataba de *trabajadores sociales*, dejando en visibilidad la falta de problematización con respecto al sector disciplinar en cuestión.

Si bien en diálogo posterior insisto justamente en el problema de la híper especialización, y la persona entrevistada refiere otros espacios de trabajo en conjunto con profesionales de la psicología, el trabajo social, resulta de interés sostener esta cita dado que, en el extremo, se presenta para muchos como el ideal del trabajo en equipo, en particular médico: cada cual ocupándose del órgano-sistema-área correspondiente⁸⁴.

Finalmente y a modo de ejemplo de cierre, el asombro de una de las personas entrevistadas al relatar la presencia, en este caso de profesionales de la medicina, en una capacitación con motivo de la incorporación del RISMi: “[...] *fue algo tan bueno, que todos fuimos, todos, hasta los médicos, médicos de mucha antigüedad*” (C1P01).

De las prácticas descriptas, puede observarse que en el plano de los profesionales, antes que un equipo de trabajo, existen servicios que funcionan mediante diferentes formas de interconsulta, ya sea intencional y presencial, cuando hay una comunicación cada vez que se puede, o como efecto –podría decirse deseado- de los registros informatizados.

En este contexto, lo que sí existe es lo que se podría denominar una gestión cuerpo a cuerpo, de quien se hace cargo la persona responsable del establecimiento.

Tal como expresan varias personas entrevistadas, y se observa en el propio trabajo de campo, la persona a cargo es sumamente activa en el establecimiento, con amplia trayectoria en gestión y motorizando permanentemente el trabajo.

En ese sentido, la persona responsable comenta:

Nosotros nos reunimos generalmente una vez al mes, y en el mes yo me reúno cada tres días, cuatro días, con los administrativos, con enfermería, con los agentes sanitarios y así, o con los psicólogos por ejemplo, estos días nos reunimos con [profesional de la medicina] y los chicos pasantes [estudiantes de carreras afines al sector salud]. (C1P01)

Respecto de esta gestión cuerpo a cuerpo, resulta también ilustrativa, y en parte crítica, las reflexiones de C1P06:

[...] por ahí el CAPS trabaja muy bien por nuestra dirección, específicamente trabaja, nos está encima todo el tiempo, y está pendiente, qué cumplen y qué no cumplen, qué no se cargó. Hay

⁸⁴ Si bien será abordado en la discusión, no se está poniendo en tela de juicio la necesidad de este trabajo en determinados espacios y situaciones de procesos de salud enfermedad atención y cuidado, sobre lo que se abre interrogante es sobre su lugar en tanto ideal.

otros directores/as que no les importa, en cambio nuestro CAPS es uno de los que mejor trabaja, pero porque [nombre de la persona] está encima todo el tiempo, yo por ejemplo coloco implantes [anticonceptivos], se me terminan al toque, entonces se mueve, va, consigue, y hay otros que no lo hacen, y en realidad eso de conseguir implantes no es su trabajo, lo tiene que hacer la farmacia, pero, por ahí tiene peso, no político, sino que conoce mucha gente, entonces [chasquea los dedos indicando velocidad de la gestión] mucho más rápido, gestiona todo. Pero yo le digo, “vos tenes que dejar que cada chanco se ocupe de su chiquero, porque si no, después, cuando vos te vayas esto [sonido y gesto de se cae, se desinfla]” porque todos dependen de [nombre de la persona], hay que delegar, porque vos no podés estar en todas partes, y si no se cumplen las metas, y el CAPS en un momento recibe una sanción, que la reciba, porque es la forma que tenemos de crecer. (CIP06)

En este contexto, mayoritariamente los profesionales pasan por el CAPS, cumplen con sus atenciones (listado de pacientes), para seguir en general su curso hacia otro establecimiento del subsector público, o bien del subsector privado.

En el segundo plano, como se expresó en diferentes apartados, el recurso humano que cumple funciones de enfermería y/o de agentes sanitarios, junto con funciones administrativas, dan continuidad al establecimiento y sus actividades, no solo al interior del mismo, sino también por fuera de este, como es el caso de las rondas sanitarias, campañas de inmunizaciones, etc.

Su cotidiano implica un continuo de lunes a viernes con diferentes actividades que se van programando y coordinando, a veces en función de los requerimientos de programas, a veces en función de necesidades del propio establecimiento.

Buena parte de estas actividades están mayormente centradas en prevención, primaria y secundaria, excepto por la clases de actividad física que se hacían en un período de tiempo, dos veces a la semana, y que uno podría considerar más asociadas a una línea de promoción de la salud, aunque estuvieran orientadas al que “*era obeso, hipertenso o diabético, está viniendo a hacer la actividad física, viene dos veces a la semana*” (CIP01).

Habiendo descripto ejes seleccionados de lo visto y oído en el C1 a partir de la estructura narrativa y de tópicos seleccionados, se da lugar al mismo procedimiento en el C2.

Caso 2 (C2)

De manera similar al C1, y como parte de la **memoria del establecimiento**, éste comenzó a funcionar en una vivienda adaptada, a donde el equipo de salud iba a “*manera de operativo*” (C2T07), ya casi finalizando la primera década del siglo XXI. A diferencia del C1, ese funcionamiento era provisorio, dado que estaba en obra el CAPS que posteriormente sería inaugurado.

Dicha inauguración fue más arquitectónica y estructural que funcional, dado que al inicio se describe una capacidad mínima, que con el tiempo se fue incrementando: *[...] se inauguró y vino la apertura, [...] el equipamiento y una mínima cantidad de recursos humanos, y después se fueron sumando, con el tiempo, más cantidad de profesionales, más enfermeros, todo paulatinamente se fue formando hasta lo que es hoy.* (C2T07)

A pesar de las mejoras, aún persiste en algunos usuarios de la zona la queja por la atención, motivando la sensibilización de los agentes sanitarios:

Y otro de los temas que también yo escuche es que hay mucha gente que se quejaba de la atención que había antes acá, y es excelente la atención, yo siempre le digo eso a los pacientes: “cambio mucho, hay personal nuevo, acércate mamá⁸⁵ para lo que necesites, estamos de 7 a 5 [17], para lo que sea”, pero mucha gente en alguno de mis sectores refería eso. (C2T10)

Incluso, parte de esta mejora se asocia al sistema de turnos, y su modificación con la incorporación del sistema RISMí, por un lado, y con nuevas directivas de Zona Capital, por otro.

En este sentido, expresa una de las personas entrevistadas que antes, en el sistema de registro de papel por planilla de consultas diarias, eran los profesionales de la medicina los que fijaban las cantidades (“*a mí [anótame] 5, a mi 10*” -C2T10), mientras que ahora el registro es en el sistema RISMí, disponiéndose de turnos programados, protegidos y de demanda espontánea, al igual que en el C1.

Por otra parte, desde hace un tiempo está en función una directiva de zona, circular que firmaron los profesionales y por lo cual están “*[...] todos los médicos notificados: son 15 pacientes [...]*” (C2T10).

⁸⁵ “Mamá”, “mamita”, y expresiones similares que cosifican a la mujer en uno de sus roles posibles, la maternidad, es una constante en el sector salud antes que una excepción.

Aunque a veces, según el profesional, pueden llegar a ser algunos más, como el caso de *“uno/a que es de las/os que más atiende, 18 pacientes a veces por día, [...]”* (C2T10).

Aunque esta situación no impide que cada tanto se dé alguna que otra queja (*““mira, me anotaste tantos”, “sí, porque tal cosa paso, hay mucha demanda a la mañana””* –C2T10) lo cierto es que hoy existe mayor disponibilidad de servicios.

En cuanto a la dinámica diaria del establecimiento, a la fecha de las entrevistas contaba ocho profesionales, entre profesionales de la medicina y otras profesiones, agentes sanitarios, área de enfermería y farmacia en ambos turnos.

Una de las particularidades que distingue al C2 de los otros es la participación en un espacio de articulación interinstitucional y vecinal el cual es particularmente valorado por la persona a cargo del efector. A partir del mismo se pueden complementar recursos y actores, ya que reconoce que si bien cada área del barrio posee sus problemas, *“La salud [el sector salud] por ahí es como que siempre estaba muy sola digamos”* (C2T07).

Entre los problemas de salud priorizados se encontraron las adicciones y la violencia en espacios públicos e involucrando a adolescentes y jóvenes, como parte de la disputa por diferentes *“sectores”* del barrio. Mientras que la violencia en contextos domésticos es referenciada en población adulta.

Otro problema de salud, del cual también se indica se fue trabajado en conjunto con otros espacios institucionales y vecinales, fue el problema del dengue, incluso superponiéndose con el COVID-19, tal como señala C2T07: *[...] estamos en pandemia por COVID-19, y estamos en epidemia de dengue, acá [el barrio] es zona roja, sobre todo de dengue [...]*.

De la misma manera que en el C1, dentro de las actividades del C2 se encuentran aquellas vinculadas a las acciones extramurales, que aquí son resaltadas en términos de operativos sanitarios, que permiten reducir barreras. Como expresa C2T07:

[...] son lugares [espacios barriales fuera del CAPS] donde uno puede hacer charlas, talleres, intervenciones. Hacemos campañas de vacunación, distintos tipos de atenciones con los médicos, si se consigue otro tipo de profesionales también, la atención se hace un poco más accesible, porque por ahí algunos no llegan al CAPS, por la distancia, o porque por ahí no tuvieron una buena experiencia, porque no todos tenemos la misma visión.” (C2T07)

En ésta última línea, esas malas experiencias pueden afectar la aceptabilidad y continuidad de la atención: *“A veces cuando uno viene al CAPS y no es bien atendido, o no se le resolvió el problema, y, ya toma como una decisión de no venir, no volver a atenderse”* (C2T07).

Al igual que en el C1, para las/os agentes sanitarios la pandemia por COVID-19 significó un salto cuali-cuantitativo en términos de relación laboral: *“Pasaron a contrato, todos, no hay nadie que tenga beca, no hay nadie que sea de comunitarios, nada”*⁸⁶ (C2T07).

Corroborando también lo dicho sobre la multiplicidad de funciones que cubre este recurso humano, llevando a cabo tareas específicas como agentes sanitarios, o cubriendo áreas como farmacia o administración, expresa (C2T07: *“[...] tenía 8, pero como de costumbre son personas que cumplen [también] función intramural, por ejemplo cubren farmacia, y en contra turno hacen terreno, por una cuestión de falta de recursos humanos, es un área [geográfica de cobertura] muy grande”* (C2T07).

O incluso, de manera más explícita, cuando indica el rol de los agentes sanitarios en el contexto de pandemia COVID-19: *“[...] la figura del promotor es como la que cubre todos los lugares cuando hace falta, y hoy en día, en el tiempo de pandemia, necesitamos sí o sí de su colaboración en muchos aspectos [...]”* (C2T07).

Dada la representatividad, me detengo en la voz de dos de las personas entrevistadas que se desempeñan como agentes sanitarios/as en el caso 2⁸⁷.

*“[...] en el 2006 empecé, como administrativo/a en el CAPS [nombra otro establecimiento], tenía un contrato plan nacer”*⁸⁸, que fue de un año y ocho meses la duración, después me pasaron a la beca de promotor”, relata C2T10, que hace 15 años se desempeña en el campo sanitario. Con motivo de la beca otorgada en el año 2008, le indicaron que tenía que hacer los

⁸⁶ Tal como hoy se mencionaba en C1, a través de programas como el CUS se contrataba promotores para el CUS escalable; en este caso la persona entrevistada hace referencia a la línea de contratación que surgió por el programa de Médicos Comunitarios o Programa Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, u otra designación según la gestión.

⁸⁷ He tenido un vínculo personal con el programa de Promotores de Salud, o de formación de Agentes Sanitarios según el período considerado, dado que en mi ingreso al Ministerio de Salud de la Provincia, una de mis primeas actividades estuvo asociada a repensar el programa de formación y capacitación de promotores, en conjunto con la profesional Médica Rosa del Carmen Piragine, Ketty, quien nunca dejó de dedicarse a la atención primaria de la salud, ni como médica pediatra, ni en su rol de gestora a cargo de la dirección de atención primaria de la salud. Luego participaría de la tecnicatura en APS, tanto en su elaboración como siendo parte del cuerpo docente. La tecnicatura, propuesta por el Dr. Jorge Enrique Deschutter, por entonces Subsecretario de Atención Primaria y Saneamiento Ambiental, tenía por objeto principal, además de fortalecer la capacidad del recurso humano, dar la posibilidad de que los promotores tuvieran un título formal, incluso para ofertar su capacidad de trabajo en otros mercados laborales, distintos de salud pública.

⁸⁸ Actual Plan SUMAR, y otra línea de contratación.

cursos de capacitación: “[...] curso tras curso [...]”, como inmunizaciones, con Blanca Duarte⁸⁹ y, tal como expresa, “[...] en el transcurso del tiempo fui viendo lo que es terreno, y tuve áreas asignadas, estuve en zona un tiempo, muy corto, atendiendo el teléfono, y de ahí pedí el traslado a un lugar más cercano a mi domicilio” (C2T10).

Si bien inició la tecnicatura en atención primaria de la salud, su doble rol de persona a cargo de la crianza y sostén de familia le impidió concluir sus estudios. Hacia 2013, fue parte de una de las “[...] primeras camadas de contratados [...]”, y desde entonces firma anualmente su relación de dependencia.

Entre sus actividades cotidianas, las rondas sanitarias, el vincularse con la gente, y promover que la gente llegue al establecimiento:

[...] siempre les ofrecemos el servicio del CAPS, aunque vallan al centro [a atenderse], le digo “mira abuela, vos ya estas cada vez más grande, por ahí si te queda más cerca el CAPS, asistí, tenes un clínico”, y bueno, el servicio de nutrición, si ellos quieren consultar algo sobre la alimentación siempre estamos ofreciendo.” (C2T10)

También dentro de su agenda se incluye, con relación a las enfermedades crónicas, ver y saber: “[...] quién vino y quien no vino, y entonces **automáticamente los vamos a buscar, para que vengan al control, a ver qué paso, [...]**”, al tiempo que participar de reuniones cuando hay que apuntar “[...] cositas que por ahí estamos fuera de circuito [...]” (C2T10).

Por su parte, C2T09, se desempeña como agente de salud desde el año 2012, y si bien en el primer establecimiento en el que trabajaba solo hacía terreno, en el C2 además de terreno ayuda “[...] en la **administración, en farmacia, colaboro con la parte de enfermería y, ese es mi rol [...]**”, tal como comenta. En términos de formación, refiere haber hecho los cursos para agente sanitario (“[...] ese es todo mi currículum [rie]”).

De la misma manera que su par, comenta con relación a las ECNT alguna de sus actividades:

[...] antes de la pandemia y en la pandemia, se buscaba hipertensos y diabéticos, se hacia la búsqueda activa de esas personas, justamente por el tema de la pandemia para que se acerquen al centro de salud, por el tema de la medicación, de los controles, porque nosotros

⁸⁹ Blanca Duarte, Lic. En enfermería, “Blanquita” en todo el ámbito sanitario de Misiones, fue desde 1997, y prácticamente hasta que falleció a mediados de Julio de 2020, referente emblemática del área de inmunizaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones.

hacemos mucho, por lo menos la parte de terreno, [...] traer justamente a esas personas, para ver que sigan su control y tengan su medicación. (C2T09)

Por otra parte, si bien se cuenta con servicio de nutrición, de manera también similar se refiere que el mismo no es tan demandado como los servicios de medicina. A la hora de responder al por qué se produce esta baja demanda, algunas explicaciones giran en torno a lo que las personas creen que recibirán como recomendaciones que les dará el servicio, dando cuenta de las dificultades de acceso de la población a ciertos productos. Expresa en estos sentidos una de las personas entrevistadas:

C2T10: [...] “no, nos va a mandar a comprar el bifecito ese” [como si fuera los pacientes, e imitando un tono de alcurnia], y yo le digo: “no, están con una idea errada, anteriormente sí las nutricionistas eran así, pero ahora con lo que vos consumís a diario ella te va a hacer un plan”

E: claro, no te va a mandar a la góndola del California⁹⁰

C2T10: ese es el miedo de los pacientes,

En coincidencia con lo dicho sobre el acceso a los alimentos, y vinculado a los determinantes económicos que condicionan la salud de los habitantes del barrio, también en el C2 buena parte de la población vive en condiciones de vulnerabilidad. Incluso algunos de ellos “vendieron su casa, o alquilaron su casa” (C2T07), entregadas por el Estado, para vivir en zonas linderas en situación precaria.

De manera similar a lo referido en el C1, aquí también la persona responsable del establecimiento es particularmente señalada como alguien que se ocupa de su función. En ese sentido, expresiones vinculadas a “*me pide esto, esto otro*” (C2P08) o bien su presencia en el establecimiento dan cuenta de ello: “*acá trabajando, debe estar [persona responsable del establecimiento], que vive acá adentro, no sé cómo hace porque realmente vive acá adentro, y está la promotora*” (C2P08).

Aunque, desde la perspectiva de otra de las personas entrevistadas, se cuestiona la función asistencial que realiza la persona responsable del efector: “[...] *el director no debe atender, el director debe gestionar y dirigir, [...]*” (C2P12)⁹¹

⁹⁰ Reconocido supermercado de la ciudad de Posadas, el cual no se caracteriza por ser precisamente accesible en términos económicos.

La atención de las y los adultos con hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus (DM)

Los discursos del C2 también dan cuenta de una progresiva priorización del adulto como sujeto de atención, hasta no hace mucho centrada en el binomio madre niño. Como expresa C2T07: “[...] *están los turnos programados para los niños con abandono de control, siempre se dejaba lugar para eso, igual que las embarazadas, los bajo peso, y se empezó a incluir también al paciente con enfermedades crónicas también en esa categoría, [...]*”.

E incluso, casi como si fuera una réplica del C1, al considerar en qué estaba puesto exclusivamente el foco, y cómo eso se transformó, refuerza C2T07:

[...] otra mirada realmente de la atención del paciente con enfermedades crónicas, dentro de la agenda, totalmente, antes nos preocupábamos más por el control del niño sano, el que tenía riesgo nutricional, [...], la embarazada, y por ahí el paciente adulto es como que tenía que venir una vez al año, y no se le hacía un seguimiento, ahora sabemos que tiene, incluso tenemos la parte cardiología [...]. (C2T07)

Esa inclusión del adulto y capacitación al respecto, corresponde a diferentes iniciativas que se fueron desplegando en los últimos años previos a la pandemia por COVID-19 del año 2020, que incluyeron desde “*rendir sí o sí el curso del MAPEC [Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas], y tener el certificado para armar los equipos*” (C2T07) en el marco del programa PROTEGER, o bien conformar los equipos que en su momento fueron parte del denominado CUS (Cobertura Universal de Salud) escalable⁹², incluyendo directivas tanto de zona capital, como desde el Ministerio provincial, con la “[...] *solicitud específica [de] armar un equipo, con un médico que se dedique a la parte de enfermedades crónicas, que en ese caso teníamos dos, un enfermero y dos promotores*” (C2T07).

Aunque aclara, al respecto, que ello no implicaba que el resto del equipo no atendiera adultos y enfermedades crónicas, de hecho, por fuera de ese equipo, “*los encargados de captar siempre a aquel paciente que no viene son los promotores*” (C2T07).

⁹¹ Este es uno de los casos en donde la misma persona desempeña funciones en el C2 y en el C3; en éste sentido, se mantiene la numeración asignada a la persona entrevistada (“12”), pero se antepone el número de caso, según su discurso este refiriendo al caso 2 o al 3.

⁹² La denominación “escalable” refiere a que, en la implementación del proyecto, se promovía el inicio del mismo en efectores seleccionados para luego progresivamente “escalar” al resto.

Se destaca la idea de que las personas con enfermedades crónicas si bien eran atendidas, no eran parte del foco, y de una lógica específica, con un conjunto de actividades que van más allá de la consulta clínica.

Consulta clínica que, en la visión de una de las PE, tampoco resultaba diferencial, tal como expresa, consultada sobre si las ECNT estaban en la agenda:

No, no, era lo mismo, viene el paciente, le tratabas el dolor de espalda y la hipertensión de la misma manera, de acuerdo a lo que sabía que se medicaba, pero no, ahora, al hablar todos un mismo idioma, el paciente está contenido en los distintos niveles también. (C2P08)

En la misma línea, y a pesar de la extensión de la cita, ésta da cuenta no solo de este cambio, sino de un conjunto de actividades que van desde la nominalización e identificación, atención, seguimiento en territorio, etc., tal como se ha visto en el C1:

C2T07: y, yo creo que al comenzar con la capacitación del MAPEC y estar un poco más instruidos a nivel del conocimiento, y del manejo específico de estas patologías, eso nos ayudó mucho a trabajar de manera más estructurada, nos ayudó mucho más para trabajar de manera organizada, antes como que era más⁹³...

E: decís, estamos trabajando más ordenadamente, por qué, antes como era, o que era distinto para vos

C2T07: en base a la experiencia, es como que, si bien manejábamos por ejemplo un padrón, un listado de pacientes, no hacíamos el abordaje específico de esas patologías, y al tener el conocimiento, se logró hacer una nominalización mucho más detallada, es como que se le dio más importancia a eso, y después al tener identificada bien a la población, te ayuda a trabajar mucho mejor, porque se trabaja articuladamente con la gente que hace tareas extramurales, en su momento teníamos trabajadora social, que no tenemos ahora, sobre todo el trabajo de campo, el trabajo de terreno, con las visitas específicas, trabajamos también con un fichero que funciona a modo de semáforo también, para ver quién era el que no venía, quién es el que faltó al control, quién es el que no tiene el control con cardiología. (C2T07)

Dentro de esta lógica, interesa citar ahora la organización del sistema de gestión de turnos para las personas con ENT, el cual puede proceder desde la agenda inmediata, pos consulta con el profesional, gestión de un turno en el área de admisión, o incluso estrategias que buscan subsanar situaciones detectadas en terreno, tal como expresa la PE:

⁹³ En este momento hay una interrupción de un tercero, en medio me pica un mosquito, lo mato y tiene sangre, hacemos chistes y comentarios al respecto luego de hablar de “zona roja” de dengue, de ahí que deba recuperar el diálogo en la entrevista, al tiempo que se confirma *in situ* y en cuerpo propio la presencia de vectores.

[...] se trabaja mucho con mensajería [celular], sobre todo con los promotores que van a terreno y ven algún paciente que está en un abandono de control, que no tiene la medicación, se le pide el turno, se anota, ya se le agrega, o sea todos tenemos el aplicativo de dar turnos en el RISMi (C2T07)

Si algunos de los discursos del C1 apuntaban a una “agenda llena” en muchas situaciones, principalmente para los profesionales de la medicina, en el C2 no existe una saturación de demanda de la población adulta con relación a la capacidad del establecimiento, tal como refiere PE: “[...] no hay mucho problema, siempre hay lugar para los pacientes adultos por así decirlo, eso es lo que más lugares hay en las agendas [...]” (C2T07).

Incluso, desde la perspectiva de la misma PE, a partir de las diferentes modificaciones existe un trabajo ordenado con relación a las ENT, procurando un manejo diferencial según la situación del paciente, y teniendo por meta el logro de la adherencia terapéutica, tal como puede verse en la siguiente viñeta:

*[...] nosotros trabajamos ordenadamente en la **atención integral del paciente** con enfermedades crónicas no transmisibles, [...]. El/la profesional de la medicina sabe que es un electro por año, cada cuanto un control, es el que pone las pautas digamos, para que también después uno ordene, a manera de semáforo. [...], las enfermedades crónicas son controlables, justamente dentro del manejo del paciente se busca lograr la adherencia al tratamiento, el automanejo, es lo que buscamos, ese es nuestro objetivo, [...]. (C2T07)*

Desde la perspectiva de otra de las personas entrevistadas, se suma a las particularidades de cada patología, y situación de tratamiento, la especificidad de cada persona. En este sentido expresa que “[...] depende de cada paciente”, y que su estrategia se basa en “hablar mucho, trato de hablar mucho, es lo único que [se puede hacer], de explicarles una y otra vez que esto no es algo que van a poder abandonar en algún momento” (C2P08).

Para la misma persona entrevistada, gran parte del desafío del trabajo con las personas con ENT pasa por la aceptación de la persona de su condición, remarcando que muchas veces no asisten, “[...] hay que convencerlos de que tienen una patología, y que la forma es acercarse, controlarse [...]” (C2P08).

Al mismo tiempo, refuerza la visión de que las crónicas se fueron instalando en agenda:

[...] cuando yo recién empecé en salud pública, no había una forma de tratar las crónicas, era cada quien trataba de acuerdo a, o sea, si bien todos sabemos que es la hipertensión, que

es la diabetes, no había algo de “bueno, hablemos todos un mismo idioma”, y después se fue generando, el equipo trabajaba de una manera y demás, lo primero fue con el proyecto [FEPSII], e incluso cuando vine acá también, todos manejan las crónicas en el mismo idioma. (C2P08)

Coincidentes miradas aportan los/as agentes sanitarios sobre la inclusión de la diabetes y la hipertensión en la agenda del primer nivel de atención, y lo que tracciona este hecho en su cotidiano. Así lo expresa una de las personas entrevistadas, ante la pregunta sobre si siempre fue así:

No, no, anteriormente no era mucha la importancia de que el paciente llegue al CAPS, [...], ahora sí, es como que se le presta un poco más de atención al hipertenso, al diabético, y se llega al domicilio, se le hace la charla previa, [...], se le comenta que servicios hay, y se lo cita al paciente, [...]. (C2T10)

Ahora bien, sea como efecto de la discontinuidad de la consulta por parte del usuario, discontinuidad en el tratamiento farmacológico, barreras de acceso, tal como se describieron en el caso 1, entre otros motivos, son mencionados en el C2 situaciones en las cuales se presentan personas con crisis hiperglucémica o hipertensivas⁹⁴.

De esta manera, resaltan situaciones en donde hay muchos “reacios” al tratamiento, donde no se logró la adherencia, no tanto porque no estén “bien medicados”, sino porque “[...] no lo hace de manera correcta [la toma de medicación], o se termina quedando sin medicación, y piensa que sin tomarla, sin seguir el tratamiento va a estar bien [...]” (C2T07), y son justamente los que “terminan cayendo” descompensados: “[...] en el consultorio lo vemos: “¿hace cuánto que no te controlas, estas medicado o no?”, y generalmente no están con la medicación, no están cumpliendo con el tratamiento” (C2T07).

De hecho, en la voz de otra de las personas entrevistadas considera que resulta muy difícil que las personas asuman su condición de salud y obren en consecuencia: “el paciente no interpreta que esto es para convivir con eso [la patología]” (C2P08), abandonando muchas veces el tratamiento, y amplia:

⁹⁴ Estas crisis, expresadas en personas con HTA que llegan con presión arterial elevada sostenida, o bien descompensados (sea por hiper o hipo glucemias en el caso de las personas con DM), requiriendo en algunos casos derivaciones, son mencionadas en los tres casos. Pero en la descripción de cada uno se va dando prioridad a algunos aspectos por sobre otros, sobre todo cuando el fenómeno se repite.

[...] muchas veces te dicen, “no, deje de tomar la medicación porque estaba bien”, es complicado por eso, y como te vuelvo a decir, depende de cada uno pero la mayoría te abandona la medicación, o la dieta, o sea, no lo asume como un cambio de hábito. (C2P08)

Situación que incluso se agravo aún más en pandemia por COVID-19, dado que muchas personas, en el contexto de mensajes cruzados, directamente consideraron que no podían ir al establecimiento: “*[...] porque fulano le dijo, mengano le dijo, y no se acercaron a preguntar si realmente estaba suspendida la atención, [...]*” (C2P08).

La mayoría coincide en que desde los medios de comunicación se daban desalentando la consulta (“*Cuidate*”, “*no vengas, no vengas*” -C2P08), e incluso muchos de los usuarios utilizaron esta situación “*[...] mucho tiempo [después] como excusa, “no, pero nos decían que no fuéramos.”*” (C2P08).

Dos aspectos que insisten en el tratamiento de personas con ENT: medicación y referencia estudios complementarios y atención de especialistas

En lo que refiere al acceso a la medicación, disponibilidad y barreras, en el C2 nuevamente es traído a colación “*la carpeta*” para retirar medicación de personas con enfermedades crónicas en los Hospitales de nivel II o III.

En este caso, el hospital de Fátima es referenciado como solución, aunque con matices, para resolver la problemática del acceso a la medicación, sobre todo en los períodos en que “*no se estaba dando a basto con la farmacia*” (C2T07) del C2. En este sentido, referencia la persona entrevistada:

[...] lo que tiene que ver con la medicación del paciente con ECNT viene de nación, y no es lo suficiente, los botiquines no son suficientes, aparte viene lo básico, [...], pero lo que es la parte de insulina terapia⁹⁵, eso es ya un paciente que tiene una carpeta en alguno de los nodos, para que pueda retirar la insulina, u otros tipos de medicamentos, por ejemplo de uso cardiológico [...], porque uno ve generalmente la forma que el/la especialista en cardiología maneja la hipertensión, usa otro tipo de medicamentos, y el medico clínico generalista usa otro fármaco, por ahí si receta el cardiólogo, tendrá que ir a buscar al hospital sí o sí. (C2T07)

Hacia el final de la viñeta, se reitera la diferencia entre la medicación recetada por las/los profesionales médicos/as generalistas y especialistas en cardiología, al igual que en el C1. Al

⁹⁵ Mayormente utilizada en la DM tipo I, aunque puede ser requerida para personas con DM tipo II según el grado de adherencia del usuario/a al tratamiento, tiempo de diagnóstico, etc.

tiempo que se amplía lo que tracciona: la generación de una barrera con relación al acceso a la medicación en el establecimiento de tratamiento; como concluye la misma persona entrevistada, si bien medidas como “*la carpetea*” funcionan como un paliativo para el problema de los medicamentos, “[...] *eso no está todavía muy bien aceitado, está muy inconcluso por ahí [...]*” (C2T07).

Una segunda vos aporta a la problematización respecto de la medicación. En este caso, si bien coincide en que algunas presentaciones farmacológicas no están, o están muy poco disponibles, considera que muchas veces se trata de un problema de conducta clínica.

Así, en diálogo sobre si es o no suficiente la medicación y sus presentaciones en el primer nivel de atención, partiendo de la queja en torno a la falta de “*metformina 850*”⁹⁶ plantea:

Sabes que eso me molesta, o sea, sí, metformina 850 no viene, tenes metformina 500, tenes Glicazida⁹⁷ que se vence, tenes,

E: yo te digo las voces que escucho⁹⁸

C2P08: es que me molesta de los colegas muchas veces, me molesta del colega que le indica autocontrol al paciente con hipoglucemiente oral, y que viene a controlarse “porque el médico me dijo que me controle todos los días”⁹⁹, porque no tienen el autocontrol en la casa, y que además no es lo que está indicado, entonces sí, no tenemos, en se sentido yo me pongo un poco la camiseta de salud pública y tenes medicación para combinar, para rotar, para cambiar, pero tenes que tomarte el trabajo

E: y mayormente ese tomarse el trabajo aparece o no?

C2P08: ¿por qué tengo que hablar de los colegas? [risas], en lo que me ha tocado a mi ver, no, [...], está bien, no hay la de 850, [...], pero veíamos con [responsable del establecimiento] que la glicazida se vence

E: perdón la ignorancia, ¿la glicazida?

⁹⁶ Junto con la famosa “*cajita*” de Losartán, la falta de metformina 850 es uno de los aspectos que aparecen como problema en el caso 1.

⁹⁷ La Glicazida es un medicamento antidiabético o hipoglucemiente oral de segunda generación, que se utiliza para reducir la glucosa. Al igual que la metformina, es recetado para personas con diabetes tipo II.

⁹⁸ Partiendo de lo escuchado en diferentes entrevistas, había planteado las “quejas” sobre la falta de algunas presentaciones farmacológicas.

⁹⁹ En general el autocontrol, o autoanálisis de la glucemia capilar mediante tiras reactivas, está indicado mayormente en la diabetes tipo I, es decir, insulino dependiente, que demanda mediciones para realizar correcciones de insulina. En el caso de la DM2, puede estar indicado cuando “no se consigue un control metabólico adecuado y no se obtienen las metas terapéuticas propuestas con el uso de antidiabéticos orales” (Ministerio de Salud de la Nación, 2016, p. 71). Claramente, en su ejemplo se refiere solo a un usuario que está en tratamiento con medicación oral, con lo cual la práctica de “autocontrol”, efectivamente no estaría indicada.

*C2P08: se suele combinar, depende el paciente, esa es la parte que nosotros decimos es la parte del arte de la medicina, que vos vas manejando al paciente de esa manera, **igual que el tema de los antihipertensivos, no es cuestión de mandarlo al cardiólogo siempre, si vos tenes menos de 5 drogas, y manejalos vos, podés manejar, me refiero a un paciente que esta con enalapril y amlodipina, y bueno, no tiene un buen control, fijate la dieta¹⁰⁰, fijate si le agregas algo, pero no es necesario que vos le digas, “ha, no, tenes que ir con el cardiólogo”.***
(C2P08)

A pesar de lo extenso de la cita, la misma resulta de interés porque pone en cuestión el qué se receta, de qué se dispone, qué otros pilares del tratamiento son importantes (dieta por ejemplo), y resalta el rol de los profesionales de la medicina en el primer nivel de atención.

Pero también los problemas que se plantean frente al tratamiento. En esta línea, recuerda sus conversaciones con otro/a profesional, sobre el problema de la actualización, así como la conducta frente al paciente. En los términos de la persona entrevistada:

*C2P08: [...]esto de **que haya médicos que le indiquen el autocontrol**, y yo le decía, **no le podés decir al paciente “tu médico te dijo mal”***

*E: **contradecir al colega***

*C2P08: **claro, pero eso habla de un médico o que no se actualiza, o que no le importa trabajar en equipo, [...].*** (C2P08)

Como último punto con relación a la medicación, interesa resaltar lo que podría considerarse como un efecto de conjunto. Así, dada la disponibilidad no siempre es posible dar la medicación para tres meses, sino para uno, y por ello los usuarios “*refieren que les cuesta venir a sacar un turno, le cuesta acercarse a donde tiene que retirar la medicación*” (C2T07).

Sin embargo, al igual que en el C1, concluyen que “*las facilidades están*”, ya sea disponibilidad de atención clínica, facilidades para que no se quede sin la medicación, incluso excepcionalmente y sin control, y que por ende, en última instancia, depende de cada sujeto: “*[...] muchas veces no toman conciencia de lo importante que es la medicación dentro del tratamiento, eso ya corre por cuenta de cada uno, como individuo, como paciente [...].*” (C2T07).

¹⁰⁰ Como se comentaba en la presentación de este apartado en el caso 1, la medicación es una de las estrategias de tratamiento, pero no debe ser la única ni el epicentro del tratamiento, aspectos que serán abordados en la discusión.

En cuanto a las referencias para estudios complementarios y atención de especialistas, existen algunas facilidades cuando RRHH de hospitales especializados realizan atenciones en Centros de Atención Primaria: “[...] *el/la especialista en cardiología hace electro [electrocardiograma] con informe, e incluso si alguien necesita algún tipo de ecocardiograma, un holter, los cita allá, porque vienen del hospital [...]*” (C2T07).

Contar con estos servicios hace que las personas “[...] *vengan más acá a sacar el turno, porque si le dan en el hospital le dan para dos meses [...]*” (C2T07), por lo cual son sumamente valorados: “*debemos cuidar como oro*” (C2T07).

Por otra parte, a diferencia del C1 se resalta aquí el problema del acceso a laboratorio: “*por ahí lo que restaría un poco es reforzar un poco más lo que es laboratorio, [...]*” (C2T07).

Ahora bien, si bien existe la facilidad de la atención cardiológica, el acceso a los estudios complementarios sigue siendo un problema.

Así, con relación al fondo de ojo, se reiteran las dificultades, tal como se citó en el C1:

[...] el fondo de ojos o algún otro especialista hay que ver cómo están [los turnos], antes [de la pandemia] se trabajaba un poco mejor, se conseguía con la oficina de enlace, pero ahora el hospital está colapsado, se suspenden los turnos, te dan de acá a meses [...]. (C2T07)

Desde otra de las perspectivas del caso, deben ponderarse dos situaciones en lo referido al acceso y referencias a especialistas. La primera, vinculada a la conducta de las personas y asociado a este *no asumir su condición*, ya abordado, hace que el acceso al sector salud se viva como una carga. Al mismo tiempo, la sola mención a las barreras al inicio de la cita, indican que estas existen. Como expresa la PE:

Las barreras no son difíciles, o sea, “tenes que hacerte un laboratorio”, hay turnos protegidos, hay facilidades, pero la gente sigue como: “tengo que ir al médico, tengo que ir al”, como que fuera algo grave, difícil, complicado, y cada vez es más sencillo, [...]. (C2P08)

La segunda, se vincula a la conducta y manejo clínico en el primer nivel de atención. En este sentido evalúa la misma persona entrevistada con relación a la atención con especialistas:

[...] me parece que por ahí el médico general también es como que se deshace mucho de los pacientes, porque un control de un electrocardiograma, un control de laboratorio, lo puedes hacer, siempre que el paciente no este complicado, no siempre derivarlo al especialista, y sí, el

especialista tiene mucha demanda, y tienen mucho tiempo para esperar, pero puedes pedir un electro, no necesariamente un control con el cardiólogo. (C2P08)

Ahora bien, también aquí los agentes sanitarios desarrollan estrategias para sortear las barreras para acceder a turnos en los niveles 2 y 3. Así, más allá de las gestiones con la oficina de enlace, ubicada en zona capital y mediante la cual se procura facilitar el acceso, muchas veces terminan dependiendo de los “contactos” para gestionar los turnos: “[...] y le escribimos y por ahí te hacen la gauchada, te consiguen, te dicen “uno” (C2T09). E incluso aunque sea a muchos meses desde la gestión, amplía otra de las voces:

[...] yo le digo a los pacientes que agarren el turno, porque no se sabe, y cuando el paciente vaya a querer ir a la turnera, las fechas en que se abre la turnera, por ahí no llegan, entonces que agarre esa fecha por más lejana que sea, en algún momento llega [...]. (C2T10)

De manera ampliatoria, se trata de fechas en que se habilitan las agendas para nuevos turnos, por ejemplo en el Hospital Escuela, en la cuales pueden verse aún más personas de lo habitual que, fila mediante, esperan poder acceder a un turno en dicho Hospital con algún especialista.

El trabajo en equipo en el primer nivel de atención

Al igual que lo visto en el C1, si bien la persona responsable del establecimiento hace mención a la idea de que hay un “equipo de trabajo”, nuevamente lo visto-oído en el campo mayormente da cuenta de que tal equipo es a nivel de los agentes sanitarios-administración, y su estar continuo en el establecimiento o en actividades de terreno, alguna de las cuales pueden o no tener el acompañamiento de un profesional.

En este último sentido, relata una de las PE, profesional, su posición y participación en actividades de terreno, y de otro/a profesional que hace lo mismo, en contraste con mayormente los profesionales tienen la actitud de atender e irse:

Lo que veo es eso, atender e irse, o sea, yo llegue, pegue buena onda con los chicos [promotores-enfermería-administrativos], me voy a los operativos con ellos, participo, con ellos, de hecho tuvimos operativos sobre crónicas, dimos charlas, hicimos talleres, no sé los otros profesionales, profesionales médicos, la/el [profesional de la nutrición] va [se ríe], los médicos no sé. (C2P08)

Respecto de los profesionales nuevamente antes que interdisciplina, se observa sí la posibilidad de derivación. Tal como refiere una de las PE:

[...] por ahí le digo [al usuario] “vamos a empezar con esto”, acá tengo la posibilidad de decirle: “bueno, sabes que, anda a hablar con [servicio de nutrición], te va a ir guiando”, porque tienen la idea por ejemplo, “ha, yo eso no puedo porque voy a gastar mucho”, le digo “no [el servicio de nutrición] te va a ir guiando dentro de lo que puedas, para no gastar de más” [...] allá no teníamos eso [otro establecimiento], o sea, teníamos que hablar nosotros, ver nosotros de ir guiándolos a los pacientes, [...]. (C2P08)

Incluso los espacios de contacto con los otros profesionales, son escasos o nulos, como refiere la misma PE: “*[...] no se los otros profesionales porque tengo poco contacto con los otros profesionales*” (C2P08).

Reforzando la misma idea, las reuniones de equipo que existen, por fuera de una interconsulta o derivación, suelen ser de “*[...] los otros sectores, sí [promotores, administración, farmacia], con los colegas médicos no, y yo supongo que es esto, en su mayoría vamos yendo de un CAPS a otro [...]*” (C2P08).

Con relación a los agentes sanitarios, el caso 2 refuerza la lectura de que si hay equipo, éste pasa por el personal técnico y administrativo, acompañado por la persona responsable del establecimiento. Tal como se expresa en el siguiente diálogo:

E: suelen tener reuniones entre ustedes como equipo de trabajo, para definir esto de “qué hacemos con las crónicas, qué no hacemos”

C2T09-C2T10: afirman con un gesto

C2T09: con [la persona responsable del establecimiento] siempre nos reunimos y se toca esos temas, la semana pasada tuvimos justamente una charla sobre los pacientes hipertensos y diabéticos porque tuvimos la búsqueda activa, y bueno, vamos todos en grupo igual, salimos entre todos, no salimos uno o dos solos. (C2T09)

A los fines de cerrar y reforzar la idea, al consultar quiénes participan mayormente de las reuniones, y quiénes no, figuran, entre los primeros, “*los agentes sanitarios más que nada*” (C2T09), entre los segundos y ante la pregunta por médicos y enfermeros (profesionales), la respuesta: “*no, no*” (C2T09).

Aunque, aclaran, “*una vez cada tanto nos reunimos todos, y se charla alguna que otra cosa, que está fuera de lugar digamos*” (C2T09): la necesidad de registrar de manera correcta en el RISMi la medicación (“*paciente que viene por receta a retirar su medicación*”, listo, termino

tu evolución” -C2T09), completar (“que no lo hacen” - C2T09) la ficha CLAP¹⁰¹, aunque los profesionales, en dichas reuniones: “son contaditos”.

Se reproduce así la lógica por la cual existen dos planos, el del personal técnico-administrativo y de gestión, y el de los profesionales de diferentes disciplinas por el otro.

Caso 3 (C3)¹⁰²

Aunque no formó parte de lo dialogado en las entrevistas del caso 3, se puede afirmar que el establecimiento existe por lo menos desde la década del 70, ya que es mencionado como parte de los “*consultorios externos periféricos de los hospitales de bases de zonas*”, correspondiente a la Zona I, ciudad Capital, según Decreto Provincial 2396 del 6 de agosto de 1979 y se constituye, por tanto, en el establecimiento de mayor antigüedad de los tres descriptos.

Ahora bien, si hasta aquí se ha mencionado formas de contratación precarizada, haciendo alusión a los agentes sanitarios, cabe aclarar que los profesionales no siempre se encuentran exentos.

En este sentido, la persona responsable del establecimiento, cargo que ocupa hace menos de cinco años junto con funciones asistenciales, relata con relación a su trayectoria en salud pública:

[...] pase por todo, primero trabajé en PROMIN¹⁰³, después estuve en médicos comunitarios, después recién ahí pase a planta transitoria, y después hasta acá, o sea que pase por varios programas hasta llegar [ríe]. (C3P11)

¹⁰¹ Ficha de historia clínica perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

¹⁰² En función de la saturación del campo este caso posee menor extensión en su desarrollo, recuperando coincidencias con lo ya visto, y algunas nuevas problematizaciones.

¹⁰³ Programa de Salud y Nutrición Materno Infantil, más conocido como PROMIN, el cual comienza su operación en 1992-93. Dado que cuando se hizo cargo del establecimiento muchos aspectos vinculados a la tracción de las enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y/o DM) ya estaban en curso, algunos de sus ejemplos remitirán a lo que fue la implementación del PROMIN.

Sin embargo, desde el punto de vista funcional, para la segunda persona entrevistada del caso, quien maneja el funcionamiento cotidiano del establecimiento es quien cumple la función de enfermería, tal como refiere C3P12 al hablar del CAPS:

*[...] esto ya está organizado, esto camina solo, a mí nadie me llama para decir “che, tenes que venir al CAPS”, yo a las dos [14 pm.] entro, y a las 1330 ya estoy acá, y la enfermera, ella es la que maneja todo esto, ella hace mucho que esta acá, **es la que digita todo**, [...]. (C3P12)*

En lo que refiere a la organización del establecimiento, también atiende en el horario de 7:00 a 18:00 hs., y cuenta con servicios para la población adulta que incluye: medicina general (tres profesionales), ginecología (uno/a), traumatología (uno/a), kinesiología (uno/a), psicología (uno/a), nutrición (uno/a) y trabajo social (una/o), servicios que se distribuyen tanto en la franja horaria de la mañana como de la tarde según el día.

En una mañana tipo, los tres consultorios disponibles son utilizados de manera “*escalonada*” (C3P11), de manera tal que si algún grupo se retrasa, complica al siguiente:

*[...] nosotros acá **tenemos tres consultorios, y a la mañana tengo todo escalonado, porque el que no cumple con el horario le complica al que sigue**, entonces entre 6:30 y 7:00 a 8:30, 9:00 horas entra el primer grupo, y ocupan los tres consultorios, se van esos, y desde las 9:30 hasta las 10:30 hay otro grupo, [...]. (C3P11)*

En lo que refiere a la población atendida, si bien esta es referenciada como población de “[...] *bajos recursos, pero no tanto* [...]” (C3P11), igual se destaca que es más bien *paciente*, en el sentido de pasiva: “[...] *igual no hay pregunta, no hay demanda de explicación, de parte de los malos llamados pacientes*” (C3P11).

Ampliando las características de la población que asiste, la misma persona reconoce que muchos no corresponden a la zona de influencia, dado que excepto “*un sector muy vulnerable*” (C3P11), mucha gente del barrio posee obra social.

El hecho de que promotores de salud vivan en dicha zona vulnerable, permitió facilitar la continuidad de tratamientos farmacológicos, por ejemplo en el período de pandemia: “[...] *está cubierta [la zona] porque las/s chicos/as conocen, son parte de esa población, y eso fue muy bueno en la pandemia, porque llevaban la medicación a los hipertensos, a las mujeres los anticonceptivos*” (C3P11).

Cabe aclarar que en el concepto del Programa de Promotores, uno de los requisitos fue justamente que los promotores/as seleccionados/as fueran parte de la comunidad geográfica de referencia de los CAPS, considerando principios de la atención primaria. Con el tiempo, dicho requisito no siempre fue cumplido, y en muchos casos “la beca” fue “una moneda de cambio”, en el contexto de dinámicas partidarias y de gestión.

De hecho, tal como recuerda otra persona entrevistada, aunque haciendo referencia a otro establecimiento del que estuvo a cargo en su momento, y una situación en donde asistió a una persona menor de edad:

*Era menor de edad, hablamos con la mamá, y le pregunte si la asistía alguna promotora, me decían que no, que solamente en las elecciones las veían, para **confirmar que la asignación de promotores fue pura y exclusivamente como punteros políticos**, [...]. (C3P12)*

Al igual que lo visto en el C1, aquí también se producen rotaciones de estudiantes avanzados de carreras vinculadas a la salud, lo cual es visibilizado como algo positivo, ya que da otra vida a la dinámica organizacional. Expresa C3P11 en este sentido:

*Hay estudiantes que rotan, hacen antropometría, sugieren derivaciones, es más, yo quiero que vengan más estudiantes, de trabajo social, de medicina, de obstetricia, nutrición, porque **te genera otro movimiento, otra dinámica, te mueve**, ves que está lleno de carteles [de promoción], salen a terreno con los promotores, hacen de todo. (C3P11)*

En consonancia con el C1, y vinculado a la capacidad en materia de RRHH del efector así como la accesibilidad, en el cotidiano del C3 se considera buena parte de la población atendida no corresponde solo al área de cobertura:

[...] tenemos mucha población que no depende del CAPS, hay gente que viene de Candelaria, de Garupá, de Itaembé Guazú, [...], porque acá les atendemos a todos [se ríe], no le negamos la atención a nadie y siempre tenemos profesionales [...]. (C3P11)

Ahora bien, dicho fenómeno, a la hora de cumplir con indicadores de transferencia en casos como el programa PROTEGER, muchas veces dificulta la tarea, dado que vuelve dificultoso otras instancias del programa, como por ejemplo el seguimiento de la población una vez que fue empadronada¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Así, si por ejemplo la primera etapa del programa implica empadronar a la persona con HTA y/o DM, la segunda dar una atención y la tercera una visita en domicilio para monitoreo, cuando la población que se

Así por ejemplo, al retorno de las actividades en el año 2021, el establecimiento caía en la cuenta de que tenía “como 1500” (C3P11) usuarios empadronados que había que seguir, pero que no eran de su zona de cobertura, dificultándose el cumplimiento de las metas fijadas por el programa.

La atención de las y los adultos con hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus (DM)

Se remarca nuevamente en caso 3 un sector salud que, habiendo estado orientado hacia lo materno infantil, hacia finales de la primera década del siglo XXI había puesto también en el horizonte de sus prioridades, la población con ENT. Tal como expresa la PE: “[...] en el 2003-2004, sí, todo era madre-niño, lo materno infantil, y después yo no estuve trabajando en el efector, pero cuando volví [2017-2018], ya estaban instaladas las crónicas, [...]” (C3P11).

Con relación a las personas con ENT, desde la perspectiva de la persona entrevistada es necesario reconocer la heterogeneidad que existe, desde aquellos que solo aparecen ante los “picos”, por ejemplo de presión arterial, visto en casos anteriores como aquellos “descompensados”, hasta los comprometidos con el tratamiento, y también aquellos que se “cansan”. Tal como expresa C3P11:

[...] hay personas que vienen si se siente mal y tienen el pico, el famoso pico, y ahí siguen el tratamiento, hay de todo, es un grupo muy heterogéneo, tenes gente que está comprometida con el tratamiento, [...], y hay gente que bueno, que se cansa, o que no entiende. (C3P11)

En su perspectiva, un punto central es el grado de entendimiento que poseen sobre su condición crónica, y en qué medida los profesionales de la salud, en particular de la medicina, explican lo suficiente, coincidiendo en este punto con lo expresado en el caso 1 (“le explican un poco más, se toman más el tiempo” -C1P04).

Al igual que allí, destaca una reflexión en torno también a la variable tiempo de consulta: “[...] yo entiendo, conmigo nadie está menos de 40 minutos, y por ahí los médicos no tienen ese tiempo en dedicarle al paciente, entonces me parece que tal vez ahí es como que se

empadrona no se encuentra geográficamente en la zona de referencia establecimiento, pero ha entrado en el “n” de población bajo programa, se constituye en parte de la meta siguiente (por ejemplo, usuarios visitados sobre usuarios empadronados), dificultando por ello la posibilidad de dar cumplimiento a los indicadores que definirán luego las transferencias, cumplimiento de metas, etc.

traba” (C3P11), al tiempo que recuerda, y confirma, la normativa ya vista sobre la atención de 15 pacientes por profesional.

En este contexto, las personas con ENT, “*mal llamadas pacientes*”, tampoco poseen una posición activa, una demanda por explicación, coincidentemente con lo visto en caso 1, recupera la persona entrevistada: “[...] *“me explico [el médico] pero no entendí”, eso también me pasa, de escuchar “sí, me explico, pero no entendí mucho”* (C3P11).

A la hora de buscar caracterizar las particularidades de las personas con HTA y/o DM, vuelve a surgir en una de las PE del C3 la perspectiva según la cual las personas no llegan a asumir su condición de salud, tal como expresa C3P11:

*A veces me parece que **no toman conciencia de lo que quiere decir una enfermedad crónica, o no se les explica**, como que en el fondo siempre esta ese ruidito de “me voy a curar”. Me parece que a veces les cuesta, [...]. (C3P11)*

En igual sentido se expresa otra persona entrevistada, remarcando que uno de los principales desafíos es que las personas reconozcan su condición, antes de “*darse cuenta*”, cuando ya aparecen las manifestaciones graves de la enfermedad:

*[...] a un diabético lo más importante es concientizarle (sic) que es **una enfermedad que lo va a matar a la larga**, la muerte silente dice el libro, entonces, **es importante que el paciente sepa, que esa enfermedad que esta dormida, te va lastimando [...], y te das cuenta cuando perdiste el ojo, tenes insuficiencia renal, estas con diálisis, y ya es tarde.** (C3P12)*

Al mismo tiempo, y como se ha remarcado en los casos anteriores, prima una perspectiva según la cual se trata de personas en donde “[...] *hay mucha pasividad en cuanto a su tratamiento, como esto de que aceptan y chau, “a mí me dijeron que yo haga esto, y listo [...]*” (C3P11).

Aportando a la complejidad que reviste la atención de personas con ENT, se remarca que su atención requiere otros tiempos, más extensos, en donde se suma “*a lo médico*” lo social. Tal como expresa la persona entrevistada: “*Los pacientes con enfermedades crónicas demandan más tiempo, por ahí ya viene asociado a problemas de stress, están angustiados, mala calidad de vida, **muchos son problemas sociales, asociados a los problemas médicos, [...]***” (C3P12). Queda clara, en dicha referencia, la disociación entre lo bio-MEDICO y lo social.

A pesar de dicha separación, considera que también es una función de la práctica médica el disponerse como “[...] alguien con quien puedan hacer el descargo tranquilamente, tener la confianza de que puedan preguntarme cosas, sacarse las dudas, tomarte el tiempo para, más allá de la indicación, concientizar al paciente, [...]” (C3P12).

Ahora bien, también se deduce de lo dicho por la misma persona entrevistada, que habría por los menos dos momentos, cuando la persona inicia el tratamiento, donde “te gastas”, en el sentido de hacer un mayor esfuerzo, que se distingue de la persona que ya es asidua:

[...] en ese te gastas en hacerle toda la atención, los laboratorios, la interconsulta con cardiología, explicarle, que acá es muy importante. Hoy una señora con la hija, 21 años, “le sube la presión”, le consulto: “¿haces deporte?”, “no”, “bueno, empecemos por ahí”, vamos a cambiar un poquito el estilo de vida, no sale a ningún lado, todo el día encerrada, “por supuesto que va a generar ansiedad, y la ansiedad te va a demandar alimentación, porque es un círculo vicioso todo esto”, [...]. (C3P12)

Por el contrario, en el segundo caso, persona asidua, considera que la atención debe ser más expeditiva: ““pase usted señor”, ta, ta, la receta [como que escribe] diez medicamentos, “lleve a su casa”” (C3P12).

Por otra parte, aquí se vuelve a remarcar el género, al igual que en el caso 1, como un factor que determina el tratamiento:

La mujer se cuida más, esta como más acostumbrada a ir al médico, a la consulta, [...]. Es más, la mujer siempre estuvo acostumbrada a acceder al servicio de salud, el hombre es más difícil, o siempre dicen: “no, yo era re sano, hasta que...”, y no, no era re sano, y por ahí por eso los casos son más graves en los hombres, porque no se acercan, [...]. (C3P11)

De manera coincidente, también la otra persona entrevistada del caso considera que los hombres son más reacios, mientras que las mujeres asumen con mayor “responsabilidad el tratamiento” (C3P12). A tal punto que incluso muchas veces asumen el tratamiento de un compañero varón:

[...] fijate que cuando viene el hipertenso, el marido por ejemplo, habla la mujer, porque el marido no tiene ni idea lo que toma, la mujer es la que le da la pastilla, la que le maneja todo, entonces le dije a muchas mujeres: “no, déjame hablar con él, esperame afuera, porque el que tiene que saber de su enfermedad es él, no vos, “¿él sabe hablar, orina, respira, defeca, todo hace él?”, están todas las funciones en orden?, listo: “voy a hablar con vos hermano [simulando que la mujer ya salió], ahora vas a ver vos qué pastilla es la amarillita que le decís

a tu mujer, o que pastilla es la verde que le decís a tu señora, a partir de ahora hablamos nosotros”, si no es como un nene grande. (C3P12)

Tal como puede percibirse, aunque queda clara la intencionalidad, la escena relatada no está exenta de cierta cuota de violencia naturalizada, aunque sea narrada con el tono positivo de una hazaña que resalta el tono de cofradía (“*voy a hablar con vos, HERMANO*”).

Con relación al período de pandemia por SARS-CoV-2, si en el caso 2 se hablaba de mensajes “*cruzados*”, aquí se explicita que uno de los emisores de esos mensajes era el propio sector salud. Tal como refiere la persona entrevistada comentando la dificultad de volver a captar a las personas con ENT en el contexto de iniciativas como PROTEGER: “[...] *también costó mucho que vengan los pacientes, porque los echamos, en el año 2020 los echamos, no queríamos que nadie venga, nadie quería ver ni un paciente, [...]*” (C3P11).

Esto no significaba que se suspendiera la atención, pero como amplía la persona entrevistada, se volvía una suerte de imposible:

[...] sí, había atención, pero la verdad, nosotros le decíamos: “señor no venga porque estamos en [pandemia]”, en el 2020, en marzo solamente se vacunaba, y atendíamos 5 pacientes, cada profesional atendía 5 pacientes, y con horarios, y nadie se podía cruzar, nadie podía ni hablar, terrible era, [...]. (C3P11)

Dos aspectos que insisten en el tratamiento de personas con ENT: medicación y referencia a estudios complementarios y atención de especialistas

Siguiendo en buena medida lo ya visto en los casos previos, la medicación, en tipo y cantidad es nuevamente referenciada como un problema, sobre todo en el caso de las personas con diabetes, en este sentido expresa C3P11:

Para los diabéticos no está toda la medicación, por eso se los manda al Madariaga [la carpeta], por ejemplo la metformina, la que nos llega a nosotros es la de 500 y casi todos necesitan la de 800, es la más común, aparte lo que llega es poco, nos mandan para dos pacientes por mes, [...]. (C3P11)

En función de esta coyuntura, vuelve a aparecer como una de las opciones de resolución la muestra médica: “[...] nosotros tenemos, fíjate acá, son todas muestras gratis¹⁰⁵, a nosotros hay unos visitantes que nos dejan un montón de muestras” (C3P11).

En cuanto a la conducta médica, a diferencia de lo visto en el caso 1, en donde profesionales de la medicina se ocupaban de ver qué tenían, y qué no tenían para garantizar el acceso a la medicación, una de las personas entrevistadas considera que en general “[...] el médico hace la receta y chau, y es el responsable de farmacia el que termina viendo qué hace” (C3P11).

Otro aspecto a recuperar es el cuestionamiento al lugar central dado a la medicación. Así, y reconociendo la complejidad de los casos, se expresa C3P12 recordando las recomendaciones que suele dar:

*[...], por ahí también está en el médico, en hacerlos sentir: “no, abuela, usted cambie el nivel de su vida, salga a caminar, vaya a la costanera, [...], llévate un mate a la costanera y disfruta el tiempo”, buscas la forma de que no todo, **no todo pasa por la medicación, hay gente que esta medicada con trece medicamentos, una guasada, [...].** (C3P12)*

Con relación a la accesibilidad para referencias y accesos a estudios complementarios, insisten las dificultades, vinculadas por ejemplo a los turnos con especialistas: “[...] el problema son los turnos, conseguir los turnos” (C3P11), o incluso, al igual que en el C2, el laboratorio, demorándose los resultados: “[...] muy tarde, se extienden los plazos [...]” (C3P11).

Con relación a los turnos, las estrategias son variadas, incluyendo la oficina de enlace, o la gestión directa, entre otras:

Sí, ahí se pide [oficina de enlace], sino directamente yo he hecho pedidos, y me tomaron, mandábamos fotos del DNI, y las chicas se comunicaban al Madariaga directamente, es más, hay veces que cuando es de la zona, las chicas van con el paciente a sacar el turno, las promotoras, a veces mandamos al [otro CAPS], donde hacen electrocardiograma, pero el laboratorio es complicado, porque tienen que ir al Madariaga, o al Favaloro, eso es una complicación. (C3P11)

¹⁰⁵ Efectivamente, a mi lado, hay una estantería con una buena cantidad de medicamentos correspondientes a diferentes droguerías comerciales.

En esta línea, si bien hasta el año 2017 el efector estaba cubierto por la visita de la red de laboratorios, una vez al mes, tal como se vio en el caso 1, desde el 2018 dicho servicio no estaba vigente, de ahí que se cite como un hecho complejo el acceso al laboratorio.

Desde la perspectiva de la segunda persona entrevistada del C3, si bien considera que en lo referido a la medicación no hay barreras (“[...] *tienen la apoyatura de salud pública [los usuarios], uno le hace la receta acá y consiguen toda la medicación*” -C3P12), el problema si se presenta ante las interconsultas con especialistas y los estudios complementarios. En este sentido se pregunta incluso si se trata de una saturación por exceso de demanda, o por recurso humano escaso:

[...] lo que sí cuesta un poquito son las interconsultas con cardiología, ciertos estudios, en más de una patología crónica vos necesitas un estudio ahora, y no dentro de dos años, [...], el tema son las interconsultas [...], o es escaso el personal, o es mucha la demanda. (C3P12)

El trabajo en equipo en el primer nivel de atención

Reforzando la importancia del rol de los agentes sanitarios, como se vio en casos previos, las expresiones son más taxativas aún, considerando que dicho RRHH *facilita* procesos de incorporación de nuevas poblaciones destinatarias, como son las personas con ENT, tal como expresa la PE:

[...] creo que no fue tan difícil, porque los promotores, a los pobres que les dan todos los trabajos habidos y por haber, hacen de todo, yo creo que eso un factor facilitador para trabajar esto [ENT], porque viste que a los promotores vos le bajas línea, y ellos trabajan, [...]. (C3P11)

Incluso, estos aparecen como quienes facilitan múltiples tareas y actividades de salud pública, reforzándose una idea del *hacer*:

*[...] para crónicos, y para todo lo que es la demanda que aparezca, es el promotor, es un factor facilitador para la tarea, o sea, “vamos a buscar a los hipertensos”, van y buscan a los hipertensos, “vamos a dar charlas de diabetes”, y nos buscan la gente, **trabajan con nosotros, hacen, [...]. (C3P11)***

Con respecto a los profesionales, se reitera nuevamente esta conducta más vinculada con el llegar, atender, e irse. De hecho, como se citó en la descripción del cotidiano del C3, en esa organización escalonada, queda claro que no hay lugar para reuniones: “[...], los horarios son distintos, entonces **es difícil reunirse**” (C3P11).

Desde la perspectiva de una de las PE, se presentan diferencias en cuanto a situaciones de trabajo en equipo. En un caso, esto se suele dar en ciertas ocasiones, para el trabajo con las personas que cursan un embarazo, pero no así para el trabajo con las personas que poseen una patología crónica. En sus términos: “[...] cuando trabajamos por ejemplo con la [menciona dos profesionales de la medicina], estamos por trabajar en equipo con embarazadas, ahí sí armamos como un equipo, pero de crónicas, no, [...]” (C3P11).

A la hora de explicar el porqué de esta situación, lo atribuye más a características personales que a las cuestiones de salud abordadas: “[...] probablemente tenga que ver con las características, la forma de ser de [profesional de la medicina del turno mañana], y, viste que por ahí no te habilita, a trabajar en equipo” (C3P11).

Siguiendo con el ejemplo de la misma profesional en cuestión, remarca ahora las resistencias tanto a formar equipo, participar de capacitaciones, como así también el lugar peyorativo del CAPS como espacio laboral, la aún presente “salita”¹⁰⁶:

*Porque ya me ha pasado de pedirle cuando eran las capacitaciones del [CUS escalable o PROTEGER] de crónicas, que teníamos que ir al ministerio, **no quería ir, no quería formar equipo**, siempre, no me lo decía de frente, pero siempre tenía una excusa, o decía **“hoy no voy a la salita”, a la salita [remarca críticamente el termino, ríe]**, o decía “me voy a capacitar”, y yo iba y no estaba por ejemplo, **le parecía una pavada**, [...]. (C3P11)*

Resuena, en este sentido, el asombro del C1 recordando la presencia en las capacitaciones de profesionales de la medicina: **“hasta los médicos fueron”**.

Reforzando la idea, pero ahora por fuera de un/a profesional de la medicina en particular, si bien remarca que hay de todo, que algunos se “enganchan” con atención primaria, y otros no, al recordar actividades en donde tanto promotores como profesionales (no de la medicina) salían a terreno, reflexiona:

*[...] lo que sí, quizá, mira vos [como que cae en la cuenta] la [menciona dos profesionales no médicos] y yo en alguna época salíamos a terreno, el resto de los [profesionales médicos] **no logro que salgan a terreno, viste, vienen, hacen, es más como si fuera clínica, o por ahí derivan, o que la/el profesional de trabajo social vaya a buscar, o que los promotores***

¹⁰⁶ “Salita”, “el periférico”, son formas de mencionar a los Centros de Atención Primaria de la Salud que aún subsisten, no solo en el leguaje de algunos integrantes de los equipos de salud, incluso en algún que otro/a gestor, sino también en la población.

busquen a tal paciente, ellos piden, pero no logro que vayan, no les nace, no, es como que, no sé, quizá no les interese, o no les parece que sea su trabajo también. (C3P11)

En este contexto, tal como se vio en los casos anteriores, antes que el abordaje interdisciplinario, o en equipo, lo que sí aparece es la acción de derivar, de realizar interconsultas, por ejemplo al servicio de nutrición: “[...] sí, derivan, y sino enfermería deriva, aparte vemos, porque nosotros tenemos RISMi, desde 2020, entonces vemos lo que escriben, [...]”.

Como puede notarse, nuevamente, es el sistema informático el que funciona como mediador entre profesionales.

Síntesis interpretativa de lo visto-escuchado en los casos

Habiendo descripto la organización de los servicios para la atención y el cuidado de las personas con HTA y/o DM2 (variable dependiente) en los tres casos seleccionados, interesa resaltar aquellos aspectos que insisten y resumen la mencionada organización, para luego repensarlos en función de la gobernanza y sus dimensiones (variable intermedia), así como los aspectos que determinan dicha gobernanza y la organización (variable independiente). A modo de síntesis:

1- Desde principios del siglo XXI, con mayor fuerza en la segunda década, las ENT analizadas son parte del discurso de los establecimientos de salud, y se integran en las agendas de trabajo, implicando un conjunto de actividades que conllevan desde la identificación sistemática de personas con ENT (actividades extra muro de búsqueda activa, actividades de consulta clínica médica de rutina), su inclusión en un padrón (siempre en reconstrucción constante), y acciones de seguimiento más o menos logradas.

Estas actividades son promovidas en el marco de políticas y gestión de modelos de servicios como el MAPEC (Laspiur, 2014) y lineamientos contenidos en el cuidado del adulto en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud de la Nación, 2017a).

2-El modelo de atención profesional, lejos de ser integral e integrado, es multidisciplinar y fragmentado, donde cada profesional “hace su parte”, siendo mayormente el principal vínculo de comunicación intermediario el sistema informático RISMí (en aquellos lugares donde este existe), lo cual supone en principio un conjunto de problemas, referidos a quién escribe, qué escribe, cuánto escribe.

Este modelo fragmentado de atención se produce y reproduce en lo que puede resumirse en la idea de “estar de paso”, por cuanto las/os profesionales, antes que hacer equipo, llegan-atienden-se van, a diferencia de agentes sanitarios-administrativos y responsables, que alimentan un cotidiano de los establecimientos.

3-A pesar de contar con otras disciplinas que resultan pilares de tratamiento como ser nutrición, más evidente en el caso de la DM2 (Durán Agüero et al., 2012), o bien de apoyo al tratamiento, como podría ser la salud mental a partir de disponer de profesionales de la psicología, la conducta de derivación no es homogénea, y el tratamiento se centra en la atención médica en general, y en lo farmacológico en particular, atravesado éste último por

un conjunto intrincado de problemas vinculados a la disponibilidad, accesibilidad, contradicciones de prescripción, entre otros.

Medidas sistemáticas de apoyo al automanejo, clave en el modelo MAPEC (Laspiur, 2014), tales como espacios sistemáticos y continuos de sensibilización, grupos de apoyo y educación, no son parte de la oferta de servicios, aun teniendo la capacidad en materia de recurso humano para poder hacerlo.

En esta línea, las acciones son mayormente reactivas: salir a buscar a las personas porque es necesario actualizar el padrón a pedido de algún programa, disponer de turnos por si las personas se acercan, atención en consultorio, son las medidas mayormente descriptas.

4-Otras medidas como la promoción de la actividad física, la disponibilidad articulaciones extra sectoriales para su promoción, son pocas veces citadas y, cuando así fue, en la mayoría de los casos no encontraron continuidad.

5-A pesar del intento que suponen espacios operativos como la oficina de enlace a los fines de promover el acceso de las personas con HTA y/o DM2 a otros niveles de atención, la medida resulta insuficiente, subsistiendo voluntades personales, contactos de contactos del personal de salud en la búsqueda por facilitar el acceso a los niveles II y III. En este contexto, si la información de lo que sucede en cada uno de los espacios puede ser un objeto común, es debido al RISMi, implicando la variabilidad ya mencionada (qué se escribe, cómo, etc.).

En ambos casos, debe considerarse lo expuesto en el marco teórico y vinculado a la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) cuando plantea:

no es sólo conectividad de sistemas informáticos (aunque ayuda mucho), ni normas de referencia y contra referencia por sí solas, ni meros acuerdos entre establecimientos para derivación de personas enfermas. RISS es una construcción permanente de personas y organizaciones que se articulan, involucran y comprometen para resolver cooperativamente necesidades de personas y comunidades. (Artaza Barrios, 2017, p. 22)

Como consecuencia, la persona con HTA y/o DM2 debe circular de manera individual entre servicios de diferentes niveles de complejidad que no se encuentran articulados, procurando acceder a turnos con especialistas, estudios complementarios, etc.

6-Estas formas de funcionamiento, en el contexto de los determinantes sociales de la salud tan descritos en los casos, inciden de lleno en la posibilidad del cumplimiento del derecho a la salud de las personas con ENT, dado un abordaje fragmentario de su salud, la presencia de diferentes barreras de acceso (medicación, estudios complementarios), y la ausencia de políticas intersectoriales que acompañen el cuidado.

Teniendo en cuenta la síntesis realizada a continuación se desagregan las dimensiones de la gobernanza y su comportamiento, partiendo del principio de que dicho comportamiento explica el porqué de lo observado. Para ello además de incluir lo visto-oído en los diferentes discursos que integran los tres casos, en este apartado se trabaja también con lo referido por los informantes claves.

4.4 Análisis de la gobernanza

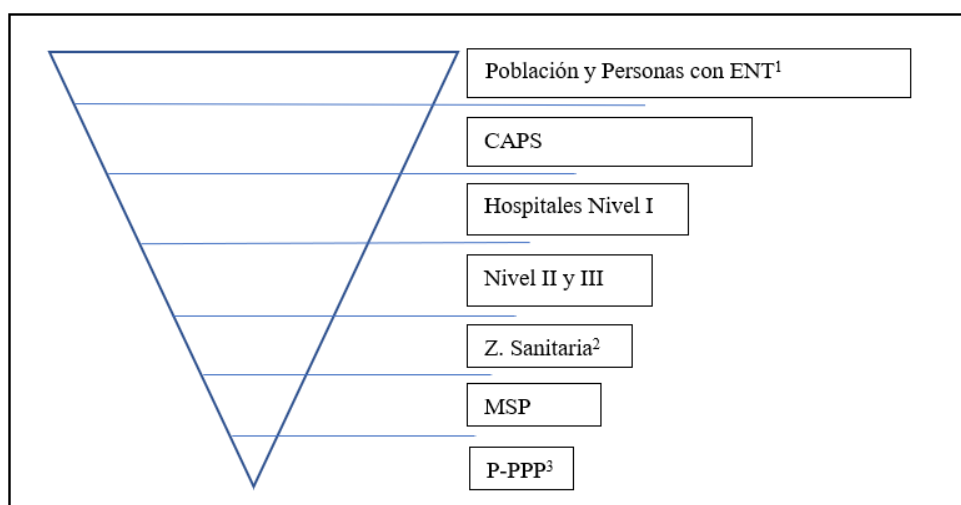
Los resultados del análisis de la gobernanza implican considerar el rol de los agentes en tanto actores, las normas, los procesos, puntos nodales y la categoría de poder, siempre a nivel de los establecimientos analizados. Al mismo tiempo, dicho análisis no puede prescindir de las relaciones existentes con las variables independientes, como por ejemplo acceso a hospitales especializados de nivel III, lejanos a la gobernanza de los casos, pero que impactan sobre ésta y sobre la variable dependiente, atención y cuidado de las personas con ENT.

Dicho lo anterior y con fines de ganar claridad explicativa y expositiva, cada subsección comienza recuperando sintéticamente aspectos del marco teórico para luego ingresar de lleno en su análisis.

1- Los actores

En calidad de primer ordenamiento, la figura 15 presenta el conjunto de actores vinculados al campo de estudio.

Figura 15 Actores priorizados de análisis



Notas: 1, personas HTA y/o DM2; 2, Zona Sanitaria de Salud, Capital; 3, Políticas, planes, programas y proyectos vinculados al campo sanitario.

En el desarrollo de la gobernanza (capítulo 2) se establecía una diferenciación entre actores estratégicos y actores de interés, considerados los primeros como *“todo individuo, organización o grupo con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de tomas de decisiones y de soluciones de conflicto”* (Prats, como se cita en Hufty et al., 2006, p. S39), y los segundos desdoblados entre aquellos denominados relevantes, que están vinculados a la trama institucional, y que podrían ser estratégicos, pero que se ven dominados por el proceso sin poder incidir en el mismo, y los secundarios, por cuanto no poseen recursos suficientes de poder para determinar cambios..

La primera pregunta que podría hacerse es: ¿estratégicos, de interés, con relación a qué? Con relación a las reglas de juego, es decir las normas explícitas e implícitas, formales e informales que determinan la organización de los servicios para la atención y cuidado de las personas con ENT, en particular la HTA y/o la DM, y cómo esto repercute en el derecho a la salud de la población.

Ahora bien, también se señalaba que la manera de operacionalizar qué recursos movilizan los actores, en la propuesta de Hufty (2010), remitía a los desarrollos de la teoría de los capitales y el campo social desarrollada por Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 2007)¹⁰⁷.

Sobre la base de estas consideraciones se analiza el comportamiento y rol de los actores propuestos en la figura 15.

1.1-Personas con ENT

La primer pregunta que cabría hacerse es si las personas con ENT pueden ser ubicados como actores vinculados a la trama institucional.

Partiendo de los principios programáticos del sector salud tanto en la APS, como en la estrategia de redes integradas de servicios de salud, se asume que las personas usuarias del sector salud deben ser consideradas parte de su trama institucional, pues se declama entre sus principios rectores su participación en la planificación, desarrollo y evaluación de servicios. Así se propone, por ejemplo, entre las funciones de las redes: “Conocer expectativas de los usuarios; indagar sobre la opinión y satisfacción usuaria; generar sistemas de participación; control social y cuenta pública” (Artaza Barrios, 2017, p. 45). O incluso, considerando la estrategia de salud universal, se plantea la necesidad de “una amplia participación social, una comunidad activa y participando en la toma de decisiones y en la implementación de las políticas” (Artaza Barrios, 2017, p. 18).

En esta línea puede leerse la expresión de Informante Clave, IC01, al recordar el período en que se creaba y promovía la Ley Provincial de Salud, año 2007:

[...] el eje, sujeto y objeto, es el ciudadano, no es ni el medico ni el psicólogo, ni el enfermero, ni el CAPS, el punto de atención es el ciudadano, [...], la comunicación constantemente era esa, “el eje, sujeto y objeto sos vos, vos sos el dueño de tu salud, vos sos el referente acá”, a partir de eso se diseña todo. (IC01)

Sin embargo, en diálogo sobre qué rol real tiene, expresa:

no se la da [ningún rol] al no saber, lo peor que hay es cuando vos no sabes que no sabes, [...], no logramos entender que el ciudadano es el eje, sujeto y objeto, [...], es la salud colectiva, es la participación ciudadana

¹⁰⁷ Sobre la distinción actor-agente y la posición tomada en este trabajo véase apartado actores en el capítulo II, *supra* pág. 69.

E: no se ha aprendido

*IC01: no, no. [...], cuál es la participación ciudadana, cómo es: “te convoco a vos Sergio tráele a tus amigos vamos a ir a pintar el CAPS”, “participación ciudadana” [tono irónico], [...], yo te llamo a vos, y estoy de otro lado del escritorio, entonces yo vengo y me siento acá [marca hombro con hombro, al lado], te pongo una figura que es esencial, **entonces la participación ciudadana no es imponer una agenda**, “qué te parece Sergio a vos que está pasando con el agua, con los caminos, qué te parece a vos tal tema, pero decime vos”. (IC01)*

Entonces: ciudadanía y participación en salud, base de la APS-Redes-Salud Universal, no es convocar para imponer agendas, no es hacer “como si” se diera participación, sino construir la agenda con la ciudadanía, todo lo cual quienes gerencian las políticas en salud en la visión de la PE, *no saben que no lo saben*¹⁰⁸. Y a modo de cierre, amplia: “[...] *ese es el problema del Estado, imponen solamente sus problemas, no los del ciudadano*” (IC01).

De manera coincidente con esta imposición de agenda, con esta no apertura real a la participación del ciudadano, se ha descrito a nivel de los casos la figura más bien pasiva de las personas con ENT que hacen uso de los servicios de salud.

Así, lo que pudo observarse fueron, con matices, personas que son pensadas como pacientes/pasivos¹⁰⁹, más o menos pacientes/obedientes, o que exigen al sector salud lo que ellos consideran que debiera de hacerse (en función de otros casos que conocen, de sus conocimientos, etc.), lo cual genera por parte de quienes integran el recurso humano en salud, en particular profesionales, diferentes reacciones. En el primer sentido, *pacientes/pasivos*, refiere una de las personas entrevistadas:

E: crees que los pacientes son de alguna manera escuchados en el sentido de que ellos tienen como una voz propia para el sistema de salud, que puedan decir “nosotros queremos tal cosa”, o los pacientes son más pacientes

C1P04: Me parece que son como más pacientes

¹⁰⁸ El 12 de mayo de 2022 la Cámara de Representantes de Misiones aprobaba la LEY XVII-155, Plan Salud Integral Misiones, publicada en el Boletín Oficial el 9 de junio del mismo año. Las palabras “ciudadano”, “ciudadanía”, “participación”, no se encuentran presentes en la misma. El Consejo Consultivo, creado en el artículo 5, no explicita actores de la comunidad entre sus miembros. En contraste, la Ley Provincial de Salud, **LEY XVII N.º 58** (Antes Ley 4388) además de mencionar la ciudadanía como objetivo primordial de las acciones en salud, dedica su artículo 9 a las obligaciones de las personas en su relación con el “sistema” de salud y los servicios de salud, incluyendo el concepto de participación; y su artículo 5, dedicado a los principios básicos de la política de salud, explicita la participación de las personas como uno de sus pilares, inciso “g”.

¹⁰⁹ Como se irá viendo en sucesivos recuperos, este rol de pasividad no quiere decir que las personas sean pasivas, en el sentido de que no tengan modelos de autoatención, saberes propios, etc. Sino que son pensadas y presentadas por los agentes del campo de la salud desde ese lugar y, como se verá más adelante, los dispositivos que implementa el campo refuerzan la producción y reproducción de ese lugar.

E: no escuchas reclamos

*C1P04: No, [...], "me dijeron que tengo que hacer de esta manera" y así, como que **están conformes** (C1P04)*

En el mismo sentido refiere otra de las PE (C1P03) que en general la mayoría "nooooo", no son proactivos, y se reparten entre quienes consultan "qué es lo que me está dando", por la medicación, mientras que otros buscan que "[...] la consulta [sea] lo más rápido posible, "dame la pastilla, voy tomo y listo, no me jodas más, ni sé que estoy tomando" (C1P03).

Situación última que incluso es vivida como una "pelea" con los pacientes crónicos, ya que no suelen recordar la medicación que toman ("[...] pero señora, a ver, explíqueme la receta, tiene una receta del médico que le dio", "no, no, pero es una pastilla así chiquitita doctor/a, usted debe saber cuál es" –C1P03).

En otra línea de significación, y como recupero del caso 2, son pacientes/**pasivos con relación al asumir su condición de enfermedad crónica**, y los cambios de vida que esta implica, como se citaba en una de las voces del C2: "[...] la mayoría te abandona la medicación, o la dieta, o sea, no lo asume como un cambio de hábito" (C2P08).

Considerando el caso 3 se coincide en ambos aspectos, pasivos en cuanto al tratamiento, pasivos en cuanto al asumir su condición: "[...] no toman conciencia de lo que quiere decir una enfermedad crónica, [...] hay mucha pasividad en cuanto a su tratamiento, [...]" (C3P11).

Esta concepción de persona-paciente-pasiva es referenciada también por informante clave U01, quien posee DM2, reconociendo que si bien hay 50 personas que integran el listado "activo" de la organización de personas con DM de la cual es parte, los que participan son muy pocos: "Los que participan activamente son muy poco, **la gente quiere que le asistas, [...]**" (U01).

Incluso, esta baja participación es observada cuando se realizan actividades que son pilares de apoyo al autocuidado: "Hicimos muchas charlas con **especialistas en diabetes, nutricionistas y profesores de educación física, [...].Y bueno, le cuesta mucho a la gente, sacarle, y que vaya a escuchar, [...]**" (U01). Obsérvese que el término utilizado es "escuchar", y no participar, reforzando de esta manera desde la misma organización social el rol pasivo de las personas con ENT.

En el segundo sentido, **paciente/obediencia**, resulta ilustrativo el contraste de posturas. Según la primera, resulta de poca efectividad "imponer" un tratamiento o indicación, como por

ejemplo una derivación a un profesional de la psicología, “*va a ir, pero dos o tres veces y después no va a ir más*”, por el contrario, distinto es cuando esta “*dulce*”: “*cuando el necesita el psicólogo, y por su cuenta te pide, [...] ahí vos tenes que aprovechar porque el paciente esta dulce, esta dulce como decimos nosotros*” (C1P03).

De manera similar y para la misma PE, este *estar dulce, hacer lo que debe hacer, define una buena consulta*, “*linda*”, por oposición al usuario que detenta algún tipo de posición, por más-menos opuesta que esta sea, lo que termina generando estrés:

[...] si el paciente cumple lo que vos decís, hace todo, es una consulta rápida, linda, beneficiosa para ambos, pero cuando el paciente es difícil, se te pone, te cuestiona, y qué se yo, te estresa, y vos ves que no le llegaste a él, vamos a decir en un término, no llegaste a convencerlo [...]. (C1P03)

La segunda postura, resulta menos reflexiva, directa, y en el extremo infantilizante en términos de la vinculación con las personas con ENT:

[...] ellas/os ven¹¹⁰ como yo le hablo a los pacientes y yo soy [uno de los profesionales de la medicina] que reta mucho, yo reto mucho, mucho, soy muy exigente con mis pacientes y todos mis pacientes vienen igual, [...], le digo “vos tomaste”, “no”, y bueno, “proba, y si te va bien seguí”, pero a todos les explico así, tipo a los nenes. (C1P06)¹¹¹

Finalmente, en cuanto a las personas que se presentan desde los discursos como *exigentes/demandantes* del sector salud, también se presentan varias aristas.

La primera, sobre el rol de las personas con ENT en su propio cuidado. En este sentido, IC03 cuestiona la visión según la cual, de manera unívoca, se exigen respuestas del sector salud, frente a lo que constituye el desenlace de una falta de cuidados producto de las propias conductas de las personas con ENT. En esta línea, y ante el cuestionamiento del funcionamiento de los servicios por parte de una persona usuaria con un “*pico*” de presión arterial, recuerda el diálogo y plantea:

[...] después hablando con la mujer, “sí, porque soy hipertensa”, “ha, ¿y hace cuánto que no te controlas?”, “no, y bueno, yo tomo a veces el enalapril”, “ha, ¿y el cardiólogo fuiste alguna vez?”, “y no, hace como tres años”, le digo: “mira, para evitar la crisis hipertensiva primero y principal hay que estar medicada, tenes que cumplir con la dieta baja en sodio, la actividad física, esos son los deberes del paciente”, [...] siempre somos nosotros el problema,

¹¹⁰ Cabe remarcar, que “ellas/os” son estudiantes en proceso de formación que participan en calidad de rotantes.

¹¹¹ Es importante resaltar que en el discurso, **el tono** que acompaña estas expresiones no es un tono de maltrato o de enojo, por el contrario, lo acompaña una cara sonriente y como si se tratara de una confesión entre risas. Este hecho es leído en calidad de naturalización de una práctica, como será analizado luego.

pero el deber del paciente, que es cumplir con todo el tratamiento, no sólo la medicación, [...], siempre está la exigencia sobre el sistema de salud, y no sobre lo que tiene que hacer la población, o el paciente. (IC03)

La segunda forma de exigencia/demanda de las personas con ENT, que mayormente se encuentran desde el discurso del sector salud, son las que **reclaman más prescripciones de estudios y tratamientos**, lo cual es vivido como un avasallamiento de la función y potestad médica. Como reclama PE: cuando la gente “ [...] viene y dice **“doctor/a necesito que usted me haga un análisis y quiero que me pida esto, y de paso que me mande al oculista, y de paso”, y esto no es un Kiosco, yo soy el/la médico/a**” (C1P06).

A diferencia de esta conducta, para la misma PE mayormente los profesionales siguen otra, lo cual redundo en que los usuarios “exijan” más prácticas, más allá de la coherencia y pertinencia o no de éstas: “[...] **los médicos no tienen ganas de pelear ni de discutir con la gente, entonces que hacen [como si hiciera una receta], le firman, ¿quiere un laboratorio?, le hacen un laboratorio, ¿quiere una ecografía?, le hacen la ecografía, y en realidad eso está mal**” (C1P06), como plantea.

Una tercer forma de exigencia, se da en la conducta de asistir directamente a niveles de mayor complejidad de atención, sorteando la consulta en el primer nivel, en parte porque se encuentran con falencias en el primer nivel, en parte, debido a la ausencia o debilidad en los mecanismos de monitoreo del Estado¹¹². Tal como se deduce de la siguiente cita:

[...] iba al hospital Madariaga, 600 personas en la sala de espera, para control clínico, para qué están los CAPS, tiene que haber alguien que le diga: “señora, esto es emergencia, usted ahora valla al CAPS de su área programática”. Y en el CAPS tiene que haber un equipo de trabajo, que bajen líneas, que trabajen con compromiso, pero que haya supervisión. (C3P12)

Por lo expuesto y **como medida resumen**, las personas con ENT se presentan en los discursos como actores secundarios con relación a la organización de los servicios para la atención de sus propios padecimientos.

Desde una visión macro, ese rol secundario se da en el contexto de un modelo socio-estatal que si bien esgrime discursivamente la APS como bandera, no despliega mecanismos reales de participación.

Desde una visión micro o en situación, si bien se promociona discursivamente que la meta es la adherencia y el autocuidado, lo cual implicaría un rol estratégico de las personas con ENT

¹¹² Y en parte también, como se verá luego, debido a un mensaje “equivoco” del Estado en la promoción de qué es salud.

y su plena participación, la construcción de ese autocuidado en la práctica implica el sometimiento a un dispositivo de obediencia, y no una verdadera construcción conjunta.

En el extremo, el mecanismo de la búsqueda del convencimiento mediante formas de maltrato, se presenta como una de las figuras que vulneran los derechos.

Cuando aparece el “reclamo”, éste se presenta como un reclamo de más tratamiento, es decir: más estudios, más análisis, pero no más calidad en la atención.

1.1-Las personas con ENT, los determinantes de la salud y los capitales

Tanto en la descripción general de los casos como en los casos mismos, se han planteado algunas dimensiones que operan en términos de determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado.

Se considera que estos procesos de determinación son fundamentales a la hora de complejizar la posición descripta de las personas con ENT en un rol secundario, pues hablan también de los capitales que detentan, o los niveles en que se encuentran relativamente desprovistos de los mismos en la situación relacional que establecen con el campo de la salud con motivo de su atención y cuidado.

Así, de la descripción general se desprenden condiciones laborales precarias, apareciendo entre las primeras ocupaciones informadas la albañilería o la categoría de ama de casa, la cobertura pública exclusiva en más de un 65%, o el bajo nivel de escolarización secundaria alcanzado (32%).

Pero también lo visto en los diferentes casos hablan de diferentes condiciones y posibilidades, económicas y socioculturales, que impactan incluso a la hora de poder dar cumplimiento a los tratamientos y cuidados, y quizá la mejor síntesis de ello la da C1P03:

[...] están más preocupados por la olla y por las cuentas que por su remedio y por su salud, así de fácil es esto, acá se preocupan más por darle de comer a los hijos, por pagar sus cuentas, por ir a trabajar, y no por ir al médico. (C1P03)

En esta línea, IC refuerza la multiplicidad de situaciones que se entrecruzan en el primer nivel de atención: “*[...] como primer nivel de atención hay una multiplicidad de situaciones, de motivos de consulta, de problemas, se mezcla mucho lo agudo, lo social, hay muchísimas cuestiones sociales y, dentro de eso, las enfermedades crónicas no transmisibles*” (IC02).

Ampliando esta lectura, persona entrevistada con DM remarca el problema económico asociado a la disponibilidad de alimentos, lo cual se entrecruza con prácticas alimentarias propias de “nuestra zona”, nocivas desde el punto de vista cardiometabólico:

[...] hay pacientes con diabetes, que si no van al médico, si no hay controles, el primer desayuno es un reviro con leche, o con mate cocido, y pobre, pobre, hidrato de carbonos más colesterol, o sea, más aceite, [...], pero bueno, yo creo que ahí también lo social, no quiero ni pensar los pacientes que tengan una jubilación mínima, un plan, y la alimentación es grasa-harina, grasa-harina, que aparte tenemos esas costumbres en nuestra zona, chipa, reviro, vorí¹¹³, frito, frito, poca ingesta de frutas y verduras, [...], algunos que toman gaseosas, un combo para que el día de mañana vos veas una persona con la pierna amputada. (U01)

En tiempos de pandemia, los determinantes socio-económicos, o aquellos asociados a la edad, pusieron aún más de relieve estas situaciones de vulnerabilidad, incluso limitando aquello que desde el sector salud se promovía como medidas de continuidad de tratamiento, tales como la teleconsulta, autogestión de turnos mediante plataformas virtuales, entre otros. Tal como expresa PE:

No se pudo, no se planteó desde el equipo, en el sentido de que hay una diversidad de situaciones económicas y para la teleconsulta necesitas tener datos, que el paciente tenga datos en su celular, [...] y la mayoría de los pacientes más grandes no tienen la capacidad para hacerlo, o sea, sin subestimar al paciente pero es lo que nosotros vemos, para sacarle el turno por alegramed¹¹⁴ nosotros pusimos un promotor acá, porque no había caso de sacar solos, entonces de ahí a una teleconsulta más difícil todavía. (IC02)

También los determinantes asociados a la organización de los servicios se recrudecieron durante la pandemia de SARS-CoV-2, en el contexto de mensajes cruzados (“[...] porque fulano le dijo, mengano le dijo, [...]” -C2P08), y de “temor” (“la gente estaba con mucho temor” -C2T07), o incluso por lo que decían los medios de comunicación y lo que las personas interpretaban, impactando de lleno en la continuidad de los tratamientos:

[...] se ve en los indicadores, [...], porque se atendía poco, o se hacía solo controles, [...] ahora estamos tratando de que vuelvan y recaptando estos pacientes, [...], se atendía solo las enfermedades, lo agudo, y bueno, los pacientes crónicos también, venían re descompensados,

¹¹³ Chipa, reviro, vorí vorí, son todas preparaciones típicas de Misiones y que, además de dar cuenta de su vínculo histórico y presente con la República del Paraguay, se caracterizan por utilizar harina de maíz o de mandioca según cual sea la preparación, uso de aceites y/o grasas, queso (chipa), y en términos nutricionales por el alto contenido de sodio y calórico proteico.

¹¹⁴ Iniciativa del Parque de la Salud, se trata de una plataforma virtual para gestión de turnos, teleconsulta, entre otros aspectos.

los diabéticos, los hipertensos, todo, se paró de atender, muchos tenían miedo a salir de la casa, entonces no tomaban la medicación, no se hacían los controles, estaban encerrados, comían todo el día, fue un desastre porque venían todos metabólicamente descompensados, porque, por la ansiedad por la angustia, la depresión, el encierro, la falta de actividad física, aumento de peso, la descompensación de todas estas enfermedades crónicas. (IC03)

Factores culturales también fueron señalados en los diferentes casos como parte de lo que dificulta el cuidado y el autocuidado (“*esta panza es mi orgullo*” -C1P03), y también son resaltados por U01 como parte de las dificultades:

[...] el otro problema es que hay un alto porcentaje de diabéticos que saben, y que tienen un mal control de la diabetes. Por la cultura, porque no quieren hacer un cambio de hábito, más allá que todo el tiempo se le dice, [...]. (U01)

Si bien se recupera la viñeta de U01, la afirmación “*no quieren*” debe ser relativizada contemplando determinantes socio históricos, económicos, contextuales y culturales que hace a la construcción de patrones alimentarios.

Finalmente, el género ha sido también referenciado como un determinante de los cuidados, operando a favor en el caso de las mujeres y en función de un historial de contacto con los servicios de salud en función del ciclo reproductivo, o bien por asignación social del rol de cuidados, y de manera negativa en el caso de los varones. Aunque, como matiza IC02, esta misma función de cuidado, entra en desmedro del propio cuidado:

A las mujeres les cuesta mucho más, me parece a mí que por esa conducta de hacer todo, de ser la que cocina, de ser la que tiene que hacer las cosas, entonces de no darse su propio tiempo para decir “bueno, ahora me toca a mí, ir a caminar, ir a hacer mi actividad”, [...] a pesar de que viene más, a control, le cuesta más hacer los cambios, y el varón por ejemplo, sobre todo los más grandes es como que bueno, una vez que vos le planteas, le preparan [la mujer] la comida de una manera y va a comer digamos de esa forma. (IC02)

Los aspectos recuperados dan cuenta de los múltiples procesos de determinación social de la salud y de las desigualdades existentes (Organización Mundial de la Salud, 2008). Puede pesquisarse, siguiendo el modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Hernández et al., 2017), factores tanto estructurales (tales como los económicos), pero también intermedios (como aspectos vinculados a las condiciones laborales, o la organización de los servicios) y proximales (como ser la edad).

Estos aspectos no solo complejizan los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de las personas con HTA y/o DM2 y la posibilidad de un cumplimiento efectivo del derecho a la salud, sino que también refuerzan, precariedad de los capitales disponibles mediante, el rol de actor secundario que poseen las personas con ENT como fue desarrollado en el apartado anterior.

1.2-Los integrantes de los Centros de Atención Primaria de la Salud

Entre administrativos, técnicos, profesionales de la salud, personal jerárquico (responsable de establecimiento) los CAPS tienen todas las características de una organización institucional, heterogénea en los perfiles de quienes las integran.

Interesa ahora distinguir los tipos de agentes presentes y que rol cumplen en calidad de actores, estableciendo qué fundamenta tales distinciones pues sobre ellas descansa también su participación en la gobernanza y la configuración que ésta define y, por ende, la organización de los servicios para la atención y cuidado de las personas con ENT. El término distinción no es ocioso, sino que refiere a nuevamente a lo desarrollado en el capítulo II y la teorización de Pierre Bourdieu (2010).

Así, al tiempo que los CAPS se presentan como espacios físicos, en ellos se producen y reproducen los hábitos de los agentes que los configuran como espacios sociales de distinciones y diferencias, en función de los capitales que cada agente detenta. En términos de Bourdieu:

“Esta idea de diferencia, de separación, está en la base de la noción misma de *espacio*, conjunto de posiciones distintas y coexistentes, exteriores las unas respecto de las otras, definidas las unas con relación con las otras, por vínculos de proximidad, de vecindad, o de alejamiento” (Bourdieu, 2010, p. 29)

Si en el apartado anterior se ubicaba a las personas con ENT en un rol secundario, cabe ahora presentar los resultados que dan cuenta de las distinciones entre los agentes que integran el recurso humano de los casos analizados.

Con ese objetivo, muchos de los aspectos que se recuperan a continuación refieren a los procesos que hacen a generar modificaciones en las dinámicas de trabajo, las resistencias que se presentan, los capitales que se detentan, quiénes dan mayor apoyo, quiénes no, quiénes son indiferentes dado que, como se viene desarrollando, la incorporación en la agenda de trabajo de los CAPS de las ENT es un proceso reciente.

1.2.1 Técnicos y administrativos

Con base a los casos, agentes sanitarios, técnicos y personal administrativos (muchos de ellos agentes sanitarios) son quienes sostienen en el cotidiano las actividades de los CAPS por fuera de los momentos de atención profesional.

No ostentando un capital cultural, social y simbólico asociado a la profesionalización¹¹⁵, y con capitales económicos sujetos a relaciones laborales en muchos casos solo recientemente regularizadas en el contexto de la pandemia, cumplen las funciones “*que haga falta*”, y es sobre quienes recaen múltiples actividades que son parte de políticas, programas y proyectos orientados a la atención de las ENT.

Ya sea realizar la ronda sanitaria y cargar las encuestas, implementar la búsqueda activa, completar los ficheros cronológicos, llevar adelante actividades de peso y talla previo a la consulta, etc., etc., son todas **actividades que recaen sobre estos agentes, y que resultan de gran trascendencia para la medición de impacto que monitorean diferentes programas.**

En función de tales actividades se definen fondos económicos, insumos, etc., e incluyen trazadoras altamente sensibles para el campo sanitario. Tal como expresa C2T02:

[...] son funciones específicas que tienen que cumplir ellos para llegar a las metas: operativos para completar calendarios de vacunación, que el chico tenga por lo menos un control anual, control de los pacientes con enfermedades crónicas, operativos para facilitar que el paciente tenga su receta, para facilitarle los papeles para retirar en el hospital los que tenían carpeta [de medicamentos]. (C2T02)

Sobre este recurso humano existe una triple mirada de supervisión y, a veces, una triple demanda: desde la zona sanitaria, desde el efector (responsable) e incluso desde la coordinación de promotores de nivel central. Tal como comenta C1T05 del C1:

[de Zona] nos dicen “bueno, hay que controlar las embarazadas, las puérperas, las altas maternas”, pero te envían información de la persona que hay que ir a visitar, [...] por ahí sí

¹¹⁵ Incluso, considérese que muchos agentes sanitarios iniciaron sus actividades como promotores sin haber cumplimentado el ciclo inicial (primaria) y parte de las iniciativas a lo largo del desarrollo del programa de agentes sanitarios incluyeron estrategias para facilitar la terminalidad primaria y secundaria. Con relación a otros personales administrativos, muchos de ellos proceden de servicios que antes se dedicaban a la limpieza o la cocina en diferentes hospitales, previo a que tales servicios fueran tercerizados. Como recuerda IC05: “*Cuando nosotros comenzábamos en salud en nuestro equipo teníamos un montón, un número extraordinario de compañeros que no habían terminado la escuela primaria, se dedicaban a la limpieza, la cocina, y después eso se tercerizó entonces ellos pasaron a formar parte de los equipos dentro del centro de salud, se le dieron actividades pero no tenían la escuela primaria completa, y su sueldo era el más bajo de la pirámide, entonces, se trabajó en la educación, para transformarlos de la base [categoría C2 del antiguo régimen laboral de salud] a B1, por ejemplo, si terminaba la secundaria [...]*” (IC05)

viene nuestra coordinadora, la coordinadora de promotores de nuestra zona sí visita el CAPS de vez en cuando, y nos pregunta cosas: “cómo va el seguimiento de tales pacientes, [...] están saliendo”, etc., sondea cómo están las cosas, habla con [Responsable del establecimiento], o hay operativos, [...]. (CIT05)

Particular mención requieren también quienes cumplen el rol de responsables o personas a cargo de **farmacia**, aún más en el contexto de las dificultades mencionadas sobre la disponibilidad de la medicación prescrita para personas con enfermedades crónicas.

De lo visto y oído, la forma en que lleve adelante la tarea esta persona no es homogénea. Como se vio en el caso 1, **el cómo se gestiona el área depende mucho de la persona “que está en el lugar”**. Así, mientras que en algunos establecimientos ante la no disponibilidad de la medicación la respuesta puede ser “no hay”, en otros casos, se despliegan estrategias múltiples para conseguirlos, las cuales van desde gestiones horizontales con otros centros de atención primaria, administración de muestras médicas, gestiones para facilitar el acceso a “*la carpeta*”, gestiones con Zona Sanitaria para obtener “*LA cajita*”.

Con base a lo descrito en los casos, y lo aquí recuperado a modo de síntesis, se considera que el recurso humano técnico-administrativo, posee un **rol estratégico** en el proceso de reorientación de servicios para la atención de ENT, pero **limitado a su función**, sin poseer los recursos de poder-capitales suficientes para modificar/mantener las reglas de juego que determinan el funcionamiento general de los establecimientos. Por ello, **en sentido estricto siguiendo el marco teórico, técnicos y administrativos son actores de interés**.

Finalmente, lo dicho sobre el capital social y simbólico asociado a la profesionalización no debe invisibilizar otras formas de capital, como por ejemplo el social y cultural, que se juega a la hora de mantener un contacto estrecho con la población de referencia de los establecimientos, también fundamental para la reorientación de servicios.

1.2.2 Profesionales

Se considera que **profesionales de la salud**, junto con quien esté a cargo del establecimiento –punto siguiente-, **son mayormente actores estratégicos**. Su posición de saber con relación a la enfermedad a partir del título que detentan, forma institucionalizada del capital cultural (Bourdieu, 1987), los modelos de atención que despliegan con relación a la misma, resulta en una posición estratégica de poder, lo cual se vuelve más evidente en el caso de las/os

profesionales de la medicina: tal como se citó la descripción del C2, dado que *“es el [médico el] que pone las pautas digamos, para que también después uno ordene”* (C2T07).

Viñeta que destaca, casi de manera textual, la síntesis dada en el capítulo II sobre las relaciones de poder en la conceptualización Foucault (2001): se trata, en última instancia, del gobierno de las conductas.

Ahora bien, con relación al comportamiento de las/os diferentes profesionales, se ha observado una conducta que podría ser sintetizada según lo esbozado en caso 1, como *estar de paso*. Es decir, la no implicación en la organización del establecimiento como un todo, sino más bien la implicación con el espacio de consultorio como principal actividad.

En esta línea, y dialogando sobre porqué en todas las reuniones siempre los presentes son agentes sanitarios y persona responsable del establecimiento, refiere PE con relación a la conducta de los y las colegas:

Pasa que los profesionales somos los que somos, no sentimos ser parte de, yo vengo de un lugar a donde estaba acostumbrada a ser parte de, [...], pero no siempre pasa eso, el profesional tiene una idea más de llegar, atender el consultorio e irse. (C2P08)

Este *“atender e irse”*, es también señalado en caso 3, cuestionando la reproducción del patrón *“de la clínica”* en el caso de profesionales de la medicina. Como se planteaba allí acompañar en terreno, u otras actividades, corresponde a los otros: *“no les parece que sea parte de su trabajo”* (C3P11), cumplido el cupo de atención, se cumple la función: *“[...] completó los quince, chau, me voy, ya fue”* (C3P11).

Así, lo que define en mayor medida el estar, es *el listado* de personas para ser atendidas, tal como expresa PE del C3: *“Acá atendiendo una lista de pacientes, pueden ser dos horas, tres horas, o cinco horas, por lista”* (C3P12). Incluso en algunos contextos la exigencia del profesional es que dicho listado se defina a su llegada, o incluso antes, tal como menciona IC02 sobre la actitud que observa de algunos/as colegas: *“[...] es para mí más una tiranía de uno, que se pone en ese papel de decir: “no, yo quiero que vengan todos a las siete o me voy”* (IC02), dificultando iniciativas como la de turnos programados.

Tales dinámicas determinan dos fenómenos. El primero con relación a la posibilidad de que se gesten equipos de trabajo. De manera excepcional en el caso 2 son citados algunos operativos con acompañamiento de diferentes profesiones, o bien en el mismo caso, *“una vez cada tanto”* (C2T09) se reúnen todos, para corregir algo fuera de lugar. Por el contrario, lo

que se observó mayormente son espacios breves de interacción para la resolución de problemas puntuales (buscar tal o cual usuario, resolver tal o cual problema de medicación).

El segundo, con relación a la atención y cuidado de las personas, particularmente a las posibilidades de un abordaje interdisciplinario e integral. En este caso, y en sinergia negativa, dicho *estar de paso* se articula con una **atención fragmentaria**, donde no se generan espacios de interacción entre profesionales (“*no nos vemos todos, trabajamos en diferentes horarios*” -C1P06), o los que se generan son mínimos, dificultando la denominada interdisciplina para un cuidado integral de las personas con ENT.

De manera coincidente, informante clave ubica la ausencia de trabajo interdisciplinario y en equipo, como la principal falencia en el abordaje de las ENT:

[en] el abordaje de la enfermedad crónica, creo que la principal falencia tiene que ver con el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad, me parece que no sabemos trabajar de manera interdisciplinaria y en equipo, [...], me parece eso, que nos cuesta el trabajo en equipo. (IC04)

Dadas dichas dinámicas, la derivación es decodificada por IC04 como “*voluntad de trabajo en equipo*” (IC04). Sin embargo, de los casos se deduce que esa “*voluntad*” no es homogénea ni estandarizada, sino que depende de quién atiende, y el RISMi sigue siendo mayormente lo que permite ver “[...] *lo que pasa en tu consultorio, lo que pasa en mi consultorio, más o menos nos conectamos por la historia clínica, a ver por dónde va uno, por dónde va el otro, pero falta todavía cerrar la articulación*” (IC04). Tal como sintetiza IC04 en su experiencia asistencial, “*seguimos bastante fragmentados*” (IC04).

En este contexto, y como se vio en los casos, la calidad de los registros no es un dato menor. Contribuyendo a lo dicho en términos de qué se registra, cómo y cuánto, IC06 es contundente:

[...] tenemos un déficit histórico, que es un vicio eterno en todos los niveles, más todavía en el primer nivel, el déficit más grande que tenemos es el registro, primero que ya en cuanto a cantidad, es malo, y la calidad peor todavía, [...]; sabemos que los pacientes hipertensos, diabéticos, etc., etc., todos se atienden en el CAPS, llevan la medicación, vienen todos los meses, [...] y no hay registro. (IC06)

Como se citó en los casos, tampoco existe un comportamiento estandarizado con relación a lo que se registra, como refuerza IC02: “[...] *es una cuestión muy individual*” (IC02).

Ahora bien, entre los aspectos que contribuyen a la poca interacción entre los profesionales, y de estos con el resto del equipo, se encuentra la dinámica diaria de los establecimientos. En

este sentido, lo visto en C3 sobre la atención “*escalonada*”, o bien en C2 en términos de no “*cruzarse*” con otros profesionales, por citar solo dos ejemplos, es reforzado por IC04 en su propia experiencia asistencial: “[...] *yo no tengo mucho contacto con los otros profesionales, físicamente, no compartimos el espacio en el mismo momento, [...]*” (IC04).

En última instancia, “[...] *más allá de esta cuestión de la derivación, no hay otro espacio real de compartir, de socializar, de consensuar, o de orientar, una intervención*” (IC04), “[...] *cuando voy compartimos un pequeño momento con uno de los médicos clínicos, con la pediatra, pero nada, mi experiencia es que ellos entran al consultorio y se cierran a llamar por la agenda*”, tal como sintetiza IC04.

La necesidad de un abordaje interdisciplinar, y personalizado, es incluso señalada por usuario: “[...] *yo creo que está faltando concientización en la alimentación, y darle más bolilla a la nutricionista, [...], el tratamiento de la diabetes es muy personal.* (U01).

Por el contrario, desde su perspectiva los tratamientos se centran en lo médico farmacológico y con inexistencia de establecimiento de metas de tratamiento sobre otros ejes (alimentación, actividad física), **sobre todo por escrito**. En su experiencia, y la de otras personas de la asociación de personas con DM, prima la prescripción:

E: nunca te dieron un papelito que diga, “de acá a un mes baja de peso, de acá a un mes cambia esto”

U01: nunca

E: y tampoco a tus compañeros de la asociación

U01: no, más receta, receta, receta (U01).

También IC03 apunta a la actividad física y a la interdisciplina, en particular salud mental. Cabe resaltar que poca mención han hecho las personas entrevistadas de los casos respecto a la derivación a consulta con servicios de salud mental, y aún menos a la presencia de dispositivos como los grupos de apoyo. Coincidentemente, reflexiona IC03 sobre las personas con ENT y los servicios disponibles:

[...] muchos tienen ansiedad, depresión, hay un componente psicológico acompañando la patología, [...], todos tendrían que hacer algo de terapia, ir a un grupo de apoyo, está demostrado científicamente que todas estas patologías andan bien con un grupo de apoyo por ejemplo, los grupos de actividad física, tampoco. (IC03)

Incluso, usuario reclama que las/os profesionales contemplen aspectos vinculados a la salud mental, por los mismos procesos desencadenados como consecuencia de las enfermedades:

[...] a veces no actuamos bien porque el exceso de azúcar hace que las reacciones puedan ser contraproducentes para uno, estamos nerviosos, hipertensos, [...] y por ahí nos agarramos sin querer, o cada cosa que a lo mejor a vos no te va a calentar, al paciente con diabetes sí, porque viene ya [alterado], es un combo, una bomba. (U01)

En síntesis, profesionales de la salud se constituyen como actores estratégicos cuyo habito, estar de paso, va configurando espacios precarios, cuando no inexistentes, de interacción y vinculación entre ellos y de los profesionales con el resto del equipo.

En calidad de precario puente multidisciplinar y medio de interconsulta se presenta el sistema informático RISMí, aunque con los problemas de registro ya citados. La derivación e interconsulta no es un criterio homogéneo y los tratamientos tienen un fuerte centramiento en el aspecto médico farmacológico.

1.2.3 Personas a cargo de los establecimientos

En lo que refiere al rol de gestión de un Centro de Atención Primaria de la Salud, a modo de síntesis puede decirse que en el C1 se pudo ver una persona sumamente activa y con una acumulación de capitales dado su trayectoria, lo que le da *peso* (“[...] por ahí tiene peso, no político, sino que conoce mucha gente [...]” -C1P06), en el C2 alguien que siempre está presente (“[...] vive acá adentro, no sé cómo hace porque realmente vive acá adentro [...]” -C2P08), y en el C3 alguien también presente pero que, en última instancia, no siempre logra ejercer plenamente su rol (“[...] no logro que salgan a terreno [...]” -C3P11).

Ahora bien, parte de que se logre no solo el funcionamiento diario sino la reorientación de servicios para la atención de las ENT depende, según lo visto en campo, de la **capacidad de negociación** que posea la **persona responsable** del establecimiento, así como también la **disposición de negociación** que tengan los y las profesionales.

Tal como expresa C1P01: “yo te puedo decir que acá, en este centro de salud, yo dialogo con ellos, negocio”. De hecho, a la hora de incorporarse un recurso humano médico recuerda: “[...] yo le dije: “vaya a zona, hable con la dra., pero **en este lugar se trabaja doctor/a**”, yo les exijo, como a mí me exigen, desde el Ministerio, desde la Zona” (C1P01). Viñeta que a su vez deja de manifiesto que en otros lugares el trabajo es de otra manera.

Otro ejemplo, vinculado a la incorporación de nuevos procesos laborales asociados al RISMi, da cuenta de los sucesivos procesos de negociación:

[...] ya sabes lo que plantearon, el médico, “no, yo no voy a hacer doble trabajo, yo voy a escribir en la historia papel porque es una cosa segura, acá no sé si esto va a guardar, si no va a guardar, dónde va a quedar, es un documento”, todo lo que uno puede esperar [...]. (C1P01)

Aunque **no deja de mencionar que la queja inicial fue de la mayor parte del recurso humano**, demandando procesos de capacitación, negociación y acompañamiento.

Más allá de este caso en particular, un posible interrogante fue si siempre esto es así, este negociar, hacer cumplir, sobre todo cuando quienes son responsables de los establecimientos no son médicos, o bien justamente cuando lo son.

Para la misma PE muchas veces pasa lo opuesto a lo antes descrito, ya que “entre colegas vos ya sabes que no se [tocan], acá hubo una colega médica que era responsable y ella me decía “mira, yo no me voy a pelear con ellos, ni con ellos ni con nadie” (C1P01).

En el mismo sentido, se expresa IC02, al considerar que en su preferencia es deseable que la persona responsable no sea profesional de la medicina. En su justificación, puede leerse entre líneas el problema de los comportamientos profesionales corporativos:

[...] me parece que el que no sea médico [responsable CAPS], pero que tenga mucha experiencia ya en manejo de equipo, facilita muchísimo la situación

E: por qué?

IC02: porque no se pone ni de un lado ni del otro, se pone a favor de la organización [...]. (IC02)

Tal como amplía respecto al perfil que considera necesario, sí es necesaria la trayectoria:

Porque si vos tenes esa capacidad de gestión organizativa, trabajaste en salud, vos conoces las cuestiones básicas de lo que vas a atender [refiere al campo de la salud y sus temas], después lo particular y, tenes que hacer equipo, si haces equipo entonces vos decís “bueno, che, este, como hacemos este”, pero no se inclina la balanza ni para uno ni para el otro lado. (IC02)¹¹⁶

Por el contrario, desde la perspectiva de IC03, la cuestión “no pasa por la profesión”, resaltando la figura del compromiso, también vista en los casos:

¹¹⁶ En este punto incluso el diálogo gira en torno a las situaciones de guardia de establecimientos con pocos recursos humanos, y como muchas veces el/a médico/a, cuando está en el lugar de responsable, termina siendo quien cubre las guardias. Recuerdo una conversación de hace unos años con un responsable médico de un hospital del primer nivel de atención, donde mencionaba que si elegían siempre médicos para coordinar hospitales era porque sabían que, en caso de faltar profesionales a las guardias, estos, los responsables, se veían obligados a cubrir las guardias: “te viven jodiendo las guardias los colegas”, expresaba en ese diálogo.

Pasa por el compromiso de la persona con su CAPS, hay gente que tiene la camiseta puesta, se siente parte de un mini equipo o gran equipo, y son los que empujan el carro, porque hay CAPS donde hay como responsables enfermeros, hay trabajadores sociales, hay psicólogos, agente sanitario, así que no pasa por la profesión. (IC03)

Ahora bien, en términos de gestión de los recursos humanos, se observan situaciones diferenciales. Mientras que con agentes sanitarios, administrativos y técnicos existen espacios comunes, reuniones de equipo, que permiten hablar de una gestión continua, la situación con los y las profesionales es otra demanda a la persona responsable una gestión que podría denominarse discontinua, dadas las dinámicas propias del recurso humano en cuestión. Tal como se refería en el C2, los espacios compartidos no abundan o son escasos: “[...] una vez cada tanto nos reunimos todos, y se charla alguna que otra cosa” C2T09).

En este contexto, si el RISMi es el precario puente de comunicación entre profesionales, el *WhatsApp* hace a las veces de espacio colectivo de comunicación, como explícitamente aparece en el caso 1 (“[...] hablamos todos y nos comunicamos todo ahí, ahí en el *WhatsApp* nos enteramos, [...]” -C1P06), pero se puede inferir está presente en los otros casos (“[...] acá presencial tres horas, cuatro, después el celular es todo el día” -C3P11).

Con base a lo expuesto hasta aquí se considera que la persona responsable del establecimiento es un actor estratégico con relación a la organización de la atención de las personas con ENT. Sin embargo, las posibilidades de ejercer ese rol se ven condicionadas en principio por:

-La disponibilidad de recursos humanos, en particular profesionales. La mención en C1 sobre el período donde una profesional salió de licencia, “[...] y ahí te quedas corto, no tenes ni lugar para los tuyos” (C1P01), o la valoración en caso 2 de especialista de cardiología en términos de “[...] oro [...]” (C2T07) al que hay que cuidar, permite dimensionar esta variable.

-La disponibilidad o no para entablar diálogos, negociar, y muchas veces confrontar con el RRHH, dependiente de los capitales que se posee incluyendo la trayectoria, más presente en el caso 1 que en el 2 y el 3.

-La voluntad y *ganas de*, presentes en los 3 casos analizados, pero referida como algo que no es homogéneo.

-La experiencia y capacidad de liderazgo.

Al respecto del último punto, para IC02 resulta fundamental el tipo de liderazgo de quien este frente de la gestión del establecimiento. En este sentido expresa: “[...] *liderazgo positivo, con esa figura, fomentando esa figura, me parece que ahí se logran los cambios*” (IC02).

Todas estas actitudes, fueron mayormente encontradas en el C1, no así en el 2 y el 3. Lo que sí pudo verse en los tres casos, es la *presencia* de los/as responsables, valorado por el resto del equipo.

Finalmente, interesa recuperar lo planteado por C3P12, sobre la necesidad de jerarquizar y dar apoyo a la función del responsable, sobre todo en un contexto de administración de dificultades:

*A mi entender todo esto te debería funcionar mejor [se refiere a la salud pública, los CAPS, etc.], pero pagarle mejor [...], al director/a de CAPS, para mi hay que pagarle un adicional, primero, porque vamos a ser sinceros, yo mi tiempo ya no regalo más, **prefiero hacer una guardia y no ocupar una función en este organigrama**, [...], cuando vos te haces cargo, fijate, **muy escaso el presupuesto, el pedido de medicamentos, dipirona, vos pedías 100 mil y te seguían dando 20**, [...], y después **tiene que haber más apoyo político a las funciones**, y al que viene a hacer las cosas bien, [...]. (C3P12)¹¹⁷*

El CAPS como un todo, síntesis

En base a lo descripto hasta aquí, se concluye respecto a los CAPS campo de estudio:

1-Existen por lo menos tres planos organizacionales:

-Primero, el compuesto por agentes sanitarios, técnicos y administrativos. En dicho plano los capitales puestos en juego, las relaciones de dependencia, entre otros factores ya abordados, conducen a un *hacer lo que haya que hacer*.

-El segundo, compuesto por los profesionales, donde se reproducen mayormente “lógicas de consultorio”, en un rol ceñido a brindar la consulta destinada a la persona usuaria, con una fuerte independencia y baja implicación del centro de atención primaria como un todo.

-El tercero, compuesto por quienes están a cargo de los establecimientos, jerarquizados y no jerarquizados al mismo tiempo en la función¹¹⁸, se presentan diferentes perfiles y niveles de apropiación de la gestión, en particular en base a la experiencia y trayectoria.

¹¹⁷ Hace ya más de una década, cerca del 2010, y por iniciativa del entonces Subsecretario de APS y SA, codirector de ésta tesis, escribíamos un proyecto de resolución que nunca avanzó de proyecto, fundamentando el pago de un plus a la función de DIRECTOR /A de un Centro de Atención Primaria de la Salud, tal como sucede con cualquier hospital, entendiendo que dicha función reviste una responsabilidad diferencial, sobre todo cuando es asumida como tal.

¹¹⁸ Poseen una designación, pero no un plus económico como por ejemplo los directores de hospitales.

2-En este sentido, la resultante es una hipótesis general que se juega en diálogo con IC06, y a la cual responde afirmativamente:

E: ahora yo tengo cierta idea armada que me hace ruido en la cabeza, que es, el grado de institucionalidad que tienen los centros de salud, como que baja uno con un programa, baja otro, y son muy pocos los lugares, donde hay una ORGANIZACIÓN institucional

IC06: muy poco [lo dice casi susurrando, mientras yo sigo hablando]

E: con un tipo a la cabeza, o una tipa, con un equipo que se organiza y con gente que labura

IC06: sí

E: esa hipótesis vos la corroborarías o no?

IC06: sí.

De manera más específica, una segunda hipótesis que se desprende refiere al bajo grado de institucionalidad de las practicas vinculadas al cuidado de las personas con ENT, dependiendo por tanto mayormente de quien esté al frente del efector, el personal que disponga y las voluntades del mismo. Respecto de esta hipótesis, expresa IC04:

IC04: [...] creo que a veces hay iniciativa, ganas, pero bueno, si no tienen todos las mismas ganas, en algún lado queda trunco,

E: claro, pero son como ganas, a ver, ganas particulares, no son ganas institucionales y organizacionales

IC04: exactamente, sí, pasa eso. (IC04)

Finalmente, resulta pertinente volver sobre IC06, por cuanto sintetiza en buena medida lo planteado, vinculado a la posición de los agentes sanitarios, el estar de estar de paso de los profesionales, al tiempo que reflexiona, diálogo mediante, sobre los motivos que explican el último fenómeno. En medio, el impacto de esa situación compleja en términos de quien ocupe el rol de gestión. Aunque un poco extensa, vale la pena la viñeta:

E: y dónde está la papa¹¹⁹, por decirlo así digamos, siempre cuando se charla de REDES, de SUMAR, los promotores, los promotores [como que siempre pasa por ahí]

IC06: no, los pobrecitos no [como que no es su responsabilidad, yo tampoco apunto a eso]

E: no, pero digo, es siempre con los promotores, eso estoy diciendo

IC06: y se olvidaron del resto

E: son como los que mantienen vivo al centro de salud, para mí, y alguno que otro de enfermería, si es que todavía no se le subió el copete¹²⁰ [asiente], pero digo, después están los médicos, nutricionistas, psicólogos, o no están?

¹¹⁹ Expresión utilizada para referir dónde está la cuestión, el eje del problema, etc.

IC06: no hay, no, no, no hay, a mí se me hace que no hay interés, al no haber interés no hay capacidad ni de gestión, no hay empoderamiento, como que es el problema de otro, ¿me entiendes?, yo vengo, cumplo mi horario, la enfermera le pone la vacuna, le hace la inyección, la curación, y me voy [golpea las manos en gestualidad de salir], si se anotó, no se anotó, si anote bien, anote mal, no me importa, yo me voy, el médico hace lo mismo, viene “¿cuántos pacientes tengo?”, “cinco”, “ha, sos un hijo de [...] cómo me vas a anotar cinco, mira la cantidad que tengo”, atendió en 10 minutos los cinco pacientes, a los pedos, puso dos garabatos en el registro diario y se fue, ¿por qué?, porque tiene que ir hacer otro CAPS o tiene que ir al privado, o tiene que entrar a la guardia en algún otro lado, ¿entiendes?

E: no quiero parecer el libro de petete preguntón [me rio] pero, ¿y por qué, por qué digo falta ese interés o esa motivación?, todo eso que vos estas diciendo

IC06: y, [reflexiona y todo el párrafo es en tonos reflexivos], no sé cuál puede ser la causa, he, puede ser económica, o sea, ellos consideran de que no están bien retribuidos por su tarea que hacen, puede ser, pero no sé, o si no, [suspira], yo creo que son vicios que se fueron instalando con el tiempo [lo dice con más convicción] y hoy ya es algo como normal [estirado, como con comillas], asumimos que es así, entonces para que vamos a cambiar.

Aunque se considera que la posición resulta extrema, y de lo visto existen matices¹²¹, la viñeta sintetiza buena parte del comportamiento de los integrantes de los “equipos” de salud. Ahora bien, asumamos por un momento la hipótesis de que los profesionales necesitan trabajar en múltiples espacios, ya sea por cuestiones vinculadas al salario, niveles de ingreso, ya sea porque es un recurso escaso para una demanda excesiva, etc. O incluso que todo el tiempo que está en el establecimiento se encuentra atendiendo, las cuatro horas completas, distribuyendo el huso horario según tipo de persona atendida, necesidad, etc. En ese contexto, ¿existe posibilidad de interdisciplina, de planificación, de repensar las prácticas, etc.? Una potencial salida es expresada por IC05, mencionando en la primera parte la situación de saturación de consulta:

¹²⁰ Es un fenómeno que se observa con frecuencia, y reclamado muchas veces por quienes están a cargo de hospitales, centros de salud, etc., el hecho de que un comportamiento es el de las/os auxiliares o profesionales de enfermería, y uno distinto es el de las/os Licenciadas/os en enfermería. En este contexto, la queja de los responsables es principalmente que licenciadas/os reclaman, disponen, deciden qué hacer y también protestan qué no hacer y porqué. Si bien se trataría de un estudio aparte, uno podría esbozar como hipótesis que se pone en tensión la dinámica clásica del personal de enfermería en su rol de AUXILIAR de la medicina. En el contexto del diálogo, “se le subió el copete”, no es una opinión personal, sino una forma de dar cuenta del conocimiento de las dinámicas.

¹²¹ Incluso como ya se vio con relación a los registros, la misma persona informante clave considera que “[...] todos los pacientes hipertensos, diabéticos, etc., etc., todos se atienden en el CAPS, llevan la medicación, vienen todos meses, se controlan, se atienden y se van, [...] (IC06). Sin embargo, la pregunta de fondo en el contexto de lo que se viene presentando, es cómo son atendidos.

IC05: [nombre de profesional] va al CAPS X, y qué hace, quiere atender a la familia, entonces habla, los revisa, se queja porque tiene que rellenar un montón de cosas, y atiende diez personas, diez niños, y cuando van diez niños terminan yendo 15, 20. Y yo digo, un día a la semana vos tenes que tener para planificar, y ese día no te tiene que dar ningún tipo de vergüenza no atender, y es una guardia, se atiende la guardia, y mientras tanto tenemos que estar viendo que está pasando, qué información tiene el pediatra, qué información tiene el ginecólogo, qué información tiene el psicólogo, qué información [sucesivamente] a ver, qué hacemos, cómo hacemos y cómo lo abordamos, y planificación de la semana, [...], incluís a la misma población, a la presidenta del barrio, venga: “esto es lo que nosotros hacemos los días que no atendemos, quiero que participe, que nos ayude, que nos colabore”

Eso es APS, y una vez que la gente entienda, vos porque [crees] que el maestro por ejemplo, tiene un día de planificación, nadie dice nada, el PEI¹²², y nosotros tenemos que aprender a abordar cuáles son los temas problemáticos, de lo contrario vos te pasas atendiendo boludeces, que se curan solas, y dejás de lado porque no lo visualizaste a las problemáticas que vos quizá con un abordaje multidisciplinario lo podés sacar adelante, [...]. (IC05)

Como se deduce, esto implicaría no solo abrir los diálogos y las conversaciones al interior del CAPS, hacer circular la palabra en espacios comunes con todos sus integrantes, salir de la lógica consultorio, sino también hacer circular la palabra de los ciudadanos, de sus necesidades, demandas y de sus planteos y, en última instancia, transformar las dinámicas del campo y las distinciones que en él se reproducen y sostienen.

1.3 Hospitales

Aunque lejos de la gobernanza de los casos analizados, el acceso y las interacciones (o la falencia de las mismas) con los niveles hospitalarios repercute, en tanto variable independiente, tanto sobre la gobernanza en sí a nivel de los CAPS como sobre la variable intermedia, como en el modelo de atención y cuidado de las personas con HTA y/o DM2 en el primer nivel de atención, variable dependiente, ameritando su análisis a partir del campo de estudio.

Aspectos como el acceso a especialistas, ya sea para controles anuales no disponibles mayormente en el primer nivel, tales como el fondo de ojo en las personas con DM2,

¹²² El PEI es el Proyecto Educativo Institucional, se realiza dos veces al año; en el contexto del ejemplo se entiende la referencia central al hecho de proyectar y planificar, como actividad institucional.

evaluación cardiológica en personas con HTA, acciones de prevención secundaria, o bien tratamientos como la medicación que no es provista en el primer nivel de atención¹²³, son de facto parte del modelo de atención y cuidado provistos por el campo sanitario.

En un sentido más conceptual, el acceso oportuno a profesionales, prácticas y tratamientos son parte de la estrategia promovida por las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), donde resultan centrales las concepciones de “gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios [...], a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud [...]” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 29) y de “un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa” (Artaza Barrios, 2017, p. 22).

En este línea interesa recuperar y sintetizar, a modo de punteo, lo que mayormente surge del análisis de los discursos respecto al acceso y prestaciones vinculadas a los hospitales:

Barreras de acceso y demoras para obtención de turnos: este fenómeno fue mencionado en todos los casos, coincidiendo en las dificultades que significa para las personas con ENT el acceso a servicios especializados, y remarcando en muchos de ellos el impacto que esto tiene en términos de apoyo al cuidado. En este sentido, las demoras referidas nunca fueron inferiores a los 60 días operando por ello como barreras, a las cuales se suman las de acceso geográficas y las administrativas, tal como se refería en el caso 1:

*Imagínate acá, donde nosotros estamos lejos del nivel central, donde **el paciente tiene que tomarse a lo mejor dos colectivos para ir allá [al hospital], a las 5 de la mañana, pedir un turno, y que le digan “no, no hay turno hasta dentro de dos meses”*** (C1P03)

Generado “*decepción*” (C1P03) y preocupación en la persona con ENT. O bien como se expresa en C2, donde al contar con servicio de cardiología, la población se acerca más allí, dado que “[...] *si le dan en el hospital le dan para dos meses* [...]” (C2T07). Finalmente los problemas de acceso, también son referidos en el caso 3: “[...] *el problema son los turnos, conseguir los turnos*” (C3P11).

¹²³ En términos descriptivos en la Zona Capital a la fecha no existen hospitales nivel I, sí niveles II: Hospital Nuestra Señora de Fátima, ubicado en Garupá, parte de lo denominado hoy “gran Posadas”; y III: Hospital Dr. René Favalaro, ubicado en la zona oeste de la ciudad. Finalmente, los especializados y nucleados en el Parque de la Salud: en pediatría y materno neonatal, Hospital de Pediatría Dr. Fernando Barreyro y Hospital Materno Neonatal, respectivamente; y el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, correspondiente a los adultos.

Estas “demoras” cobran aún mayor complejidad cuando el acceso es para acciones de prevención secundaria frente a complicaciones propias de la patología de base, IC02 plantea:

[...] cuesta muchísimo, y eso sí desmotiva mucho al paciente, son los turnos que están en el tercer nivel, de cosas que sí o sí se tienen que hacer, pacientes que están ya con daño renal, que tienen que ir al nefrólogo, les cuesta mucho conseguir los turnos. (IC02)

Dichas barreras de acceso y demoras se presentan como una de las formas más operacionales de vulneración del derecho a la salud.

Estrategias desplegadas: con motivo del punto anterior fueron mencionadas múltiples estrategias que son desplegadas por los centros de atención primaria analizados. Tal como refería C1P01, “**Hay que hacer, vos tenes que hacer, andar, [...], ir, llamar, volver a llamar**”, apelando muchas veces a una red de contactos más del orden personal que de tipo formal. O como expresaban en caso 2 agentes sanitarias/os: “[...] y le escribimos y **por ahí te hacen la gauchada, te consiguen, te dicen “uno”**” (C2T09).

O incluso, a los fines de sortear barreras el acompañamiento directo, como se vio en caso 3, por parte de agentes sanitarios: “[...] las chicas se comunicaban al Madariaga, es más, **hay veces que cuando es de la zona, las chicas van con el paciente a sacar el turno**” (C3P11).

En menor medida, pero también mencionado, la instancia formal de la oficina de enlace, ubicada en zona, también fue mencionada. Es de destacar que su sola existencia da cuenta de las dificultades de acceso a los servicios especializados.

Colapso: la interpretación de colapso, no dar abasto, como forma de comprender los porqué de la demora y barreras de acceso a la atención con especialistas fue una constante.

Tal como se expresaba en el C2, “[...] **ahora mismo el hospital [Escuela] está colapsado**” [...]” (C2T07), en el C1 “[...] **porque no da abasto, [...]**” (C1P03). O bien en el C3 en forma de interrogante ante la dificultad para conseguir “[...] **interconsultas con cardiología, oculista, oftalmología, o es escaso el personal, o es mucha la demanda**” (C3P12).

La Carpeta: fenómenos recurrentemente citados refieren al tratamiento farmacológico mayormente indicado y la disponibilidad de dicho tratamiento en los CAPS.

En el caso de las personas con DM2, la metformina en presentación de 850 gramos, cuando mayormente se dispone la de 500 gramos, y en el caso de personas con HTA, el losartán, cuando mayormente se dispone de “[...] **enalapril, amlodipina, carvedilol, atenolol, [...]**”

(C1P03)¹²⁴. Tal como resume la siguiente viñeta: “*REMEDIAR trae mucho enalapril, por ejemplo, y metformina 500, pero ya los pacientes no usan eso, por ejemplo ahora usan mucho losartán, esa es una escasez bastante fuerte*” (C1T02).

Esta situación conlleva la apertura de LA CARPETA en la farmacia central del hospital Escuela o bien del hospital de Fátima, cuando no logra resolverse mediante la gestión de “*la cajita*” que trae Zona, el envío de medicamentos desde el “*Parque*”, las estrategias horizontales entre CAPS, y finalmente la muestra médica.

Nuevamente aquí son citadas barreras con diferente grado de explicitación. De manera solapada en el C2, C2T07 concluía que “[...] *eso no está todavía muy bien aceitado, está muy inconcluso por ahí [...]*” (C2T07), mientras que en el C1, de manera explícita se hacía referencia a dos barreras, las malas maneras, sintetizadas en el americanismo “*mal llevados*” (C1T02) y, en segundo lugar, lo administrativo: “*mucho protocolo*” (C1P01).

En síntesis, acceso a turnos con especialistas para estudios complementarios, dificultades con la disponibilidad de medicación, son descriptos mayormente como barreras para la continuidad de los cuidados de las personas con ENT, de impacto directo en la motivación de estas para dar continuidad a los cuidados y que dificultan el cumplimiento del derecho a la salud.

A pesar de la existencia dispositivos formales de referencia y contrarreferencia, cuyo funcionamiento según lo relevado es parcial, tales como la oficina de enlace, lo descripto puede ser sintetizado como un modelo fragmentado entre niveles de atención. En términos de sus efectos concretos, no solo se encuentran los descriptos como barreras (ya sea para la atención, tratamientos, etc.), con sus correspondientes efectos sobre la continuidad de los cuidados, sino el exponer a las personas a “*dificultades financieras*” (Artaza Barrios, 2017, p. 18) producto de la misma organización del campo sanitario y su funcionamiento, uno de los principios que procura evitar la concepción de salud universal en la estrategia de RISS, sobre todo cuando se trata de grupos vulnerables.

Dicho lo anterior, los **hospitales** especializados resultan **actores estratégicos** en lo que refiere a la organización de los servicios para la continuidad de la atención de las personas

¹²⁴ Todos los medicamentos citados son parte del “Listado/Vademécum de medicamentos esenciales para el primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Nación”. Res-MSN-3424-2021-ANEXO-1-Listado-ME-PNA. Y se encuentran en la guía de distribución de REMEDIAR: Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Dirección de Medicamentos Esenciales Insumos y Tecnología, & Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Guía de Medicamentos Esenciales del Programa Nacional REMEDIAR. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-11/guia-medicamentos-2023_isbn.pdf

con ENT. Sin embargo, no pueden ubicarse a nivel de la variable intermedia, gobernanza, pues la modificación de las reglas de juego escapa a nivel de los casos, y por ello se **ubica a los hospitales como variables independientes**, cuyo funcionamiento repercute sobre la gobernanza, variable intermedia, y sobre el modelo de atención, variable dependiente.

1.4 Políticas del Estado Provincial, el Nivel Central y la Zona Sanitaria de Salud

1.4.1 APS, modelos hospitalocéntricos, y mensajes “equivocos”

En calidad de puntualizaciones históricas, se ha dado cuenta de una progresiva mejora en materia de recursos humanos, infraestructura, equipamiento e insumos en los establecimientos del primer nivel de atención, lo cual es coincidente con los datos presentados en el capítulo I y vinculado a la importante inversión en salud tanto dentro del presupuesto nacional como provincial.

Sin embargo, para IC01 uno de los problemas es la reducción de la APS a tales mejoras: “[...] **pone a cualquier persona, cuando se habla de atención primaria: instalan un CAPS, le mandan una ambulancia, [ríe en tono irónico] y el ciudadano?, [...]**” (IC01), remarcado que APS no debiera reducirse a disponer de un establecimiento sanitario, en sintonía con la definición de Alma Atta y otras declaraciones sobre APS (G. Almeida et al., 2018).

Por su parte, IC02 da precisiones sobre dónde “*estamos*”, refiriendo a la distinción entre APS como estrategia, y APS como primer nivel de atención:

[...] siempre digo, Atención Primaria es una estrategia, partimos de la base de que es una estrategia y el primer nivel de atención por ahí es otra cosa, o sea, la estrategia de atención primaria y donde estamos ubicados nosotros es en el primer nivel de atención, [...]. (IC02)

Ahora bien, si se considera la Ley de Salud de la provincia como expresión máxima de la política de Estado, cabe recuperar algunos aspectos de lo trabajado en el capítulo I, el sector salud Misiones, con el objeto de responder al interrogante sobre qué dice la Ley cuando habla de APS. En principio no la plantea como estrategia, sino como modelo de atención a ser fortalecido, en tanto primer nivel de atención, tal como se deduce de su artículo 23:

*El Subsector Estatal de Salud tiene como **prioridad el fortalecimiento, desarrollo integral y optimización total de la Atención Primaria de la Salud, como modelo de atención a adoptarse en el territorio de la Provincia. A tales efectos, este accionar institucional, se cimienta fundamentalmente en la conformación de redes y niveles de atención, procurando jerarquizar básicamente el primer nivel y la descentralización gradual, permanente y total de***

la gestión de los servicios médicos como modelo de gestión. (Cámara de Representantes de Misiones, 2007)

En ese contexto, y dentro de la definición de lo que constituye el primer nivel de atención, artículo 24, explicita como prioridad “[...] *el fortalecimiento de los Centros de Salud como efectores fundamentales del Subsector Estatal y consecuentemente, del Sistema Provincial de Salud*” (Cámara de Representantes de Misiones, 2007), siendo dicho nivel “*la primera alternativa de atención*” y seguimiento de “*pacientes ambulatorios*”, según indica inciso “a” del artículo 25. Implica, como nivel de “*atención médica*”, las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, promoción y atención.

Dicho lo anterior, la legislación define entonces la APS no en el sentido de estrategia, visión amplia de salud integral ya contenida en la declaración de Alma Atta (Pan-American Health Organization, 2007), sino como modelo de atención, debiendo de ser los CAPS epicentros del modelo.

Pero incluso por fuera de dicha consideración, aunque IC01 reconoce que existe un apoyo gubernamental institucional al sector salud, cuestiona un discurso que desde el gobierno provincial señala constantemente los hospitales de atención especializados, nivel III, principalmente los nucleados en el Parque de la Salud, como *la salud*:

Lo que pasa que las señales de este fuerte apoyo institucional, las señales del gobierno en general, son equivocadas por ahí, llaman a equivoco, porque nosotros vamos y le hablamos de la atención primaria, y de esto, y la publicidad del gobierno es, [con énfasis] LA SALUD DE MISIONES y el hospital Escuela de Agudos, haaaa [como agarrándose la cabeza] fíjese la salud, el Hospital Escuela de Agudo, la salud de Misiones, un médico, la salud, [...]. (IC01)

Al mismo tiempo reflexiona lo que esto genera en la ciudadanía, y también para quienes llevan adelante tareas de gestión en pos de promover la APS. Para los primeros, un *genuino reclamo* de querer atenderse allí, aportando al “*colapso*” de los niveles especializados, para los segundos, un doble esfuerzo. En sus términos:

Al menos para la gente, “pero bueno éste está nombrando una cosa [APS], y yo veo en televisión” [El Hospital Escuela], después, con espontáneo reclamo, genuino reclamo, “yo quiero que me atiendan en el hospital Escuela de Agudos”, y eluden ese primer sistema de atención, el georreferenciamiento, [...], entonces tenes que hacer un doble esfuerzo. (IC01)¹²⁵

¹²⁵ Con motivo de llevar a un familiar a la guardia del Hospital Escuela, a mediados de febrero de año en curso, 2024, realice la siguiente observación de interés aquí: a mitad de la sala de espera de la guardia se encuentran

De esta forma la persona entrevistada se refiere a la promoción y fomento por diferentes medios, incluidos los televisivos, del Hospital Escuela y Parque de la Salud en su conjunto.

En calidad de triangulación, de un conteo de palabras correspondientes a los títulos de prensa del sitio de internet oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, 76 en total, publicados entre el 14 de marzo y el 5 de abril del año 2022¹²⁶, surge tabla 18, que permite dimensionar en porcentajes lo priorizado en materia comunicacional.

Tabla 17: *Conteo de palabras seleccionadas en títulos de noticias de prensa institucional, Ministerio de Salud Pública de Misiones, 14 de marzo al 5 de abril del año 2022.*

Palabras	Abs.	%
Hospital*	16	33%
Parque de la Salud	12	25%
Prevención	8	17%
CAPS	6	13%
Promotores de Salud	2	4%
Agentes Sanitarios	2	4%
Promoción	2	4%
Centros de Salud-Centros de Atención		
Primaria	0	0%
Atención Primaria de la Salud	0	0%
Total	48	100%

Fuente: elaboración propia en base a conteo de palabras títulos de prensa en sitio oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Sitio en internet: <https://salud.misiones.gob.ar/noticias/>

*Nota: Hospital corresponde a diferentes Hospitales de la Provincia, no solo de la Zona Capital.

colgados 4 televisores, de modo tal que puedan ser vistos a ambos lados de la sala en forma de pasillo. En las pantallas, además de pasar los nombres de quienes son llamados a consulta, aparecen mensajes indicando la “red” de atención, la disponibilidad de centros de atención primaria, hospitales I, II y III, y que atiende cada uno (ambulatorio, consulta especialista, etc.), en un intento de “sensibilizar” a los presentes respecto a qué lugar ir y cuando, junto con otros mensajes con nombres e imágenes de especialistas que se desempeñan en el hospital. Contradictoriamente, y con motivo de cumplirse el aniversario número 14 de la inauguración del Hospital Escuela, la prensa institucional publicaba un artículo bajo el siguiente título: “*Aniversario: El Hospital Escuela se erige como un faro en el sistema sanitario de Misiones*”, dentro de su contenido, incluía aspectos tales como: “*Consolida día a día su excelencia en infraestructura y factor humano, ingredientes primigenios para la contención y respaldo de la salud en la Provincia y de manera gratuita donde la población puede realizarse los más complejos estudios sin necesidad de derivación. [...] Es, en Argentina, uno de los centros asistenciales premium que inclusive tiene alta afluencia de pacientes del sector privado que eligen atenderse aquí.*” (Los resaltados son míos). Resulta ilustrativo, que se menciona en el artículo la “*sinergia con el Parque de la Salud*”; la articulación del Hospital con una red de establecimientos del primer nivel de atención no es ningún punto mencionada. [<https://salud.misiones.gob.ar/aniversario-el-hospital-escuela-se-erige-como-un-faro-en-el-sistema-sanitario-de-misiones/> Accedido: 08-03-2024]

¹²⁶ Se excluyeron noticias vinculadas a la COVID-19.

En este contexto, y reforzando lo dicho respecto a la fragmentación en el punto 1.3, Hospitales, se producen tres fenómenos.

El primero, la vivencia-experiencia de que existen 2 carriles, cada uno de los cuales funciona por su propia vía, a saber: el de los hospitales especializados, por un lado, el de los centros de atención primaria, por el otro, en contra del tan mentado modelo de redes integrales de servicios en salud.

En este sentido IC03 coincide en plantear que uno de los grandes problemas en la atención de las personas con ENT es el circuito de atención, la continuidad de los cuidados, lo cual ubica como el principal déficit del sector salud para el cuidado de las personas con ENT:

Yo creo que el principal déficit, o la falla, es, las redes, los circuitos, porque, por ejemplo, tenemos los profesionales de los CAPS, atendemos los pacientes, [...], se trabaja activamente con los promotores, por ejemplo cuando vos quieres derivar un paciente, quieres una interconsulta, ahí se traba, [...], tendría que ser algo mucho más fluido, o sea que a APS nos tendrían que dar la respuesta, el paciente tendría que ir, hacerse el cardiólogo, etc., volver, y seguir [en APS], y siempre es como que en eso estamos con la falla [...]. (IC03)

En el mismo sentido se expresa IC01 remarcando el impacto en la calidad que esta falta de fluidez genera: pérdida de la continuidad en la atención y la confianza de las personas con ENT en los servicios. Así, expresa:

el grave problema en la accesibilidad son los puntos referenciales de atención, o sea, yo voy y te digo: “mira Sergio, vos estas con un grave problema de hipertensión, vení, te voy a llevar acá al Favaloro, te va a hacer un chequeo”, [...] perfecto. Vos vas, llega el martes a las seis, “Sergio Viudes”, “sí”, “por favor, por acá”, vos volvés, seguís con tu atención, el continuo de atención se da en la calidad de la atención. Pero no hay calidad de atención, yo te digo “Sergio anda”, y vos te vas el martes a las seis, y a las diez te atienden, no volvés nunca más; o ni bola: “vení”, te toman los datos, “vení mañana”, y al otro día volvés para que te tomen, y vení pasado, y todos los días son cola, la calidad de la atención, y la atención hacia la gente, ese es el interruptor del primer nivel de atención. (IC01)¹²⁷

Incluso, desde la perspectiva de IC03, esta fragmentación se replica en el comportamiento de los recursos humanos según tipo de contratación. Así, a la hora de poder explicar el porqué de la vigencia de estos problemas que considera de larga data y no resueltos (“[...] hace cuánto que se viene trabajando con REDES, FESP, esto y lo otro [tono cansado] y siempre estamos

¹²⁷ Por todo lo desarrollado hasta aquí debe quedar claro que “el Favaloro”, es el hospital que decide dar en el ejemplo, no tratándose del Favaloro solamente.

igual, o sea, siempre estamos igual, [...]” -IC03) IC03 ensaya, como hipótesis explicativa, la construcción de perfiles diferenciales de salud pública (refuerzo de distinciones), que redundan en la existencia de más de un carril y la ausencia de coordinación conjunta:

pienso que somos todos salud pública, si bien hay diferentes niveles, somos todos salud pública, que no importa quién te financia a vos, si te paga el Parque, si te paga Salud Pública, un Programa, sino “yo soy comunitario entonces yo hago... no, yo soy, a mí me paga [X]entonces yo” no, eso tendría que estar digamos fuera de lo que es el trabajo, [...] todos tendrían que estar bajo una misma coordinación, sin importar la contratación, [...]. (IC03)

El segundo fenómeno, asociado a los intentos por garantizar un conjunto de prestaciones especializadas en el primer nivel de atención, con recursos humanos en general contratados por el Nivel III, o bien algún programa, lo cual permitiría descentralizar consultas ambulatorias con especialistas, tal como se vio con el servicio de cardiología del caso 2.

En esta línea una de las iniciativas para reforzar los mensajes de disponibilidad de servicios de los CAPS para la población consiste en el acceso a una cartilla en internet, donde se puedan ver los servicios de los CAPS. A la hora del trabajo de campo, tal cartilla aún no estaba disponible y, se deduce de la siguiente viñeta, debido en parte a la imposibilidad de garantizar la información, en el contexto de contrataciones que no van por un solo carril:

nos pidieron que actualicemos la cartilla de profesionales, una aplicación que vos bajas, tenes el CAPS y están los profesionales, y vos actualizas y actualizas, ¿y?, después el Parque no le paga al cardiólogo, porque no presento no sé qué papelito, y el tipo no va más, [...]. (IC03)

El tercer y último fenómeno es la demanda de atención directa a los hospitales especializados, sin pasar por el primer nivel de atención, en sintonía con el “reclamo genuino” del ciudadano. En este sentido, como se vio las personas entrevistadas consideran que “el hospital [Escuela] trabaja a full” (IC03), sin embargo:

tendría que haber una prioridad, había una chica, una agente sanitaria en la entrada que coloco la gente de Zona, estaba con un celular, ahí en informes, ni siquiera en el rulo¹²⁸, los pacientes cuando iban a pedir turno la pasaban con ella, y ella le gestionaba el turno en el CAPS, o sea, nunca le dieron bola a la iniciativa, [...]. (IC03)

¹²⁸ Lugar donde se gestionan los turnos en el hospital Escuela, el área de informes se encuentra antes. “Ni siquiera en el rulo”, da a entender que ni siquiera le habían dado un lugar.

Se produce así una ausencia de estrategia conjunta, a pesar de los esfuerzos de una de las partes, Zona en el caso comentado, por optimizar la lógica y uso de los recursos, sin un acompañamiento de la otra parte, el nivel III.

Finalmente, dos aspectos son considerados necesarios por informantes claves para generar cambios en la atención y cuidado de las personas con enfermedades no transmisibles.

El primero, “[sin dudarlo y con énfasis] **fuerte apoyo institucional al primer nivel de atención, nada se logra si no hay fuerte apoyo y convencimiento institucional**” (IC01), lo cual se logra en primera instancia con la presencia en territorio de los actores estratégicos, empezando por quien se encuentre a cargo de la cartera ministerial: “[...] *la gente actuaba porque estaba el ministro, Guccione hablaba de eso, Herrera¹²⁹ hablaba de eso, de los promotores de salud, de los agentes sanitarios, de atención primaria, del seguimiento*” (IC01); y sigue a ello la continuidad del apoyo en todas las líneas de gestión: “[...] *subsecretarios, sobre todo el de salud y el de atención primaria*” (IC01).

En igual sentido, IC05 remarca el apoyo del poder ejecutivo y de quien esté a cargo de la cartera ministerial como esenciales: “[...] *si el gobernador y el ministro no están convencidos, los equipos no avanzan, las políticas no se desarrollan, y los resultados no se ven*” (IC05).

El segundo aspecto refiere a la intersectorialidad y políticas integrales de prevención. Así, y en el contexto del diálogo en torno a las gestiones del programa PROTEGER para promover la actividad física, considera IC03:

*Pero son todas cosas que no perduran, o sea, lo contratas, haces un contratito, qué se yo, va a tal CAPS, a tal otro, pero no, me parece que **tendría que ser una política de Estado, que no dependa solo de salud**, decir: “bueno, a ver, Deporte [área de Gobierno] qué va a hacer por esto”, tenemos el 60 por ciento de la **población con sobrepeso**, tenemos la **diabetes**, que aumenta cada vez más, tenemos los **hipertensos**, [...], **te conviene hacer políticas públicas de prevención que involucren a todos, que tener que estar generando un programa, que por ejemplo ahora ya no está más, se des contrato a todos** (IC03)*

Elocuente por su claridad, no solo remarca lo aislado, discontinuo e ineficaz de ciertas medidas, va más allá: se trata de generar políticas públicas intersectoriales de prevención.

¹²⁹ Guccione, José Daniel, Herrera, Oscar Aguad, Ministros Secretarios de Salud en diferentes períodos, ambos de profesión médica.

En síntesis, existe por un lado un refuerzo de la APS, pero restringida a APS en términos de modelo de atención, e igual a disponibilidad de CAPS; en paralelo, la preponderancia de un modelo socio-estatal-sanitario que, ya sea por los mensajes “*equivocos*”, falta de coordinación conjunta, existencia de carriles diferenciales, puede considerarse que al tiempo que esgrime la APS a partir de su legislación, no deja de hacer énfasis en la atención especializada de los niveles III, reforzando lógicas sanitarias hospitalocéntricas. Al mismo tiempo, son señaladas las necesidades de políticas públicas de prevención intersectoriales, y no medidas transitorias implementadas por programas.

Los fenómenos descriptos permiten identificar cuanto menos intencionalidades que llaman a equivoco en las políticas implementadas en materia sanitaria, que dificultan la implementación de modelos como el propuesto por el MAPEC, RISS, Centros de Atención Primaria integrados a dichas RISS, operando como variables independientes del nivel analizado de gobernanza, determinando también sus límites y alcances.

Intentos por torcer lo dado (la promotora de zona gestionando turnos en el área de admisión, por ejemplo), generar un mismo carril, no encuentran eco ni expansión, sin modificar las reglas de juego que definen un modelo fragmentado.

1.4.2 Planes, programas, proyectos (PPP) y las ENT

PPP se configuran para los casos como actores estratégicos según se ha relevado en los casos y se presentan, en principio, de dos maneras en los discursos: como beneficios, pero también como exigencias.

En el primer sentido, **beneficios**, recuérdese el caso 1 y la mención al fortalecimiento al CAPS con el mencionado programa de médicos comunitarios, incluyendo la posibilidad y disponibilidad de recursos humanos con el lineamiento de atender a toda la familia, incluyendo a las y los adultos, y no solo lo materno infantil.

También se asocia a la adquisición de bienes de uso y consumo, refuerzo o incorporación de nuevas tecnologías, tal como expresa una PE del C2 con relación a lo que significó el PROTEGER:

E: ¿qué recursos llegaron a través del PROTEGER?

*C207: y mira, todo lo que es para atención específica del paciente, por ejemplo **tensiómetros, balanzas**, o para dar charlas, **talleres, pizarra, materiales de librería**, quedaron algunas cosas pendientes todavía, [...]; **también reforzo lo que es los mobiliarios, como sillas para poder dar***

las charlas, incluso venía una profesora de educación física, pero en ese caso no hubo nunca adherencia de los pacientes. (C2T07)

O incluso, se hizo posible que la disponibilidad del RISMi fuera consecuente con la cantidad de equipamiento informático: “[...] vino a reforzar lo que era para poder implementar el RISMi con algunas computadoras, porque no teníamos la suficiente cantidad para poder implementarlo” (C2T07).

Otro beneficio, aunque no necesariamente vivido como tal por el recurso humano en su conjunto, refiere a las capacitaciones vinculadas en ENT. Así, mientras que en el C3 se citaba la conducta de profesional que “no quería ir, [...], no me lo decía de frente, siempre tenía una excusa, [...]” (C3P11), en el C2 se valoraba el curso MAPEC, poder rendirlo, “[...] y tener el certificado para armar los equipos”, tal como referenciaba (C2T07). O bien, en el caso 1 se citaba, que todos participaron en un encuentro, “hasta los médicos”, tal como planteaba C1P01 con motivo de una capacitación sobre RISMi.

En el segundo sentido, los PPP se suman a las **exigencias** ya existentes, ameritando poner “paños fríos”. Así se vio en el caso 1, ante la recurrencia de pedidos de listados de personas con ENT. O, como se reclama en C3, viviéndose como desfases entre lo requerido por un programa y la realidad sanitaria y del establecimiento:

[con notable fastidio]: nos quieren evaluar, los puntos esos, yo digo “cómo nos van a evaluar si nosotros no podemos”, no podemos hacer nada de lo que nos piden, pero de verdad, o sea quieren que les mintamos, porque: “cuántos talleres hicieron en el 2020”, cuando vi eso dije “me estas cargando”, no hice ningún taller en 2020¹³⁰, [...], acá somos por lo menos 30 personas, entre administrativos, profesionales, promotores, todo, pero en realidad no están los 30 acá trabajando, porque tengo gente afectada en el puente, antes en el Arco, después en el Finito¹³¹, [...] y bueno, antes era el dengue, y terminamos en una explosión de dengue, y la verdad que cuesta, [...]. (C3P11)

Ahora bien, considerando el período previo a la pandemia, interesa detenerse en aspectos que hacen a la implementación de los programas.

¹³⁰ Los “puntos esos” son los Indicadores de verificación de Transferencia-IVT del Programa Proteger y el año referido, 2020, corresponde al primer año de Pandemia por SARS-CoV-2, de ahí el enojo: “me estas cargando”.

¹³¹ Puente, es el Puente Internacional San Roque González de Santa Cruz, paso fronterizo con la vecina ciudad de Encarnación, República del Paraguay, altamente transitado; Arco, es el punto geográfico que indica el límite entre Misiones y la vecina Provincia de Corrientes. Con motivo de la pandemia se convirtieron en puntos de control estratégicos. El Finito, es el estadio Finito *Gehrmann*, utilizado como centro de vacunación durante el período de pandemia COVID-19.

Tal como se describió en los casos la presencia de los programas en territorio, tales como PROTEGER, se visibilizó en términos de pedidos (de tal información, de tales indicadores, etc.), **pero no** en términos de un **acompañamiento, lo cual involucra a los niveles centrales, a cargo de la implementación en territorio**. De manera consecuente con dicha observación, IC02 reflexiona de manera crítica considerando que “[...] *lo que tiene el programa [PROTEGER] es que por ahí marcó los lineamientos, y después como que soltó la mano, [...]*” (IC02), resaltando así un proceso que “baja” y luego debe seguir desde el territorio no siempre con suficiente acompañamiento.

Otro aspecto involucra la articulación de programas a nivel central. Desde la perspectiva de IC04, cuesta articular programas claves en el abordaje de las ENT, tales como SUMAR, REDES, PROTEGER, repercutiendo en la visión que el mismo nivel territorial tiene:

[...] cuesta terminar de articular los tres programas, mucho de “en eso no te metas, esto es mío”, entonces, eso vuelve a bajar al efector, si yo quiero generar un cambio en el efector y no cierran las articulaciones a nivel central, qué están viendo los efectores. (IC04)

En este contexto de dialogo, propongo una hipótesis, la cual es validada:

E: ¿coincidirías un poco con la idea de que hay un exceso de discurso de programa contra la baja existencia de un discurso de salud pública?, en el sentido de “es el programa, es el SUMAR, es REDES”, y no la mirada de “es el sujeto integral”, y después estos programas son herramientas?

IC04: exacto, yo creo que la mayoría de los que formamos parte del sistema de salud no entendemos los objetivos, ni los principios que mueven a la salud pública, en este caso a APS, [...] seguimos quedando en la zona de confort, yo soy SUMAR, yo soy REDES, yo soy PROTEGER. (IC04)¹³²

Esta falta de articulación entre programas hace que para IC06, funcionen como “[...] *compartimentos donde no hay mucha comunicación y dialogo y, por lo tanto, menos aún algún tipo de planificación conjunta, [...]*” (IC06), lo cual se hace más evidente entre programas cuyo foco principal son las ENT, tales como PROTEGER y REDES¹³³.

¹³² La hipótesis validada se basa en la experiencia según la cual las más de las veces los programas “bajan” verticalmente desde la nación, y cada uno tiene sus propias exigencias, temporalidades, mecanismos de cumplimiento, etc., las cuales a su vez “bajan” al territorio, dificultando, en los diferentes niveles, la posibilidad de horizontalizar tales exigencias en un contexto más amplio que debería tener por eje el concepto de APS, siendo el programa una herramienta para el logro de objetivos más generales, y no el fin en sí mismo.

¹³³ Según me consta, a la fecha ambos programas pasaron a depender de la misma dirección.

Como efecto de conjunto y no deseado, el nivel territorial se ve sobrecargado de demandas que incluso a veces se superponen, cambiando solo los nombres o las siglas de la actividad según el programa del cual se trate. Así por ejemplo, dentro del Proyecto Piloto en ECNT, en el marco del FESP II, las actividades priorizadas se denominaban “ASP”, actividades de salud pública, mientras que en el proyecto PROTEGER se denominaban metas “IVT”, indicadores de verificación de transferencia, y otros ejemplos se pueden sumar con el proyecto REDES.

Muchas de estas actividades no eran diferentes, implicando nominalizar, identificar los usuarios, seguir líneas de cuidado, etc. Pero por cada programa hay un/a referente, una demanda, un mayor o menor monitoreo, y muchas veces, para el territorio, exactamente el mismo listado.

La confirmación de estas “bajadas” independientes desde el nivel nacional puede verse también en algunos intentos de los niveles provinciales por reordenar, en un horizontal, lo que llega de manera vertical. Así la denominada en su momento COPMIS, Coordinación de Programas de Misiones¹³⁴, perseguía ese objetivo. En el período de trabajo de campo en su reemplazo existía un espacio traccionado por una de las Subsecretarías ministeriales, pero había perdido el grado de formalidad y sistematicidad que buscaba darle la COPMIS¹³⁵.

A pesar de algunas de las dificultades señaladas, y en línea con esta puesta en visibilidad de las ENT mencionadas en los diferentes casos, IC02 considera que:

[...] están los lineamientos de qué hay que atender, del modelo, o sea del modelo de atención, sí quedo implementado, el modelo de atención en el sentido de captar a pacientes hipertensos, pacientes con diabetes, a pacientes obesos, todos los pacientes que pasan por acá [consultorio médico] primero pasan por enfermería, o sea que ya se hace el rastreo de hipertensión y de obesidad desde antes de que entre al médico, [...]. (IC02)

En síntesis y en consonancia con lo dicho en la descripción de los casos, lo que se ha instalado es en principio visibilizar las ENT como organización sanitaria, y luego la

¹³⁴ Participe incluso en primera persona de dicho espacio como referente de un programa nacional y otro provincial. En concreto, se trataba de una mesa de trabajo con una frecuencia de reuniones, actas acuerdos, compromisos de trabajo, etc., en la cual distintos actores de nivel provincial y zonal ponían en común necesidades, recursos compartidos, estrategias conjuntas. Producto de dicho espacio fue el acuerdo de la implementación de la planilla diaria de prestaciones del primer nivel de atención, así como su posterior informatización. Mediante dicha herramienta, hoy se cuenta con la posibilidad de emitir reportes de indicadores del primer nivel de atención.

¹³⁵ La COPMIS, era un espacio generado por resolución, mientras que el segundo espacio era en base a acuerdos de los actores existentes, lo cual va en desmedro de que se instale como un mecanismo institucional de trabajo. Nuevamente, se observa el plano de las voluntades, y el “*depende de quien este*”.

estandarización de los primeros pasos: búsqueda, detección, registro, atención. Procesos como el fichero cronológico, recaptación, seguimiento continuo surgen más como una demanda que viene de “afuera” del efector. En cuanto a la calidad de la atención, integralidad y abordaje interdisciplinario, no aparece como objeto de discusión.

Las formas verticales en que “bajan” los programas, con sus beneficios y exigencias no siempre acordes al contexto, motoriza a los niveles centrales a buscar estrategias para coordinar y generar sinergia entre iniciativas que, en muchos casos, comparten objetivos y metas similares.

A nivel del territorio, con base a las dinámicas descritas con anterioridad en el punto “El CAPS como un todo, síntesis”, y en el contexto de un **exceso de programas**, antes que herramientas, estos últimos se presentan como un fin en sí mismo.

Desde el punto de vista de los sentidos que se disputan por definir la APS (Rovere, 2012) tal como se planteó en el capítulo II, uno de los riesgos que entraña este exceso de programas como fin en sí mismo es que éstos orienten la definición en términos de una APS selectiva, y no como estrategia de acceso universal.

2- Las normas

En el capítulo II se abordó la definición de las normas en el marco analítico de gobernanza en términos de las “reglas de juego” (Hufty, 2010), determinando así lo posible, lícito, ilícito, válido, etc., y que por ello orientan el comportamiento de los actores.

También allí se había establecido la distinción entre las meta-normas (definiendo principios y valores estructurales), normas constitutivas (propias del campo organizacional institucional analizado) y normas regulativas (aquello que es lícito para una sociedad dada).

Comenzando por las denominadas *meta-normas*, la síntesis gráfica de línea de tiempo construida en el capítulo I (figura 9) permite visibilizar como las ENT se van definiendo como prioridad en las agendas y políticas sanitarias, estableciendo pautas explícitas y formales, que se proponen para orientar las reglas de juego del sector salud promoviendo la inclusión, en una posición central, de dichos problemas de salud.

Así, entre principios del siglo XXI y fines de la primera década, se ubican algunos hitos ya sea a nivel internacional, como la Estrategia global para el control y prevención de las ENT

(OMS, año 2000), o la declaración Política de alto nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en el mismo sentido (ONU, 2010).

A nivel nacional Argentina tracciona en el mismo sentido en similar período, primero con la Ley 25.501 (año 2001) estableciendo la prioridad sanitaria de la prevención de las enfermedades cardiovasculares; aprobando luego la estrategia nacional de prevención y control de ENT (2009, MSAL), el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, y creando la Dirección de promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles (2011, MSAL).

La provincia de Misiones, por su parte, en calidad de hito histórico sanciona la Ley Provincial de Salud, Ley XVII, N° 58 en el año 2007, estableciendo el modelo de APS como prioridad, según se vio en apartados anteriores, al tiempo que en 2010 adhiere a la Ley Nacional 25.501.

Esta breve síntesis permite enmarcar varios aspectos de lo visto en los casos que interesa señalar. En primer lugar, una “batería” de programas con financiamiento internacional, los cuales incluyen entre sus prioridades las sintetizadas en los párrafos anteriores, y en el contexto de una Argentina en proceso de “salida” de la crisis del año 2001.

En su desarrollo los mismos van permitiendo la incorporación de recursos humanos que permiten la atención de los adultos, y no solo lo materno-infantil. Dejar de “facturar” la medicación, y disponer de ella como un derecho mediante el Programa REMEDIAR (Caso 1). A lo cual le seguiría, a lo largo de la década, el Proyecto REDES, promoviendo las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), el Proyecto de Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP I y II), con componentes de prevención, promoción de la salud y fortalecimiento a la atención de las ENT, hasta el proyecto piloto en ENT, en el marco del FESP II, y el proyecto PROTEGER, por mencionar algunos de ellos.

Tanto el denominado piloto (FESP II) como el proyecto PROTEGER, más próximos a mediados de la segunda década del siglo XXI, apuntaron no solo a la prioridad estratégica de las ENT, sino a implementar el modelo de abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC.

Como un analizador independiente, el SUMAR ex Nacer. Iniciando su ejecución en la primera parte del siglo XXI para atender a la crisis de los indicadores de salud materno

infantil, primeramente en el NEA y el NOA, en la medida en que los determinantes de la salud, el acceso a servicios, y los indicadores citados mejoraron, el plan incorpora a todos los grupos de edades y otras líneas de cuidado como las ENT, hasta convertirse en el actual SUMAR.

En segundo lugar, en el contexto de la batería de medidas antes citada, el desarrollo de estudios poblacionales permitió dimensionar la problemática de las ENT, tales como las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR), en sus ediciones 2005-2009-2013-2018, vistas en el capítulo I, por citar uno de los de mayor envergadura.

En tercer lugar, un impulso a las capacidades del sector salud en general, y del primer nivel en particular. En ese sentido las menciones a las progresivas mejoras o creaciones de condiciones edilicias vista en los casos (esto era una “[...] *salita de primeros auxilios con lo mínimo, pobre, pobre, no tenía nada [...]*” -C1P01) debe ser enmarcada también en las meta-normas citadas, como condiciones de posibilidades de recursos a partir de definir principios estructurales.

Como recupero en el campo de lo hasta aquí dicho, y coincidente con lo desarrollado en los casos, resultan pertinentes algunas viñetas de los/as informantes claves y datos estadísticos.

Con relación a los indicadores de morbilidad materno infantil que permiten progresivamente comenzar a trabajar otros ejes, IC03 sintetiza:

[...] antes el SUMAR, que era el antiguo Plan Nacer, apuntaba a la atención de la madre y el niño, pero por qué, porque nuestros indicadores eran otros, nosotros teníamos la mortalidad infantil por las nubes, la mortalidad materna, o sea, era un desastre, cuando controlamos eso, lo bajamos, el Estado empieza a ver que hay otras patologías, [...]. (IC03)

De manera coincidente con dicho relato, considérese que la tasa de mortalidad en menores de un año paso de 50,3% por cada mil nacidos vivos a principios de 1980¹³⁶ a 8,07 en el año 2021 (Dirección de Programación y Planificación, 2022), no siendo superior a 2 dígitos desde 2013 en adelante. Por su parte, las defunciones maternas pasaron de 28 (casos absolutos) a principios de la década de los 80, a 16 en 2019.

Sobre las mejoras en el sector y el crecimiento del sector público de salud en la provincia, considérese que al año 2018 (Dirección de Programación y Planificación, 2018), la provincia

¹³⁶ Los datos correspondientes a la década del 80 citados en este párrafo y el siguiente pueden encontrarse en el Decreto 1563, agosto de 1982, Programa único de Salud de Misiones, del Archivo General de la Gobernación.

contaba con 47 hospitales (contra los 39 del año 1996¹³⁷); con 351 centros de atención primaria (contra los 246 del año 1996); con 1345 profesionales médicos (contra los 296 del año 1982), y con 1041 agentes sanitarios (contra los 5 agentes sanitarios del año 1982).

Las mismas no solo se produjeron a nivel de los CAPS, sino de todos los establecimientos en general. Como recuerda IC sobre la situación del Hospital “viejo”, el Madariaga, a fines de la década de los 90, y antes de la creación del Hospital Escuela:

*[...] nosotros **no teníamos gasa en la guardia del hospital Madariaga viejo**, no teníamos pervinox, **nuestro pervinox estaba diluido**, diluíamos **con solución fisiológica**, hay algunos que estaban vencidos [acentúa todas estas ideas], esa **situación de pobreza**, porque **somos una provincia**, somos pobres en ese sentido [...]. (IC05)*

Por el contrario y en contraste, resalta mejoras de la situación al momento de campo: “[...] **hoy por hoy te dan hasta la prótesis**, dios mío digo, **hay un montón de cosas que todavía, que la gente no ve, viste**, [...]” (IC05).

Con relación a los estudios poblacionales, a la fecha del trabajo de campo las ENFR seguían siendo la estimación oficial de mayor precisión para conocer el número de personas con ENT, HTA y/o DM en la provincia. Como reclama PE: “[...] “¿cuántos hipertensos tenemos en la provincia, cuántos diabéticos tenemos en la provincia?”, [gestos de “ni idea”], o sea, ese número es un fantasma, nos seguimos preguntando lo mismo” (IC02)¹³⁸.

Pregunta que es reiterada por IC03 pero señalando la fragmentación existente también a nivel de la información sobre prevalencia de las ENT o los tratamientos farmacológicos: “[...] “¿y cuántos diabéticos hay, cuánta gente hay allá?” [Hospital Escuela], no sabemos, [...], cuánta gente retira medicación, ni idea” (IC03).

Ahora bien, reconociendo la existencia de principios y valores estructurales (meta-normas) que son promovidos desde legislaciones y PPP que ubican al primer nivel de atención como epicentro, y las ENT como prioridad en las agendas, es lícito preguntarse hasta dónde llega su

¹³⁷ Decreto Provincial 2055, del año 1996.

¹³⁸ La primera vez que intente dar respuesta a estas preguntas, simples en sí, ¿cuántos son?, fue en el año 2014 en el contexto del proyecto piloto en ENT. En ese entonces recurrí a múltiples fuentes, y el equipo de trabajo no pudo sino construir una respuesta parcial. Nueve años después, si bien existe un padrón de personas con HTA, DM2, sobrepeso y obesidad, la respuesta sigue siendo parcial, y aún opera como marco de referencia la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, año 2018, a la hora de ponderar la población que posee alguna de las condiciones de salud referidas.

impacto en términos de modificar **las normas constitutivas**, es decir las que hacen a las reglas de juego del subsector público de salud, con base a los casos analizados.

En primer término, y vistos los múltiples fenómenos de barreras en el acceso a la atención a especialistas y tratamientos complementarios en establecimientos de niveles III, los principios que guían la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud son parcialmente traccionados, no encontrando, como se sintetizó, un solo carril.

Con relación a las ENT ya se observó un proceso por el cual las mismas fueron puestas progresivamente en visibilidad, lo cual fue abordado tanto en los casos como en el apartado *Planes, programas, proyectos (PPP) y las ENT*.

En esta línea, un aspecto que insistió en los casos, tensionando contradicciones, fue la perspectiva de un idioma en común. Así, C2P08 considera que hay un discurso común, un “*mismo idioma*” (C2P08) respecto a las ENT, tal como expresa:

[...] y eso está bueno porque no es que uno, que alguien le va a decir una cosa y otro le va a decir otra, es como que todos saben lo que tienen que hacer, todos saben cómo ir tratando al paciente o aconsejando al paciente. (C2P08)

O bien como expresa C2T07, un mismo libreto:

*[...] ahora no hay ningún problema porque como te decía son 5, 3 generalistas y dos clínicos, que cualquiera de ellos puede atender, o sea el turno siempre está, el paciente va a ser atendido, y **obvio que manejan el mismo libreto** de lo que es el manejo del paciente. (C2T07)*

Sin embargo, esta idea de “un mismo libreto”, aparece matizada en otro de los discursos, contemplando la diversidad y especificidad de cada una de las personas con una enfermedad crónica. Tal como reconoce C2P08: *[...] todo está sistematizado [guías, etc.], pero cada persona es distinta, y cómo asume eso es distinto, [...] yo siempre digo que en medicina todo está escrito, pero uno va adecuando las cosas a cada persona. (C2P08)*

O bien se matiza en otro sentido, en términos de quién es el que atiende, y qué conducta toma, por ejemplo, con relación a las derivaciones: “**Depende también quien te toque y en qué manos caes, [...]**” (C2P08).

Ahora bien, siguiendo lo desarrollado en el apartado de los actores y en articulación con la interpretación “*estar de paso*”, puede considerarse que este idioma común, esto instalado, tiene mayormente su sostén por fuera del consultorio, y en el RRHH que hace equipo, es decir, técnicos, administrativos y, según el caso, responsable del establecimiento. Tal como expresa PE del C2 sobre lo que está instalado:

C2P08: está instalado, los chicos, los promotores, se reúnen mucho y hablan mucho, los veo, yo no tengo tanta participación como antes más que el hecho de que me dicen “Doctor/a, vamos a hacer un operativo”, o “le mande un paciente”, por ahí la/el nutricionista que me dice “recibí tus pacientes, vinieron”, ese tipo de cosas, creo que tienen como metido ya en su forma de trabajo el hecho de que las crónicas existen y que los tienen que seguir, pero sobre todo desde el promotor. (C2P08)

Por el contrario, llegados al campo de los profesionales no sucede siempre lo mismo. Lo cual se puede constatar por lo menos a partir de tres fenómenos:

-La ya mencionada conducta de interconsulta, según “en que manos caes” (C2P08); o bien derivar, pero no siempre¹³⁹.

-La conducta vinculada a la prescripción farmacológica, incluyendo tensiones también entre especialidades, como refería C2T07:

[...] uno ve generalmente la forma que el/la especialista en cardiología maneja la hipertensión, usa otro tipo de medicamentos, y el medico clínico generalista usa otro fármaco, por ahí si receta el cardiólogo, tendrá que ir a buscar al hospital sí o sí, [...]. (C2T07)

Confirmando esta situación, en caso 1 se remarca a su vez la dificultad de tener que contradecir lo que prescribió el especialista:

E: una de las cuestiones que escucho es esta cuestión de “le dan la droga que no tenemos, le acomodan a tal generación, que no tenemos, y encima se lo dijo el cardiólogo”

C1P03: bueno, y anda a desmentir eso, sí, ese problema [se siente, está presente]. (C1P03)

En el extremo, y ya al interior del primer nivel, el reclamo a los “colegas”: “[...] sí, no tenemos [Metformina 850 mg.], en se sentido yo me pongo un poco la camiseta de salud pública y tenes medicación para combinar, para rotar, [...], pero tenes que tomarte el trabajo” (C2P08)¹⁴⁰.

¹³⁹ Ilustrativo en ese sentido, C1P06 menciona derivar a consulta con servicio de nutrición “a los obesos”, Se entiende que es a personas que presentan obesidad, o bien personas con HTA y/o DM2 que presenten obesidad, pero la pregunta puntual fue si tenía por conducta derivar a nutrición, es decir, **siempre derivar** personas con HTA y/o DM2 a nutrición, la respuesta fue, “a los obesos sí, a todos”. De manera contradictoria, dirá más adelante en el diálogo, “[...] a nutri siempre acá a todos los derivo por lo general, yo siempre derivo mis pacientes, es como una ayuda psicológica extra” (C1P06). Esta ambigüedad, “**por lo general**”, hace que se opte por lo que sí afirma, “a los obesos sí, a todos”.

¹⁴⁰ Obsérvese una apreciación importante. No se está poniendo en tela de juicio el qué se prescribe, en el sentido de si el tratamiento indicado es correcto o incorrecto. Lo que se quiere señalar es la existencia de conductas heterogéneas con relación a la prescripción, lo que esto genera entre los profesionales, la disponibilidad según se trata del primer o del tercer nivel de atención, y lo que implica para las personas con ENT en términos de su tratamiento farmacológico y la continuidad del mismo, aspecto desarrollado en “La carpeta”, punto “1.3 Hospitales”

-La labilidad de las relaciones entre distintas profesiones, contradicciones y atención fragmentada: como se señalaba en caso 1 ante el hecho de tener que contradecir la prescripción de una dieta: “[...] le sacaban todo, y por ahí era re complejo porque: “noooo!!!, y cómo te convenzo” [tono como si fuera un desafío imposible], porque el médico le dijo que no [...]” (C104).

E incluso, reforzando la perspectiva según la cual no hay un diálogo interdisciplinar, ni tampoco la intención del mismo, plantea IC:

[...] tampoco hay una intención, o una motivación del otro profesional a indagar, a ver, a buscarle una solución a la atención del paciente con enfermedades crónicas. [...] en esto de trabajar en equipo, y de hacer sugerencias, o compartir la indicación que vos trabajaste con el paciente, [...], entonces sobre esa base no va a haber cambio positivo en el circuito de atención, ni en la atención específica, ni siquiera del mismo profesional. (IC04)

Si bien en calidad de matiz, aclara que en otros profesionales la conducta es distinta, y empieza a haber actitud de derivación y valoración de otras miradas profesionales, sin embargo, ese matiz es acotado: “[...] algunos profesionales, no con todos” (IC04).

Con base a lo descripto se considera que si bien puede existir un proceso de construcción de idioma en común, dicho proceso lejos está de ser homogéneo, lo cual es aún más evidente en el caso de los profesionales, entre estos e incluso al interior de una misma profesión.

De hecho, este estar instalado, incorporado, no se traduce en un marco regulatorio institucionalizado, en una normativa formal, sino en un saber-hacer y un acuerdo implícito que define que las ENT son prioridad, traccionada siempre a su vez por lineamientos de programas y proyectos. En esta línea, y con base a la experiencia previa en proyectos de no transmisibles y su falta de continuidad, reflexiona PE:

[...] El tema es cuando quien sigue [a cargo de un establecimiento] no lo asumió así se pierde, [...] requiere que sea un requisito, requiere que sea una norma, y bueno, que lo mantengan trabajando, porque si en algún momento nadie más pregunta sobre eso, desaparece. (C2P08)

Nuevamente, esta figura implícita de “depende de” quien este, se reitera como parte de las reglas de juego que organizan el sector.

En el mismo sentido, el de la incorporación de reglas de juego comunes en la atención, una de las líneas de indagación refirió al grado en que las Guías de Práctica Clínica (GPC)¹⁴¹, en tanto meta normas para guiar procesos de cuidado de las personas con ENT, se encontraban instaladas y en uso por parte de los equipos de salud, principalmente profesionales.

Consultada PE del C2 sobre su circulación entre profesionales indica: “[...] yo no veo a mis colegas, pero no, sí XX [responsable del establecimiento] me dice “tenes que rendir el curso] o tenes que hacer” [la capacitación], le estoy debiendo un par. (C2P08)

Por su parte, según expresa una de las PE del C3, si bien reconoce la existencia de tales guías, refiere explícitamente que “no hay una bajada” (C3P11). En definitiva, puede considerarse como en tantos otros aspectos ya desarrollados, *depende mucho de cada uno*.

En otra arista, recuérdese lo dicho en el C1, refiriendo a que las guías están bien hechas, pero su puesta en práctica, en el contexto de la fragmentación, resulta cuanto menos difícil: “[...] a todo diabético hay que pedirle un fondo de ojo, sí, tenes razón, “fondo de ojo, vaya al hospital”, dos meses, o tres para un turno” (C1P03).

Desde la perspectiva de IC06, en última instancia normativas claras no hay, y si bien las guías existen, son “sugerencias”, pero no normas: “[...] **no, no, normativas claras no hay, están los manuales, que no son ni nuestros son los de nación, que es la guía de práctica clínica, que son sugerencias encima, no hay normativas**” (IC06).

Un segundo aspecto vinculado a las normas constitutivas relevado en el campo refiere a lo que es lícito y lo que no en materia del comportamiento del recurso humano.

Así, uno de los hechos mencionados en los diferentes casos refería al proceso de instalar y hacer cumplir una nueva circular: cada profesional debe atender quince (15) pacientes, tal como se refería en C2: “[...] todos los médicos notificados: son 15 pacientes [...]” (C2T10); la sola existencia de la normativa, da cuenta de la necesidad de hacer freno a la arbitrariedad de quien atiende, tal como sucedía en el sistema de planilla previo: “a mí [anótame] 5, a mi 10”, tal como se citaba en los casos.

En contraste con este punto de partida para poner un piso mínimo para los profesionales, ya se ha mencionado que el recurso humano técnico y administrativo, no solo están para cubrir

¹⁴¹ Tales GPC cuentan con consensos profesionales y científicos y, por fuera del debate entre la práctica estandarizada y el denominado “arte” de curar, fueron ampliamente difundidas por iniciativas nacionales y programas provinciales, dado que resultan de relevancia en la propuesta del MAPEC.

“[...] *todos los lugares cuando hace falta, [...]*” (C2T07), sino que es sobre quienes recaen múltiples miradas de supervisión de sus actividades.

En el extremo, la figura del apercibimiento. Así, durante el trabajo de campo existía un evento vivido de manera particularmente conflictiva por parte de las/os agentes sanitarios. Se trataba de una directiva por la cual se debía cumplir con un cupo de 40 personas visitadas por ronda sanitaria o, en caso contrario, la posibilidad de ser apercibidos.

Tal como indicaba una de las personas entrevistadas, señalando su malestar y la multiplicidad de actividades: “[...] *me parece que está mal, porque hay compañeros u otras personas que tienen otras tareas, no solamente terreno, y se le complica un montón cargar [las rondas], en ese sentido yo por ahí no estoy de acuerdo con el apercibimiento*” (C2T09).¹⁴²

Si bien se considera los ejemplos citados “hablan por sí solos”, cabe reforzar la interpretación: mientras una parte del recurso humano posee lo que podría denominarse amplios márgenes de acción, otra parte se encuentra en una situación proporcionalmente inversa con relación a tales márgenes. Situación que hace a la construcción de diferentes planos de organización de los recursos humanos, según se vio en punto “El CAPS como un todo, síntesis” y refuerza el campo de las distinciones (Bourdieu, 2010).

En el contexto del debate sobre el cumplimiento, otro de los ejes manifestados por las personas entrevistadas refirió a los déficit en el monitoreo, mencionado como parte de la cultura institucional. Al respecto, PE reflexiona: “*Falta el monitoreo, falta alguien que realmente mire qué pasa con los pacientes con diabetes, qué pasa con los paciente con hipertensión, [...], ese monitoreo creo que falta como estructura central, [...]*” (IC02).

Coincidentemente, plantea IC06: “*no saben [los establecimientos], o sea, ¿no saben?, no es porque no saben, es porque nadie les pone objetivos claros, medibles, [...] para que se pueda hacer un monitoreo*” (IC06). Como corolario, sin metas, sin monitoreo, “[...] *no hay planificación, [...]*” (IC06).

¹⁴² Las rondas sanitarias citadas fueron, durante un primer período previo incluso a la pandemia, año 2019 aproximadamente, lanzadas y financiadas como actividad facturable por el Programa SUMAR, incluso con metas (trazadoras) mensuales. Entre el financiamiento y las metas, tuvieron un fuerte acompañamiento por parte de los agentes sanitarios. Para el período de esta entrevista, las rondas ya no eran financiadas, y dado el bajo volumen de cumplimiento, desde niveles intermedios de gestión se implementó una medida de tipo punitiva (apercibimiento) ante incumplimiento, lo cual generaba gran malestar en el recurso humano de promotores y agentes sanitarios. En momentos previos a la implementación de las rondas promovidas por el SUMAR, en el debate técnico con diferentes actores de salud pública, se planteaba el problema de que fuera una actividad facturable, dado que desvirtuaba el concepto de ronda sanitaria como parte de las actividades del primer nivel de atención.

En el límite, y desde una perspectiva más extrema, persona entrevistada del caso 3 reflexiona: “¿*Sabes por qué no funciona el Estado?, nadie supervisa nada*” (C3P12).

Descrito lo principal con relación a las normas constitutivas, qué se configura como parte de las **normas regulativas** en función de lo visto en el campo, es decir, aquello que es lícito para una sociedad dada. En principio, resulta de interés cuanto menos limitar la idea de “sociedad dada” lo más cercano al campo de estudio.

Con tales fines, propondré un primer subconjunto que refiere a las personas con ENT y, de manera más acotada aún, las que son referidas por los casos como personas atendidas, con relación a lo que consideran lícito sobre el proceso de atención-cuidado dispensado por el sector salud.

En esta línea, ya se han sostenido las interpretaciones de pacientes/pasivos y, en el extremo, situaciones de considerable violencia simbólica, sea por procesos de infantilización, de reto, aparente tono de cofradía, como actividades lícitas del personal de salud. En estos contextos, la figura de personas con ENT que exijan transformaciones, cuestionen la calidad, no fueron visibilizadas por personas entrevistadas del campo sanitario.

De hecho, podría considerarse que el fenómeno paciente/pasivo se retroalimenta en el marco de las situaciones de violencia simbólica, y que a su vez retroalimentan la naturalización de la legitimidad de un comportamiento, por parte del personal de salud, no cuestionado.

En este sentido, en la revisión crítica del concepto de violencia simbólica en Bourdieu que realiza Fernández (2005), plantea que una de las formas en donde ésta se manifiesta con claridad en la esfera del habla, es cuando el otro, el dominado, se encuentra en la situación de “angustia que les hace «perder los nervios» incapacitándoles para «encontrar palabras» **como si súbitamente se vieran desposeídos de su propia lengua**” (J. M. Fernández, 2005, p. 20)¹⁴³. La pasividad, el no cuestionamiento, podría entonces ser reinterpretado en estos términos.

Lo dicho no implica que algunas de las personas entrevistadas no problematicen y visibilicen estas situaciones, al tiempo que refuerzan la interpretación:

-*Expulsivos...* Además de considerar como barrera el acceso a turnos en el nivel III, IC03 ubica el comportamiento del RRHH en el primer nivel de atención, si bien aclara, no todos:

¹⁴³ El resaltado es mío.

Por ahí puede ser el recurso humano, o sea, lo veo, no todos, pero muchos son expulsivos, [...], porque le atienden mal, hablan mal a la gente, y hay pacientes que ya no les gusta eso, a nadie le gusta que le hablen mal, [...]. (IC03)

Obsérvese: “que ya no les gusta eso”, puede asumirse que nunca le gusto, o bien el maltrato como forma posible de atención es parte de lo naturalizado y, por ende, posible.

Ampliando el diálogo, y en base a posturas que uno podría denominar de infantilización del otro (“yo reto, reto mucho” expresaba C1P06), se retranscribe el siguiente diálogo:

E: algo como de tratarlos de manera infantil, “hace esto, baja, subí”, dentro de la cultura

IC03: sí, totalmente, desde la posición de poder, poder en el sentido de “yo estoy acá, vos estas allá” [ademán de lejos], yo estoy de este lado vos estas de este otro lado¹⁴⁴. (IC03)

Estas situaciones “expulsivas” pueden darse en cualquier parte del proceso:

[...] tenes en todo, desde el que le recibe hasta el que le atiende, hasta que el que le despacha [como una cadena de maltrato o de falta de buen trato], o sea, no todos son así pero en los lugares donde sí hay resistencia de la población a atenderse. (IC03)

Utilizando la misma palabra se expresa IC06, al describir cómo es muchas veces el funcionamiento de la atención, y el impacto en la adherencia:

E: [...] después esta la cuestión del trato que tienen

IC06: otro problema

E: y el tema de cuánta adherencia se logra con ese trato al tratamiento

IC06: somos expulsivos

E: ahí está, vos ya resumiste todo, yo no lo quería decir así pero en general pasa esto, sienten que los van a cagar a pedos

IC06: sí, [...], el paciente ya va esperando que vos le digas “a”, y el tipo [profesional] te ladra, ya va preparado para ladrarte, entonces, por eso hay a veces reacciones de los pacientes, [...], ya va preparado, va mal predispuesto digamos. (IC06)

En la misma línea, informante usuario reflexiona sobre la forma que toman los diálogos usuarios-profesionales, cuestionando el tono, contenido, y reclamando por empatía:

¹⁴⁴ En el período de trabajo de campo tuve que realizar algunas consultas médicas personales. En ese contexto, recuerdo la visita a un cardiólogo el cual, al ver el pedido de derivación, comienza a expresarse molesto sobre sus propios colegas por la inespecificidad del pedido, al tiempo que me interpela: “pero para qué”, en el mismo tono de molestia. En ese contexto, lo interpelo yo: “y por qué no se lo planteas a ellos” ... la reacción fue automática: cambio de gesto, vos más calmada, no sin antes mostrar algo de asombro. Es decir, su conducta fue interpelada, y el destrato, naturalizado, se puso sobre la mesa. La pregunta que uno podría hacerse es: cuántos pueden interpelar; en otras situaciones de consulta me ha pasado lo mismo, viendo la situación solo en retrospectiva, y no he hecho nada.

[...] había profesionales que le hablan mal a los pacientes, diciendo “che, si no te cuidas más vale tirate” [matate], como pasaba con la doctora XX, “si vos no le quieres a tu familia, tirate debajo de un camión”, [...], también la puteada, viste que vos te retraes, porque ve el análisis [de laboratorio, lo ve e/lal profesional]: “la pucha, vos no le quieres a tu familia”, también por eso. Yo creo que eso tienen que cambiar, hay que educarle más a los profesionales, y ponerse en el lugar del paciente, más empatía, [...]. (UC01)

Si bien los antónimos de expulsión son términos como admitir, acoger o reintegrar, el término empatía, en tanto capacidad de ponerse en el lugar del otro, de reconocerlo, resulta más que pertinente.

Ahora bien, es necesario explicitar que no se asume aquí la intencionalidad (necesariamente) de maltratar al otro, sino que se trata de formas, contenidos y procesos de comunicación existentes y naturalizados en buena parte del sector salud, considerados lícitos como tales en el contexto de las diferencias RRHH/personas con ENT de los que dan cuenta.

El segundo subconjunto de “sociedad dada”, es el compuesto por los integrantes del sector salud, y con relación a lo lícito de su comportamiento con relación al mismo sector. En esta línea es reinterpretado aquí el fenómeno de estar de paso, principalmente en el plano de los profesionales, lo cual se acentúa aún más en función de la especialidad.

Solo a los fines de reforzar esta interpretación, recuérdese el “*debemos cuidar como oro*” (C2T07), referido a especialista en caso 2, o bien la imposibilidad de que algunos profesionales salgan a terreno, como se refería en caso 3: “[...] es como que, no sé, quizá no les interese, o no les parece que sea su trabajo también” (C3P11).

En el primer caso, la alta valoración de un tipo de recurso humano, en el segundo, la exclusión de algunas tareas según perfil profesional, refuerzan además de la ya vista circular de 15 pacientes, las condiciones por las cuales resulta lícito, para cierto subconjunto, un comportamiento mayormente no cuestionado, llegar, atender, irse: “[...] completó los quince, chau, me voy, ya fue” (C3P11). También es necesario hacer explícito que existen excepciones, tal como surge del caso 1:

[...] en general viene a las siete de la mañana, y los llama, los busca afuera, y si hace falta se va a la casa, llama por teléfono, le pregunta sobre su enalapril, sobre su atenolol, todo

E: los persigue [risas]

C1P01: [le gusta la expresión] los persigue!!!, es el/la único/a que los persigue. (C1P01)

O bien aquellos casos en que se refirió el acompañamiento en operativos, y el encontrarse en espacios intermedios de diálogo con los agentes sanitarios, como se refirió en caso 2. Sin embargo, según lo visto, se trata más de excepciones, que de una regla.

Ahora bien, si en el punto anterior aparecía el cuestionamiento y la visibilización a formas expulsivas, aquí las reflexiones giran en torno al compromiso, el mundo del trabajo, y lo denominado como profesionalismo.

Así, a partir de un ejemplo en donde a una usuaria le hicieron una receta para tres meses, pero le dieron medicación para dos, C1P01 reflexiona sobre las normativas explícitas, y aquello que tiene que ver con el **compromiso** con el lugar de trabajo:

[...] y así te encuentras con un montón de cosas, porque eso no nos enseñan a nosotros, eso tampoco nos bajan, no nos dan de esas normativas, eso es una costumbre de la gente que trabaja, y hay que moldear a la gente, yo creo que lo peor de todo, en la salud, en el lugar de trabajo, es la parte humana, porque hay que lidiar he [con cansancio], [...] porque recursos hay, insumos hay, centros de salud hay, está lleno de médicos, pero moldear a las personas a tomar la responsabilidad y a cumplir su deber, eso es lo más difícil [...]. (C1P01)

En el mismo sentido IC02 se expresa considerando lo que denomina **profesionalismo**, en diálogo sobre el proceso formativo de los futuros profesionales de la salud:

[...] y después esta cuestión del profesionalismo, que es por ahí lo que siempre uno se pregunta, o sea, cómo se enseña el profesionalismo, cómo se enseña esa responsabilidad de entrar a un horario, de no irte antes [...], o sea, eso me parece que estamos lejos todavía. (IC02)

Con palabras diferentes, pero en el mismo sentido, se manifiesta IC03 remarcando que lo público no es un espacio de dádiva, en términos de “lo que quieres” o “podes” hacer:

[...] es como que les hace falta [a los profesionales] para entrar a salud pública esa charla motivacional, o de capacitación, mira “esto es salud pública, no es lo que vos quieres o lo que vos puedes, y si no te gusta, o no puedes, renuncia, andate, no es tu lugar”. (IC03)

Como puede apreciarse, el mundo del trabajo en el campo sanitario, más específicamente en lo público, aparece problematizado e interrogado en términos del compromiso que se tiene con el mismo. De la primera viñeta se desprende que no se trata de un problema de recursos, de la segunda, un conjunto de conductas naturalizadas, que recuerdan lo dicho por IC06: “[...] yo creo que son vicios que se fueron instalando con el tiempo”; de la tercera, el cuestionamiento con relación a cuál es el compromiso con lo público.

Las normas, síntesis

A modo de síntesis, las ***meta-normas***, contenidas en legislaciones, PPP, explicitan traccionar APS, RISS, y atención de las ENT, sin dejar de lado otras líneas de cuidado, como parte de lo que define valores estructurales en el campo sanitario.

En términos de las normas que regulan el sector, o ***constitutivas***, dichas iniciativas no llegan a plasmarse, o bien eso sucede de manera parcial y acotada, en el contexto de políticas de estado que, como se dijo antes, por lo menos llaman a equivoco.

La falta o labilidad de políticas de monitoreo, la ausencia de espacios de diálogo entre profesionales, al interior de una misma disciplina y entre las disciplinas, entre otros factores, refuerza lógicas donde las profesiones funcionan mayormente a modo de compartimentos estancos, al interior de un mismo nivel y entre niveles, generándose lo que puede denominarse una fragmentación de los modelos de atención al interior de la fragmentación más general del sector salud.

En este contexto, guías de práctica clínica, estrategias de cuidado, derivaciones, interconsultas, etc., *dependen mucho de...* no observándose, excepto por el inicio del cuidado (detección, tamizaje, peso-talla antes de la consulta), un comportamiento normatizado organizacional más allá del referido a la cantidad de consultas.

Al interior de las distinciones entre el recurso humano, tanto los acuerdos observados como sistemas de sanciones, dan cuenta de relaciones desproporcionales en materia de exigencias, configurándose márgenes muy diferentes de acción según se trate o no de profesionales.

Por su parte, las ***normas regulativas***, aquellas que delimitan lo lícito para una sociedad dada, consideradas a nivel de la relación entre las personas con ENT y los servicios de salud, sostienen y reproducen, aunque no en todos los casos, lógicas expulsivas de los segundos con relación a los primeros, lo cual relaciones asimétricas y violencias simbólicas mediante, redundan en personas/pacientes/pasivos aún más pasivos.

A nivel del recurso humano con relación a la organización, en particular los profesionales, su alta valoración e independencia, refuerza las lógicas de estar de paso antes vista, abriendo al debate, cuando es posible, sobre “vicios” que se fueron instalando y hoy son “*algo como*

normal". En ese contexto, el compromiso con la salud pública, con el trabajo, el profesionalismo, son puestos en interrogante.

3- Los procesos:

Los procesos incluyen la dimensión temporal o la historicidad en el marco analítico de gobernanza (Hufty, 2010; Hufty et al., 2006), buscando dar cuenta de las transformaciones, modificaciones, que suceden con relación a los actores, su interacción, las reglas de juego, etc. En este sentido, si bien múltiples procesos fueron relevados en el campo, a continuación se priorizan aquellos de mayor relevancia en función de los objetivos que persigue el trabajo.

Meta norma, apogeo y declinación de la APS, entre lo dicho, lo escrito, lo hecho

Ya se mencionaba párrafos atrás que la promulgación de la Ley de Salud de la provincia, por la cual se da centralidad a la APS como modelo de atención, constituyó un hito en términos históricos. En esta línea, para IC05 dicha promulgación debe comprenderse como parte de la búsqueda por traccionar un cambio de paradigma, centrado en la figura de los/as profesionales de la medicina, el hospital como lugar emblemático, y la cirugía como ideario destacado de praxis en salud:

[...] la ley de salud fue planteada en una época donde reinaban los hospitales, los guardapolvos blancos de los médicos, los antibióticos; las guardias eran: hospitales, guardias, guardapolvos blancos y los antibióticos, o el bisturí, eso era lo que reinaba, [...] y la llegada de un equipo de salud, formado en la atención primaria, [...] ponerse de acuerdo en lineamientos sanitarios de avanzada, para decirnos a todo el resto "este es nuestro librito". (IC05)

En sus consideraciones, esto permitió iniciar el fortalecimiento de una visión en atención primaria de la salud y la concepción de territorio.

En el mismo sentido, IC01 enfatiza el proceso inicial del trabajo con la difusión para implementar la Ley:

[...] nosotros andábamos todo el día con la Ley de Salud, todo el día como la biblia abajo del brazo, porque sabíamos que esto había que llevarlo y difundirla, [...] y convencer de porqué se hizo, porque si no duerme el sueño de los justos, [...]. (IC01)

Se trataba de un período donde había, para IC01, un fuerte apoyo institucional volcado hacia la atención primaria, los promotores y agentes sanitarios, y los CAPS.

Sin embargo, en el proceso de implementación se fueron produciendo “*adaptaciones*”, tal como en el caso de los agentes sanitarios y su función, las cuales se centrarían exclusivamente en el terreno y no en cubrir, también, tareas administrativas, lo cual fue para IC05 una adaptación “[...] a una problemática que había en su momento, falta de recurso humano, capacitado, [...]”, y centros de atención primaria en expansión.

E incluso, desde su perspectiva, el programa de agentes sanitarios se encuentra en un punto donde “[...] fue cayendo, [...], perdiendo recambio, se le va pagando cada vez menos, y hace que el agente sanitario se vaya apagando y que nadie quiera ser agente sanitario” (IC05).

Al respecto, lo que pudo verse en el campo es que si bien con motivo de la pandemia mejoró la situación contractual de los agentes sanitarios, la continuidad de las estrategias educativas del RRHH se vio empobrecida en los últimos años.

Con relación a los profesionales y equipos de salud, resulta de interés el contraste entre aquello que pudo haber estado presente en los debates al formular la Ley, y lo que quedó en la letra. En este sentido, para IC05 la Ley propone un giro en torno a la visión de quienes participan en salud, tal como indica:

[...] si la lees, la ley de salud nos incluye a todos, [...] está incluido todo el recurso humano de salud, no habla de médicos, habla de equipos de salud, [...], y que las mejores estrategias para recuperar la salud y el bienestar y una vida saludable está en el territorio, a través de los promotores y los agentes sanitarios, y políticas desde el centro de salud, descentralizadas para mejorar la salud de su propio barrio. (IC05)

Sin embargo, la letra dice otra cosa. Así, el artículo 7, donde se declaran los ejes prioritarios para la prestación de la salud pública provincial, establece en su ítem “b”, “*las acciones de atención primaria de la salud, fortaleciendo el primer nivel de atención médica, y orientándolas preferentemente a los grupos vulnerables de la población*”. O bien el ítem “e”, del artículo 25, objetivos del primer nivel de atención, establece: “*priorizar la constitución de equipos de trabajo médico sanitario de carácter multidisciplinario e intersectorial*” (Cámara de Representantes de Misiones, 2007).

Como se desprende de lo citado, la imagen de la atención médica está fuertemente reforzada en la legislación, e incluso antes que interdisciplina, se apela a lo multidisciplinario, todo lo cual es consecuente con lo visto-descripto en los casos.

Ahora bien, aunque con diferentes términos, tanto IC05 como IC01 coinciden en plantear que de aquella etapa inicial, a la fecha, hay una pérdida de continuidad en el impulso.

Así, de manera sintética para IC05 la Ley “*Ponía orden, lo que pasa es que al no usarla, o al no actualizarla quizá, queda en el olvido, como un montón de cosas, pero la Ley esta, [...]*” (IC05). Al tiempo que remarca las necesidades: “[...] *nos falta un montón, pero para eso tenemos que tener equipos, líderes, sanitaristas, [...]*” (IC05).

Por su parte, expresa IC01:

[...]lo que falta hoy, que es lo que yo veo, es “a dónde vamos”, “muchachos, vamos allá”, y todos se (alinean), el poder económico, el poder político, “vamos para allá, vamos a la atención primaria, ¿estamos contentos?, vamos a discutir, vamos a sentarnos, [...], pero vamos allá”, fijar una meta, [hoy] no se está fijando un objetivo, en mi visión, lo que se plasmó en el dos mil once, fue como esos patitos a cuerda, entonces vos le largas y “ta, ta” [va ligero avanzando hasta llegar a cero,], se fue pasando la cuerda, se fue perdiendo la cuerda, ahora el patito esta Tac:::::Tac [espaciado], hay que darle cuerda,[...], porque creo que se quedó sin cuerda [...]. (IC01)

Estas lecturas resultan coincidentes con lo visto en los casos, donde no se observó una centralidad de la APS como modelo de atención, sino un modelo focalizado en la atención de la demanda, y un exceso de programas no encuadrados en una estrategia más amplia.

De este modo, y sin descontar la presencia real en territorio de un primer nivel de atención, el alcance de las modificaciones de las reglas de juego a nivel de las normas constitutivas y regulativas fue solo parcial y acotado, dependiendo excesivamente de las voluntades, *ganans de*, y no de un fortalecimiento, jerarquización e institucionalización del modelo de atención basado en la APS como tal.

Aspectos que facilitan y que dificultan los procesos de cambio y la atención de las personas con ENT

Los agentes del campo. Coincidiendo con lo dicho en la descripción de los casos, a la hora de ubicar quienes son las personas que en los equipos del primer nivel de atención facilitan la incorporación de transformaciones o cambios, IC01 no duda en ubicar a “[...] *los responsables de CAPS, más el o los de mesa de entrada, más los promotores*” (IC01). En el mismo sentido, IC02 considera que el éxito de que se implementen o no los programas depende en gran medida del “*conductor del centro de salud*” (IC02):

[...] si el conductor del centro de salud no asiste a las reuniones, no contesta a los mails, cuando lo visitas nunca está, o no tiene tiempo para recibir al equipo, es como una sumatoria de decir bueno, “este centro de salud no arranca, elegí otro”, se le comunica obviamente al jefe de zona, [...]. (IC02)

En el proceso de la implementación de programas como PROTEGER, SUMAR, REDES, con indicadores nacionales y provinciales que implican financiamiento, que *no arranque* implica llevar hacia abajo las metas provinciales, y también las transferencias financieras.

En este contexto se observa como una constante el remarcar la variable “*compromiso*” individual y del equipo de salud, antes que un comportamiento organizacional. Así lo expresa IC02, al tiempo que hace referencia al grado de acompañamiento de los programas en territorio, y al problema de la rotación del personal:

*[...] tiene que ver también con **el compromiso individual**, del equipo, me parece que también tiene que ver con el compromiso individual, de querer hacer ese cambio, **no solo asistir a la capacitación, sino querer implementar ese cambio** [...] y si los equipos se mantienen, porque también esa es la otra, si el equipo se mantiene vos podés ver el efecto, porque si el equipo se cambió muchas veces, probablemente vos no veas el efecto, [...]. (IC02)*

En última instancia, es necesario que “*haya ganas de empujar todos para el mismo lado*” (IC02). Cuando esto no sucede, resulta en esfuerzos parciales, que incluso comprometen la continuidad de los cuidados de las personas con ENT, la cual debe involucrar a todo el RRHH: “[...] *necesitas que todo el equipo comprenda que la atención es distinta, [...], si todo el equipo no comprende eso, no se pueden atender correctamente esos pacientes, [...], no se logra, el paciente igual sigue sintiendo que no le atienden bien*” (IC02).

Utilizando la metáfora de “*tirar del mismo carro*”, también IC04 remarca la necesidad de “*empujar para el mismo lado*”, al tiempo que indica que esto no siempre sucede: “[...] *insisto de que **todo ese laburo, de alguna gente, o de algunos grupos de personas, sería mucho más fuerte si todos los grupos de personas que formamos parte de la salud pública tiramos del mismo carro, [...]***” (IC04).

De esta forma, las diferentes citas permiten reforzar la interpretación de que el lugar de las voluntades posee mayor peso que el de la institucionalidad. Considerando lo visto en los casos, el “*tirar del mismo carro*” si bien llega a sostener una oferta de servicios para las personas con ENT, no llega en forma de equipo y de un abordaje integral por los múltiples

fenómenos que ya se han descrito: *estar de paso*, fragmentación del modelo de atención, fragmentación más amplia a nivel de la vinculación entre los establecimientos.

Ahora bien, coincidiendo con lo visto en el campo y lo desarrollado hasta aquí, IC04 ubica, en términos de mayor a menor resistencia a la hora de introducir transformaciones en los establecimientos de salud, a los diferentes agentes que se vienen trabajando:

[...] mayor resistencia, el profesional médico, creo que ese es el que: “ya está, esto es así”, primero el profesional, después, los responsables, porque los responsables después son los que tienen que volcar [a la práctica, implementar], y por último los agentes sanitarios, creo que hay mucha más flexibilidad de los agentes, [...]. (IC04)

En calidad de explicación del fenómeno, destaca el rol hegemónico de la profesión médica: *“[...] siento que tienen mucho miedo de los profesionales, internamente, hay mucho miedo a enfrentarse al profesional por esto que creo que es la cuestión hegemónica, [...]”.* (IC04)

En el mismo sentido, en diálogo con persona entrevistada C1P01 sobre qué recurso humano es el que resulta más difícil de *moldear* (siguiendo su propia metáfora), no duda: *“[...] los médicos, los médicos”* (C1P01).

Remuneración. Ahora bien, si antes fueron puestos en tensión aspectos como el compromiso con la salud pública, con el trabajo, estos vuelven a ser parte de lo problematizado a la hora de considerar procesos de transformación, introduciendo el debate por la remuneración. Así, en diálogo con C2P08 sobre la necesidad o no de introducir un plus económico para facilitar los cambios expresa:

[...] eso es muy particular de cada uno, he visto gente que aunque no hubiera el dinero, lo hacía igual, y he visto gente que te dice “y cuánto me vas a pagar por esto”, he tenido colegas médicos que me decían “hacen que me pagan entonces yo hago que trabajo, [...]”. (C2P08)

Lo cual, habilita la discusión por el “contrato”, en el sentido real, pero también simbólico:

[...], o sea, “pero vos aceptaste eso” [como reflexión], todos podemos decir “yo quiero ganar más”, o yo creo que merezco ganar más, pero vos aceptaste, entonces, si aceptas tenes que poner de tu parte, y eso depende de cada uno, no sé si habiendo toda la plata, si todo el mundo va a asumir el compromiso digamos” (C2P08)

Ilustrativa en varios aspectos, destaca la idea de aceptar las reglas de juego en materia de remuneración, y que pasa cuando eso no sucede: *hacen que me pagan, yo hago que trabajo.*

En el mismo sentido, vinculado al aceptar las reglas de juego, y agregando desde su perspectiva la valoración positiva del ingreso, considera IC03:

[...] no se les paga mal, aparte si vos pensas, mira se paga esto, hay que hacer la planilla, una planilla de atención¹⁴⁵, no 5 pacientes, viste, eso, te digo son contados con los dedos de la mano los que realmente tienen esa vocación, o esa visión de la atención primaria de la salud, o sea, lo ven como el sueldo fijo, lo seguro, y nada más, [...], pero no es por lo poco que le pagan, porque vos aceptas, ¿no es cierto?, vos entras, firmas un contrato y aceptas, se paga esto, listo, esto es salud pública, nadie te está mandando a Itacaruaré¹⁴⁶ dos veces por semana con tu auto, o sea, estas yendo a un CAPS, tenes un horario que cumplir, que no cumplen, entonces bueno, en el mínimo posible, por lo menos da respuesta a la demanda, y no es que ganan miseria. (IC03)

Como puede apreciarse, lo que se remarca en este caso es la vocación, y el hecho de haber aceptado trabajar en lo público. En última instancia, como se deduce de la siguiente cita, no se trata del monto percibido, sino de una conducta que se reitera en el campo profesional asistencial:

[...] los médicos del parque ganan el doble, siempre ganaron más, y también, no es que van y re cumplen, cuando pueden es toco y me voy, me borro, o sea por algo tienen que poner el dedo para entrar y para salir, si no fuera así, por eso te digo que no es por la plata, [...] (IC03)

Sin embargo cabe aclarar que la existencia del compromiso no es enteramente asociada con lo público, sino como parte del mundo del trabajo. En este sentido IC03 señala que en el sector privado, cuando la relación es de contratación por una remuneración fija, sucede lo mismo, estar una “x” cantidad de horas no es equivalente de cumplir, en última instancia, hay que “estar atrás” (IC03).

No así, cuando el trabajo es a cuenta propia: “[...] anda la circular de vuelta, de que no pueden poner 10 pacientes, 5 pacientes, y bueno, van en el CAPS “no, yo solo 5 [solo le anoten 5 pacientes], cinco pacientes, ¿?, y en tu privado estás haciendo 30, viste, [...]” (IC03).

Aportando a la problematización por la remuneración, IC01 no duda en afirmar: “[...] los médicos son mal reconocidos, mal remunerados [...]” (IC01). Sin embargo, la situación no es homogénea. Por un lado, existen profesionales médicos cuya cultura se resume en atender “un par”, e irse al consultorio (privado): “Un par time¹⁴⁷, impacta en que bueno, “yo ejerzo

¹⁴⁵ Planilla Diaria del Primer Nivel de Atención, la misma consta de 12 renglones por cada carrilla, 24 en total, siendo cada renglón destinado al registro de una persona.

¹⁴⁶ Localidad de Misiones ubicada a una hora y cuarenta y cinco minutos de Posadas.

¹⁴⁷ Contrato de medio tiempo.

en lo público par time, o, en lo que puedo”, entonces voy, marco tarjeta, atiendo dos o tres (pacientes) y me voy al consultorio” (IC01). En estos casos, como dirá IC01 ante la consulta, básicamente “no hay un sentido de pertenencia a lo público” (IC01).

En un segundo caso, los “*médicos del Parque*” de la salud, considera IC01 poseen otro comportamiento, dado que allí hay “[...] *alta profesionalidad, alta especialidad, hay un buen reconocimiento, en todo, en el lugar, a los cursos [acceso], la capacitación, todo, vos te vas al lugar, a los despachos, “esto es otra cosa” [se refiere a lo limpio, bien “puesto”]*”.

En otros términos, pero haciendo referencia a que determina las aspiraciones de los futuros profesionales de la medicina en proceso de formación, IC02 reflexiona de manera similar:

[...] hay como un mensaje de decir, bueno, “a los chicos de ahora no les importa nada, solo les importa la plata y eligen especialidades que solo den plata”, yo creo que no, yo creo que a lo que ellos aspiran es a no sentir esa explotación, a trabajar en un espacio cómodo, agradable, del que puedan vivir cómodamente y no reventarse en cuatro o cinco trabajos, [...]. (IC02)

Refuerza, de este modo, lo vinculado a los espacios de trabajo, las condiciones de contratación y oportunidades, en sintonía con IC01 sobre los “*médicos del Parque*”.

Ahora bien, en un tercer caso, el de los profesionales de la medicina que se comprometen con los Centros de Atención Primaria, lo anterior no existe, “[...] *si prestan servicio y todo eso es porque sienten la camiseta [...]*” (IC01).

En contraste con las problematizaciones previas vinculadas a los/as profesionales, se resalta la diferencia con el recurso humano que había sido mayormente regularizado de manera reciente, los agentes sanitarios: “[...] *como vos justificas por ejemplo que un promotor, vos decís, y si su trabajo es igual, y cobran 1,50, pero cómo, por qué, ahora por lo menos están re bien, están en planta, tiene obra social, tiene una seguridad*” (IC03).

En términos de respuesta al interrogante de la PE, interesa recuperar el planteo de Bourdieu (1987) con relación a la forma institucionalizada del capital cultural y su valor de convertibilidad en capital económico. Como plantea el autor:

Al conferirle un reconocimiento institucional al capital cultural poseído por un determinado agente, el título escolar permite a sus titulares compararse y aun intercambiarse (substituyéndose los unos por los otros en la sucesión). Y permite también establecer tasas de convertibilidad entre capital cultural y capital económico, garantizando el valor monetario de un determinado capital escolar. El título, producto de la conversión del capital económico en

capital cultural, establece el valor relativo del capital cultural del portador de un determinado título, en relación a los otros poseedores de títulos y también, de manera inseparable, establece el valor en dinero con el cual puede ser cambiado en el mercado de trabajo. (Bourdieu, 1987, pp. 14-15)

Aunque excede los objetivos de esta tesis, en el debate en el caso de los/as profesionales de las categorías remuneración, compromiso, etc., queda abierto el interrogante sobre cuál es la cotización en el mercado de trabajo que “corresponde” a los/as profesionales, qué sería estar “bien” remunerado y según qué profesión, no en términos de mediciones objetivas, sino desde el punto de vista individual en el seno de un grupo corporativo, articulado con las expectativas y consumos que se corresponden con tal o cual profesión.

Procesos formativos. Otro de los aspectos que se considera puede dificultar o bien favorecer una visión de la salud pública, y también la generación de cambios para el abordaje de las ENT es el vinculado justamente a los procesos de obtención de las credenciales académicas, estado institucionalizado del capital cultural antes planteado, es decir, los procesos de formación.

En esta línea y cuestionando el rol de las instituciones universitarias formadoras de grado, IC03 plantea la mirada poblacional y de los determinantes de la salud que se va adquiriendo recién en ciertas líneas de formación de posgrado. En su experiencia, de la universidad se sale sabiendo sobre:

[un] cuerpo biológico, y la biología, y no ves más allá, no te das cuenta, si bien tenes la definición de las OMS que te dice la salud es bienestar físico, que se yo, no tenes en cuenta que si el tipo no tiene agua, si no tiene recursos, o sea, los determinantes de la salud [...]. (IC03)

De transformar esa línea de base, posgrado mediante, dependerá la posibilidad de una mirada más amplia: “*[...] un crecimiento de los profesionales, articular y pensar al equipo de salud, la multidisciplina, incorporar otras áreas, trabajador social cobra valor, los psicólogos, los nutricionistas, antes era el médico, el enfermero, y para de contar [...]*” (IC03).

En buena medida esto es posible por “*las políticas públicas que implementa el Estado*”, refiere IC03 recordando la formación dada por un programa de posgrado con apoyo estatal:

[...] una formación con otra mirada, otra visión, esa visión social de los determinantes de la salud, y se comienza a trabajar con esa mirada poblacional que antes no existía, antes es médico, paciente-persona, y después el resto no se modifica, [...]. (IC03)

En otros casos el proceso de ampliación de la mirada de base es construido con la experiencia, que implica transformar una cabeza-mirada-guardapolvo en otra cosa:

[...] fuimos a un barrio en San José, yo todavía estaba con mi guardapolvo, en mi cabeza también tenía mi guardapolvo¹⁴⁸, y el médico del CAPS me dice: “dr./a, sabe que cuando el barrio no estaba construido las patologías más frecuentes eran la diarrea y la piodermatitis, [...], hace un mes se mudaron al barrio nuevo, con agua, con todo, bajaron las consultas [...], y ahí empecé a escuchar un poco más a mis compañeros sanitarios, [...], las políticas de salud que más impacto tienen en la salud no pasa por un médico, pasa por la planificación y por mejorar el estilo de vida con la casa, el agua, la excreta, la alimentación, la educación, y no tenemos que salir mucho de eso [...]. (IC05)

Ya a mediados de los años 90 el médico antropólogo Byron Good (1993) había problematizado la forma en que la medicina “construye sus objetos”, en tanto objetos de conocimiento, y el lugar preponderante que posee la biología humana a la hora de entender el proceso de salud enfermedad, verdadera transformación de las formas de pensar de los estudiantes. Esto no solo resulta consecuente con lo manifestado por las personas entrevistadas (*un guardapolvo en la cabeza*), sino que explica también las dificultades de poder transformar esa mirada y darle cabida a otros procesos, tales como los determinantes sociales de la salud¹⁴⁹.

En otra arista, IC04 resalta la falta de preparación de los y las profesionales de la salud en lo referido a las formas de interacción con las personas con ENT, y el impacto que esto tiene en términos de la adherencia:

[...] el profesional, creo que no está preparado, desde lo humano, desde la empatía, de otras cualidades que pueden dar la adherencia a un tratamiento, no desde el contenido teórico de la disciplina, que los podemos tener todos, pero si no tenemos esa otra parte de lo humano, digamos, ahí ya tenemos una barrera a la adherencia a una intervención, [...]. (IC04)

En un sentido también crítico de los procesos de formación de grado, y respecto al manejo de salud pública, para IC01: “[...] la facultad los larga así nomás, en general, la universidad, y estoy hablando de la Universidad Argentina, vive en un monasterio griego” (IC01),

¹⁴⁸ En el contexto de la charla previa, refiere a que antes la salud era equivalente del hospital, el guardapolvo médico, el antibiótico y el bisturí.

¹⁴⁹ Siendo la base de las afirmaciones de Good su experiencia e investigaciones con estudiantes de medicina de la universidad de Harvard en Norteamérica, uno podría preguntarse la validez de su planteo para estas latitudes. Al respecto, recuerdo el grado de identificación que sintió una persona profesional de la medicina al leer el texto de Good y recordar su proceso formativo en una universidad argentina, en el marco del curso de Posgrado dictado por la Dra. Lorenzetti sobre “Problemáticas y trabajo de campo en la Antropología de la Salud” en el año 2021.

resaltando la poca adecuación de muchas carreras a la realidad actual y los problemas del campo profesional.

Finalmente, IC02 reflexiona sobre la existencia o no de procesos formativos centrados en los principios de APS:

En la teoría esta la intención, pero en la práctica cuesta, lo mismo del perfil: “bueno, queremos que se fortalezca la atención primaria, que haya más médico de atención primaria”, pero cinco años los ponen en el hospital, y lo único que les muestran es un super hospital, y en el último año, pretenden que se transformen en médicos generales, falta, falta. (IC02)

Cuestionando por tanto modelos de formación que, en lo discursivo hablan de la APS, pero en la práctica refuerzan lógicas hospitalocéntricas¹⁵⁰.

Ahora bien, los procesos de formación y capacitación son también traídos a colación por las personas entrevistadas a la hora de dialogar sobre la implementación de iniciativas vinculadas al cuidado de las personas con ENT.

En este sentido, resulta de interés considerar lo expresado por IC01 sobre lo que había (previo a 2018), y lo que significa APS: “[...] hacíamos talleres, hacíamos reuniones, impulsaba mucho la capacitación, por qué, porque si se lleva adelante otra vez el trabajo de redes en atención primaria, lo fundamental es la capacitación, [...]” (IC01). En este sentido, considera la misma PE que se trata de un proceso “continuo”, antes que definir un estado logrado, siendo los espacios de reuniones y la capacitación continua, fundamental.

De manera coincidente, IC03 no dejará de colocar la capacitación, en sus términos formación, como un pilar para motorizar los procesos de transformación, incluso cuando al principio se genere resistencia: “Al principio siempre es “para qué”, siempre para qué, todo, es muy difícil cambiar los conceptos, la ideología, por eso está la formación, primero y principal la formación [...]” (IC03).

¹⁵⁰ Si bien no fueron parte de las personas entrevistadas profesionales de la psicología, disponibles como perfiles en 2 de los 3 casos pero escasa o nulamente referidos como partes del proceso de atención de personas con HTA y/o DM2, en mi experiencia de Profesor de la asignatura Salud Pública y Salud Mental, dictada en el grado en tercer año, siempre consulto que ideas tienen de la asignatura antes de iniciarla, y las más de las veces las respuestas se vinculan al desarrollo de leyes o legislaciones y, por lo general, lo que prima como expectativa es el desarrollo profesional liberal. En el caso de los/as profesionales de la nutrición si bien explícitamente nadie cuestiono el proceso formativo, los esfuerzos vistos en los casos por deconstruir un “prejuicio” de la población sobre el tipo de dieta que le brindaría el/la nutricionista, para ricos, inaccesible, etc., ponen en signo de interrogación el porqué de tales prejuicios.

Como contracara de esas capacitaciones en territorio, IC06 cuestiona muchas de las estrategias actuales, en lo que podría leerse como un exceso de virtualidad producto del período de pandemia. Expresa en ese sentido:

[...] yo creo que se falla en la modalidad de la capacitación, o sea, se perdió en el tiempo lo que era el trabajo en terreno de capacitación, monitoreo y seguimiento del equipo técnico, [...], Hoy es todo vía Zoom [tono crítico], te pasan un power [PowerPoint] por un grupito de WhatsApp, nadie lee, [...], son cuarenta personas en la capacitación, y de las 40, 10 tienen las cámaras activadas, el resto apaga las cámaras y se va. (IC06)

-¿Hasta dónde?

Mediante esta condensada pregunta, se resumen a continuación la perspectiva de tres informantes claves sobre hasta dónde se llegó en los procesos de introducir transformaciones en el primer nivel de atención para el cuidado de las personas con enfermedades no transmisibles.

1- “[...] **los presupuestos que nosotros hemos invertido desde la nación y desde la provincia no fueron suficientes para mover la aguja, [...]**”, resume IC05. En calidad de los por qué no lograron mover la aguja, remarca varios aspectos en los interesa detenerse.

En primer lugar, las dificultades que hacen a cambiar “[...] **costumbres alimentarias y de vida de nuestra población, [...]**” (IC05).

En segundo lugar, y vinculado a lo anterior, la discontinuidad de las campañas de prevención y promoción de la alimentación saludable:

[...] hablar de alimentación saludable, o hablar de una vida saludable para la prevención de estas dos enfermedades, se me hace que tiene que ser constante, tiene que estar en todos los grupos y todos los grupos comunicacionales, [...] (IC05)

En tercer lugar, cómo se comunica, “[...] **buscarle otra vuelta de tuerca, para no asustar [...]**” (IC05), promoviendo que las personas puedan adoptar formas de alimentación y de vida más saludables, y no “miedo”.

Con relación a los programas implementados en el sector salud, y a pesar de reconocer que programas como REDES, PROTEGER y SUMAR implicaron (e implican) voluminosos fondos económicos, considera los límites y alcances de lo hecho, coincidiendo con lo visto en el campo: “[...] **esos tres programas hicieron muchísimo, qué hicieron, poner el tema sobre la mesa, ponerle un número al problema, tener equipos capacitados en nivel central, en nivel regional, [...]**”.

Al mismo tiempo que se abre en el diálogo un interrogante sobre la estrategia que mayormente se vehiculiza, basada en la lógica de la atención especializada:

*[...] todavía estamos sin especialista en diabetes, pero digo, **posiblemente no estamos encontrándole el agujero al mate**, porque por ahí es, por ahí es el cambio del paradigma en la atención en lo que debemos [esforzarnos], es decir, seguimos mandando al ultra especialista de diabetes e hipertensión, [...]* (IC05)

Mientras que **en los centros de salud**, plantea, se ha pasado a naturalizar y simplificar los abordajes:

*[...] es como que ya estamos acostumbrados, “**ha, diabético mira que bien, tenes que cuidarte en el azúcar, cuidate**”, pero, cuidate en el azúcar y cuando vas a tu casa tenes la misma dieta que te hacia tu mama hacia 30, 40, quizá 10 años, y la cocina que aprendió a cocinar de su mama y de su abuela y bueno, [...], **por lo visto nos falta un montón todavía en esas dos patologías**. (IC05)*

2- “[...], **se llegó a cuatro**”: IC01. Reconociendo el proceso de fortalecimiento del primer nivel de atención, pero también los límites, IC01 en su evaluación del programa REDES considera: “[...] **faltaba para mí profundizar el georreferenciamiento y el asentamiento de las redes en el primer nivel de atención, [...]**” (IC01), y concluye en su lectura de la situación:

[...] en general habría que profundiza, expandir el trabajo de las redes, profundizar el nodo de gestión, y profundizar el trabajo, hay que capacitar y formar a los equipos de micro gestión, porque ellos son los que llevan adelante, están al lado de los agentes sanitarios, [...] (IC01)

Si tuviera que ubicar mejoras concretas, y alcances en general de los objetivos asociados al programa REDES, “[...] **en la tabla del uno al diez, se llegó a cuatro**” (IC01).

3-Empezar de cero: IC06. en diálogo con IC06, uno interpreta como si no se hubiera hecho nada en materia de abordaje de ENT, y ante la pregunta de si considera que esto es así, a pesar de los múltiples programas, no vacila:

Sí [afirmando sin dudar que es como de cero], porque vos empezas a buscar, a ver, a quién le pedís un padrón de hipertensos o un padrón de diabéticos, ¿hoy?, y quieres dividir por zonas, o a nivel central de toda la provincia, y quieres recorrer por área programática, por efector, a ver quiénes son tus HTA, quiénes son tus DM, por ejemplo, y no se sabía quiénes eran [...] (IC06)

Los procesos, síntesis

De forma consistente con lo abordado en otros apartados, existe una visión que coincide en ubicar un impulso al primer nivel de atención, y al modelo de atención de APS a fines de la primera década del S. XXI, cuya principal expresión escrita es la Ley de Salud.

Esto implicó buscar traccionar una mirada por fuera de lógicas centradas en lo hospitalario y, por lo menos en las intenciones aunque no en la letra, promover la formación de equipos de salud y no solo atención médica. En el proceso, algunas estrategias centradas en el territorio, como la de los agentes sanitarios, fueron mutando a los fines de disponer recursos humanos en los establecimientos en expansión.

Sin embargo, también se coincide en que ese impulso fue perdiendo fuerza, al tiempo que se fueron instalando mensajes que, como se mencionaba en las normas, resultan “*equívocos*”. No encuadrados los programas en una estrategia más amplia, buena parte de que las cosas funcionen, dependen de las voluntades, en contra de la jerarquización e institucionalización del modelo de atención basado en APS.

En este contexto, el compromiso individual, las ganas de (*empujar para el mismo lado, tirar del mismo carro*) adquieren protagonismo, por fuera de una estrategia más amplia de equipo, como un factor determinante a la hora de generar modificaciones en los servicios.

Entre los perfiles de quienes integran los servicios de salud, mientras que responsables de efectores (aunque no siempre) y agentes sanitarios son vistos como aquellos que menos resistencias presentan a la hora de incorporar cambios, los/as profesionales en general, y los/as profesionales de la medicina en particular, son vistos en sentido opuesto, en una dinámica en donde modificar el *statu quo*, modelo médico hegemónico mediante, complejiza aún más esa posibilidad de transformación.

Entre las principales variables en debate para explicar la generación o no de procesos de transformación, la remuneración en el caso de las/os profesionales, si bien es problematizada, queda solapada por la categoría compromiso, en particular con la salud pública a nivel de la atención primaria, y en donde no se observa un comportamiento homogéneo: mientras algunos hacen “*como sí*”, otros, los menos, “*se ponen la camiseta*”.

También con relación a la remuneración, se presentan dos aristas con relación a las posibilidades y condiciones de trabajo en el Nivel III, en particular el Hospital Escuela, con relación a iguales variables en los Centros de Atención Primaria.

En contraste, la remuneración de los técnicos, en particular agentes sanitarios, abren al interrogante de cómo se justifica tanta diferencia, no solo de ingreso, sino en particular con relación al cumplimiento de eso que fue aceptado, en términos de relación laboral-contractual.

En calidad de línea de indagación se abre el interrogante por el valor económico en el mercado laboral de los capitales culturales en su forma institucionalizada.

Finalmente, los procesos de formación de grado y posgrado también son referenciados como parte de los hechos que pueden dificultar, en el primer caso, o bien dificultar o facilitar, según se considere, en el caso de la formación de posgrado.

Sobre el grado destaca la reflexión sobre la falta de adecuación de los contenidos a las realidades socio-sanitarias actuales, una mirada centrada en lo biológico en el caso de la medicina, así como un cuestionamiento a la centralidad del Hospital en el proceso de formación.

Respecto a la formación de posgrado se resalta el rol del Estado en la implementación de estrategias que permitan problematizar la formación de grado, abriendo al juego del reconocimiento de la necesidad de abordajes que impliquen diferentes disciplinas de salud y de los determinantes sociales.

Aunque de manera inacabada, se considera que los fenómenos expuestos, a lo cual se suma el financiamiento, aportan a la comprensión de las evaluaciones sobre hasta dónde se llegó en la implementación de las estrategias desplegadas para orientar los servicios hacia el cuidado integral de las personas con ENT.

A pesar de lo negativo de una de ellas, “cero”, de lo visto en los casos y lo analizado hasta aquí se refuerza mayormente la perspectiva 1 y 2, tal como sintetiza también IC:

*[...] no, yo **no creo que no se haya hecho nada, yo creo que hay baches, o espacios que por alguna circunstancia no se dio continuidad al trabajo**, en mi experiencia y lo que voy charlando con otros pares, tiene que ver más con eso. (IC04)*

4- Los puntos nodales

En el marco teórico se definía los puntos nodales en el MAG como aquellos espacios físicos o virtuales en los cuales convergen actores, procesos y normas que, en interacción con otras variables o de forma aislada, producen efectos “sobre la variable dependiente estudiada”, tal como plantea Hufty (2010).

Del campo de estudio interesa destacar cuatro puntos nodales y un estilo de comunicación que atraviesa el sector salud. A los fines de no ser reiterativo, se procurará en este apartado el mayor grado de síntesis, referenciando nuevos discursos solo en la medida de lo indispensable.

1-Personas con ENT, la consulta. El primer punto nodal refiere al espacio de consulta, en particular con los profesionales. Ya se ha dicho en diferentes apartados que este espacio se va configurando de modo tal que las personas ven reforzadas su rol de pacientes pasivos. Estar “*dulces*” (C1P03), no contradecir, en última instancia, hacer caso, definen buenas consultas, “*lindas*”. Cuando esto no es así, repetir, explicar “*tipo a los nenes*” (C1P06), en el extremo, “*asustar*” o retar, son algunas de las estrategias cuando aquel “hacer caso” no ocurre.

En este contexto, la pregunta que se habilita es qué lugar tiene el otro, la persona. Si bien es cierto que se reconoce en la mayoría de los casos los determinantes que atraviesan el proceso de salud-enfermedad, e incluso se entiende al otro (“*lo tenes que entender al tipo, [...] fue a laburar, y te faltó al turno*” -C1P03), lo cual motiva por ejemplo la adecuación de algunas medidas terapéuticas, de lo visto en el campo se considera que no hay una habilitación, en el sentido extenso, del otro.

Es decir, una co-construcción del tratamiento, que involucre a las personas en el proceso de cuidado y de promoción del autocuidado. Lo que sí persiste, con mayor o menor consideración por el otro, es la prescripción de indicaciones, más-menos adecuadas según quien sea el tratante.

Mediante estos mecanismos, se refuerza un rol secundario de las personas a meros ejecutores, más-menos cumplidores de la prescripción dada, pero no su participación real en el proceso de cuidado, y mucho menos en el autocuidado, partiendo desde la asunción de la misma condición de persona con una enfermedad crónica, como es señalado por parte de los/as mismos profesionales.

La ausencia de abordajes interdisciplinarios, grupos de pares y discusión, deja a la persona con una ENT librada a una relación de a dos en la que desde el inicio posee una condición de desventaja, depende de quién lo trate, o bien, como sintetizaba C2P08: “[...] *quien te toque y en qué manos caes, [...]*”.

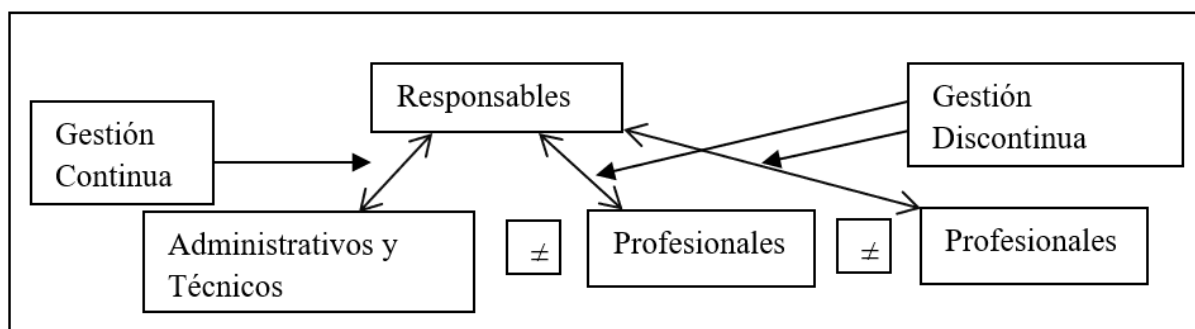
Ahora bien, si se considera el punto nodal “espacio de consulta” en calidad de interfaz social (Long, 2015), cabría preguntarse cuáles son las posibilidades reales de que se motoricen procesos de conocimiento en torno al proceso de salud enfermedad que implica el poseer HTA y/o DM2 y las posibilidades de autocuidado.

En este sentido si para Long el conocimiento emerge del “encuentro de horizontes”, siendo el “resultado de la interacción, el diálogo, la reflexividad y los conflictos en torno a diferentes significados, e involucra dimensiones de control, autoridad y poder” (2015, p. 92), puede decirse que lo que se produce en la consulta mayormente es la inhabilitación del diálogo, primando la acción prescriptiva-indicativa de quien detenta la titulación y el saber sobre la enfermedad, sin dar lugar a la reflexión y el diálogo con el otro, mero receptor.

Paradójicamente, podría considerarse que estos fenómenos explican en parte el reclamo de los mismos profesionales por la falta de adherencia de las personas con ENT, y el esfuerzo que les demanda el “convencerlos” de que tienen una enfermedad.

2- “Equipos” de Salud. Las comillas operan, a modo de resumen, lo que ya se ha dicho en otros apartados. La figura 16, por su parte, sintetiza el grado de vinculación entre los integrantes según lo descripto.

Figura 16: *“Equipos” de Salud en CAPS casos de estudio*



En términos de puntos nodales, la escasa presencia de espacios comunes, limitados muchas veces a las capacitaciones (si van todos), los cuales podrían habilitar instancias de consenso, disenso, puesta en debate de los dispositivos de cuidado, generación de otros dispositivos, de

planificación de los cuidados, por dar algunos ejemplos, opera en detrimento de las posibilidades de hacer otra cosa, en términos potenciales, dado que su sola existencia no garantizaría que se produzcan transformaciones o acuerdos para un mejor cuidado.

La lógica consultorio, mayormente observada, reproduce modelos reactivos asistenciales de cuidado, por oposición a aquellos proactivos de cuidado.

Estas situaciones configuran dos lógicas espacio temporales y dos tipos de gestión para quienes están a cargo. Mientras que con administrativos y técnicos se dan espacios comunes y continuos, con los/as profesionales se configura mayormente una gestión de tipo discontinua en función de las mismas dinámicas cotidianas.

3-Zona y efectores. Los puntos nodales observados en campo en la relación zona y efectores aparecen sobre todo frente a situaciones de conflicto, siendo mayormente valorados por los responsables como una tercera vía cuando no se logra resolución interna, y desde esa terceridad se refuerza el rol de la persona a cargo del establecimiento. En este sentido, IC03 expresa:

[...] siempre nos jerarquiza, acompaña, cuando le decimos: “porque tal cosa”, “bueno, los acompaño con la decisión” [desde Zona]. Cuando hay problemas en el CAPS, se hace la reunión de equipo: “a ver, ¿qué paso?”, se llama, y bueno, vamos a juntarnos a ver qué paso, “a ver fulano, mengano, bueno” [como en situación de reunión]. (IC03)

También en el contexto de estos conflictos se considera que todo el equipo debe ser jerarquizado, sobre todo administrativos y técnicos: “[...] **jerarquizar a cada uno, que nadie se sienta ni más ni menos, siempre decimos lo mismo “todos por igual, hoy estas acá, el otro allá, y mañana eso puede cambiar”** (IC03).

4-Programas e implementación. Una de las líneas de indagación refirió a qué tipos de espacios con los efectores de salud deben generar los programas a los fines de ser implementados, poniendo en contrapunto dos extremos, la lógica de la “bajada de línea”, y la de la construcción de acuerdos. En este sentido, IC04 comenta y reflexiona sobre lo sucedido en una reunión entre gestores/as y técnicos/as de un programa, personal de diferentes CAPS, personal de Zona, entre otros.

Allí, recuerda, se habilito la palabra para pensar entre todos/as los circuitos de atención de las personas con ENT, teniendo como insumo un borrador que previamente habían compartido los/as técnicos/as con algunos “lineamientos”:

IC04: [...] y bueno, nada, [...] fue más un espacio de catarsis, que lo que creo se buscaba, [...] desde la conectividad, desde el turno mañana, turno tarde, desde la interoperabilidad entre RISMi-SIGeP, y todo giraba en torno ahí, y ninguna posible solución, [...]. No se llegó a una discusión, y lo triste es que uno termina cayendo en esto que vos decís al principio, “bueno, hay que bajar línea, esto es así, se hace así”, y creo que por ahí, si llegara a ser el método, ese, se baja esto y se hace esto, creo que hay que hacerlo muy paulatinamente, y con cositas muy chiquititas, porque cuando uno ve la inmensidad de todo, más resistencia genera, [...], pero no, los espacios como que [no funcionaron], capaz que no se dieron de la manera adecuada tampoco. (IC04)

Así, en contextos donde los espacios de participación son la excepción antes que la norma, cuando se habilita la palabra aparece el reclamo, la queja, la catarsis por todo aquello que es vivido como un problema en el cotidiano.

Por el contrario, el mecanismo de “bajar línea” aparece como una opción que repite lo que mayormente se hace. Si fuera la forma, *debiera ser paulatino*, plantea IC04, lo cual lejos está de lo que suele suceder, dado que los programas, sobre todo dependientes de compromisos de créditos, muchos de ellos internacionales, poseen demoras entre el acuerdo de implementación y el inicio efectivo, y si hay algo de lo que carecen es de una operacionalización paulatina.

Si la temporalidad se presenta como un problema, también la falta de adaptación a las condiciones reales del territorio es señalada como una dificultad: “*se bajan [de la nación], ideas o líneas de acción que para nuestro contexto, nuestra estructura, nuestros recursos humanos y demás, no se pueden ejecutar, o no se sabe cómo hacer para ejecutarlo de la manera en que lo piden*” (IC04).

En esta línea interesa recuperar también el interrogante sobre la forma en que se configuran los espacios (“*capaz no se dieron de manera adecuada*”), es decir, en qué medida los mismos gestores poseen herramientas que faciliten dinámicas de trabajo colaborativo. Tal como plantea IC04:

[...] creo que es difícil correrse de esto “hay que hacer tal cosa”, de lo vertical digamos, de la indicación, entonces por ahí faltan capacidades de la gente que supuestamente genera esos espacios, cómo llevar al grupo para tener la devolución que se busca, por ahí puede pasar

por ahí, y no por la resistencia de los equipos, sino de como lo hacen los gestores/técnicos.
(IC04)¹⁵¹

De manera sintética, y considerando estas “bajadas” pero ahora del nivel nacional, recuérdese lo desarrollado en el punto 1.4.2¹⁵² sobre la creación de la COPMIS, como punto nodal antaño formal ubicado a nivel central, cuya sola existencia da cuenta del esfuerzo que representa tratar de horizontalizar, en el marco de una estrategia propia, los diferentes programas que “bajan” desde la nación, a los cuales se suman los programas provinciales.

En tanto interfaz social se juegan allí relaciones de poder en el marco de trayectorias de gestión diferenciales, intereses programáticos propios de cada área, lenguajes y siglas propias que a veces redundan en beneficios y acuerdos de gestión, y otras veces no. Como sintetiza IC: “*Costaba mucho con el SUMAR, era el más complicado, pero ahora se está trabajando bien, es más, se consensuan un montón de estrategias, [...]*”.

5-Comunicación, gestión, salud. Puede considerarse que el modelo de comunicación que prime en los puntos nodales requiere una atención propia, por cuanto define en buena medida las posibilidades de negociaciones de sentidos, acuerdos, modificaciones y ajustes.

Ahora bien, ya se ha remarcado que el modelo de comunicación que pondera en el primer punto nodal, consulta, se caracteriza por ser unidireccional, indicativo y prescriptivo.

Sin embargo, ¿cómo se entablan los diálogos en el sector salud? Con base al campo, en muchos sentidos el sector salud funciona en términos comunicacionales de manera castrense¹⁵³. Hecho incluso que es la base de muchos de los sistemas hospitalarios de residencias médicas, tal como plantea IC01:

¹⁵¹ En mi experiencia personal, buena parte de los gestores, mayormente profesionales de la medicina pero no exclusivamente, salvo contadas excepciones, poseen escasa o nula formación en gestión participativa, y si una extensa trayectoria en modelos verticales de gestión. En otros casos, los menos, la falta de formación específica es sí compensada por la amplia trayectoria en gestión, posibilitando otros espacios.

¹⁵² Políticas del Estado Provincial, el Nivel Central y la Zona Sanitaria de Salud, apartado Planes, programas, proyectos (PPP) y las ENT

¹⁵³ En una reunión abierta al público con motivo de un precongreso de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), celebrada el 21 de abril de 2023 en la ciudad de Posadas, y quizá por la baja concurrencia del auditorio, el Ministro Secretario de Salud Pública de ese momento, explicitó en su alocución y dirigiéndose a los visitantes de la Asociación: “*A ustedes les parece que acá hay poca gente, pero los que están acá son los generales, y a través de ellos esto llega a todos los soldados*”. Con “generales”, hacía referencia a los/as directores/as de zona y jefes y jefas de Área presentes en el auditorio, mayormente de profesión médica. En contraste, el presidente de la Asociación, Arnaldo Medina, también de profesión médica y rector de la Universidad Nacional Arturo Jaureche, a la hora de su alocución planteaba: “*Basta de que los médicos seamos los jerárquicos del rol, porque lo hacemos mal, servicios piramidales y jerárquicos no van más, necesitamos equipos de salud, no jerárquicos*”.

[...] ahora que estamos hablando, están los residentes, no te estoy inventando, en este momento se **están educando como lobos esteparios**, vos viste alguna vez cómo es el sistema ahí adentro, **en la residencia médica, es como el ejército, el cadetito, el de segundo año, el de tercer año, el de cuarto año que le caga al del tercero, el de tercero, le caga, le caga** [pone énfasis marcando lo increíble del asunto]. (IC01)

En el mismo sentido IC01 reflexiona sobre la importancia de la posición que asuma quien dialoga a la hora de motorizar procesos de gestión, contrastando posiciones:

Viste que todo es capacitación, tenes que hablar, seducir como digo yo [se ríe], porque acá no es que vos llegas a un CAPS y “bueno, a partir de ahora esto, esto” [emula un tono de vos autoritario], **cuando vos te diste vuelta hicieron lo que quisieron**, no, tenes que llegar, “Che, ¿tu familia?”, “que tal si hacemos, que tal si promocionamos, te parece, ¿sí?” [en tono armonioso]. Siempre recuerdo cuando iba yo a los CAPS, entonces **tras cartón, llegaba el patrón de estancia**, [jerárquica/o, profesional de la medicina] y **me deshacía todo** [se ríe], **entraba a los gritos**. [...] [...] hay mucho mal entendido en los médicos en ese sentido. (IC01)

En la misma línea cabe recordar, sobre la “negociación” en tanto estrategia de gestión el C1, pero que no se repite en el C2 ni el 3. Es decir, se trata de una estrategia personal basada en la trayectoria y experiencia de la persona responsable, pero no de un modelo institucional de gestión.

En el contexto de estos modelos castrenses de comunicación, la calidad de los diálogos que se establecen puede no ser siempre la más propicia o incluso, en el extremo, anularse. Así, en diálogo con IC03 sobre la existencia de “muchos caciques, y pocos indios”¹⁵⁴, se indaga sobre si considera que los espacios de diálogos son de mala calidad, la respuesta excede incluso eso, dado que determina el no diálogo:

Sí [afirmando sin dudar que los diálogos son de mala calidad], yo por ejemplo al responsable de los programas [nombre] **lo tengo bloqueado en el WhatsApp, directamente**, [...], que no me hable más, que no me escriba ni me mande audios de nada, “vos tenes que”, **para, yo no soy ni tu residente, ni nada**. (IC03)

La decisión final fue producto de una serie de destratos, cuando no malos tratos, escritos y verbales. Obsérvese la referencia a donde ese tipo de diálogo es posible: la residencia (“no soy tu residente”).

¹⁵⁴ Refrán que podría provenir de Venezuela, pero que coloquialmente también es usado en Misiones, para indicar mucha gente dando, o dispuesta a dar, ordenes e indicaciones, y pocas a trabajar o implementarlas.

A modo de cierre, un último ejemplo implica también a los agentes sanitarios, en el contexto del malestar por el “*apercibimiento*”¹⁵⁵. En esta línea, IC06 recuerda el reclamo de un agente sanitario:

y “qué hacemos”, me dice, “con esa ronda que nos piden, y es más, si nosotros no cumplimos nos están apercibiendo, y hace diez días empezaron a aparecer los apercibimientos”, y los promotores se están moviendo, se están movilizand, ya se están juntando, en cualquier momento van a hacer una sentada frente al ministerio, el mensaje no se transmite bien, nosotros sabemos que somos hijos del rigor, y que si vos le apretas, se labura mejor, pero no bajo amenaza, podes ir a exigir pero sin amenazar, eso es lo que a ellos le [molesta] (IC06)

La idea de amenaza, la misma autopercepción de “*hijos del rigor*”, da cuenta de las lógicas castrenses. A su vez, estas “*amenazas*”, estos “*aprietes*”, son destinados al eslabón más débil de la cadena laboral, no así a quienes detentan los capitales propios de la profesionalización. Se suma así a lo desarrollado en otros apartados, una nueva diferenciación según perfil de recurso humano. Es de resaltar, de todos modos, el principio de resistencia: “*ya se están movilizand... se están juntando... una sentada frente al ministerio*”.

Finalmente, como plantea la misma persona entrevistada reflexionando en torno al malestar y las formas de comunicación: “[...] *hay que ver cómo se transmiten los mensajes, porque el secreto está ahí, si uno transmite mal el mensaje, la respuesta no va a ser la misma*” (IC06).

5- Poder

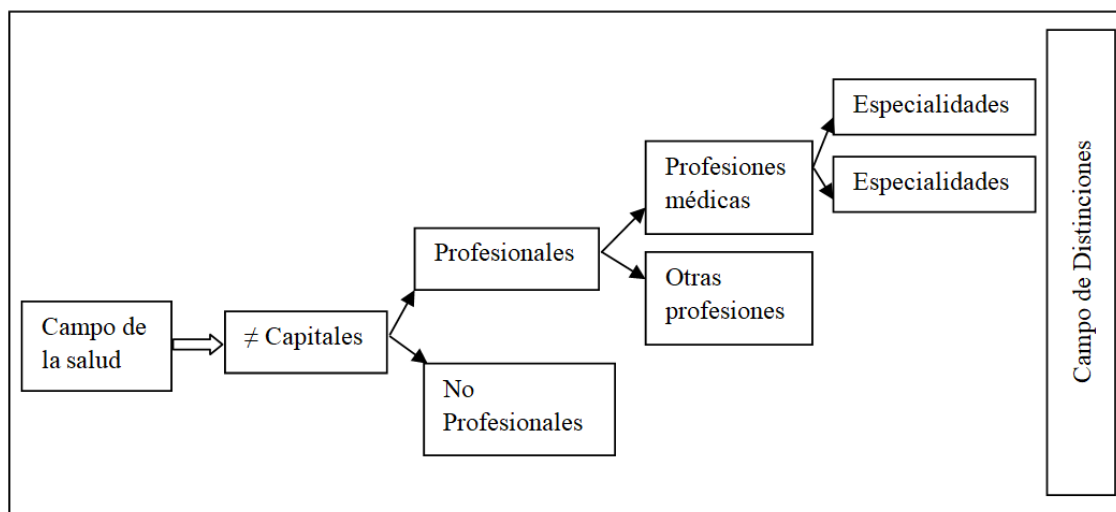
Como fuera planteado en el marco teórico, el poder es una dimensión central del Marco Analítico de Gobernanza, puesto que el eje de la gobernanza es la toma de decisión *sobre*, fenómeno que obliga a considerar los capitales puestos en juego, el campo que se produce y reproduce a través de los hábitos y los dispositivos existentes. Dicho esto, muchos aspectos que se asocian al poder fueron ya abordados, si se quiere, entre líneas, por ello este apartado se propone explicitar los principales fenómenos asociados al poder de manera esquemática y que luego serán recuperados nuevamente en la discusión teórica.

1-*Un campo extenso de distinciones*. Mediante tal expresión se busca sintetizar la distribución de capitales por los cuales, a través de los cuales, se configura a nivel de los

¹⁵⁵ Desarrollado en el apartado Las Normas.

establecimientos analizados una posición diferencial y márgenes de acción diferenciales según el tipo de recurso humano considerado, tal como sintetiza la figura 17.

Figura 17: *Ejercicio de poder, distinciones en los casos analizados*



Así, sostenidos en la presencia-ausencia-diferencial de capitales que poseen los agentes se configura también un conjunto de habilitaciones también diferenciales.

Entre estos diferenciales se ha remarcado a lo largo del trabajo la categoría “*estar de paso*” en el caso de los/as profesionales, así como sus efectos en términos de la gobernanza y también sobre la variable dependiente, modelo de atención.

Particular interés revisten las profesiones médicas dada la alta valoración del tratamiento médico-farmacológico sobre las ENT, incluso por sobre cualquier otro tratamiento, ya sea que involucre otras profesiones del sector salud o medidas intersectoriales, tal como se vio en diferentes puntos del trabajo.

Esta valoración se sostiene en términos del capital simbólico (Fowler & Zavaleta Lemus, 2016) que otorga a las profesiones médicas un prestigio basado en un saber específico (capital cultural) sobre los procesos de enfermedad, salud y prevención de la muerte, cimentado en los aspectos biológicos del proceso de salud-enfermedad y que se extiende, en tanto medida priorizada de cuidado, a amplios conjuntos sociales.

Desde esta perspectiva, el “Doctor”, la “Doctora”, posee una investidura desde la que conocimiento-praxis socialmente valorado mediante, ejerce un saber que incluso cuando se

abra al dialogo momentáneamente (interconsulta, interdisciplina) se presenta como absoluto, generándose a su vez nuevas distinciones entre especialistas.

Así, mientras C1P04 lucha por ver como re-transforma una dieta prescrita por profesional de la medicina (“*y cómo te convenzo*” [tono como si fuera un desafío imposible], porque el médico le dijo que no”), C1P03 lucha por dar una medicación de la cual dispone en el CAPS, pero que no es la prescrita por el cardiólogo en el hospital (“*anda a contradecir eso*”).

Sobre estos diferenciales es posible también releer la relación asimétrica persona con ENT-profesionales, y los límites y alcances que encuentran en dicha asimetría los procesos de adherencia al cuidado, y menos aún al autocuidado que promueve el sector salud, cuando no hay lugar para el otro, o dicho lugar es mínimo, tal como se desarrolló en el apartado previo, puntos nodales.

Como reclamaba IC04, la falta de formación “*desde lo humano*”, “*desde la empatía*”, y no solo “*desde el contenido teórico de la disciplina*”, parte sostén de la asimetría, atenta contra el autocuidado (“*creo que la falla sigue siendo nuestra, que no pudimos generar el cambio en el otro*” -IC04).

2-A puerta cerrada. Estar de paso, pero ¿dónde?. *El consultorio*, como espacio privilegiado del ejercicio profesional, puede ser leído como el dispositivo por excelencia no solo en ese estar de paso, sino en términos de retroalimentación de las distinciones descriptas en el punto anterior.

Guardapolvo, ambo, Licenciado/a, Doctor/a, a lo que se suma un escritorio en medio, computadora –a veces– son, desde una perspectiva foucaultiana, parte de un conjunto heterogéneo de elementos que se articulan en el espacio-dispositivo (Castro, 2011) consultorio durante la consulta, ratificando la distinción de saberes, disponiendo los cuerpos en el espacio de manera diferencial, marcando los límites y también el rol de actores secundarios de las personas con ENT. Tal como sintetizaba IC03: “*desde la posición de poder, poder en el sentido de “yo estoy acá, vos estas allá” [ademán de lejos], yo estoy de este lado vos estas de este otro lado*”.

El dispositivo *a puerta cerrada* garantiza una situación dual donde, buscada o no, la asimetría se sella y se garantiza (“*voy a hablar con vos hermano*” como refería C3P12), por cuanto los capitales en juego, los modelos indicativos-prescriptivos de comunicación, la relación de necesidad y dependencia en el contexto de asistencia-cuidado, frente al lugar de los/as

profesionales como dispensadores-cuidadores que detentan el saber, inhabilita todo diálogo, incluso para entender lo que al propio sujeto le pasa. En este último sentido, se puede comprender también el desconocimiento del diagnóstico por la propia persona, o el reclamo de los profesionales porque no saben “*ni que pastilla toman*”.

Al mismo tiempo, esta situación abre al interrogante de cuanto aporte hace, el mismo dispositivo, al reclamo que se esgrime sobre la falta de aceptación de las personas con ENT de su propia condición.

Como corolario, y en el proceso colectivo que implica el acto de cuidar, se pierde la participación de personas que podrían resultar en un apoyo a dicho acto.

3-Dispositivos con diferente valoración. Al mismo tiempo y como efecto de conjunto, se construye una valoración diferencial para el dispositivo consultorio en el nivel especializado, con relación al mismo espacio en el ámbito de los Centros de Atención Primaria de la Salud.

Entre los principales fenómenos ya desarrollados que hacen a esta resultante, interesa recuperar:

- los medios de formación de opinión y las estrategias socio estatales que inequívocamente posicionan el nivel especializado como “*Faro en el sistema sanitario de Misiones*” (nota a pie de página 118);

- los dispositivos de formación académica (“*cinco años los ponen en el hospital, y lo único que les muestran es un super hospital [Parque de la Salud]*” -IC02);

- la valoración de la alta especialización y tecnologías médicas en particular (“*¿cómo está la infección?*”, “*anda y habla con el infectólogo, yo no sé, porque yo soy cardiólogo*”, y *ese trabajo en equipo* -C1P03);

- la histórica valoración del hospital por oposición a la “*salita*” (“*decía [medica/o] “hoy no voy a la salita”, a la salita [remarca críticamente el termino, ríe]*” -C3P11).

Tales fenómenos, expresados en apretada síntesis, coadyuban al mismo habitus de la población, y de una parte importante de las/os profesionales que se desempeñan en el sector a ponderar, distinguir y elegir la atención especializada por sobre la atención primaria, incluso cuando esto juegue en contra de los recursos disponibles (“*colapsado*”).

En síntesis y desde la perspectiva del poder, el campo de la salud del subsector público se configura sobre la base de distinciones estructuradas y estructurantes de las posiciones y los comportamientos de los diferentes agentes. Con relación a las personas con ENT, ello implica

la construcción de un rol secundario y pasivo, reforzado por el dispositivo consultorio a *puerta cerrada* y la situación de asimetría que éste potencia, tanto en términos de las posiciones demanda-necesidad como de los capitales que se ostentan.

Con relación a los integrantes de los establecimientos de salud, las distinciones basadas en la profesionalización operan dando márgenes de acción diferentes según tipo de recurso humano. A su vez, las distinciones entre profesionales, e incluso al interior de estos, refuerzan modelos de atención y cuidado fragmentarios y en algunos casos incluso contradictorios.

Finalmente y en el contexto de un campo sanitario fragmentado a nivel de las organizaciones de diferente niveles, múltiples fenómenos se articulan para que también existan distinciones entre los diferentes dispositivos “consultorio”, siendo el de los niveles III ponderado por sobre el del nivel I.

Capítulo V. Análisis Teórico

Resumen del capítulo

Mientras que el capítulo anterior se centró en la descripción, interpretación y análisis de la evidencia empírica, aquí interesa problematizar aspectos conceptuales que se desprenden de dicho análisis y, en conjunto, sustentan la tesis producto del trabajo de investigación.

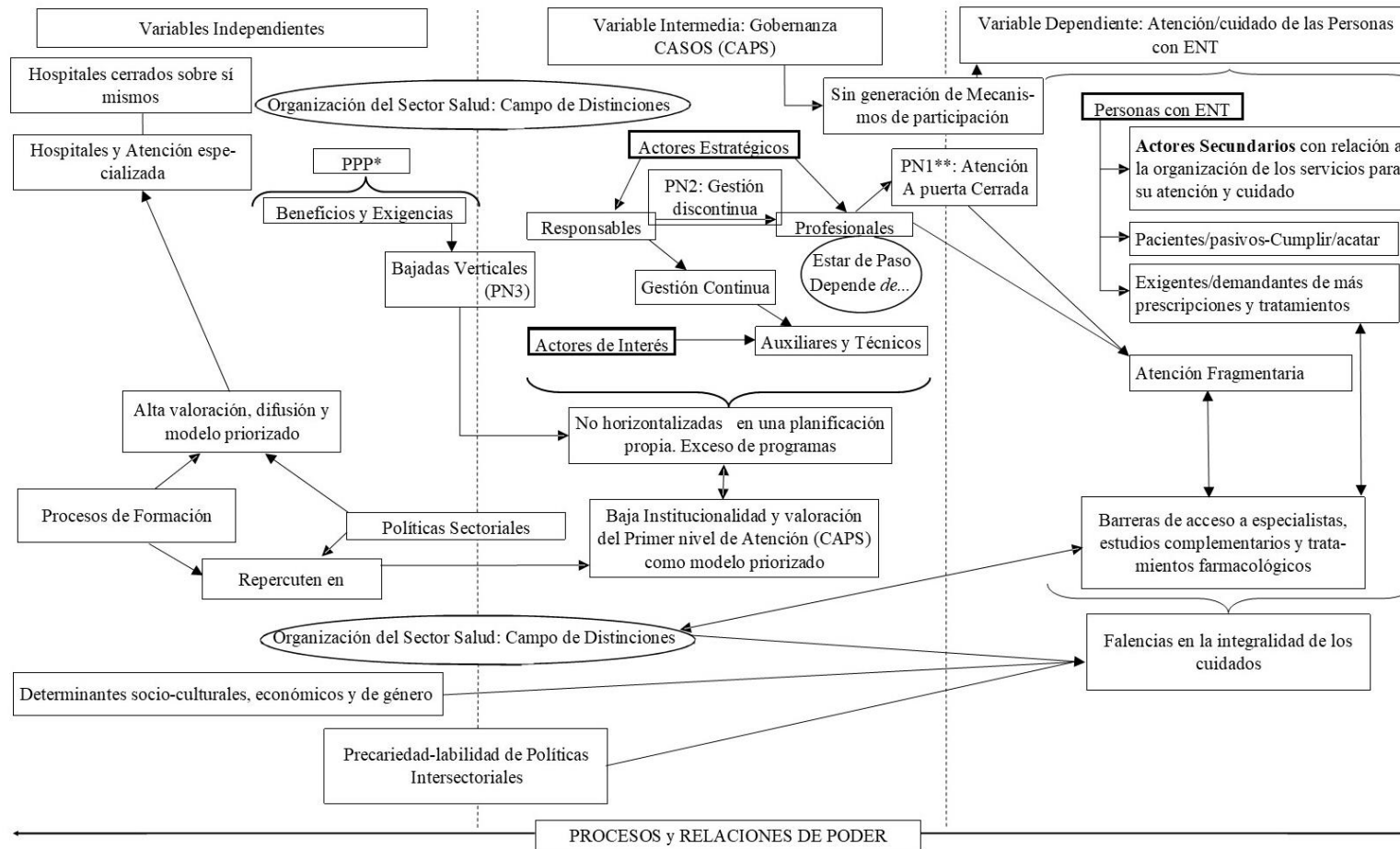
Para ello se comienza por analizar y caracterizar el modelo de gobernanza que prima en el primer nivel de atención (CAPS) y que permite arribar a la tesis central, dando medidas resúmenes que problematicen los resultados. A partir de ello, se trabajan categorías que dan cuenta de fragmentaciones múltiples del sector salud que se producen en sentidos verticales, pero también horizontales, definiendo modelos centrados en la atención antes que en el cuidado. En este contexto se analiza el comportamiento del recurso humano y los hábitos que estructuran el campo analizado. Como efecto de conjunto, esto da paso a problematizar las falencias en los procesos de cuidado, en el contexto más amplio de los determinantes de la salud. Finalmente, considerando tres puntos nodales y la propuesta del marco analítico de gobernanza, se plantean estrategias posibles de transformación de la gobernanza existente en pos de dar mayor acceso y cumplimiento del derecho a la salud de las personas con ENT.

Análisis de la Gobernanza

En el enfoque analítico la gobernanza no es ni buena ni mala, simplemente es. Sin embargo, siguiendo lo propuesto por Flores, en el caso particular del sector salud, donde principios como la equidad, accesibilidad, y el derecho a la salud resultan fundamentales, interesa considerar *lo existente* como tal y su impacto en *lo que debiera ser*.

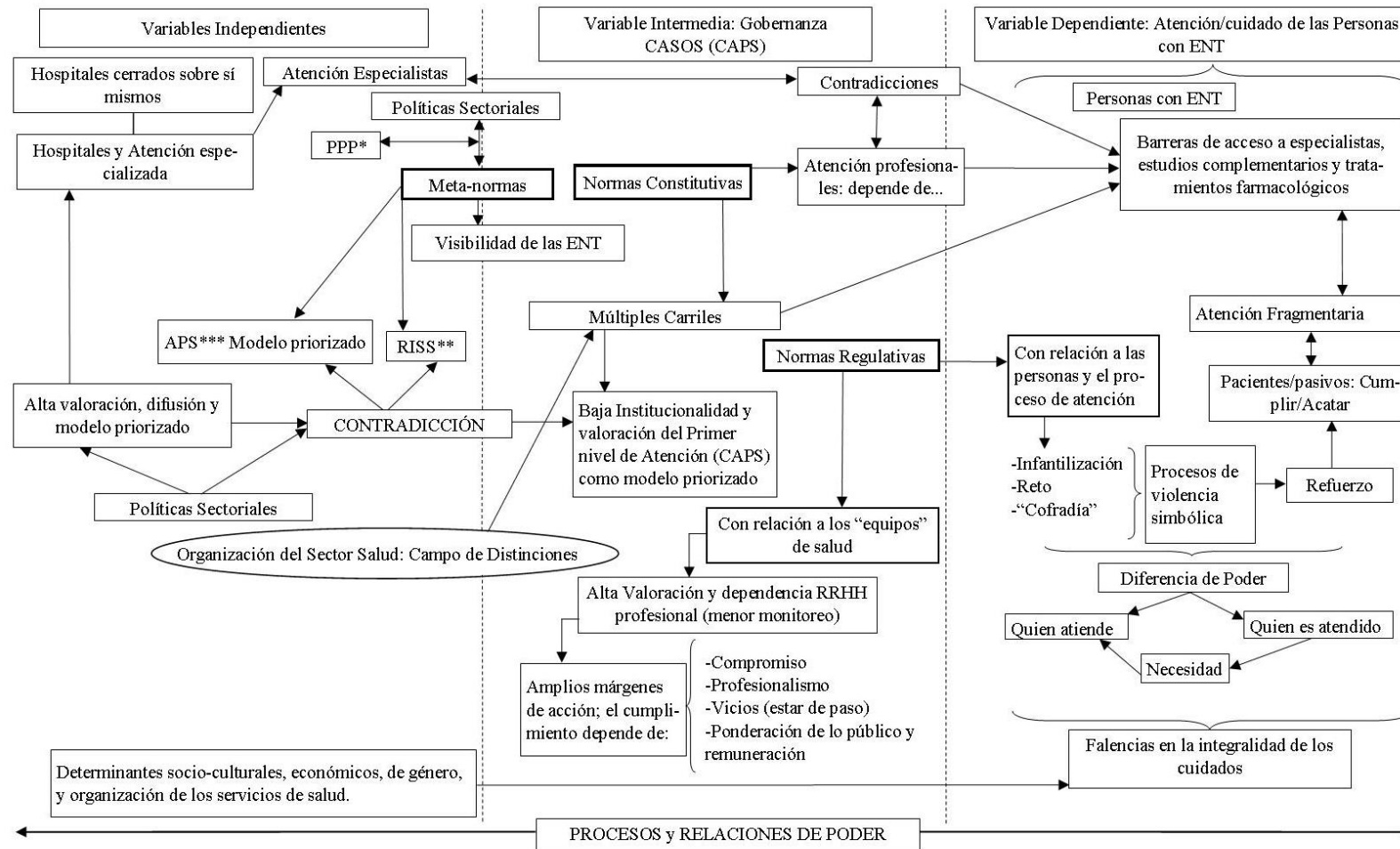
Con el objeto de no redundar en lo ya trabajado, las figuras 18, con énfasis en los actores, y 19, con énfasis en las normas, tienen por objeto sintetizar los principales resultados hallados. Para ello, se considera el ordenamiento entre variables independientes, variable intermedia, gobernanza, y variable dependiente, organización de los servicios para la atención y cuidado de las personas con ENT. La línea punteada que existe entre las variables pretende dar cuenta de las relaciones porosas que existen entre las mismas, así como de algunos aspectos que se interrelacionan. Los conceptos de proceso y poder, por su parte, son transversales a las diferentes variables.

Figura 18: Síntesis de Gobernanza, sus dimensiones y relaciones entre variables. Con énfasis en los actores



Notas: PPP*: planes, programas y proyectos; PN*: punto nodal

Figura 19: Síntesis de Gobernanza, sus dimensiones y relaciones entre variables. Con énfasis en las normas



Notas: PPP*: planes, programas y proyectos; RISS*: Redes Integradas de Servicios de Salud; APS***: Atención Primaria de la Salud

Caracterización general de la gobernanza: Tesis

De los resultados expuestos, su interpretación, análisis y síntesis, puede considerarse que a pesar de la tracción de múltiples planes, programas y proyectos por introducir modificaciones con relación al cuidado de las personas con ENT, acompañado de un crecimiento de los CAPS (casos de estudio) en términos de capacidad, recursos humanos, infraestructura, bienes de uso y consumo, las principales reglas del juego que regulan el comportamiento de los agentes, y su posición de actores en términos de gobernanza, solo han tenido modificaciones parciales y acotadas.

Así, si bien se ha ampliado la capacidad de atención de las personas con ENT y la puesta en visibilidad de las ENT como problema prioritario, esto no ha significado la modificación de modelos fragmentarios de atención y su transformación en modelos de cuidados integrales y continuos. Esto se da en el contexto de tres fenómenos que pueden ser sintetizados en:

1-El sector salud como un campo de distinciones entre organizaciones de diferentes niveles de complejidad, con precarios puentes de integración y gradientes diferenciales en términos de apoyo y priorización como modelo de atención.

Así, el nivel especializado, con un fuerte apoyo y cerrado sobre sí mismo, entra en contradicción tanto con el modelo de redes integradas de servicios de salud, así como también con la estrategia de APS como rectora del sector salud.

En el contexto de una alta valoración de la atención especializada y las tecnologías médicas, a lo cual se suma la falta de medicamentos esenciales, cuando no la contradicción en las indicaciones prescriptas, la población muchas veces recurre de manera directa al nivel especializado para resolver sus problemas de salud crónicos, pasibles de ser acompañados en el primer nivel.

Por su parte, en el contexto de la saturación de servicios del nivel especializado, aquellos que debieran acceder a estudios complementarios o medicación no disponibles en el primer nivel, encuentran múltiples barreras de acceso, expresadas en demoras en el primer caso, o de tipo administrativas en el segundo.

2-En tanto campo de distinciones, pero ahora a nivel de los recursos humanos que forman parte del campo, el juego de los agentes y las normas que los regulan impiden la

conformación de equipos de salud en el primer nivel de atención, sobre todo considerando los/as profesionales, y con mayor énfasis en profesiones médicas.

Así, cada agente hace lo que considera “su parte” en función de su estatus y un conjunto de variables que, valga la redundancia, varían según el compromiso, profesionalismo, posibilidad de poner en interrogante los hábitos que la estructura del campo asocia a su estatus (“vicios”), incluyendo las ponderaciones con relación a lo público y la remuneración.

Como efector directo, el modelo de atención es mayormente receptivo, discontinuo, medico centrado y orientado al tratamiento farmacológico de la enfermedad.

3-La llegada de planes, programas y proyectos, por lo general como bajadas verticales y con pocos espacios de socialización y problematización, que vienen a plantear lo que se debe hacer/ser, no problematizan, ponen en cuestión ni traccionan modificaciones a lo dicho en los puntos previos, lo cual redundando en el progresivo vaciamiento de sentido de las mismas estrategias que promueven, sea esta APS, RISS, modelos de cuidados crónicos.

En este contexto, los Centros de Atención Primaria de la Salud funcionan como pequeños hospitales receptivos de demanda y con servicios de prevención primaria extramurales (inmunizaciones, campañas de prevención según calendario, etc.) pero no como espacios institucionalizados del modelo de APS lo cual implicaría, entre otros, las actividades continuas de promoción de la salud, prevención de las ENT, población a cargo y seguimiento continuo, medidas constantes de apoyo al automanejo con participación social y comunitaria y dando un rol protagónico a las personas con ENT, por citar aspectos de relevancia. De ahí que se plantee una baja institucionalidad y valoración del Primer nivel de Atención (CAPS) como modelo priorizado.

Estos fenómenos caracterizan una situación de fuerte concentración de la posibilidad de transformar las reglas de juego en los agentes que detentan mayores niveles de profesionalización, en el contexto de un sector salud altamente fragmentado y que prioriza la especialización por sobre el modelo de atención primaria e implica, en términos del derecho a la salud, una restricción de esta última a la atención, pero no a un modelo integral y continuo de cuidados.

Haciendo sinergia negativa, determinantes socio-culturales, económicos y de género, junto con la organización de los servicios de salud y sus barreras de acceso, coadyuvan a un mal cuidado de las personas con ENT.

Por lo expresado y en calidad de tesis central del trabajo de investigación, se afirma que:

los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención se caracterizan por la baja participación de los actores estratégicos y por el lugar marginal asignado a las personas con HTA y/o DM2, relegados al rol pasivo de actores secundarios, produciendo y reproduciendo modelos fragmentarios de atención alejados de modelos integrales de cuidado. Tales formas de gobernanza, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y de los determinantes político-organizacionales que regulan el sector, coadyuvan a una baja calidad de los cuidados y del cumplimiento del derecho a la salud.

Ahora bien, interesa detenerse en algunas reflexiones y conceptualizaciones que aporten a una mejor comprensión de los fenómenos descriptos y la tesis que de ellos se desprende.

Fragmentaciones múltiples del sector salud

En la literatura en español se suele referenciar mayormente el fenómeno de la fragmentación a nivel del “sistema” de salud, para dar cuenta de la falta de coordinación “entre los diferentes sitios y niveles de atención” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 21), tal como se planteaba en el marco teórico. En esta línea, a la hora de responder a la pregunta “¿Por qué Argentina tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado”, la publicación especializada de OPS Argentina responde: “porque al mismo tiempo los “segmentos” tienen muchos fragmentos, sub sectores o partes que no colaboran ni se relacionan estrechamente” (Artaza Barrios, 2017, p. 29).

Tal falta de coordinación y colaboración, sobre todo entre niveles, fueron ampliamente visualizados en el campo de estudio. Sin embargo, lo que no abunda en la literatura es la referencia a lo que se plantea como una atención que resulta fragmentaria a nivel del mismo establecimiento, dando cuenta de fragmentaciones múltiples.

En ese sentido Tobar refiere a la fragmentación de cuidados, pero de manera restringida haciendo referencia a la atención médica, cuando plantea como uno de los principales

“problemas que afectan a la atención **médica**¹⁵⁶ se ha destacado la fragmentación de los cuidados” (Tobar, 2017).

Por su parte Joo (2023), en una revisión sistemática sobre la atención fragmentada de personas con enfermedades crónicas en Estados Unidos, afirma: “No existe una definición operativa común para la atención fragmentada a personas con enfermedades crónicas en la investigación sanitaria”¹⁵⁷ (2023, p. 3461), existiendo definiciones generales, como plantea el autor, tales como cuidados no coordinados entre proveedores y organizaciones múltiples, o bien falta en la continuidad de cuidados.

Por ello se considera resulta pertinente plantear la existencia de fragmentaciones múltiples del sector salud, para dar cuenta de procesos de fragmentación al interior de la fragmentación.

Los mismos se expresan en términos verticales, lo que resulta mayormente mencionado en la literatura, en la falta de coordinación que existe entre los niveles, por ejemplo, para la denominada referencia y contrarreferencia para estudios complementarios y acceso a especialistas. Pero también en un sentido horizontal, dado la falta de un abordaje integral e integrado entre diferentes profesiones, o incluso presentándose indicaciones contradictorias desde una misma profesión.

Tanto la fragmentación vertical como la horizontal van en sentido contrario a los abordajes interdisciplinarios y al modelo de abordaje que, propone el MAPEC, se requiere en el caso de las personas con ENT, tal como plantea:

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere un abordaje biopsicosocial que haga foco en la adherencia, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural de la persona. Para esto, es necesario contar con un equipo interdisciplinario con funciones y tareas claramente definidas para cada uno de sus miembros. (Laspiur, 2014, p. 12)

Ahora bien, estos fenómenos se producen, reproducen, e incluso se ven fortalecidos en el contexto de políticas públicas que ubican como epicentro del modelo sanitario el hospital especializado y la alta complejidad, en particular el Hospital Escuela de Agudos y el conglomerado Parque de la Salud, por un lado, al tiempo que la atención primaria no es

¹⁵⁶ Las negritas son mías.

¹⁵⁷ Traducción propia.

jerarquizada¹⁵⁸, profundizando lógicas de ofertas de servicios no programáticas y reactivas, es decir, mayormente carentes de planificación y a la “espera” de las personas que requieran atención.

Varios aspectos que a continuación se desagregan permiten aproximarse a la comprensión de estos fenómenos.

En primer lugar y comenzando por el lugar privilegiado de la atención especializada, interesa recuperar las sucesivas transformaciones de la salud en general y pública en particular, con base a lo planteado por Emiliano Galende (2004) en clave de movimiento histórico, centrado su argumento en la figura de la profesión médica.

Así, el primer movimiento va desde la salud pública asociada a las epidemias en las concentraciones urbanas, y su búsqueda por comprender la enfermedad y evitar la muerte, hasta la conformación de lo que Galende denomina humanismo científico, donde la actividad médica “no es la de un práctico más, un profesional liberal, [...] sino un representante de ese humanismo ante el Estado y la sociedad” (2004, p. 130), siendo dicho Estado quien regula y controla su actividad en pos del bien común.

El segundo movimiento, configura una salud disociada de lo público, y se basa en los principios de una “medicina científica y la utilización de tecnologías” (2004, p. 131), en donde la salud es objeto de consumo de sectores sociales restringidos, y que se vincula a la mercantilización de la misma, por ende, ya no como derecho.

El tercer movimiento, vinculado a la “creciente preocupación por la salud y lo saludable” (2004, p. 131), donde se termina de consolidar lo que Galende denomina una “alianza estratégica entre esta oferta mercantil del objeto salud y la de la medicina científica actual” (2004, p. 131).

¹⁵⁸ Incluso la no jerarquización se extendería a los otros Hospitales de Complejidad. En este sentido se han señalado en los resultados la mención a diferenciaciones entre los hospitales de referencia de los Centros de Atención Primaria. De manera coincidente, en su tesis sobre la reforma de los modelos de gestión de los hospitales de complejidad en Misiones, Almúa (2019) describe las diferencias que existen entre el Parque de la Salud y los otros hospitales de complejidad, remarcando la existencia de modelos “de gestión divergentes entre los Hospitales de Alta de Complejidad que conforman su oferta sanitaria”, (p. 233) y concluyendo que, dadas las diferencias a favor del modelo imperante en uno, pero no en los otros, “El Estado provincial debe prestar especial atención a los efectos generados por estos tipos de reformas, sobre todo cuando profundizan las diferencias entre los efectores, derivando en la prestación de servicios sanitarios públicos inequitativos.” (Almúa, 2019, p. 233)

Ahora bien, siguiendo el argumento del autor, mientras la salud pública, vinculada a la idea de equidad y derecho, fue siempre traccionando movimientos con vistas a las poblaciones más desprotegidas, y en muchos casos fue asociada a salud pobre para pobres, la medicina científica técnica, con apoyo de los desarrollos tecnológicos de punta, fue ubicándose como objeto de anhelo de aquellos que solo pueden acceder a lo público, y como bien de consumo de aquellos que poseen los recursos.

Con base a lo anterior puede plantearse un nuevo movimiento que se desprende del campo de estudio, que es la re-transformación de la aspiración de lo público hacia aquello que históricamente se vinculó al sector privado en el sentido recién expuesto. Con ello no se cuestiona la necesidad (innegable) de contar con hospitales especializados, y donde se garantice el acceso, y por ende la equidad y el derecho, a los avances científicos y tecnológicos en materia de salud de las poblaciones cuya cobertura es exclusiva del Estado, sino la centralidad que posee como política pública.

Esta centralidad invalida y se contrapone al modelo promovido por la atención primaria de la salud, aportando a una construcción social-subjetiva donde tanto las personas con enfermedades no transmisibles, como los mismos profesionales, posicionan el hospital especializado como la salud.

En esta línea, en sus reflexiones sobre salud pública y prácticas sanitarias, de Sousa Campos (1998) cuestiona hacia finales de la década de los 90 un modelo que caracterizaba como inadecuado, y similar al Norteamericano, planteando:

(...) modo norteamericano de atención: especialización creciente, resolutivez cada vez menor de cada servicio o de cada agente, desvalorización de la clínica y de la salud pública e hipervalorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin consideración por todo el proceso de atención, centralidad del hospital que funciona a la vez como puerta de entrada y como línea de salida. (p. 82-83)

Lo cual, sigue el mismo autor, decanta inevitablemente en la imposibilidad de sostener la universalidad y gratuidad de la atención, dada la magnitud de los costos económicos de un modelo sostenido en tales ideales.

De este modo esta fragmentación en vertical, y promoción de la atención especializada, rompe la misma lógica que guía la definición de niveles de atención, entendidos como “una forma

ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo et al., 2011), produciendo saturación del nivel especializado, ocupación ociosa de servicios en el primer nivel y, en última instancia, una administración inadecuada de recursos que en salud son siempre escasos.

Incluso en clave histórica y siguiendo lo propuesto por Michel Foucault (1999), se podría plantear que las ideas de niveles de atención, o bien de descentralizar hacia un primer nivel de atención, formado por Centros de Atención Primaria y surgida a poco menos de medio siglo, disputan con una construcción que posee más de dos siglos.

En esta línea Foucault desarrolla de qué manera los hospitales europeos del siglo XII eran en realidad espacios para ir a morir antes que espacios de cura, disociados del ejercicio de la medicina y en manos del poder religioso. Y como, en un complejo proceso que abarco casi seis siglos, fue progresivamente reconfigurándose para terminar siendo el espacio de excelencia de la cura, potestad de la autoridad médica, y también de la formación y transmisión del saber médico.

En ese extenso y complejo proceso, el espacio disciplinario y ordenado del hospital en pos de la cura, retroalimenta el saber médico a partir de la observación constante y contralada del individuo, en una relación dual exclusiva. Tal como plantea Foucault:

Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribirle un régimen, etc., nos vemos conducidos hacia una medicina individualizante. En efecto, el individuo será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica. (Foucault, 1999b, p. 110)

Como plantea el autor, en el hospital-tecnología-médica convergen un número importante de individuos enfermos, medicina del individuo pero también de la población. Ambas formas de la medicina serán luego redistribuidas con mayor fuerza en el siglo XIX, con la expansión de la salud pública, por un lado, y la medicina individual, por el otro.

Al mismo tiempo, la figura del hospital y hoy expresión máxima “Hospital Especializado”, está fuertemente asociada al desarrollo y prestigio médico, lo cual se ve hoy reforzado en el

contexto de los avances científico tecnológicos, su valoración y disponibilidad en el ámbito especializado¹⁵⁹.

En segundo lugar y con relación a la línea horizontal, al interior de los casos, los resultados indican una fragmentación al interior de la fragmentación, producto de intervenciones no coordinadas entre profesionales que podrían potenciar medidas de apoyo al cuidado y autocuidado. Por el contrario, se observa la preeminencia de la atención médica y el tratamiento farmacológico como terapéutica, en desmedro de las principales recomendaciones de atención y cuidado.

En este sentido, en el caso del manejo de la hipertensión arterial, las principales recomendaciones del programa de terapéutica racional en atención primaria (TRAPS) se orientan a las modificaciones del estilo de vida, que incluyen alcanzar o mantener un peso saludable, adopción de planes alimentarios siguiendo modelos de alimentación con enfoque para detener la HTA (DASH, por sus siglas en inglés, *Dietary Approaches to Stop Hipertensión*), la reducción del sodio en la dieta, la actividad física, moderación del consumo de alcohol y cesación tabáquica de corresponder (Ministerio de Salud de la Nación, 2018a).

E incluso plantean con relación al tratamiento farmacológico: “Múltiples guías y metaanálisis concluyen que el grado de reducción de la presión arterial, no la elección de la medicación

¹⁵⁹ Alguien podría argumentar la poca validez de un relato europeo sobre el lugar del hospital, a lo cual caben dos contra argumentos. El primero, vinculado a que la misma práctica médica en nuestra región está atravesada por las prácticas históricas vinculadas a la colonización y el protomedicato de las américas, que replicaba en estas latitudes los modelos europeos. La segunda, refiere al acto de la visita médica en la “ronda hospitalaria”, dice al respecto Foucault: “el ejercicio del poder por parte del médico se refleja en el ritual de la visita: el desfile casi religioso, encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital: ayudantes, alumnos, enfermeras, etc., se presenta ante la cama de cada enfermo. Este ritual codificado de la visita, que señala el lugar del poder médico, se encuentra en los reglamentos de los hospitales del siglo XVIII. En ellos se indica dónde se debe colocar a cada persona, se precisa que la presencia del médico se debe anunciar por una campanilla, que la enfermera ha de estar en la puerta con un cuaderno en la mano y acompañar al médico cuando entre en la sala, etc.” (Foucault, 1999b, pp. 108-109). En el mismo sentido, pero a mediados del siglo XX, escribe Veronelli & Veronelli sobre hospitales públicos de las ciudad de Buenos Aires: La Dirección del Hospital estaba a cargo de alguno de los médicos de gran prestigio profesional, generalmente un jefe de servicio con mucha “*antigüedad*”; era más un cargo honorífico que representaba al hospital ante la superioridad y el “*exterior*”, que una función directiva en el sentido actual. Los jefes de servicio eran las verdaderas autoridades, los “*grandes patronos*” **en estas copias, más o menos deliberadas, de los hospitales franceses**. Cuando Peralta Ramos hacía su ronda vespertina en la Maternidad del Hospital Rivadavia, acompañado por el médico interno y los practicantes, era el médico interno el que **llevaba la capa del Maestro** y se la colocaba sobre los hombros al pasar de un pabellón a otro [...]. **Cuando los Jefes de Servicio del Hospital de Clínicas llegaban en la mañana, el portero tocaba con la campana la secuencia sonora que anunciaba su arribo**. (Veronelli & Veronelli Correch, 2004, p. 458). Las “campanas” ya no estarán presentes, pero el lugar simbólico del hospital y su asociación con la profesión médica poseen fuertes vínculos que se consideran aún vigentes. Las negritas son mías.

antihipertensiva, es el principal determinante de la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión” (Ministerio de Salud de la Nación, 2018a, p. 15).

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, no insulino dependiente, también se plantea en la generalidad:

Una serie de intervenciones como el control de la glucemia mediante una combinación de alimentación, actividad física y, *en caso necesario, medicación*, ayudan a las personas con diabetes a manejar su enfermedad. También el control de la presión arterial y los lípidos es de suma importancia para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares; otras intervenciones como revisiones periódicas que permitan detectar posibles lesiones oculares, renales y en los pies permiten la prevención o el control de las complicaciones de manera precoz. (Ministerio de Salud de la Nación, 2018b, p. 5)¹⁶⁰

Ahora bien, visto la centralidad del abordaje médico y farmacológico, incluso a pesar de las recomendaciones citadas, cabe interrogarse sobre el porqué de lo visto en el campo, hipótesis explicativas y sus efectos.

Interesa en este punto recuperar lo desarrollado por Anahí Sy (2018) con relación al proceso de construcción de los “objetos” de la medicina, o cuasi objetos como define la autora, en tanto se trata de híbridos en donde se imbrican “tanto lo biológico, “natural” como lo socio-cultural, político y económico, si bien la medicina parte de la idea de estar tratando con hechos científicos” (Sy, 2018, p. 1536). Tales “hechos”, prosigue la autora, en el proceso de transformarse en científicos y objetivables pierden su calidad temporal y se incorporan al mundo de los conocimientos.

También en estos procesos diferentes actores entran en juego, entre ellos la industria química farmacéutica (IQF) y la promoción del tratamiento farmacológico como una de las principales medidas. A la promoción de la IQF se suma, como plantea la Sy:

(...) múltiples fuentes de información disponibles hoy, especialmente en la web: blogs de especialistas y no especialistas, páginas de salud y revistas de divulgación científica como de detractores del conocimiento científico o posturas críticas del mismo, es con todo eso que el “paciente” llega a la consulta médica, construyendo también él en su demanda la necesidad de tratar su malestar medicamente y de determinada manera. (Sy, 2018, p. 1536)

¹⁶⁰ Las cursivas son más.

Así, la misma lógica de centralidad en la medicación y el tratamiento farmacológico, dispensada por el/la profesional, es reproducida como pilar por parte de las personas con ENT, por una parte, junto con la demanda de mayores tratamientos médicos por otra.

Partiendo de lo elaborado por la autora puede proponerse que se produce un segundo fenómeno: se refuerza el carácter abstracto de dos patologías que “no se ven” en su período silente, salvo cuando se vuelven visibles por los “picos”, que indican procesos de descompensación, manifestaciones producto de daño orgánico (o “daño de órgano blanco”), o bien alteraciones producidas en la DM no controlada tales como retinopatía diabética, ulceración de miembros inferiores, por citar algunos ejemplos.

Su carácter de abstracción y no vinculación a otros aspectos que, si bien se ven reforzados, no llegan a tener centralidad en el tratamiento, tales como la alimentación, despojan a las ENT en su abordaje de sus condicionantes sociales, culturales, económicos y políticos, reforzando su “carácter” de problema biológico individual.

Así, la lógica biomédica hegemónica planteada por Menéndez (2004) se ve reforzada por una parte por el mismo abordaje, pero también por las mismas personas y los colectivos sociales, donde, tal como plantea Sy (2018), lo biológico como eje central funciona hoy incluso con una importante autonomía del discurso médico, lo cual se denota en la centralidad de la búsqueda de soluciones químicas¹⁶¹.

Ahora bien, objetivada como hecho científico biológico la enfermedad en el discurso y saber del otro, centrado su abordaje en la industria del otro (IQF), al sujeto sólo le queda acatar la indicación/prescripción del otro y su saber, y/o padecer los efectos y complicaciones. Este movimiento recrudescer así las posibilidades del denominado autocuidado y cuidado integral del sujeto, en el contexto de otros determinantes de la salud (económicos, socio culturales, etc.).

El lugar privilegiado dado a la medicación se constata incluso en otras investigaciones desarrolladas en población con ENT en la ciudad de Posadas. Así, en una encuesta cuya población incluyó 89 personas adultas con DM2 y/o HTA, la medicación fue mencionada

¹⁶¹ Si bien el argumento aquí de Sy es que esa búsqueda de soluciones químicas es para malestares cotidianos, se considera que sin tergiversar su argumento el mismo resulta válido para el desarrollo argumental en curso.

siempre como pilar de tratamiento (mientras que la alimentación ocupó el último lugar), y como recomendación recibida siempre o casi siempre en el 80% de los casos¹⁶².

Finalmente, surge como interrogante si la preponderancia dada a la medicación no termina siendo parte del problema de los cuidados. Como se vio en los resultados por diferentes motivos las personas no siempre dan continuidad a los tratamientos farmacológicos, en el contexto de otros aspectos que no se modifican, tales como patrones alimentarios a su vez determinados por múltiples aspectos, lo cual redundan en la necesidad de más medicación y más específica, requiriendo acceder a otros fármacos no disponibles en el primer nivel de atención, lo cual conlleva mayores barreras de acceso.

En síntesis, las fragmentaciones múltiples del campo de la salud, vertical entre establecimientos de diferentes niveles de complejidad, horizontal al interior de los casos analizados, con abordajes de baja integralidad y enfocados en lo bio-farmacológico redundan en múltiples dificultades: barreras de acceso, costos derivados de la atención (traslado, medicación, etc.), servicios colapsados y servicios ociosos, rol secundario/pasivo de las personas con ENT, por citar algunos de ellos.

Márgenes de acción: el recurso humano en salud, una pirámide invertida

Complementario a lo ya desarrollado pero con una especificidad propia, hace a la fragmentación horizontal de los casos estudiados el tan mencionado *estar de paso*. Ahora bien, aunque el fenómeno implique múltiples puntos de análisis del porqué de su existencia (*habitus*, estructuración del campo, estatus, y remuneración-aspiración-valor del título), interesa detenerse en su descripción desde un posible modelo explicativo, vistas sus implicancias.

Para ello puede partirse de la siguiente reflexión: existe una valoración social, organizacional e institucional que podría ser graficada, en el sector salud, en forma de una pirámide invertida, o triángulo invertido, correspondiendo la base con el recurso humano de menor cualificación,

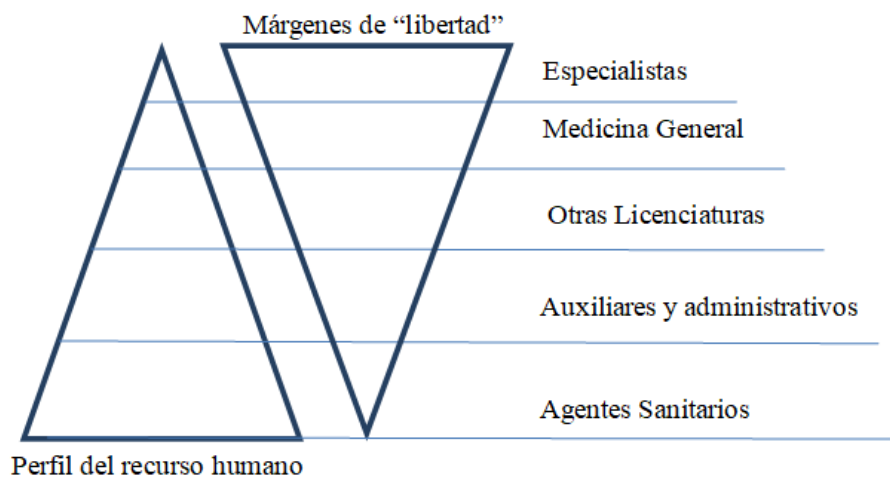
¹⁶² Artículo en evaluación editorial: Orlando, María Florencia, Sergio Gabriel Viudes, y Jorge Enrique Deschutter. s. f. «Perspectiva de usuarios con diabetes tipo 2 e hipertensión y equipos de salud sobre adherencia alimentaria nutricional y sus transformaciones durante el COVID 19 desde la en Misiones, 2022.»

desde el punto de vista de la formación profesional y, a medida que se avanza en el triángulo, se presentan las licenciaturas, y luego las especializaciones y especializaciones de especializaciones, hasta llegar a la punta del triángulo.

Ahora bien, a medida que se avanza hacia la parte más angosta del triángulo, no solo se avanza en términos de especialización, sino también en materia de cantidad y disponibilidad de recursos humanos.

En la organización sanitaria esto determina márgenes de obligación de cumplimiento diferenciales según la posición en el triángulo, siendo proporcionalmente inversas las obligaciones de la base con relación a las obligaciones del extremo más angosto. Así, mientras que sobre la base recae un cumplimiento estricto, y riguroso, en el otro extremo un grupo numéricamente inferior de hiper especialistas disponen de un conjunto amplio de “libertades” en cuanto a la misma variable. La figura 20 se propone representar este fenómeno de manera gráfica.

Figura 20: *perfil del recurso humano en salud y márgenes de “libertad”*



Ahora bien, es tal la valoración de aquellos que poseen la potestad de “curar”, que incluso en el caso de los profesionales de la medicina sin especialización, dichas “libertades” operan a nivel de los casos analizados (CAPS), lo cual no implica necesariamente que otras profesiones no produzcan y reproduzcan tal modelo.

Dicho lo anterior, por qué libertades con comillas: porque estas lógicas de cumplimiento/incumplimiento con relación a los espacios asistenciales laborales es parte de

un hábito, naturalizado como tal, que opera en el contexto de una distribución desigual de los capitales de los agentes, y no necesariamente producto de una elección.

La idea de márgenes de libertad ya había sido utilizada, sin comillas, por Lila Soledad Sintes (2003) en su investigación sobre el funcionamiento de lo que antaño, en el año 1992, fuera el programa de promotores voluntarios en la ciudad de Posadas, también antecedente de la figura de los Agentes Sanitarios. En su trabajo, utilizaba esta idea para expresar que a menor cantidad de recursos y medios, mayor es la situación de dependencia, y por ende se achican sus “márgenes de libertad”, refiriéndose a un segmento de los promotores que analiza.

Dicho lo anterior, se considera que la idea de márgenes de libertad dada por Sintes, así como la idea de “libertad” con comillas antes propuesta, son figuras válidas para pensar también el comportamiento de los profesionales, donde las formas que adquieren las relaciones contractuales con en el sector salud adquieren características propias.

En este punto interesa la reflexión de Fernández Pérez (2001) sobre el concepto de profesión. En clave histórica, dado el prestigio que las sociedades asignan a las profesiones y las funciones que estas cumplen, la relación contractual que se establece entre las profesiones y en este caso el Estado, excede el modelo de relación entre empleadores y empleados, o bien entre productores y consumidores que sigue la lógica del mercado.

Por el contrario, la relación se da “dentro de un marco político donde los grupos involucrados se encuentran en un proceso continuo y constante de balanceo de poderes” (Fernández Pérez, 2001, p. 30). En el análisis de este proceso, sigue el autor, debe considerarse en un extremo el dominio profesional-técnico, regulado por la misma profesión, y en el otro extremo la ubicación de los profesionales en el mercado laboral, donde se “conjugan criterios político-sociales y económicos” (Fernández Pérez, 2001, p. 30) y el rol del Estado es central.

Siguiendo la línea argumental, para Fernández Pérez “una profesión es una comunidad autorregulada que tiene un poder exclusivo, normalmente respaldado por el Estado, para adiestrar a nuevos miembros o admitirlos en sus prácticas, reservándose el derecho de juzgar la actuación profesional de sus propios miembros” (2001, p. 30).

Así, desde esta perspectiva puede plantearse que el mecanismo de rendición de cuentas vigente en el campo de estudio y para los profesionales, es de tipo corporativo y frente a los mecanismos que regulan la propia profesión, por sobre la relación con el empleador.

En el mismo sentido, Spinelli (2010) considera que existe un planteo erróneo a la hora de pensar la organizaciones sanitarias y el comportamiento de los recursos humanos. Recuperando el concepto de burocracia profesional postula:

En el caso de los equipos de salud, muy pocos conocen las bases teóricas reales de su campo de juego. El problema no es solo que lo desconocen sino que lo piensan al revés de lo que es. Lo imaginan como una pirámide con todo el poder concentrado en el vértice superior, pero sin embargo se trata de una burocracia profesional (BP), con una muy importante y significativa concentración de poder en la base. (Spinelli, 2010, p. 284)

Los planteos del canadiense Henry Mintzberg sobre la burocracia profesional, referenciados por Spinelli, permiten entender mejor qué sucede en organizaciones como las del campo de la salud. En éstas existe un elevado grado de complejidad de las tareas que realizan sus trabajadores, incluso para ser supervisadas por un “superior” jerárquico, de lo cual deriva también un elevado grado de autonomía y posibilidad de autorregulación, la que se da en un acuerdo mayormente tácito entre los miembros de una misma profesión.

A su vez, en particular en el campo de la salud esta autonomía se ve reforzada por “el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas” (Spinelli, 2010, p. 276), incluyendo aspectos tales como la salud, la vida y la muerte, tal como plantea Spinelli (2010).

Aportando al debate, Llapa-Rodríguez et al. (2008) problematizan el concepto de compromiso con la organización y el comportamiento de los profesionales en salud, considerando que existe una dualidad de sistemas. Por una parte, el referido a la lógica organizacional, lo cual incluye el aceptar e interiorizar un conjunto de normas y reglamentos propios de la organización y, por otra, el sistema profesional, no siempre sujeto a las mismas reglas de juego. Si bien tales sistemas normativos son articulables, los procesos de formación juegan un rol fundamental. Tal como expresan:

Para las instituciones formadoras de profesionales su sistema de valores es basado en la autonomía profesional y, principalmente, en el código de ética establecido; en contraste con el

sistema de valores de las instituciones empleadoras, el cual es basado en la autoridad jerárquica, en el control, en los reglamentos y en las normas que establecen las reglas básicas para el tránsito de los miembros dentro de las instituciones. (LLapa-Rodríguez et al., 2008, p. 488)

En el debate entre sistema de formación-sistema organizacional interesa detenerse, para el caso de profesionales de la medicina, en algunas evidencias que permiten comprender mejor el campo de la salud y el comportamiento de dicha profesión.

En principio, según argumenta Silberman & Badr (2022) las ofertas de enseñanza superior para la formación en medicina fueron transformando su curricula desde “modelos flexnerianos (hospitalocéntricos, biomédicos y fragmentados)^{1,2,3}, hacia currículas integradas, centradas en el estudiante, basadas en problemas, y que den respuestas a las necesidades de la sociedad, orientándose hacia la atención primaria de la salud y con enfoque comunitario^{4,5,6,7,8,9}” (Silberman & Badr, 2022, p. 35), a pesar de lo cual, reconocen, subsiste el déficit de profesionales cuya elección sea especialidades en APS.

Por su parte, L'hopital (2017) considerando la situación laboral de egresados de residencias médicas en medicina general en la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013, siendo un sistema estatal, se pregunta: “Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado” (2017). De la respuesta a sus preguntas, interesa detenerse en algunos aspectos.

En principio, si bien el principal trabajo de los egresados es en el subsector público, menos de la mitad se desempeñan en Centros de Atención Primaria. De los que se desempeñan en Hospitales, mayoritariamente habían realizado su residencia en hospitales.

La mayor parte de la muestra se encontraba en situación de pluriempleo, entre el subsector público, de obras sociales y privado. Similar a lo visto en los resultados en el capítulo IV. En este sentido, problematiza la autora:

Existe una rearticulación de lo estatal y lo privado, donde es el estado el que forma médicos que luego trabajan y reparten su carga y sobrecarga laboral en los tres subsectores, quedando el subsector público sin recurso humano médico suficiente y con la formación específica para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. (L'hopital, 2017, p. 8)

Esta situación es interpretada en función de la teoría de Bourdieu y la distribución desigual de capitales y donde el Estado “aparece como un actor más en esta disputa sin políticas

adecuadas, ni regulación suficiente en las intervenciones sobre los recursos humanos quedando a expensas de un mercado con posición dominante” (L’hopital, 2017, p. 8).

Considerando lo visto en los resultados puede plantearse, en calidad de hipótesis y línea de nuevos estudios, que se conjugan y articulan en base a las reflexiones que anteceden políticas inadecuadas de monitoreo y regulación por parte del Estado, junto con modelos de burocracia profesional que regulan el accionar de las mismas, en el contexto más amplio de un campo laboral y económico en salud que favorece lógicas de mercado por su estructura fragmentada.

Falencias en la integralidad de los cuidados

Como efecto de conjunto, que no se atribuye a los prestadores de salud estudiados en tanto sujetos individuales, aunque tengan un rol en ello, sino a cómo se estructuran las lógicas de cuidados en su conjunto, se producen y reproducen falencias con relación a los mismos.

Comenzando por los dispositivos implementados, con preeminencia de la figura médica, prima la lógica de la *atención* individual, pero no del *cuidado*. En este sentido Hersch-Martínez et. al. (2022) plantean que la atención es un primer paso para el cuidado, pero no lo consume. La atención remite fundamentalmente “a la dimensión asistencial”, basada en un saber y una técnica sobre el “curar”, en tanto potestad médica, mientras que se hace del “hecho del cuidado un asunto menor, reduciéndolo al dominio de la enfermería” (p. 5).

Esta distorsión entre cuidado y atención, coincide con lo señalado en el marco teórico y manifestado por Tejada de Rivero (2013), al reflexionar sobre como el término del inglés *care*, propuesto en Alma Ata y de carácter amplio, fue traducido por atención y en la práctica reducido a la atención médica. En esta línea argumental como plantea Hersch-Martínez et. al. (2022) el mismo ordenamiento de niveles de atención en que se estructura el sector salud:

prescinde del *verdadero primer nivel de atención*, que radica en las estrategias de respuesta y sobrevivencia de la población misma ante el daño [26]. De hecho, la autoatención y la medicina doméstica no son relevantes para una salud pública que *las desatiende*, que no las reconoce operativamente como realidades. (Hersch-Martínez et al., 2022, p. 5)

Justamente esa autoatención que Menéndez (2004) no solo remarca que existe, coordinando buena parte del proceso de diagnóstico y cuidado de las personas, sino que convoca al sector

salud a no negarla, y a incorporarla en el proceso de cuidado. Pero por el contrario, lo que persiste es:

la preminencia biomédica otorgada a la especificidad de la enfermedad [32], más que a la del paciente en sus coordenadas sociales y fisiológicas singulares, reflejada, a su vez, en la perspectiva de una epidemiología clínica [33], también centrada en la patología específica, con la enfermedad como sujeto y el enfermo como objeto. (Hersch-Martínez et al., 2022, p. 5)

Ahora bien, esta mirada no solo es parte de un proceso de formación centrado en la enfermedad y lo biológico, como ya fue antes abordado, sino que es parte de las mismas lógicas que acompañan los procesos de posgrado de las residencias. Como concluye Rosa María Borrell Bentz (2005) en su estudio de las residencias médicas en la Argentina, por sobre los currículos escritos predomina el currículo oculto, donde “la racionalidad burocrática del hospital se impone en los residentes como modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación y como modelo de aprendizaje de una práctica profesional” (p. 286), asentadas sobre un saber hacer con base a la estrategia de la imitación y socialización.

En dicha formación predomina un enfoque curricular “determinado fundamentalmente por las rutinas, los rituales, las tradiciones, la ideología de grupo y las redes de interés” (Borrell Bentz, 2005, p. 286), sin los correspondientes espacios de reflexión científica, técnica y epistemológica. E incluso, el mismo predominio de dicho currículo esta esencialmente ligado a las características del modelo médico hegemónico:

ya que cumple con una serie de funciones relacionadas con los aspectos de control, normalización, medicalización y legitimación, considerados científicamente legítimos, los cuales son transmitidos a través de pautas de comportamientos considerados correctos y a partir del desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar. (Borrell Bentz, 2005, p. 286)

Por el contrario, una lógica asentada en el cuidado implicaría no “la aplicación de un saber sobre otro objetivado” (Hersch-Martínez et al., 2022, p. 4), sino el verdadero ingreso del otro en tanto otro, al cual se le da la palabra para trabajar en la co-construcción de estrategias de cuidado en tanto responsabilidad compartida, no solo a nivel individual, sino colectivo y social.

En esta línea argumental la categoría de dispositivo *consultorio a puerta cerrada*, descrita en los casos, opera en sentido opuesto a las lógicas de cuidado, reforzando modelos centrados en la atención indicativa y prescriptiva.

Mediante dicho dispositivo se sella la situación de asimetría y el lugar *paciente/pasivo* de las personas con ENT, reforzando el carácter biológico e individual del cuidado (reducido a cumplir la prescripción), en una relación que no es tal a fin de cuentas, y que saca afuera de ese espacio a quien no sea el *paciente*, debilitando sistemas socio-familiares y comunitarios de cuidado.

En ese contexto, se debilita la posibilidad de co-construir el fenómeno de la enfermedad en sus consecuencias y efectos, en vinculación con los padecimientos, las autoatenciones y el malestar¹⁶³, lo que podría traccionar una articulación para el tan mentado y promovido autocuidado. Al mismo tiempo la exclusión de un tercero (familiar, vínculo afectivo, etc.), acompañado de la exigencia de que la persona que se haga cargo de lo que a él/ella le pasa, refuerza una visión de la enfermedad como fenómeno biológico, individual y del orden privado, es decir, deslindado de lo social, lo histórico y cultural.

Incluso en trabajos de la ciudad de Posadas que evalúan la calidad de la atención de las enfermedades no transmisibles con base al modelo de cuidado crónicos, desde la perspectiva de las personas con ENT, Viudes et al (2022) plantean y concluyen:

El promedio general de la encuesta fue de 2,3 puntos (DE 0,12) sobre un máximo de 5, indicando que solo algunas veces se percibe la recepción de un sistema de cuidados acorde a un tratamiento de calidad de las ENT según el CCM [crhonic care model] [...]

los resultados son coincidentes con estudios de la región, así como de países de otras latitudes, indicando que la calidad de atención buscada según la implementación del CCM se encuentra aún distante desde la perspectiva de los usuarios. (p. 73)

¹⁶³ Existe una larga tradición de autores (Moreno-Altamirano, 2007) que desde la antropología médica y la sociología han problematizado los procesos de enfermedad (*desease*) y padecimiento (*illnes*) para distinguir lo que corresponde a la lógica biomédica y lo que viven las personas y los conjuntos sociales. En este sentido, Moreno-Altamirano (2007) recupera entre las definiciones las dadas por el norteamericano Arthur Kleinman en sus producciones en la década del 80. Desde esta perspectiva, el concepto de enfermedad hace referencia “al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas” (Moreno-Altamirano, 2007, p. 68), mientras que padecimiento es una “categoría que incorpora la experiencia y la percepción” (Moreno-Altamirano, 2007, p. 68) del sujeto que enferma. Una tercera categoría, normalmente utilizada, es el malestar (*sickness*), “como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural” (Moreno-Altamirano, 2007, p. 68).

Considerando lo planteado por Roberto Passos Nogueira (2008) en su estudio sobre el pensador austríaco Iván Illich (1926-2002), se puede incluso ir un poco más allá, para plantear que el modelo de cuidado se termina orientando hacia el efecto no deseado de la iatrogenia.

En esta línea, Passos Nogueira recupera tres iatrogenias de la medicina institucionalizada desarrolladas por Illich, y que encuentran múltiples puntos de contacto con los resultados presentados en el capítulo anterior.

La primera, iatrogenia clínica, “causada por los propios cuidados de salud, que consiste en los daños infligidos por la falta de seguridad y por el abuso de las drogas y las tecnologías médicas más avanzadas” (Passos Nogueira, 2008, p. 25). La segunda, iatrogenia social, “derivada de una creciente dependencia de la población a las drogas, los comportamientos y las medidas prescritas de las diferentes ramas de la medicina”, y que “expropia la salud en tanto responsabilidad de cada individuo y de su familia” (2008, p. 25), promoviendo un comportamiento pasivo y dependiente. Finalmente, la iatrogenia cultural, que implica “la destrucción del potencial cultural de las personas y las comunidades para lidiar de forma *autónoma* con la enfermedad, el dolor y la muerte” (2008, pp. 25-26).

Ahora bien, experiencias como las descritas por Domínguez Mon (2017) a partir de su análisis de “Los Dulces”, grupo de personas con DM2 que asisten a un centro de salud en una localidad de provincia de Buenos Aires, no solo documenta situaciones de destrato como las que se recuperaron en los resultados, sino también la posibilidad de generar dispositivos que van a contramano del dispositivo consultorio a puerta cerrada.

Siguiendo a la autora, la grupalidad no solo permite una co-construcción de cuidado a partir de los múltiples saberes, sino que ubica a los profesionales en su participación en calidad de quienes acompañan el proceso, sin juzgarlo. Como planea: “Los Dulces y lxs profesionales del CAPS sostienen que es el principio fundamental para el tratamiento de una enfermedad de larga duración: el respeto del otro (persona, paciente, profesional)” (Domínguez Mon, 2017, p. 384).

Esta situación de respeto, de horizontalidad y de reconocimiento del otro, implica que “están reconociéndose con capacidad de generar protección y en ese movimiento revalorizan esa actividad volviéndose valiosa para ellos mismos” (Domínguez Mon, 2017, p. 384).

El reconocimiento de la eficacia de las actividades de apoyo grupal no es una novedad, y de hecho la OPS recuperaba algunas experiencias grupales, entre otros dispositivos, en su publicación de 2013 bajo el título Cuidados Innovadores Para las condiciones Crónicas (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Incluso, existen experiencias de apoyo grupal de quienes son cuidadores familiares de personas con ENT (Flores-Barrios et al., 2023).

Con base a estas evidencias no se está proponiendo que en paralelo a la *atención* se deban disponer estrategias de cuidado como forma de solución, sino que tales estrategias de cuidado ponen aún más en visibilidad las limitaciones de los dispositivos de atención tal como son desarrollados, y la urgencia de su transformación en pos de garantizar el cuidado integral y con él el derecho a la salud.

Un segundo aspecto que interesa señalar de los dispositivos grupales, es que permiten problematizar y generar alternativas a una falacia, ya indicada, que es reforzada por el dispositivo a puerta cerrada: la de la responsabilidad exclusivamente individual de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, que invisibiliza el hecho de que tales procesos están determinados por lo sociohistórico, político, cultural, económico.

Así, en las voces de los casos vistos en el capítulo anterior existen miradas que reconocen el impacto que las condiciones económicas, laborales, culturales y de género poseen en los tratamientos de las personas con ENT. Sin embargo, estos aparecen como telón de fondo de la posibilidad de cumplir/incumplir con las indicaciones y prescripciones, y a lo sumo implican ajustes a las mismas, pero allí encuentran su límite dado que no son problematizadas junto con las personas de cuidado.

Recuperando lo propuesto por la medicina social latinoamericana en el capítulo II, se planteaba “Los fenómenos de salud y enfermedad son, por esencia, fenómenos tanto biológicos como sociales y 2. Para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas” (Eslava-Castañeda, 2017b, p. 398).

En este contexto, y puesta la enfermedad como responsabilidad individual, fenómenos como el acceso a los alimentos, entornos obesogénicos, y falta y/o precariedad de dispositivos socio

estatales que generen otras condiciones de posibilidad para el cuidado, quedan invisibilizados en el dispositivo a puerta cerrada.

Todo lo cual impacta incluso en medidas de prevención de uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas, la obesidad, y se agrava aún más en contextos de precarización alimentaria y social, tal como concluyen Arnaiz et. al (2020), cuestionando la aplicación de “recetas” de prevención:

La mayoría de las acciones, tomadas en su conjunto, se han remitido a traducir y aplicar las consignas globales más sencillas y rápidas de atender: en países socialmente desiguales es más fácil promover el consumo de alimentos saludables y el ejercicio físico regular que tratar de mitigar los determinantes sociales de la obesidad y/o modificar los factores estructurales que la condicionan. (Arnaiz et al., 2020, p. 15)

En la misma línea informantes claves sostenían la necesidad de actividades continuas y políticas públicas que acompañen acciones de promoción, prevención, y también de cuidado una vez establecida la enfermedad.

En síntesis, el cuidado es un concepto integral que abarca el ciclo vital y excede la atención. No se trata de una acción que se realiza solo al momento en que se presenta la enfermedad, y no es potestad del sector salud, menos aún de los profesionales de la medicina, sino que incluye las acciones de prevención, promoción y cuidado de la salud que debiera procurar la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, en el contexto de políticas públicas sectoriales e intersectoriales lábiles, cuando no inexistentes, dispositivos centrados en la atención individual y biomédica, con eje en el tratamiento farmacológico, y factores determinantes socio económicos, históricos y culturales, se agudizan las falencias y la integralidad de medidas de cuidado de las personas con ENT, produciendo y reproduciendo malos cuidados.

Mapas ideales vs. cartografías reales: posibles intervenciones en puntos nodales

Una consecuencia teórico práctica que se desprende de los resultados y lo desarrollado hasta aquí, es el exceso de mapas ideales por sobre el trabajo con las cartografías reales. Es decir, los diferentes programas, en su mayoría de lineamientos internacionales, se presentan

proponiendo un deber ser de las instituciones sanitarias y sus “equipos”, sin cuestionar lo verdaderamente existente, sus aristas y dimensiones.

Así, los diferentes programas en el proceso de implementación “bajan” diciendo lo que debe hacerse, mayormente sin ser articulados en una política institucional más amplia, y sin trabajar previamente en la visibilización de aspectos estructurales que hacen al campo de la salud en el nivel analizado, tales como los hábitos normalizados e instalados que regulan el comportamiento de los agentes, y mucho menos problematizar el rol de las personas con enfermedades no transmisibles, sobre quienes también se dice que deben hacer: adherir al tratamiento, desarrollar el autocuidado, etc.

Como se vio a lo largo de los resultados estos fenómenos no solo terminan refragmentando el sector salud y sus componentes, mediante un exceso de programas verticales que no llegan a construir un horizontal en el contexto de una planificación propia, sino que impiden en sus formas de implementación abrir al cuestionamiento de los agente sobre las reglas de juego vigentes y las posibilidades de su transformación.

De esta manera a pesar de que “todos saben” que se debe hacer, ese saber se encuentra vaciado de contenido, y por ende de prácticas reales que pudieran transformar la situación a los fines de obtener los resultados y metas sanitarias que se persiguen.

En este sentido las figuras 18 y 19 presentadas al comienzo de este capítulo se consideran un aporte a la reflexión de cartografías reales, puntos posibles desde donde partir para procurar alcanzar mapas también reales. Como plantean Hufty et. al (2006) es parte de la lógica metodológica del marco analítico de gobernanza (MAG) una orientación a la intervención, es decir, “a través del análisis de los puntos nodales y los procesos de interacción [...], se puede identificar el lugar específico de intervención [...] para lograr un cambio del problema bajo estudio” (p. S40).

Así la figura 18 presenta tres puntos nodales (PN), o espacios estratégicos de intervención y que se constituyen en un aporte al diseño de estrategias de intervención.

En el punto nodal 1 (PN1) “atención a puerta cerrada”, se propone intervenir sobre las lógicas centradas en la atención médica individual, y conductas que varían según cada profesional (“*depende de*”). Para ello, se considera es necesario problematizar el modelo priorizado de

atención médica en una puesta en diálogo interdisciplinar, no como imposición, sino en base al debate sobre las implicancias del dispositivo imperante y sus efectos. Esta apertura requeriría no solo la concesión de la potestad médica, sino una participación más proactiva de las otras profesiones, tales como profesionales de la nutrición y de la salud mental.

En segundo lugar, “abrir la puerta”, en por lo menos tres sentidos: el primero, abrir la puerta al otro en tanto otro, es decir, abrir a un verdadero diálogo con el otro donde su manifestación no es solo objeto de uso de indagación clínica, sino verdadera escucha de lo que el otro tiene para decir, en el rol de actor estratégico y no secundario. El segundo sentido, abrir la puerta a la posibilidad de otros dispositivos de probada eficacia, tales como los dispositivos grupales interdisciplinarios, grupos de pares y familiares, etc. El tercero abrir la puerta a la participación de otros y otras significativos/as en la consulta, no para derivar sobre ellos la prescripción, sino para darles el protagonismo que muchas veces ya tienen en el proceso de cuidado y entablar alianzas conjuntas, junto con la persona con ENT, para fortalecer su salud.

Ahora bien, para que todo ello suceda, se vuelve necesario como paso previo actuar sobre el punto nodal 2, “gestión discontinua”. Cómo es posible siquiera pensar en la planificación, poner en debate modalidades interdisciplinarias de atención y cuidados continuos, si la gestión con los profesionales sigue un carril discontinuo con cada profesional.

En este sentido, el debate debe incluir las formas de distribución del recurso humano, o bien la generación de espacios de planificación conjunta, como parte de las actividades de los establecimientos de salud, fortaleciendo mecanismos de compromiso organizacional y con metas organizacionales que permitan monitoreos reales, no solo “desde afuera”, sino principalmente desde adentro, fortaleciendo la institucionalidad del primer nivel de atención a nivel de los casos analizados.

Finalmente, punto nodal 3 vinculado a los planes, programas y proyectos (PPP) y sus formas de implementación. La potestad de cómo se implementan excede el ámbito de la gobernanza del CAPS, pudiendo variar según el equipo que lo ejecute, tiempos priorizados, etc. Sin embargo, si la organización CAPS se fortalece desde el punto de vista institucional, se configura como un equipo de gestión y acción, establece su propia planificación, es más viable “negociar” las formas en que PPP se implementan en el establecimiento, e incorporar ese vertical que baja como lineamiento en un horizontal que se establece en base a las

prioridades del establecimiento, en función de su realidad y de la población que tiene a su cargo.

Estas propuestas de intervención encuentran su formulación en el plano teórico en lo desarrollado por el sanitarista Hugo Spinelli (2010). Adhiriendo a su perspectiva, es necesario comenzar por repensar el trabajo desde el trabajo mismo, y desde los agentes en el proceso de trabajo para poder desde allí considerar la organización y la gestión, pudiendo o no los procesos de gobierno (político) y de gestión que excedan a la organización, facilitar o no en mayor o en menor medida procesos de cambio.

Por el contrario, el pensamiento tradicional suele ubicar los problemas en un nivel operativamente fuera del campo inmediato de acción, como suele ser el gobierno, o bien la gestión, por ejemplo a nivel Ministerial o de implementación de programas, lo cual excede a la organización.

Pero para que esto sea posible es necesario que quienes participan pongan en cuestión los hábitos estructurados y estructurantes del campo de la salud, sostenidos en la distribución desigual de capitales que hacen a su configuración actual.

En este punto, resulta de interés la problematización de qué tipo de trabajo es el trabajo en el campo sanitario. En esta línea, Spinelli plantea:

El trabajador de la salud, no es el trabajador manual pensado por Taylor (42), sino que es un trabajador del conocimiento y por ende el lenguaje –verbal y no verbal– es central en su proceso de trabajo. El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento, hace cosas con palabras. (Spinelli, 2010, p. 283)

Siguiendo la línea argumentada por el autor, se trata entonces de un trabajo donde el lenguaje y la comunicación son centrales, y por ello las organizaciones en salud no son otra cosa que “redes de conversaciones” (Spinelli, 2010, p. 285), y lo que debe ponerse entre signos de interrogación es la calidad de tales conversaciones. De lo visto en los resultados, los modelos de diálogos basados en lógicas castrenses van justamente a contramano de una conversación.

Desde otros linajes teóricos, pero centrada en la misma idea, con base a lo desarrollado por Emerson Merhy, L'hospital (2017) también aboga por una definición del trabajo en salud como una combinación de tecnologías blandas, las “que permiten al trabajador escuchar,

comunicarse” (p. 8) y duras, “como la clínica y la epidemiología” (p. 8), pero donde el centro y eje que guie el proceso deben ser las tecnologías blandas, aquellas que, como plantea la autora, hacen que exista el trabajo vivo y “posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto” (L’hopital, 2017, p. 8).

En síntesis, se considera necesario dar mayor énfasis a las tecnologías blandas, la comunicación, en todo el proceso que va desde cómo se plantea la organización, cómo se ordena el mundo del trabajo en salud, y cómo se realizan las acciones de prevención, promoción de la salud, promoviendo un rol de actor estratégico a las personas con ENT. Todos aspectos considerados necesarios para transformar modelos centrados en la atención hacia modelos centrados en el cuidado.

Consideraciones generales de la tesis

La pregunta ordenadora que se propuso responder este trabajo de tesis refirió a cómo se organizan los servicios de salud del primer nivel de atención, definidos como los centros de atención primaria de la salud del subsector público de las ciudad de Posadas, Misiones, para la atención y el cuidado de las personas con ENT, circunscriptas a aquellas que poseen hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y que poseen 18 años o más, y cómo esa organización incide en el cumplimiento del derecho a la salud.

El campo de investigación surge de constatar que ambas enfermedades, dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), se constituyen en un problema de salud pública a nivel global presentando indicadores propios en la provincia de Misiones, Argentina, lo cual a traccionado diferentes políticas, planes, programas y proyectos que procuran generar transformaciones en los modelos de atención y cuidado que dispensa el sector salud, tradicionalmente orientados a la atención materno infantil y a los fenómenos agudos.

Partiendo de tales puntos cardinales, el capítulo I dio cuenta de cómo se estructura el campo de la salud en la Argentina en general y en Misiones en particular, abordando aspectos centrales como la segmentación y la fragmentación. Así, antes que un sistema de salud como un todo ordenado y armónico, se plantea la existencia de un campo de salud donde convergen diferentes agentes, intereses y capitales en la búsqueda por definir la estructura del campo (Spinelli, 2010).

La descripción del campo mostró que la inversión en salud es alta en términos comparativos con la región, aunque dado la disparidad entre segmentos (subsector público, de obras sociales, empresas y servicios de medicina prepaga) subsisten múltiples inequidades en salud.

En el caso de la Zona Capital de salud de la provincia, lugar donde se asientan los establecimientos estudiados, los indicadores vinculados al recurso humano en salud así como a disponibilidad de servicios del subsector público mostraron una ventaja comparativa con relación a otras zonas sanitarias.

En términos de morbimortalidad pudo verse también en el primer capítulo que, considerada la mortalidad en el período 2005 al 2020 y la morbilidad años 2005 al 2018, excepto por la tasa

de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes que presenta un descenso en el caso de las muertes atribuibles a enfermedades hipertensivas, y la respectiva tasa bruta que mantiene un valor similar, el resto de los indicadores de morbimortalidad presentan un incremento, siendo más acentuado en el caso de la diabetes mellitus. Salvo excepciones los indicadores son más desfavorables en el caso de los varones que de las mujeres.

Los datos de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo también dieron cuenta de la tendencia en aumento de factores de riesgo cardiometabólico, tales como la actividad física baja o la obesidad.

En el contexto de este incremento sostenido de las ENT y sus factores de riesgo, la línea de tiempo construida (figura 9) permitió ver la priorización de las ENT a nivel internacional, regional, nacional y provincial, traccionando políticas, planes, programas y proyectos hasta la actualidad. En particular se resaltó en el caso de Misiones la Ley provincial de salud N.º 58 (Antes Ley 4388) sancionada en el año 2007, y el lugar privilegiado que da al modelo de atención primaria de la salud.

Descriptos los aspectos que fundamentan la relevancia del campo de estudio, el capítulo II se abocó a la construcción de las herramientas teórico conceptuales. Por su centralidad en este trabajo se abordó en primer lugar el concepto de gobernanza, incluyendo el debate sobre su uso en estas latitudes. En el desarrollo del concepto en su versión analítica (Hufty, 2010), incluyendo las dimensiones de normas o reglas de juego, actores, puntos nodales, procesos y poder, se destacó la importancia de un uso del concepto que no se proponga normativo, la gobernanza según lo que debe ser, sino el análisis de lo que es, al tiempo que se subrayó siguiendo a Flores (2010) que importa sí, en el campo sanitario, contrastar lo que existe con principios normativos, tales como el derecho a la salud.

Posteriormente se problematizaron conceptos claves al interior del campo de estudio como son salud, enfermedad, atención, cuidado y el derecho a la salud, enfatizando una perspectiva integral e interrelacionada de dichos conceptos en el contexto de los determinantes sociales de la salud. Allí también se abordaron aspectos priorizados del modelo de cuidado para personas con enfermedades no transmisibles (MAPEC) y redes integradas de servicios de salud (RISS).

En este desarrollo se procuró dar cuenta de la complejidad que implican tales conceptos, cerrando el capítulo una propuesta de articulación en base a Hufty (2010) donde la

gobernanza se trata de una variable intermedia, que incide sobre la variable dependiente, organización de los servicios para la atención y cuidado de las personas con ENT, pero a su vez ambas están sujetas a los efectos potenciales de variables que operan de manera independiente, y que exceden la gobernanza a nivel de los casos analizados, tales como la organización institucional del sector salud, lineamientos internacionales, nacionales y provinciales, los determinantes sociales de la salud, entre otros aspectos.

Este esquema teórico permitió luego ordenar en un todo coherente múltiples fenómenos que se articulan e inciden en la organización de los servicios, y por ende en los modelos de atención y cuidado y en el derecho a la salud.

Presentado el campo de estudio y las herramientas teórico conceptuales, el capítulo III se enfocó en la construcción del campo de estudio desde el punto de vista metodológico y epistemológico. Con relación al campo se refirió la trayectoria personal y profesional, y cómo la propuesta analítica de la gobernanza permitía problematizar y articular hipótesis y reflexiones surgidas en esa trayectoria en una propuesta coherente de investigación.

En términos metodológicos se explicitó el tipo de estudio, estudio de casos múltiples desde una visión instrumental de los casos, es decir, interesando la especificidad de los casos pero en tanto estos resultan instrumentos para comprender fenómenos que se considera exceden a los casos en sí (Simons, 2011).

Así también se definió el enfoque cualitativo seguido en el estudio, posicionándose el trabajo en lo denominado por Sousa Minayo (2009) investigación social en salud. El universo de análisis fue definido como tres centros de atención primaria de la salud del subsector público de la ciudad de Posadas, seleccionados de manera intencional y por conveniencia, mientras que las unidades de análisis fueron cada uno de los establecimientos y los discursos de personas que allí se desempeñan, así como discursos de personas con ENT e informantes claves pertenecientes al sector salud, activos o pasivos.

Siendo el eje los discursos, triangulados con otras fuentes de información tales como la observación, datos estadísticos, documentos oficiales de gobierno, noticias institucionales de prensa y la propia experiencia, la entrevista de tipo semiestructurada fue la técnica priorizada, en base a guías previamente elaboradas consistentes con el marco teórico (Anexo II), las cuales fueron revisadas en el proceso de trabajo.

Para el análisis e interpretación se utilizó como herramienta de apoyo el programa informático Atlas Ti, versión 7.5.4, para los procesamientos estadísticos y de escritura el paquete informático de Microsoft Office 365.

En términos epistemológicos se explicitó una posición desde el paradigma de la complejidad (Morin, 2011), remarcando la idea de que el estudio no procuro ir a la búsqueda de un principio o ley universal, sino extender, problematizar y ampliar la comprensión del problema de estudio propuesto, considerando dicho paradigma particularmente pertinente por tratarse de un campo donde interactúan múltiples procesos tales como la salud, enfermedad, atención, cuidado y sus determinantes.

Así también se destacó una posición desde la cual la realidad humana es una construcción social e histórica, y no algo dado ni inmutable, y que el análisis de los fenómeno seleccionados no implicó ir a la búsqueda de lo “oculto” a ser iluminado, sino el analizar eso que está allí dado, latiendo en la superficie (A. M Fernández, 2005), naturalizado y no siempre problematizado.

Considerando lo dicho se planteó, en términos de objetivo general, la producción de conocimiento científico sobre los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención, con relación a la organización de la atención de las personas de 18 años o más con enfermedades no transmisibles, en particular hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, y en qué medida las formas de gobernanza existentes inciden en el cumplimiento del derecho a la salud.

En calidad de objetivos específicos el trabajo se propuso:

1-Explorar y describir el funcionamiento y las formas de organización de los Centros de Atención Primaria de la Salud seleccionados para la atención y cuidado de las personas de 18 años o más con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II.

2-Analizar dicho funcionamiento y formas de organización a partir de la gobernanza (variable intermedia), contemplando los aspectos que determinan la misma (variable independiente) y cómo incide en el modelo de atención y cuidado (variable dependiente) y el derecho a la salud.

3-Desarrollar recomendaciones para posibles intervenciones que promuevan mejoras en las formas de organización, atención y cuidado.

4-Generar antecedentes para el desarrollo de nuevas líneas de investigación en la materia.

Finalmente, en el capítulo de metodología se explicitó que el estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Provincial, dependiente del Parque de la Salud, y que fue condición de la participación la firma de consentimiento informado, incluyendo el mismo la garantía de confidencialidad y anonimato (Anexo I).

El capítulo IV se centró en el análisis de la evidencia empírica en articulación con lo trabajado en el marco teórico, estructurándose en cuatro apartados. En el primero se dio cuenta del período de trabajo de campo, atravesado inicialmente por las particularidades de contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 pues tuvo inicio en abril de 2021, así como de la caracterización del universo de análisis, consistiendo en veintiún entrevistas entre informantes claves (seis), personal de los centros de atención primaria (doce) incluyendo responsables de los establecimientos, profesionales, técnicos, y usuarios (tres).

La segunda parte consistió en una caracterización general de los casos que incluyo:

-La caracterización de la población de referencia de los establecimientos a partir de datos estadísticos, priorizando edad y sexo, ocupación y cobertura sanitaria, escolarización formal y condiciones habitacionales. De esta caracterización se resaltó la cobertura en salud exclusivamente pública en más de un 60%, el bajo nivel de terminalidad secundaria (no superior al 40%) y casi nulo terciaria (6%), así como ocupaciones principalmente de tipo informales (albañilería y construcción en el caso de los varones, amas de casa en el caso de las mujeres), en una población mayormente en edad activa (82,9% de entre 21 a 64 años).

-Una caracterización de los establecimientos, también estadística, que permitió ponderar el volumen de consultas médicas y la población que mayormente atienden en términos de edad y sexo. De dicho análisis se desprendió que para el año 2022 los casos seleccionados concentraron el 15% de todas las consultas médicas de centros de atención primaria ubicados en la zona capital y, en términos comparativos CAPS y hospitales nivel III, estos últimos concentraron el 70% de todas las consultas para el mismo año. A nivel de los casos seleccionados, el 49% de las consultas para ambos sexos se concentran para el grupo de edad

de 20 años o más, pero con una diferencia significativa entre ambos sexos, lo cual se atribuyó a consultas vinculadas al ciclo reproductivo (58% de consultas de mujeres de 20 años o más, contra 35% en el caso de los varones).

En segundo lugar se caracterizó los establecimientos de manera más descriptiva partir de las entrevistas y observaciones, indicando funcionamiento diario (lunes a viernes de 7 a 18 horas), recursos humanos con los que cuentan (incluyendo servicios profesionales -medicina, nutrición, psicología, etc., y técnicos) así como capacidades en términos de infraestructura, programas disponibles y servicios. Esta caracterización permitió corroborar las ventajas comparativas que poseen establecimientos de la Zona Capital con relación a otras Zonas sanitarias vistas en el primer capítulo y antes mencionadas.

La tercera parte del capítulo, “los casos”, se abocó a la descripción y análisis de dimensiones priorizadas con relación al cotidiano y la atención y cuidado de las personas con ENT, a partir de las entrevistas al personal de los establecimientos. Tales dimensiones incluyeron el recupero de aspectos que se vinculan a la historicidad de los establecimientos, la atención de las personas de 18 años o más con HTA y/o DM2, y dos aspectos que insistieron: acceso a la medicación y referencia y acceso a estudios complementarios y atención de especialistas, mayormente no disponibles en el primer nivel de atención. Finalmente, la última dimensión se vinculó al trabajo en equipo en el primer nivel de atención.

De dicho análisis y en calidad de síntesis interpretativa se destacaron seis puntos, de manera sucinta: (1) la puesta en visibilidad de las ENT en el cotidiano de los establecimientos, con mayor énfasis a lo largo de segunda década del siglo XXI; (2) un modelo de atención dispensado por los profesionales de tipo fragmentado y multidisciplinar, mediatizada la comunicación entre profesiones principalmente por el sistema informático RISMí, lo cual se da en el contexto de un hábito de los profesionales sintetizado en la figura del “estar de paso”, a diferencia de responsables, administrativos y técnicos que construyen un cotidiano/continuo de los establecimientos; (3) el tratamiento médico y farmacológico como modelo de atención priorizado y una conducta de derivación que no es homogénea, a pesar de contar con otras disciplinas pertinentes a la atención y cuidado de las personas con HTA y/o DM2, tales como nutrición o salud mental; (4) discontinuidad, cuando no ausencia, de otras medidas tales como apoyo a la actividad física o articulaciones intersectoriales para su apoyo; (5) descoordinación entre niveles de atención y por ello múltiples barreras de acceso a los niveles de atención

especializada (estudios complementarios, atención especialistas, etc.); finalmente (6), como consecuencia de los puntos 2 al 5 y en el contexto de otros determinantes sociales de la salud, las dificultades para el cumplimiento del derecho a la salud de las personas con ENT.

La cuarta y última parte del capítulo se centró en la gobernanza propiamente dicha, y por ello se detuvo en el comportamiento de las dimensiones que la constituyen siguiendo el marco analítico propuesto por Hufty (2010), a saber: los actores, las normas, los procesos, los puntos nodales y el poder.

El trabajo sobre estas dimensiones incluyó también aspectos que, aunque por fuera de los casos, operan como variables independientes sobre ellos y también sobre la variable dependiente, organización de la atención y cuidado de las personas con HTA y/o DM2. En esta línea se abordaron en calidad de actores personificados, tal como se había anticipado en el capítulo III, aspectos tan disímiles como hospitales, políticas sectoriales así como planes, programas y proyectos. Pero también el rol de otros determinantes de la salud tales como aspectos socio-económicos, culturales y de género.

Siguiendo la lógica de identificar el rol de los agentes en calidad de actores en el marco analítico de gobernanza, a nivel de los casos se destacó el rol de actores secundarios/pasivos las personas con ENT, en el contexto de los determinantes de la salud y de dispositivos que producen y reproducen ese lugar y, por ende, sin capacidad de modificar las normas o reglas de juego. Administrativos y agentes sanitarios fueron ubicados por su parte como actores de interés y por lo tanto llevados por el proceso, también imposibilitados de modificar el funcionamiento de lo existente.

Respecto de los profesionales se abordó su carácter de actor estratégico, pero también los hábitos que como agentes del campo configuran sus prácticas, sintetizados en el “estar de paso”, y como esto repercute en la posibilidad de hacer equipo y dar cuidados integrados e integrales, es decir, cambiar parte de las reglas del juego. En este contexto se abordó la primacía de la atención médica y el tratamiento farmacológico por sobre cualquier otro abordaje.

Con relación a las personas responsables de los establecimientos, se ubicó que si bien detentan una figura de actores estratégicos, la posibilidad de ejercer ese rol se encuentra condicionada por múltiples aspectos, que van desde la experiencia y trayectoria, capitales que

ostente, capacidad de negociación, hasta el reconocimiento económico de la función todo lo cual, en el contexto de la dependencia de disponibilidad y hábito de los recursos humanos, limita las posibilidades de transformar las normas existentes.

Por fuera del nivel de gobernanza de los establecimientos y en calidad de variables independientes, los hospitales especializados fueron descriptos como cerrados sobre sí mismos, frente a intentos infructuosos por establecer puentes entre los niveles de atención por parte de la Zona Sanitaria, y un fuerte apoyo institucional-comunicacional expresado por el organismo rector en salud pública, el Ministerio de Salud de la provincia de Misiones, al nivel especializado.

En este contexto, a pesar de la existencia de meta-normas formuladas por la provincia tales como la Ley provincial de Salud, cuyo modelo explícitamente priorizado es la atención primaria y el primer nivel de atención, o bien meta-normas a las cuales la provincia adhiere y se expresa en planes, programas y proyectos que promueven las redes integradas de servicios de salud (RISS), o el modelo de atención de las personas con enfermedades crónicas (MAPEC), las normas constitutivas no se ven modificadas, o dicha modificación es solo parcial y acotada.

En este contexto se mantiene los rasgos que caracterizan a la organización institucional del campo de la salud en Misiones: fragmentación vertical y horizontal, alta valoración de la atención médica en general, y de la atención hospitalaria especializada en particular.

Al mismo tiempo las normas constitutivas convalidan, con relación a las personas con ENT su rol secundario/pasivo, y con relación al recurso humano comportamientos diferenciales según se detente o no capital cultural en su forma institucionalizada (Bourdieu, 1987).

En términos de procesos, se describió un período de impulso a la atención primaria de la salud a partir de la Ley de Salud entre mediado y fines de la primera década del siglo XXI, así como la mejora progresiva de las capacidades del primer nivel traccionada por planes, programas y proyectos, todo lo cual fue instalando la problemática de las ENT.

Sin embargo la estructura del campo y los hábitos de los recursos humanos que la producen y reproducen, no permitieron articular en un horizontal organizacional las iniciativas que “bajan” y muchas veces se superponen, quedando sujetas las transformaciones de los

servicios para la atención y cuidado de las ENT a compromisos individuales, ganas “*de*”, por fuera de una estrategia de equipo en el primer nivel de atención.

En este contexto fueron problematizados respecto a los profesionales aspectos como la formación de grado y posgrado, y en particular la remuneración económica, presentándose como línea de indagación el valor económico en el mercado laboral de los capitales culturales en su forma institucionalizada o, dicho en otros términos, cuál es el capital económico considerado adecuado en función del capital cultural que se detenta.

Con relación a los puntos nodales, entendidos como espacios físicos o virtuales en los cuales convergen actores, procesos y normas que, en interacción con otras variables o de forma aislada, producen efectos “sobre la variable dependiente estudiada” (Hufty, 2010), se identificaron y analizaron cuatro puntos, y un estilo de comunicación que atraviesa buena parte del sector salud.

De manera resumida estos puntos fueron: (1) el espacio de consulta, caracterizado por una relación asimétrica profesional/persona con enfermedad no transmisible, donde el primero inhabilita el diálogo y su accionar es principalmente indicativo y prescriptivo, reforzando el rol secundario y pasivo del segundo. (2) Espacios comunes limitados de reuniones de “equipo”, incluso a veces solo en capacitaciones, lo cual configura una gestión discontinua de quien esté a cargo del establecimiento con los profesionales, y una gestión continua con administrativos y técnicos, situación que impide la potencial puesta en debate del modelo de atención y cuidado, centrado en la lógica de atención en consultorio. (3) El punto nodal Zona Sanitaria-efectores de salud, mayormente presente a la hora de resolver conflictos. (4) Los puntos nodales vinculados a los programas, su coordinación e implementación, donde se tensionan lógicas entre “bajar” línea o construir consensos y acuerdos en la relación programas/efectores, y generación o no de acuerdos y articulaciones entre programas en el nivel central.

Con relación al modelo de comunicación surge del análisis mayormente la presencia de un modelo que puede denominarse *castrense*, en el sentido de unidireccional, informativo y prescriptivo, particularmente visible el caso de la consulta médica, pero que atraviesa el sector salud de diferentes maneras, impactando en la posibilidad de entablar diálogos y en la calidad de los mismos.

Finalmente y con relación al análisis del poder, se desprende que el campo de la salud se configura como un campo extenso de distinciones entre los agentes que lo conforman, distinciones sostenidas en la presencia-ausencia-diferencial de capitales que estos poseen, y que alimentan desde el rol pasivo de las personas con ENT con relación a su propio cuidado, hasta contradicciones y fragmentaciones entre quienes son dispensadores de la atención y cuidado.

En segundo lugar la preminencia de un tipo de dispositivo de atención que se puede denominar “*a puerta cerrada*”, donde se sella la asimetría profesional/persona con ENT, dificultando abordajes interdisciplinarios y, expulsión de otros significativos mediante (familiares, vínculos de las personas con ENT), se erosiona el proceso colectivo que implica el acto de cuidar.

En tercer y último lugar, y como resultante de la articulación de otros dispositivos (medios de formación de opinión, espacios de formación académica, lógicas hospitalarias, tecnologías médicas) la distinción y valoración del dispositivo consultorio en el nivel especializado por sobre el mismo espacio en el ámbito de los Centros de Atención Primaria de la Salud.

Con base a los fenómenos explorados, descriptos, analizados e interpretados, en el capítulo de análisis teórico (capítulo V) se planteó que las principales reglas de juego que regulan el comportamiento de los agente solo se han visto modificadas de manera parcial y acotada, incluso a pesar de múltiples iniciativas que buscan generar cambios en el modelo de atención de las personas con ENT y de las mejoras sustanciales en términos de capacidad de los establecimientos del primer nivel de atención. Todo lo cual permite afirmar, en calidad de tesis y respuesta al objetivo general del trabajo de investigación que:

los procesos de gobernanza en el primer nivel de atención se caracterizan por la baja participación de los actores estratégicos y por el lugar marginal asignado a las personas con HTA y/o DM2, relegados al rol pasivo de actores secundarios, produciendo y reproduciendo modelos fragmentarios de atención alejados de modelos integrales de cuidado. Tales formas de gobernanza, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y de los determinantes político-organizacionales que regulan el sector, coadyuvan a una baja calidad de los cuidados y del cumplimiento del derecho a la salud.

En términos de reflexiones y conceptualizaciones teóricas que aporten a la comprensión de los resultados, el capítulo plantea tres grandes ejes.

El primero vinculado a lo que se ha caracterizado como fragmentaciones múltiples del sector salud. Allí se recuperó lo que puede denominarse la fragmentación vertical, para describir lo mayormente existente en la literatura sobre la falta de coordinación entre diferentes niveles de atención, problematizando el lugar privilegiado de la atención en los niveles especializados así como la sobre valoración de las tecnologías médicas como principal forma de cuidado.

Tales fenómenos inciden en el cumplimiento del derecho a la salud en principio por dos motivos. En primer lugar, y como se vio a lo largo de los resultados, porque existen múltiples problemas de accesibilidad a tales servicios y tratamientos, lo cual redundaba en abandonos, falta de adherencia y múltiples barreras como ser administrativas, geográficas, económicas, tal como fue descripto.

En segundo lugar, y desde una perspectiva poblacional, tales fenómenos son generadores de inequidad en salud, es decir, desigualdades evitables (Arcaya et al., 2015) dada la relación inversamente proporcional entre la demanda y la capacidad y costo sanitario de la oferta de atención especializada.

Pero también la conceptualización de fragmentaciones múltiples incluyó una fragmentación horizontal, o una fragmentación al interior de la fragmentación, lo cual se considera contribuye un aporte novedoso al campo de estudio, por cuanto sintetiza un modelo de atención y cuidados de baja integralidad y escasa o nula interdisciplinariedad la cual se da a nivel de los establecimientos analizados.

En el contexto de dicha fragmentación y del abordaje médico y farmacológico como principal medida, no solo se ve vulnerado el derecho a la salud en términos de la integralidad que éste implica, sino que además se retroalimentan problemas de acceso a tratamientos farmacológicos solo disponibles en niveles especializados, al tiempo que se generan servicios ociosos en el primer nivel de atención, entre los principales fenómenos descriptos.

El segundo fenómeno analizado procuró dar cuenta de que existen márgenes de acción diferenciales en el recurso humano en salud, lo cual explica el “*estar de paso*” de los profesionales y su baja participación en el primer nivel de atención, siendo tales márgenes la

resultante de un campo que regula el estar del recurso humano en el espacio asistencial no tanto en función de las lógicas organizacionales estatales, sino en función de lógicas corporativas profesionales.

Estos fenómenos fueron encuadrados en lo que Henry Mintzberg denomina burocracia profesional (Spinelli, 2010), y en el prestigio de las profesiones (Pérez, 2001) y su relación con el Estado las cuales, en el caso particular del campo de la salud, adquieren características propias dado el alto valor social de los temas sobre el cual los/as profesionales desarrollan sus prácticas (Spinelli, 2010).

Como tercer fenómeno y efecto de conjunto, el capítulo V plantea la existencia de una falencia en la integralidad de los cuidados, lo cual nuevamente entra en detrimento del derecho a la salud. Dicha falencia no se atribuye a los sujetos prestadores de salud a título individual, aunque sean parte interviniente, sino a la estructuración del campo en su conjunto y los hábitos que se producen y reproducen en él.

Así, el modelo fue caracterizado por la preminencia de la *atención* médica y el tratamiento farmacológico antes que el *cuidado* integral, centrada la intervención en lo biológico individual y reforzando el lugar de telón de fondo de los determinantes sociales, culturales, históricos y económicos de la salud.

En esta línea se recuperaron los pensamientos de Iván Illich, a partir de los desarrollos de Passos Nogueira (2008), para reflexionar sobre las iatrogenias que produce la medicina institucionalizada, así como también experiencias que, dispositivos distintos al consultorio a puerta cerrada antes descrito, ponen en discusión la efectividad de éstos últimos y abren a la horizontalidad y el diálogo de y con los otros.

Los fenómenos descriptos se producen y reproducen en el contexto de la labilidad, cuando no inexistencia, de políticas intersectoriales para promover el cuidado de las personas con ENT.

A los fines de dar cumplimiento al objetivo número 3, desarrollo de recomendaciones, la antesala del cierre del capítulo propone, en consonancia con el marco analítico de gobernanza, tres puntos nodales como posibles estrategias de intervención que promuevan mejoras en las formas de organización, atención y cuidado.

El primero propone intervenir sobre el punto nodal “a puerta cerrada”, es decir, sobre el dispositivo que mayormente impera como modelo de atención. Lo cual implicaría poner en debate la centralidad de la atención médica y una actitud proactiva de las otras profesiones, al tiempo que dar lugar a la voz y participación, en calidad de actor estratégico, de las personas con ENT, junto con otros significativos cuando sean aliados del cuidado, incluyendo la posibilidad de desarrollar otros dispositivos de probada eficacia, tales como grupos de apoyo con acompañamiento interdisciplinario, por citar un ejemplo.

Al mismo tiempo y cuasi como pre requisito, para que la intervención del punto nodal uno sea posible se considera necesario la intervención sobre el punto nodal dos, definido como “gestión discontinua”, y en esa línea se apela a fortalecer el compromiso organizacional y poner en cuestión el hábito de estar de paso, con el objeto de fortalecer la institucionalidad del primer nivel de atención a nivel de los casos analizados.

En calidad de tercer punto nodal, se asume que la forma en que se implementen, “bajen”, planes, programas y proyectos (PPP) excede la gobernanza a nivel de los establecimientos del primer nivel. Sin embargo, si dichos establecimientos se encuentran fortalecidos como organizaciones, con planificaciones propias, y con equipos de salud consolidados, es más viable “negociar” las maneras en que tales PPP se implementan, y existen mayores posibilidades de organizar en un coherente horizontal lo que muchas veces baja verticalmente y sin coordinación con otras líneas de trabajo.

Para que las intervenciones mencionadas sean posibles, se concluye resulta necesario generar diálogos de calidad y centrarse en el trabajo y los procesos de trabajo (Spinelli, 2010), apuntalando, en términos de L’hopital (2017) las tecnologías blandas que hacen a la comunicación (escuchar, comunicar) y el trabajo vivo, promoviendo un movimiento de modelos centrados en la atención fragmentaria hacia el cuidado integral.

A modo de cierre: notas del proceso y aportes

El desarrollo del trabajo de investigación aquí presentado posee entre sus particularidades el hecho de que quien lo ha realizado y suscribe es parte del propio campo. En este sentido ha implicado un esfuerzo permanente por revisar concepciones y conceptualizaciones en contraste con un campo visto-escuchado desde un lugar “nuevo”, y se plantea nuevo entre comillas por dos motivos. En primer lugar porque no es el primer antecedente de

investigación en el campo de la salud, pero si el primero que se realiza de esta envergadura. En segundo lugar, dado que el problema elegido se vincula de modo directo con funciones previas de gestión en el campo sanitario.

En tercer lugar nuevo, y sin comillas, porque ha implicado buscar la distancia relativa necesaria para poder utilizar conocimientos y experiencias previas, sin que estos obturen el trabajo de campo y el proceso de análisis y escritura.

En este sentido el proceso de revisión teórica, relectura del campo y proceso de escritura y reescritura ha sido una constante, plasmado en múltiples esquemas y notas que no están en el trabajo pero sin los cuales este no habría sido posible, a lo cual se suman múltiples diálogos con diferentes personas a los fines de contrastar hipótesis, experiencias de la realidad, etc.

En calidad de aportes al campo de estudio, muchos de los diagnósticos realizados por el mismo sector salud no distan mucho de algunos aspectos trabajados aquí, y tampoco son recientes. Tal como planteaba el Gobierno Nacional en su presentación al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Argentina (PNUD) del proyecto “Programa de Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud FEAPS”, en su diagnóstico de situación en abril de 2009:

el éxito de los procesos desarrollados y los resultados alcanzados encuentran límites que evidencian la necesidad de fortalecer la EAPS [estrategia de atención primaria de la salud] integrando otras acciones, orientadas a producir cambios sustantivos en el ordenamiento de redes de servicios de salud. Fundamentalmente, se evidencia la necesidad de acompañar el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del Primer Nivel no solo con medicamentos provistos por un único Programa [REMEDIAR], sino integrando en la estrategia otros programas de nivel central que persiguen objetivos similares [...]. En el mismo sentido, la capacitación del RRHH no debe limitarse a los profesionales prescriptores en operación (médicos u odontólogos) sino abordar al conjunto del equipo de salud. Por otra parte, el incremento de la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención de forma aislada no resulta suficiente para modificar el modelo de atención... (Gobierno de Argentina, 2009, p. 6)

Necesidad de fortalecer la APS, superposición de programas, inclusión del equipo de salud, son tópicos que encuentran múltiples puntos de contacto con los resultados presentados y analizados. Sin embargo, sí se consideran aportes novedosos al campo:

-La descripción del funcionamiento del primer nivel de atención, limitado a los casos estudiados, en la ciudad de Posadas, provincia de Misiones, para la atención y cuidado de las personas adultas con HTA y/o DM2.

-El análisis y la interpretación de los porqué de los fenómenos observados, en su articulación con otros fenómeno, tales como los determinantes de la salud.

-La propuesta de fragmentaciones múltiples, y de una fragmentación horizontal y sus implicancias en los modelos de atención.

En este sentido se considera de relevancia teórico-metodológica no solo el uso del marco analítico de gobernanza, desde una postura epistemológica de la complejidad, sino y por sobre todo la explicitación y el trabajo extenso sobre el comportamiento de cada dimensión de la gobernanza, en su articulación con las otras dimensiones lo cual, en la literatura especializada en español y hasta donde se posee conocimiento, no tiene antecedente.

Ahora bien, siguiendo la lógica general del enfoque de estudios de casos, la extensión de los resultados se limita a los casos en estudio y a la credibilidad y consistencia de lo expuesto. En este sentido, antes que poner en discusión la posibilidad de generalizar la interpretación de resultados presentados a lo largo del trabajo así como las construcciones teóricas realizadas a partir de estos, sí quedará por considerar, por parte de cada lector/a, el grado en que aquellos pueden ser transferidos de manera parcial o total a otros casos a los fines de comprender su funcionamiento.

Dicho lo anterior cabe una última triangulación de información ahora con un documento ministerial. Se trata de la Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, Resolución 1084 del 12 de junio de 2023, “Conformación de nodos de gestión sanitaria para fortalecer la atención primaria de la salud en la provincia de Misiones”. En ella, se expresa:

El efecto de conjunto de la pandemia, considerando el sector salud y sus usuarios, **así como indicadores existentes**, permiten afirmar que es necesario reimpulsar medidas que fortalezcan el primer nivel de atención, y que, en sinergia con otras iniciativas existentes, garanticen el cumplimiento del derecho a la salud, objetivo primero de la políticas públicas del Gobierno de la Provincia de Misiones. (p. 4)¹⁶⁴

¹⁶⁴ El resaltado es mío.

Finalmente, posibles líneas de investigación que se abren a partir de la presente se vinculan a poder dar mayor comprensión a los motivos que hacen a las reglas de juego que se han descrito a lo largo del trabajo, como ser: ¿cuáles son las motivaciones que definen el comportamiento de los agentes?, ¿Cómo se relacionan esas motivaciones con la expectativa económica asociada al valor considerado pertinente según el tipo de capital cultural en su forma institucionalizada (titulación profesional)?, es más, ¿cuáles son las dimensiones que operan para fijar los valores de referencia y cuál es, si la hubiera, su diferencia según profesión?, ¿qué sucede en contextos de ruralidad, o en otras zonas menos favorecidas en materia de disponibilidad de recursos de la provincia? Preguntas todas que requieren seguir ahondando en el campo de la salud de Misiones.

Conclusiones

En función de lo desarrollado, en calidad de conclusiones y considerando los objetivos del estudio se plantea que:

1-De la exploración y descripción de las formas de organización de los Centros de Atención Primaria de la Salud para la atención y cuidado de las personas de 18 años o más con HTA y/o DM2, se concluye que la misma se caracteriza por un abordaje cuyo pilar es biomédico y farmacológico, con precarias formas de articulación con otras profesiones y estrategias, lo que resulta en una fragmentación a nivel horizontal o fragmentación al interior de la fragmentación.

2-En clave de gobernanza, esa fragmentación se explica por la baja participación en la organización como un todo de los actores definidos como estratégicos y los dispositivos que despliegan, y el rol de actores secundarios de las personas con HTA y/o DM2 en la definición de la organización del cuidado. En el contexto de los determinantes sociales de la salud, que incluye la organización del sector por fuera de los casos analizados, esto redundaría en una baja integralidad de los abordajes y del cumplimiento del derecho a la salud.

3-La exploración, descripción y análisis de la gobernanza permitió identificar puntos nodales y recomendar posibles intervenciones vinculadas a: (a) el dispositivo priorizado en la actualidad; (b) el tipo de gestión que hoy prima, sobre todo con relación a los profesionales, y las dificultades para formar equipos; (c) la necesidad de fortalecer los espacios de gestión y planificación a nivel de los establecimientos analizados.

4-El trabajo representa un antecedente inédito en la materia, mostrándose el marco analítico de gobernanza una herramienta conceptual y metodológica de relevancia para el campo sanitario.

Referencias bibliográficas

- Adlerstein, C., Barbuto, S. A., Boffi-Boggero, H. J., Foglia, V. L., Juliá, C. M., & Montecchia, M. F. (S/F). Evolución de la mortalidad en la República Argentina entre 1983 y 1998 (segunda parte). *MegaCatálogo Bibliográfico. Centro de Documentación. FCEyS. Universidad Nacional de Mar del Plata*.
https://smiba.org.ar/revista/vol_03/03_03_04.htm
- Almeida, C. M. de. (2020). Gobernanza global en el sector de la salud: Cambios en el “orden mundial”, la arena internacional y los impactos en la salud. *Astrolabio Nueva Época: Revista digital del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*, 24, 80-124.
- Almeida Filho, N. de, & Rouquayrol, M. Z. (2008). *Introducción a la epidemiología* (V. Martinovich, Trad.). Lugar.
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e104. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.104>
- Almúa, F. I. (2019). Análisis De Las Principales Características De Los Modelos De Gestión Hospitalaria De Alta Complejidad En La Provincia De Misiones. *Revista Científica «Visión de Futuro»*, 23(2), 214-233.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Arnaiz, M. G., Demonte, F., Kraemer, F. B., Arnaiz, M. G., Demonte, F., & Kraemer, F. B. (2020). Prevenir la obesidad en contextos de precarización: Respuestas locales a estrategias globales. *Salud colectiva*, 16, 81-82. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2838>

- Artaza Barrios, O. (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina* (Publicaciones de la representación OPS-OMS en Argentina; 71). Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34027>
- Balladelli, P., Guzmán, J., Korc, M., Moren, P., & Rivera, G. (2012). *Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-regional-sobre-determinantes-sociales-salud-region-americas>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., & Salivaras, D. R. and S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1). <https://www.longwoods.com/content/16763/healthcare-quarterly/the-expanded-chronic-care-model-an-integration-of-concepts-and-strategies-from-population-health-pr>
- Báscolo, E., Aragiúes y Oroz, V., Pagés, J. A., Garay, O. E., Bello, J., & Mera, J. (2017). *Funciones esenciales de salud pública: Su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: Experiencia federal* (O. Artaza Barrios, Ed.). Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34026>
- Bazzani, R. (2010). Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Revista de Salud Pública*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700001>

- Borrell Bentz, M. R. (2005). *La educación médica de postgrado en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa* (1ra ed.). Organización Panamericana de la Salud-OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6244>
- Bourdieu, P. (1987). Los Tres Estados del Capital Cultural. *Sociológica (México)*, 2(5), 11-17.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En P. Bourdieu, *Sociología y Cultura*. Grijalbo.
- Bourdieu, P. (2010). *Capital cultural, escuela y espacio social* (I. Jiménez, Trad.). Siglo Veintiuno Editores.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (2007). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Argentina Editores.
- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar.
- Cámara de Representantes de Misiones. (2007). *Ley Provincial de Salud: LEY XVII - Nº 58 (Antes Ley 4388), 13 de Septiembre de 2007*. Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. <https://salud.misiones.gob.ar/ley-provincial-de-salud/>
- Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2018 | Buenos Aires Ciudad— Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. (s. f.). Recuperado 23 de diciembre de 2023, de <https://buenosaires.gob.ar/salud/noticias/campana-nacional-de-prevencion-de-la-ceguera-por-diabetes-2018>
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault: Temas conceptos y autores* (1. ed.). Siglo Veintiuno Editores.
- Castro Pérez, R. (2009). Salud y cotidianidad: Un análisis hermenéutico. En *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico* (En Grimberg, M. (ed.), pp. 21-52). Antropofagia.

- Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 0(26). <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Centro de Estudios para la Producción (CEP XXI). (2020). *La economía argentina en perspectiva internacional: Precios y tamaño. Análisis de los resultados del Programa de Comparación Internacional de 2017 llevado a cabo por el Banco Mundial*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_economia_argentina_en_perspectiva_internacional._agosto_2020.pdf
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13, Article 13. <http://ojs.econ.uba.ar/urn:issn:1853-1350repba.v0i13.7852>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *La salud como desafío productivo y tecnológico: Capacidades locales y autonomía sanitaria en la Argentina pospandemia* (CEPAL- SALUD DESAFIO PRODUCTIVO - MODELOS - FINANCIAMIENTO). CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46534>
- Consejo Nacional de Políticas Sociales, & Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO). (2021). *Reporte de Monitoreo de Sumar: 2º trimestre 2021* (Monitoreo de Programas Sociales 2do Trimestre 2021; Reporte de Monitoreo, pp. 1-26). Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/reporte_de_monitoreo_de_sumar_2do_2021.pdf
- Das, V. (2017). Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3(5), 302-339.
- Datos Abiertos del Ministerio de Salud de la Nación. (2019, diciembre). *Total de beneficiarios inscriptos al Programa Sumar con Cobertura Efectiva Básica (CEB). Año 2019*. <http://datos.salud.gob.ar/>

De Souza Campos, G. (1998). Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. *Cuadernos Médico Sociales*, 74, 79-90.

Definición de fondo de ojo—Diccionario de cáncer del NCI - NCI (nciglobal,ncienterprise). (2011, febrero 2). [nciAppModulePage]. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/fondo-de-ojo>

Deleuze, G., & Guattari, F. (2008). Introducción: Rizoma. En *Mil MESETAS. Capitalismo y esquizofrenia* (pp. 9-32). Pre-textos.

Delucchi, A. M., Majul, C. R., Vicario, A., Cerezo, G. H., & Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista argentina de cardiología*, 85(4), 1-8.

Dirección de Programación y Planificación. (2021). *Estadísticas Hospitalarias Año 2020*. Ministerio de Salud, Provincia de Misiones.

Dirección de Programación y Planificación, & Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. (2021). *Mortalidad general por causas seleccionadas de la clasificación internacional de enfermedades décima revisión (cie-10) Misiones Año 2020*.

Dislipidemia (dislipemia)—Trastornos hormonales y metabólicos. (s. f.). Manual MSD versión para público general. Recuperado 30 de diciembre de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-relacionados-con-el-colesterol/dislipidemia-dislipemia>

Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: Enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud colectiva*, 13(3), 375-390. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>

- Donato, N. A. (2017). Derecho a la salud. En *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>
- Dukuen, J. P. (2015). *Los usos del habitus en la génesis de las investigaciones antropológicas de Bourdieu (1962-1964). Contribución a un debate*. <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/17180>
- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E., & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1031-1036. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5859>
- Echegoyemberry, M. N. (2021). El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria. *Debate Público*, 11(21), Article 21.
- Echegoyemberry, M. N., Castiglia, G., Yavich, N., & Báscolo, E. P. (2017). *Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de Derechos Humanos*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/79276>
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017a). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19, 396-403. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017b). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19, 396-403. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
- Farmer, P. (2000). Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Papeles de población*, 6(23), 181-201.
- Federación Internacional de Diabetes (FID). (2019). *Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID, 9a ed.* Federación Internacional de Diabetes.

- Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo «Atención Primaria de Salud en Debate». *Saúde em Debate*, 36, 352-354.
- Fernández, A. M. (2005). *El campo grupal: Notas para una genealogía*. Nueva Visión.
- Fernández, J. M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: Una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 7-31.
- Fernández, O. (2003). Pierre Bourdieu: ¿Agente o Actor? *Rev. Tópicos del Humanismo*, 90(1), 1-7.
- Fernández Pérez, J. A. (2001). Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(2).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15503202>
- Flores, W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: Implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Salud Pública*, 12, 28-38. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700003>
- Flores, W., & Gómez-Sánchez, I. (2010). La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. *Rev. Salud Pública*, 12(Sup. 1), 138-150.
- Flores-Barrios, C., Hernandez-León, R., Peñarrieta-de Cordova, I., Flores-Barrios, F., De La Cruz-Palomo, A., & Díaz-Ramírez, A. A. (2023). Efectividad de un programa de apoyo al automanejo para cuidadores familiares. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 11(21), 7-12.
<https://doi.org/10.29057/esh.v11i21.10021>
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. La Piqueta.

- Foucault, M. (1999a). De la naturaleza humana: Justicia contra poder. En *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II.* (pp. 57-103). Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1999b). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III.* Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (2001). El sujeto y el Poder. En H. L. Dreyfus & P. Rabinow, *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (1ra ed., pp. 241-269). Ediciones Nueva Visión.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber.* (1. ed. argentina). Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Fowler, W. R., & Zavaleta Lemus, E. (2016). El pensamiento de Pierre Bourdieu: Apuntes para una mirada arqueológica. *Revista de Museología «Kóot»,* 4, 117-135.
<https://doi.org/10.5377/koot.v0i4.2253>
- Galende, E. (2004). Debate Cultural y Subjetividad en Salud. En *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: Epidemiología, gestión y políticas* (Spinelli Hugo (Dir.)). Lugar Editorial.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory.* Aldine Press.
- Gobierno de Argentina. (2009). *Proyecto: Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud FEAPS.*
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/ARG/00056943_Prodoc.pdf&ved=2ahUKEwjc6evkiJKGAxU4qJUCHf-GCdYQFnoECB0QAQ&usg=AOvVaw2sHlnMAouLNRYS0gW4s6F7

- Good, B. J. (Ed.). (1993). How medicine constructs its objects. En *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective* (pp. 65-87). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511811029.005>
- Good, B. J. (1994). How medicine constructs its objects. En *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Grushka, C. (2014). Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina.... *Revista Latinoamericana de Población*, 8(15), Article 15.
<https://doi.org/10.31406/relap2014.v8.i2.n15.4>
- Guarnaluses, B., & Jorge, L. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN*, 20(11), 2434-2438.
- Guglielmi. (2015). Sobre el poder y sus regularidades. Michel Foucault y Pierre Bourdieu. *Nuevo Itinerario Revista Digital de Filosofía*, 10(X), 1-19.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 393-395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
- Hersch-Martínez, P., Salamanca-González, M. G., Hersch-Martínez, P., & Salamanca-González, M. G. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: Hacia un marco analítico. *Rev. Salud Pública*, 12(Sup. 1), 36-61.
- Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: Un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. saúde pública*, 22 (sup), S35-S45.

- International Diabetes Federation. (2021). *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn.* International Diabetes Federation.
- Joo, J. Y. (2023). Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. *Nursing Open*, 10(6), 3460-3473. <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>
- Kickbusch, I., & Liu, A. (2022). Global health diplomacy-reconstructing power and governance. *Lancet (London, England)*, 399(10341), 2156-2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00583-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00583-9)
- Labonté, R. (2010). Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. *Rev. Salud Pública*, 12(Sup. 1), 62-76.
- Langdon, E. J. (2014). Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1019-1029. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>
- Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.
- L'hospital, C. (2017). Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 14(1), Article 1. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/27>
- LLapa-Rodríguez, E. O., Trevizan, M. A., & Shinyashiki, G. T. (2008). Reflexión conceptual sobre compromiso organizacional y profesional en el sector salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 484-488. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300024>

- Long, N. (2015). Acercando las fronteras entre la antropología y la psicología para comprender las dinámicas de desarrollo rural. En F. Landini (Ed.), *Hacia una psicología rural latinoamericana*. CLACSO.
- Marín, J. J. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes de discurso. Una aproximación conceptual a partir del Análisis Crítico del Discurso. *Entramado*, 8(2), Article 2.
- Marin, M. J., Fábregues, G., Rodríguez, P. D., Díaz, M., Paez, O., Alfie, J., Caruso, G., Pantalena, P. S., Schiavi, B., & González, M. (2012). Registro nacional de hipertensión arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial: Estudio RENATA. *Revista Argentina de Cardiología*, 80(2), 121-129.
- Marra, M. (2021). El derecho a la salud en Argentina y el deber de garantía del Estado nacional. *Ab-REVISTA DE ABOGACÍA*, 9, 83-92.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. L. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (Ed.), *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: Epidemiología, gestión y políticas* (pp. 11-47). Lugar Editorial.
- Menéndez, E. L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14, 461-481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2005). *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles, Informe de Resultados (2005)*. Ministerio de

- Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2005-informe-definitivo>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles, Informe de Resultados (2009)*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2009-informe-final>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Manual para el cuidado integral de personas adultas en el primer nivel de atención*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017a). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: Manejo integral en el primer nivel de atención*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017b). *Reglamento Operativo, Anexo XIII, Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles Préstamo BIRF N° 8508 AR*. Ministerio de Salud de la Nación. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento200.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018a). *Programa de Capacitación TRAPS (Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud). Fascículo 3: Factores de riesgo cardiovascular, Hipertensión Arterial*. MSAL. <http://186.33.221.24/medicamentos/index.php/modulos-para-medicos>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018b). *Programa de Capacitación TRAPS (Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud). Fascículo 6: Diabetes Mellitus tipo 2: Insulinización*. MSAL. <http://186.33.221.24/medicamentos/index.php/modulos-para-medicos>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2018c). *Manual Operativo. Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Préstamo BIRF N°8508*,. Ministerio de Salud de la Nación.
<https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento200.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020, junio 29). *Sumar*. Argentina.gob.ar.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Gasto de los hogares en Salud. Agosto 2021*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1_engho1_gasto_de_los_hogares_en_salud_primera_parte_kc-mx.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Resolución 844/2022, PROGRAMA NACIONAL DE SALUD COMUNITARIA, y Anexos I y II*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/261490/20220427>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022, noviembre 8). «*Remediar es un antes y un después en la salud pública*», dijo el presidente al celebrar los 20 años del programa. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/remediar-es-un-antes-y-un-despues-en-la-salud-publica-dijo-el-presidente-al-celebrar-los-20>
- Ministerio de Salud de la Nación, & Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). (2021). *Estadísticas vitales. Información básica Argentina—Año 2019*.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, & Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles, Informe de Resultados (2013) (1a ed.)*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/3ra-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2013>

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina, & Comunidad Europea. (2008).

Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Convenio de financiación (ALA/2005/17-606) entre la Comunidad Europea y la República Argentina. BOLETIN OFICIAL N° 31.380.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *¿Cuánto Gasta Argentina en Salud?*

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, & Banco Mundial. (2019). *TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA AUDITORIA EXTERNA OPERATIVA (AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO) -BIRF N°8508-AR.*

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwizw7afoM_-

[AhU5q5UCHe8oBgMQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.msal.gov.ar%2Fimagenes%2Fstories%2FLicitaciones-msal%2FTDR.PDF&usg=AOvVaw1hILKO1chT5UfKtW1NAxsf](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwizw7afoM_-AhU5q5UCHe8oBgMQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.msal.gov.ar%2Fimagenes%2Fstories%2FLicitaciones-msal%2FTDR.PDF&usg=AOvVaw1hILKO1chT5UfKtW1NAxsf)

Moreno, G. A. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. 1*, 16.

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Morin, E. (2011). El paradigma de la complejidad. En E. Morin & M. Pakman, *Introducción al pensamiento complejo* (pp. 87-110). Gedisa.

Morin, E., & Pakman, M. (2011). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Neiman, G., & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1. ed, pp. 213-237). Gedisa Ed.

- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2020). *Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina (datos 2019)*. www.argentina.gob.ar/salud/observatorio
- OECD & The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020* (ANALISIS MACRO Panorama de la salud LAC OCDE-BM). OECD. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- OMS. (s. f.). *Noncommunicable diseases*. Recuperado 10 de junio de 2021, de <https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de septiembre de 1978; Alma Ata, USSR*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/69830>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48a ed). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202593>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Hipertensión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Nuestros contribuidores*. <https://www.who.int/es/about/funding/contributors>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Dr. David Tejada de Rivero*. Recuperado 1 de marzo de 2022, de <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/dr-david-tejada-rivero>

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. —10a. Revisión*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *RECTORÍA Y GOBERNANZA HACIA LA SALUD UNIVERSAL*. Salud en las Américas 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*. OPS; Organización Panamericana de la Salud. *Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752?show=full>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275323052>

- Ortúzar, M. G. de. (2015). ¿Equidad y «Gobernanza en Salud»...? Pensar lo propio. *Perspectivas Bioéticas*, 20(37-38), 54-75.
- Pagés, J. A., Báscolo, E., Aragüés y Oroz, V., Garay, O. E., Bello, J., & Mera, J. (2017). Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): Vigencia o caducidad. En O. Artaza Barrios (Ed.), *Funciones esenciales de salud pública: Su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: Experiencia federal*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34026>
- Pan-American Health Organization (Ed.). (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Passos Nogueira, R. (2008). *La salud que hace mal: Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich*. Lugar.
- Peidro, S. (2021). La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, 52, 221-235. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.31202>
- Peller, M. (2011). Judith Butler y Ernesto Laclau: Debates sobre la subjetividad, el psicoanálisis y la política. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 44-68. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872011000200003>
- Pinto, L. (2009). *Pierre Bourdieu y la Teoría Del Mundo Social*. Siglo XXI Ediciones Sony Electronics [distributor]. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=85756>

- PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.). (2018, diciembre 12). *Decreto 1130/2018, Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR propuesto para ser suscripto entre la REPÚBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO (BIRF) [SUMAR]*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/>
- Presidencia de la Nación. (2020, abril 3). *Información sobre PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD, obras sociales provinciales, nacionales y empresas de medicina prepaga*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/informacion-sobre-programa-federal-incluir-salud-obras-sociales-provinciales-nacionales-y>
- Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), & Gobierno de Argentina. (2009). *Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud FEAPS*.
- Rivero, D. T. de. (2004). Alma Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 13(2), 51-54.
- Rivero, D. T. de, Sánchez, T., Ormachea, J., & Carbone-Campoverde, F. (2018). Cuarenta años después de alma ata: La actualidad de sus conceptos fundamentales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 675-677. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3902>
- Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F., & Haggerty, Jeannie. (2010). Gobernanza y salud: Significado y aplicaciones en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12, 151-159.
- Rosa Cruz, S. A. de la, & Arredondo López, A. A. (2017). Aportes de gobernanza para estudiar las políticas en sistemas de salud. *Horizonte sanitario*, 16(3), 221-227. <https://doi.org/10.19136/hs.a16n3.1914>
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36, 327-342.
- Secretaria de Acceso a la Salud, & Ministerio de Salud de la Nacion. (2022). *Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2020*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-gasto-en-salud-2017-2020_ss.pdf

Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2019-informe-definitivo>

Senado Argentina (Director). (2022, septiembre 14). *CARLA VIZZOTTI - PRESENTACIÓN PROYECTO DE LEY REMEDIAR 14-09-22*. <https://www.youtube.com/watch?v=FzmMWxLXTeo>

Silberman, S., & Badr, P. (2022). Elección de especialidades en atención primaria de los egresados de medicina de la Universidad Nacional del Sur. *Revista Argentina de educación médica*, *11*(1), 34-43.

Simons, H. (2011). *Estudio de caso: Teoría y práctica* (R. Filella, Trad.). Ediciones Morata, S.L.

Sintes, L. S. (2003). *Los promotores voluntarios de la Salud en la Ciudad de Posadas: Análisis de una experiencia sanitaria*. (Los Tesistas). Editorial Universitaria de Misiones.

Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, & Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial—Área de Consensos y Normas. *SAC / Sociedad Argentina de Cardiología*, *86*(2), 1-49.

Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC). (2019). *Hipertensión Arterial en la Argentina: Radiografía de un asesino silencioso*. saic.

<https://www.saic.org.ar/post/hipertensi3n-arterial-en-la-argentina-radiograf3a-de-un-asesino-silencioso>

- Souza Minayo, M. C. de. (2009). *La artesan3a de la investigaci3n cualitativa*. Lugar editorial.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>
- Stake, R. E. (1999). *Investigaci3n con estudio de casos* (2a. ed). Morata.
- Steichen J., R. (2002). Pierre Bourdieu, una perspectiva sociol3gica singular. *Revista ABRA* Vol. 22, No. 31, p. 93-100. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/18522>
- Sy, A. (2018). La medicalizaci3n de la vida: Hibridaciones ante la dicotom3a Naturaleza/Cultura. *Ci3ncia & Sa3de Coletiva*, 23, 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>
- Tejada de Rivero, D. A. (2013). Lo que es la atenci3n primaria de la salud: Algunas consideraciones a casi treinta y cinco a3os de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud P3blica*, 30(2), 283-287.
- Tobar, F. (2017). La atenci3n de la salud. En *Diccionario Enciclop3dico de la Legislaci3n Sanitaria Argentina (DELS)*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
- Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.). (2006). *Estrategias de investigaci3n cualitativa* (1. ed). Gedisa Ed.
- Veronelli, J. C., & Veronelli Correch, M. (2004). *Los or3genes institucionales de la salud p3blica en Argentina (Tomo 2)*. Organizaci3n Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/origenes-institucionales-salud-publica-argentina-tomo-1>
- Vigilancia Epidemiol3gica Direcci3n Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, & Ministerio de Salud de la Naci3n. (2023). *Bolet3n de mortalidad por*

enfermedades no transmisibles Período 1997—2021.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-de-mortalidad-por-enfermedades-no-transmisibles-1997-2021>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.

Viudes, S. G., Orlando, M. F., & Ramírez Cano, D. E. (2022). *Evaluación de la calidad de la atención de las enfermedades no transmisibles en el primer nivel de atención del sector público de la ciudad de posadas, misiones*. (J. E. Deschutter & S. E. Hanke, Eds.; p. 73). Universidad Nacional de Misiones. <https://sites.google.com/view/jornadas-intern-enf-transm2022/libro>

Wagner, E. H., Austin, B. T., & Korff, M. V. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.

Weiss, E. (2017). Hermenéutica y descripción densa versus teoría fundamentada. *Revista mexicana de investigación educativa*, 22(73), 637-654.

Índice de tablas

Tabla 1 Porcentaje del PBI del Gasto Corriente en Salud y Población cubierta. Argentina. Año 2017.....	19
Tabla 2: CAPS según categoría por zona sanitaria provincia de Misiones. Año 2021.....	24
Tabla 3: Recurso humano en salud, médicos/as y enfermeros/as por cada 10 mil habitantes y ratio según Provincia de Misiones, región NEA y total país.	26
Tabla 4: Cantidad de Agentes Sanitarios por cada 10 mil habitantes. Provincia de Misiones, 2023.....	27
Tabla 5 Principales ENT, denominación, funciones y órganos afectados, enfermedades que incluye y principales factores de riesgo asociados	29
Tabla 6: Prevalencia de HTA países del Cono Sur, total Cono Sur y regiones OMS; personas de 18 años o más.....	33
Tabla 7: Tasa de defunción estandarizada por 100 mil habitantes por edad por diabetes, 2016, regiones OMS/OPS y países seleccionados.....	37
Tabla 8: Mortalidad por Diabetes Mellitus provincias del NEA y total País, variables y años seleccionados, ambos sexos.	41
Tabla 9: Mortalidad por Diabetes Mellitus provincia de Misiones y total País, variables y años seleccionados, sexo femenino y masculino.....	41
Tabla 10: Prevalencia de glucemia elevada/diabetes por autorreporte en la población de 18 años y más. Regiones y provincias seleccionadas. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013-2018.....	42
Tabla 11: Mortalidad por Enfermedades hipertensivas, provincias del NEA y total País, variables y años seleccionados, ambos sexos.....	44
Tabla 12: Mortalidad por Enfermedades Hipertensivas, provincia de Misiones y total País, variables y años seleccionados sexo femenino y masculino.	44
Tabla 13: Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más, que alguna vez se midió la presión arterial. Regiones y provincias seleccionadas. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total país. Años 2005-2009-2013-2018.	45
Tabla 14: Atributos de la asistencia eficaz para las condiciones crónicas.....	95
Tabla 15: Esquema de articulación conceptual.	105
Tabla 16: Consultas médicas ambulatorias años 2022 en CAPS seleccionados de la Zona Capital, según sexo y grupos de edad seleccionados.....	127
Tabla 17: Conteo de palabras seleccionadas en títulos de noticias de prensa institucional, Ministerio de Salud Pública de Misiones, 14 de marzo al 5 de abril del año 2022.	205

Índice de Figuras

Figura 1: Estructura del “Sistema” de Salud Argentino.....	16
Figura 2: Gasto corriente en salud como expresión del PBI según tipo de cobertura, Argentina, año 2017.....	18
Figura 3: Razón de médicos, enfermeros y camas del subsector público por población de cobertura exclusiva del Estado según Zona Sanitaria de Salud. Provincia de Misiones. Año 2018	26
Figura 4: Tendencia de Probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años exactos por alguna enfermedad crónica, países del Cono Sur, ambos sexos, trienios completos, 2000-2018.	30
Figura 5: Seis Primeras causas de mortalidad, provincia de Misiones, período 2008-2020.	39
Figura 6: Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes, causa Diabetes Mellitus, ambos sexos, mapa República Argentina, años 2005 y 2019	40
Figura 7: Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100 mil habitantes, causa Enfermedades hipertensivas, ambos sexos, mapa República Argentina, años 2005 y 2019	43
Figura 8: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), variables seleccionadas, provincia de Misiones. Años 2005-2009-2013-2018.	46
Figura 9: Línea de tiempo ENT, agendas y políticas sanitarias (págs. siguiente)	48
Figura 10: Rediseño del grafico de Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud, (2012)	97
Figura 11: Representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en red ...	102
Figura 12: Composición de los entrevistados según perfil seleccionado.....	123
Figura 13: Nivel de escolarización alcanzado, ambos sexos, todos los casos (N> a 1000 < a 1500).....	125
Figura 14: Nivel de escolarización alcanzado según sexo todos los casos (N> a 1000 < a 1500)*	126
Figura 15 Actores priorizados de análisis.....	178
Figura 16: "Equipos" de Salud en CAPS casos de estudio	242
Figura 17: Ejercicio de poder, distinciones en los casos analizados.....	248
Figura 18: Síntesis de Gobernanza, sus dimensiones y relaciones entre variables. Con énfasis en los actores.....	253
Figura 19: Síntesis de Gobernanza, sus dimensiones y relaciones entre variables. Con énfasis en las normas	254
Figura 20: perfil del recurso humano en salud y márgenes de “libertad”	266

Anexos

6.1 Anexo I, Dictamen Comité de ética provincial



Posadas, 17 de marzo de 2021

Estimados Investigadores: Sergio Gabriel, VIUDES.

Hemos recibido toda la documentación para evaluación, del Protocolo de investigación junto con el Proceso de Consentimiento Informado del trabajo:

“Procesos de Gobernanza y organización de servicios de salud en el primer nivel de atención del sector público, Posadas, Provincia de Misiones, Argentina. Estudio de casos múltiples”

Se detallan a continuación: las observaciones realizadas que deben ser tenidas en cuenta para la entrega del informe final.

OBSERVACIONES

A: En relación a la METODOLOGÍA del Protocolo DE INVESTIGACIÓN

Las observaciones realizadas previamente por el CEIP fueron revisadas y corregidas según lo establecido en el dictamen provisorio

B. En relación al Proceso de Consentimiento Informado:

Tras la correcciones realizadas por el grupo de investigación no se han encontrado objeciones éticas para realizar el trabajo de investigación por ende. El proceso de consentimiento informado cumple con los requisitos solicitados por el CEIP.

El comité decide dar la aprobación para la ejecución del mencionado proyecto de investigación en al ámbito de las instituciones de salud de la provincia de Misiones.

Por lo cual, el presente Proyecto está APROBADO

- Se evaluaron los siguientes documentos recibidos:
- Protocolo de Investigación.
- Proceso de Consentimiento Informado.
- Aavales institucionales.
- Curriculum Vitae de los investigadores.

Saludos cordiales.

Dra. Cristina Martín
Presidente CEIP

6.2 Anexo II, Guías de tópicos de entrevistas

A. TOPICOS DE GOBERNANZA Guía 1: Informantes claves

[A.1 Los problemas]

0. Si así fuera, en términos de desafíos, cuáles son las principales modificaciones que requieren nuestros “sistemas” de Salud, subsector público en particular, para poder abordar las ENT en población de 18 años o más como la HTA y la DBT (I o II)? [Pre-pandemia, Pandemia y Pos pandemia]

1.1. En caso de haber estado o estar en curso estas u otras modificaciones, cómo y mediante qué acciones se traccionaban las mismas [pre-pandemia y en la actualidad] **[si fuera afirmativa la respuesta anterior] 1.1 De no haber estado en curso, cuáles son los principales motivos [respuesta 0 “no requiere modificaciones”]**

1.2. Desde el área/programa/etc. cómo, mediante qué principales líneas de trabajo (Programas-Proyectos-Financiamientos, etc.) se traccionan dichas modificaciones.

1.3. Y, desde su perspectiva, estas modificaciones son acompañadas/traccionadas mayormente a partir de: **[pedir ejemplos en todos los casos] [ver modificaciones en el tiempo]**

a. Principios Motivacionales (estímulo a su abordaje, etc.)

b. Incentivos (positivos o negativos; pesquisar si se trata de financieros o no financieros y tipo de incentivo) -cumplimiento de metas de programas?

c. Principios éticos (ampliar el derecho a la salud, mejor cobertura, mayor accesibilidad y equidad, etc.)

d. Mecanismos de seguimiento/monitoreo y control jerárquico [puede ser del mismo equipo, del superior directo, del superior de la institución, del territorio-zona- o incluso de MSP o MSAL, en todos los casos aclarar]

e. Presión de pares.

1.4. Desde su perspectiva, cuál/cuáles (si son más de uno ubicar una jerarquía) de los aspectos antes mencionados son los que en mayor medida traccionan las modificaciones?

1.5. Cuáles considera son los principales problemas que se presentan a la hora de traccionar modificaciones para una gestión adecuada de ENT como HTA y DBT [depende el nivel de trabajo-experiencia de los entrevistados: nivel **macro** -sistemas de salud, población- nivel **meso territorial**-organizaciones sanitarias, gremios de trabajadores, organizaciones sociales– nivel **micro institucional** -equipos de salud, usuarios y acompañantes de usuarios]

1.6. Considera, en los últimos 5 años previos a la Pandemia, que ha habido (cuáles) mejoras en la prevención-detección-atención y seguimiento de las ENT, en particular HTA/DBT?

1.7. Cómo evalúa la accesibilidad a la atención de las personas > 18 años con ENT?; por qué? [indagar en torno a barreras administrativas, geográficas, entre niveles de atención, económicas, psico-socio-culturales?

1.8. Y la calidad del tratamiento-seguimiento? [indagar también lo referido a relaciones con niveles II, III, acceso interconsultas, laboratorio, referencia-contra referencia, etc.]

[B.2 Los actores]

2.1. Si tuviera que ubicar un mapa de actores**, y plantear a grandes rasgos quiénes operan como facilitadores-Obstructores [quiénes- qué cosa hacían para, por qué, cómo, con qué***-desde su visión] para traccionar las modificaciones de las que venimos dialogando, cómo sería ese mapa [siempre ubicar en función de trabajo-experiencia de los entrevistados: nivel **macro** -sistemas de salud, población- nivel **meso territorial**-organizaciones sanitarias, gremios de trabajadores, organizaciones sociales– nivel **micro institucional** -equipos de salud, usuarios y acompañantes de usuarios]

[Ubicar actores y tipo: **estratégicos -que poseen recursos de poder suficiente para traccionar o impedir los procesos; **relevantes**-que poseen los recursos pero que se ven llevados por el proceso; **secundarios** -no poseen los recursos suficientes para traccionar reglas de juego; ubicar para el entrevistado en función de qué descansan los recursos de poder de los actores -capitales simbólicos, culturales, corporativos, etc.]

***[Ubicar para el entrevistado cuáles son los principales recursos de poder jugados por los actores -capitales simbólicos, culturales, corporativos, etc.]

2.2. Y qué rol poseen los **usuarios-pacientes** en esos procesos de modificación de la atención de las ENT [indagar qué tipo de actores son los usuarios-pacientes para el entrevistado] [En caso de no quedar claro en desarrollo de respuesta 2.1]

2.3. Si esos procesos están en marcha hoy, quiénes lo traccionan y qué rol juegan?

[C.3 Los puntos Nodales]

3.1. Cuáles son los principales espacios (físicos y/o virtuales) mediante los cuales se busca introducir las modificaciones?, quiénes participan de los mismos y que orientaciones/posturas ostentan o defienden [indagar en torno a espacios de debate, consenso, etc. con cada uno de los actores-agentes de los diferentes niveles [nivel **macro** -sistemas de salud, población- nivel **meso territorial**-organizaciones sanitarias, gremios de trabajadores, organizaciones sociales– nivel **micro institucional** -equipos de salud, usuarios y acompañantes de usuarios] **[Ubicar** si existen espacios de mayor jerarquía y/o de mayor impacto desde el punto de vista de su eficacia.]

3.2. **[PREGUNTAR SI EN 3.1 LA RESPUESTA FUE ESCUETA]** Cuáles son los principales debates/disputas que se producen en dichos espacios, entre quiénes, por qué, cómo?

3.3. Cuáles son los resultados y/o procesos impulsados a partir de estos espacios?

3.4. Mediante qué espacios y cómo considera el entrevistado que debiera de hacerse -instalarse modificaciones, nuevas formas de trabajo, etc.?

[D.4 Las Normas]

4.1. Se desarrollan normativas formales para el abordaje de las ENT, en particular HTA/DBT para el trabajo del sistema, organizaciones y equipos de salud? Qué se define principalmente en ellas? [indagar significaciones, valoraciones sobre el proceso de salud-atención; sobre el lugar y peso de las ENT, sobre la importancia, o no, del seguimiento y las interconsultas, análisis complementarios, etc.];

4.2. Y normativas informales?

4.3. Qué peso, en términos de cumplimiento/modificación de las prácticas poseen estas normativas? [Empezar por las formales y luego las informales]

4.4. Considera existe coherencia entre las normas que se buscan instalar (por ejemplo entre los diferentes programas sobre un mismo tema/abordaje de una patología) [O hay contradicción y/o pluralismo normativo] [Consultar lo mismo pero a nivel de los equipos/bloques de trabajo].

4.5. Qué valor le da en la práctica a las guías de práctica clínica? [qué lugar le dan los equipos de salud, son utilizadas en la práctica cotidiana? etc.]

4.6. Cuál considera es el rol del Primer nivel de atención en la prevención-detección-atención-seguimiento de las ENT, en particular HAT/DBT. Se cumple? Cómo? Por qué?

[E.5 Los procesos]

5.1. Podría ubicar una secuencia o serie de secuencias con relación a cómo han sido [cuáles han sido] los cambios que se han producido en el abordaje de las ENT (HTA/DBT) en los últimos 5 años?

5.2. Y en materia de los espacios (puntos nodales) de abordaje-discusión por incorporar estas temáticas-modificaciones en relación con el abordaje de las ENT (HTA-DBT), [siempre pensando en los diferentes niveles según el entrevistado: macro, meso, micro] [indagar sobre los procesos históricos]

5.3. Cuáles son las principales modificaciones ha traído la Pandemia en el abordaje de las ENT [en particular HTA y/o DBT]

5.4. Cuáles de ellas piensa que han llegado para instalarse y por qué?

Complementario visión comparativa sector privado y/o de OS (F)

En pocas palabras, considera que el abordaje de las ENT, en particular HTA/DBT, es distinto en el sector privado?, y en el de OS?; en caso de afirmación, cómo valoraría esa diferencia, por qué o a qué factores lo atribuye?

Final: Algo que quisiera agregar que no fue preguntado o dialogado?

2. Guía de tópicos efector de Salud: entrevista: IDENTIFICACIÓN (Cód. Interno: _____)

2. Guía de tópicos efector de Salud: entrevista

IDENTIFICACIÓN (Cód. Interno: _____)

1. Efector:

2. Fecha: _____

3. Atiende población de 18 años o más (el entrevistado/a): Si No

4. Sexo: M F

5. Profesión/actividad:

Médico/a general o de familia	Médico/a Esp. diabetólogo	Médico/a especialista sistema circulatorio	Enfermero/a	1.Licenciado	
				2.Auxiliar	
				3.Técnico	
Psicólogo/a	Psiquiatra	Encargado/a de Farmacia:	Promotor/a de Salud	1.Técnico APS	
				2.Promotor	
Nutricionista	Otro:		Administración (Sector):		

6. Antigüedad de trabajo en el efector: < 1 año >1 a < 3 = o >3

7. Edad: _____

8. Dirección de:

Establecimiento	Servicio:
-----------------	-----------

9. Antigüedad en el cargo:

--	--

10. Función en el efector:

Clinica General--- Clínica Especializada--- Guardia---Asesoría/Consejería--- Promoción de la Salud---Administración/ OTRO: _____

11. Cantidad de veces por semana que asiste:

12. Cantidad de horas diarias: 12.1 promedio semanal:

13. Se desempeña además en otros establecimientos públicos de Salud: →

Si	No
Nivel	I; II; III

13.1 Se desempeña además en el sector

Particular	Privado	OS
------------	---------	----

14. Condición de contratación con efector de referencia:

Pago por horas guardias	Contrato de planta MSP	Contrato con relación de dependencia MSP	Contrato Promotor de Salud	Beca Promotor de Salud
Beca Médicos Comunitarios	Contrato por Programa	Otro: especificar		
Cohorte:				

A. TOPICOS DE GOBERNANZA Guía 2:

[A.1 Los problemas]

0. Concepciones en torno a la implementación de transformaciones en las organizaciones de salud (son sencillas? Son extremadamente complicadas?) Por qué, cómo?

1. Qué implica el trabajo con las personas que poseen ENT, en particular HTA y DBT, y en qué difiere (si así fuera) del trabajo con otras problemáticas de salud-atención que posee la población?

1.1. Ha visto modificaciones en los últimos 5 años a nivel del trabajo particular y a nivel de la organización de salud en el abordaje de estas patologías antes de que inicie la pandemia por COVID19 (qué, cuáles, cómo) [indagar recursos, comportamiento de los actores, tracción de parte de MSP, equipos y programas, etc.]

1.2. Cómo se producen estas modificaciones (si fuera el caso) “bajan”? se acompañan de normativas formales? Se generan normativas informales -acuerdos de trabajo de los procesos de trabajo? [puede ser que en diferentes momentos temporales pasen diferentes cosas]

1.3. Desde su perspectiva, estas modificaciones son acompañadas/traccionadas mayormente a partir de: **[pedir ejemplos en todos los casos] [ver modificaciones en el tiempo]**

a. Principios Motivacionales (estímulo a su abordaje, etc.)

b. Incentivos (positivos o negativos; pesquisar si se trata de financieros o no financieros y tipo de incentivo) -cumplimiento de metas de programas?

c. Principios éticos (ampliar el derecho a la salud, mejor cobertura, mayor accesibilidad y equidad, etc.)

d. Mecanismos de seguimiento/monitoreo y control jerárquico [puede ser del mismo equipo, del superior directo, del superior de la institución, del territorio-zona- o incluso de MSP o MSAL, en todos los casos aclarar]

e. Presión de pares.

1.4. Desde su perspectiva, cuál/cuáles de los aspectos antes mencionados son los que en mayor medida traccionan las modificaciones?

1.5. Cómo evalúa la accesibilidad a la atención de las personas > 18 años con ENT?; por qué? [indagar en torno a barreras administrativas, geográficas, entre niveles de atención, económicas, psico-socio-culturales?]

1.6. Y la calidad del tratamiento-seguimiento?

1.7. Cuáles considera son los principales problemas que se presentan en el trabajo con las personas que poseen ENT, en particular HTA/DBT (desde la perspectiva del comportamiento de los equipos de salud y en relación con las demandas del Ministerio, Programas -Redes, Sumar, etc.-, por un lado, y desde la perspectiva de los usuarios, por otro). Antes de la Pandemia y en la Actualidad. [indagar también lo referido a relaciones con niveles II, III, acceso interconsultas, laboratorio, referencia-contra referencia, etc.]

[B.2 Los actores]

2.1. Si había en marcha procesos de modificación de la atención-trabajo con las personas con ENT, en particular HTA/DBT, quiénes participaban de los procesos de implementación de modificaciones antes del inicio de la Pandemia? [ubicar actores y tipo: **estratégicos** -que poseen recursos de poder suficiente para traccionar o impedir los procesos; **relevantes**-que poseen los recursos pero que se ven llevados por el proceso; **secundarios** -no poseen los recursos suficientes para traccionar reglas de juego; ubicar para el entrevistado en función de qué descansan los recursos de poder de los actores -capitales simbólicos, culturales, corporativos, etc.] [**ahonda en lo consultado en 1.1**]

2.2 **Qué roles** jugaba cada uno **con relación a los procesos que se buscan traccionar**//considera que había facilitadores-Obstructores [quiénes- qué cosa hacían para, **por qué** -desde su visión-, **cómo**]; cómo (si es que sí) se promovía resolver las diferencias-conflictos [indagar si mayor tendencia a diálogo-consenso o al contrario bajada de línea imposición] [Indagar en los diferentes Niveles - Nación, Provincia, territorio, el efector como unidad de análisis] -**Ubicar el rol** del entrevistado, de su grupo de referencia, y de la relación con los otros grupos que componen el efector [médicos, administrativos, etc.]

2.3 Y qué rol poseen los **usuarios-pacientes** en esos procesos de modificación de la atención de las ENT [indagar qué tipo de actores son los usuarios-pacientes para el entrevistado]

2.4. Si esos procesos están en marcha hoy, quiénes lo traccionan y qué rol juegan?

[C.3 Los puntos Nodales]

3.1. Mediante qué espacios (reuniones-capacitaciones-etc.) se busca introducir las modificaciones? [indagar en torno a espacios de debate, consenso, etc. con cada uno de los actores-agentes de los diferentes niveles -Nación-Provincia-territorio-efector] – [**Ubicar** si existen espacios de mayor jerarquía y/o de mayor impacto desde el punto de vista de su eficacia.]

3.2. [**PREGUNTAR SI EN 3.1 LA RESPUESTA FUE ESCUETA**] Cuáles son los principales debates/disputas que se producen en dichos espacios, entre quiénes, por qué, cómo?

3.3. Cuáles son los resultados y/o procesos impulsados a partir de estos espacios?

3.4. Mediante qué espacios y cómo considera el entrevistado que debiera de hacerse -instalarse modificaciones, nuevas formas de trabajo, etc.?

[D.4 Las Normas: retomando la pregunta 3]

4.1. Sobre las normativas, qué se define en ellas: empezar por las formales y luego las informales [significaciones, valoraciones sobre el proceso de salud-atención; sobre el lugar y peso de las ENT, sobre la importancia, o no, del seguimiento y las interconsultas, análisis complementarios, etc.] y qué peso, en términos de cumplimiento/modificación de las prácticas poseen estas normativas (sean formales o informales).

4.1.1. Qué valor le da en la práctica a las guías de práctica clínica?

4.2. Existe coherencia entre las normas que se buscan instalar -por ejemplo entre los diferentes programas sobre un mismo tema/abordaje de una patología o hay contradicción y/o pluralismo normativo; lo mismo pero a nivel de los equipos/bloques de trabajo.

4.3. Cuál considera es el rol del Primer nivel de atención en la prevención-detección-atención-seguimiento de las ENT, en particular HAT/DBT. Se cumple? Cómo? Por qué?

[E.5 Los procesos]

5.1. Qué modificaciones reconoce en materia de los espacios (puntos nodales) donde se busca promover modificaciones en relación con el abordaje de las ENT (HTA-DBT), ya sea con los Programas (Ministerio, etc.), al interior del efector, en la relación con los pacientes, en los últimos 5 años previos al inicio de la Pandemia [indagar un poco sobre los procesos históricos]

5.2. Cuáles son las principales modificaciones que ha traído la Pandemia en el abordaje de las ENT [en particular HTA y/o DBT]

5.3. Cuáles de ellas piensa que han llegado para instalarse y por qué?

Complementario si también se desempeña en el sector privado y/o de OS (F)

En pocas palabras, considera que el abordaje de las ENT, en particular HTA/DBT, es distinto en el sector privado?, y en el de OS?; en caso de afirmación, cómo valoraría esa diferencia, por qué o a qué factores lo atribuye?

Final: Algo que quisiera agregar que no fue preguntado o dialogado?

3. Guía de tópicos usuarios/as: TOPICOS DE GOBERNANZA Guía 3:

[A.1 Los problemas]

0. En los últimos 5 años (o el tiempo que corresponda si es menor a 5) previos a la Pandemia considera que se ha modificado la atención de su problema de salud en el Centro de Salud/Hospital del cual venimos charlando [sí, no, por qué; indagar valoraciones positivas, negativas, motivos].

1.1. Cuáles diría Ud. son los principales problemas con los que se enfrenta cuando quiere atenderse por su problema de Salud? [Indagar en relación directa al establecimiento pero también con relación a interconsultas, estudios de mayor complejidad, etc.]

1.2. Y lo que ve mayormente facilitado?

[B.2 Los actores]

2.1. Más allá de lo que ya dialogamos sobre su atención, Ud. se siente participe de ese proceso, es decir que por diferentes razones su decisión tiene un lugar para su centro de salud, o al contrario? [Solicitar que amplíe y desarrolle porque si o porque no.]

[C.3 Los puntos Nodales: EN CASO DE QUE LA RESPUESTA ANTERIOR FUERA POSITIVA]

3.1. Y cuáles son esos espacios de los que se siente participe; cómo funcionan?

[D.4 Las Normas]

4.1. Considera que el proceso de atención está organizado?, es decir, que los diferentes integrantes del Centro de Salud/Hospital se encuentran articulados para brindarle el proceso de atención? [indagar en función de la respuesta; se busca pesquisar la existencia de una misma lógica o al contrario la presencia del pluralismo normativo]

[E.5 Los procesos]

5.1. Cómo afecto (en caso de que así sea) la Pandemia su proceso de atención en el Centro de Salud/Hospital.

Complementario: si se ha atendido en Efectores Nivel II o III [preguntar cuál?]. (F)

En pocas palabras, si compara el proceso de atención en el Hospital que me indico, con la que recibe en el Centro de Salud/Hospital, que diría?; [En caso de comparación diferencial] Por qué cree que esto es así.

Complementario: si se ha atendido en otros establecimientos del sector privado y/o de OS

En pocas palabras, si compara el proceso de atención en la clínica, sanatorio, o la atención particular, con la que recibe en el Centro de Salud/Hospital, que diría?, y con el hospital [nivel II o III] que antes mencionaba; [En caso de comparación diferencial] Por qué cree que esto es así.

Final: Algo que quisiera agregar que no fue preguntado o dialogado?

6.3 Anexo III: Referencias Figura 9

Referencias y bibliografía correspondiente a infografía ENT

1. (Organización Mundial de la Salud, 1959)
2. (Organización Mundial de la Salud, 1963)
3. (Organización Mundial de la Salud, 1967)
4. (Organización Mundial de la Salud, 1975)
5. (World Health Organization. Regional Office for Europe et al., 2004)
6. (Asamblea Mundial de la Salud, 1983)
7. (Asamblea Mundial de la Salud, 1986)
8. (Corcoy, 2008)
9. (Junta Asesora de la Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular, 1993)
10. (Pan American Health Organization, 1998, pp. 20-21)
11. (Asamblea Mundial de la Salud 53, 2000)
12. (Asamblea Mundial de la Salud, 2000, pp. 25-27)
13. (World Health Organization, 2009)
14. (Organización de las Naciones Unidas, 2011)
15. (Organización Sanitaria Panamericana & Organización Mundial de la Salud, 1958)
16. (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 1972)
17. (Litvak, 1975)
18. (Pan American Health Organization, 1975)
19. (Organización Panamericana de la Salud, 1980)
20. (Organización Panamericana de la Salud, 1981)
21. (Organización Panamericana de la Salud, 1984)
22. (Pan American Health, 1995)
23. (Alleyne, 1996)
24. (Pan American Health Organization, 2001)
25. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)
26. (Organización Panamericana de la Salud., 2014)
27. (Kelmendini de Ustaran et al., 1985)
28. (Kelmendini de Ustaran & Boffi-Boguero, 1988)
29. (Ministerio de Salud de la Nación, 1989)
30. (Ministerio de Salud de la Nación, 1999)
31. (Congreso de la Nación, 2001)
32. (Ministerio de Salud de la Nacion, 2009)
33. (Ministerio de Salud de la Nacion, 2011)
34. (*Decreto Provincial 3159*, 1972)
35. (Archivo General de Gobernación, 1988)
36. (Cámara de Representantes de Misiones, 1989)
37. (Cámara de Representantes de Misiones, 1994)
38. (Cámara de Representantes de Misiones, 2007)
39. (Poder Legislativo, Provincia de Misiones, 2010)

Alleyne, G. (1996). La diabetes: Una declaración para las Américas (Special report). *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 5(121), 461-466.

Archivo General de Gobernación. (1988). *Decreto 240, APRUEBASE LA ESTRUCTURA ORGANICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*.
<http://www.archivodigital.misiones.gov.ar/ConsultaDecretos/Search/Details?TipoDocumento=Decreto&DocumentoId=1000068399>

Asamblea Mundial de la Salud. (1983). *Resolución 36.32 Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares (WHA36.32)*. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/198995>

Asamblea Mundial de la Salud. (2000). *53a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 15-20 de mayo de 2000: Resoluciones y decisiones, anexo*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260192>

Asamblea Mundial de la Salud, 39. (1986). *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000: Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial (A39/3)*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200400>

Asamblea Mundial de la Salud 53. (2000). *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Informe de la Directora General (A53/14)*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84435>

Cámara de Representantes de Misiones. (1989). *LEY XVII - Nº 14 (Antes Ley 2668)-Diabetes*.

Cámara de Representantes de Misiones. (1994). *LEY XVII – Nº 20 (Antes Ley 3119)-Registro de Accidentes, Adicciones y Enfermedades no Transmisibles*.
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjM5f2rwcP-](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjM5f2rwcP-AhVnppUCHXI4BuYQFnoECBQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.digestomisione)

[AhVnppUCHXI4BuYQFnoECBQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.digestomisione](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjM5f2rwcP-AhVnppUCHXI4BuYQFnoECBQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.digestomisione)

s.gob.ar%2Fuploads%2Fdocumentos%2Fleyes%2FLEY%2520XVII%2520-%2520N%252020.pdf&usg=AOvVaw289CinXQoZvMYkgmF5OrdH

Cámara de Representantes de Misiones. (2007). *Ley Provincial de Salud: LEY XVII - Nº 58 (Antes Ley 4388), 13 de Septiembre de 2007*. Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. <https://salud.misiones.gob.ar/ley-provincial-de-salud/>

Congreso de la Nación. (2001). *SALUD PUBLICA: Ley 25.501; Establécese la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional. Sancionada: Noviembre 7 de 2001; Promulgada de Hecho: Noviembre 29 de 2001; Boletín Oficial: Diciembre 5 de 2001*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70449/norma.htm>

Corcoy, R. (2008). Declaración de Saint Vincent: Perspectivas desde el nuevo milenio. *Endocrinología y Nutrición*, 55(10), 439-441. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(08\)75839-X](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(08)75839-X)

Decreto Provincial 3159. (1972).

Junta Asesora de la Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular. (1993). «La declaración de Victoria». Cerrado la brecha: Ciencia y política en Acción . *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 67(2), 77-116.

Kelmendini de Ustaran, J., & Boffi-Boguero, H. J. (1988). Prevalencia de Hipertensión Arterial en varones de 18 años en la ciudad de Buenos Aires. *Medicina (B. Aires)*, 48, 365-370.

Kelmendini de Ustaran, J., Boffi-Boguero, H. J., Haessler, A., Mendez-Ciancaglini, H. G., & Lancestremere, R. (1985). Hipertensión arterial en varones de 18 años en la ciudad de Buenos Aires. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 63, 509-519.

Litvak, J. (1975). La diabetes mellitus: Un desafío para los países de la Región. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 79(4), 281-289.

Ministerio de Salud de la Nación. (1989). Ley 23.753 | Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional. Sancionada: Setiembre 29 de 1989; Promulgada: Octubre 6 de 1989; Boletín Oficial: Octubre 17 de 1989. En *Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional (DLS)*. <http://www.msal.gov.ar/dlsn/categorias/enfermedades/metabolicas-cardiovasculares/ley-23753>

Ministerio de Salud de la Nación. (1999). RESOLUCION 301/1999, Boletín Oficial 03/05/1999 MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL (M.S. y A.S.): Apruébase el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA) y las normas de provisión de medicamentos e insumos. En *Legislación en Salud de la Republica Argentina (LEGISALUD)*. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/7159.html>

Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Resolución 1083/2009, Ministerio de Salud, Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162972/norma.htm>

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *RESOLUCIÓN 801/2011 MINISTERIO DE SALUD (M.S.); Créase el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Del: 08/06/2011; Boletín Oficial 16/06/2011*. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/17978.html>

Organización de las Naciones Unidas. (2011). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades*

- No Transmisibles—A/66/L.1.* ONU. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/80/PDF/N1149780.pdf?OpenElement>
- Organización Mundial de la Salud. (1959). *Primer informe sobre la situación sanitaria mundial 1954-1956.* (94; Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94649>
- Organización Mundial de la Salud. (1963). *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial 1957-1960.* Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94750>
- Organización Mundial de la Salud. (1967). *Tercer informe sobre la situación sanitaria mundial 1961-1964.* Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95247>
- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Quinto informe sobre la situación sanitaria mundial 1969-1972.* Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95332>
- Organización Panamericana de la Salud. (1980). *Programa de control de las enfermedades no transmisibles (Documento CD27/17).* OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6532>
- Organización Panamericana de la Salud. (1981). Programa de control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 90(5), 441-448.
- Organización Panamericana de la Salud. (1984). *Reunión de los países del Cono Sur: Control de las enfermedades crónicas : informe final (Número de documento CE92/INF/2 Es).* Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/25532>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *CSP28.R13 (Resolución) Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 2012-2025.*

<https://www.paho.org/es/documentos/csp28r13-resolucion-estrategia-para-prevencion-control-enfermedades-no-transmisibles-0>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/35010?show=full>

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (1972). *Plan decenal de salud para las Américas. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. OPS-OMS.

Organización Sanitaria Panamericana, & Organización Mundial de la Salud. (1958). *Tema 38: Estudio del problema de la Diabetes en América (Tema propuesto por el Gobierno de Uruguay); CSP15/33 (Esp 22 septiembre 1958)*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/29132/CSP15_33.pdf?sequence=1

Pan American Health. (1995). Nuevo programa de enfermedades no transmisibles de la OPS: El predominio mundial y regional de las enfermedades no transmisibles. *OPS. Boletín Epidemiológico*, 4(16), 6-8.

Pan American Health Organization. (1975). *CD23.R24: Enfermedades crónicas no transmisibles*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/2731>

Pan American Health Organization. (1998). *51a Asamblea Mundial de la Salud: Resoluciones y decisiones; anexos*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42998>

Pan American Health Organization. (2001). *CARMEN in the Caribben: CARLI: Caribbean Lifestyle Intervention Program: blueprint for action*. Pan American Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39996>

- Poder Legislativo, Provincia de Misiones. (2010). *LEY XVII-69 PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL (P.L.P.), Adhiere a ley nacional 25.501 sobre Prioridad Sanitaria del Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares*. Boletín Oficial. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/16218.html>
- World Health Organization. (2009). *2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: Prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. (WHO). WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44009>
- World Health Organization. Regional Office for Europe, Kaunas University of Medicine, & Canada Public Health. (2004). *Policy development and implementation processes in the CINDI and CARMEN noncommunicable disease intervention programmes: A comparative study* (EUR/04/5049624). WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107614>