

Atención Primaria de la Salud (APS) con abordaje inclusivo, intercultural y situado. El derecho a la salud y el Sistema de Salud en Argentina



Ministerio de Salud
Argentina

Dirección Nacional de
Atención Primaria y
Salud Comunitaria

Programa Nacional de
Salud Comunitaria

Atención Primaria de la Salud (APS) con abordaje inclusivo, intercultural y situado. Derecho a la Salud y Sistema de Salud en la Argentina / Autoras: María Jimena Cavarra; Romina Laura Rizzo; Lizzie Hope Jones; María Alejandra Roses; María Mercedes Luppi; Carolina Carrara*.

Menciones: Editora literaria: Ana Josefina Fernández.

Revisado por: María Guadalupe Gallardo; Beatriz Adriana Magdaleno.

Leído por: Luisina Montenegro; Macarena Meirana.

- 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Comunitaria, 2023.

Libro digital, PDF - (Actualización en temáticas transversales de APS con enfoque inclusivo intercultural y situado)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-38-0334-9

1. Atención Primaria de Salud. 2. Derecho a la Salud. 3. Derechos Humanos.
CDD 613.04

*Inclusión de contenidos elaborados por Carolina Carrara, Alejandra Roses, Romina Laura Rizzo y María Jimena Cavarra en los años 2018 y 2019 como Definiciones y Marco conceptual del Curso de Becarios/as de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC): "Módulo 1. Documento 01- ¿Qué entendemos por salud?" y "Documento 02-La Atención Primaria de la Salud en la actualidad". Algunos apartados fueron integrados al Documento Técnico APS con abordaje inclusivo, intercultural y situado. Derecho a la salud y Sistema de Salud en Argentina con la anuencia de las autoras. Asimismo, se incorporaron otros contenidos diversos y nuevas colaboraciones.

ÍNDICE

1. Introducción.....	p. 5
2. El derecho a la salud y el Sistema de Salud en Argentina	p. 6
Enfoque de DD HH en salud	p. 6
¿Qué entendemos por salud?.....	p.12
Determinación social de la salud.....	p.17
Campo de la salud.....	p.19
3. Sistema de Salud Argentino. El rol del Ministerio de Salud en la integración de subsectores	p. 21
4. La Atención Primaria de la Salud en la actualidad.....	p. 31
Repensar la APS	p. 32
Características principales de la práctica de atención primaria	p. 35
Redes y sistema de salud.....	p. 39
5. ¿De qué hablamos cuando hablamos de abordaje inclusivo, intercultural y situado en APS?.....	p. 41
Producción subjetiva del cuidado.....	p. 41
Enfoque interseccional	p. 43
Perspectiva de Género y Diversidad.....	p. 45
Enfoque social y de DDHH en Discapacidad (Diversidad Funcional)	p. 47
Salud intercultural	p. 54
Territorio y salud	p. 65
Abordaje situado	p. 67
La adscripción de población a Centros de Salud del PNA.....	p.68

6. Salud comunitaria y equipos del Primer Nivel de Atención (PNA).....	p.74
Rondas sanitarias, abordaje en sala de espera y consultas en Centros de Salud del PNA centrados en personas y comunidades.....	p.75
Juego y salud.....	p.77
La juegoteca en el PNA: juego y espacio para jugar.....	p.79
Juego espacio potencial de encuentro.....	p.80
7. Salud mental comunitaria	p.81
8. Salud digital	p.82
AppVisitar en rondas sanitarias.....	p.82
Historia de Salud Integral (HSI).....	p.84
Plan de Conectividad Digital Federal.....	p.84
9. Pandemia por Covid-19 en el mundo. Desafíos afrontados. Aprendizajes colectivos (2020-2021)	p. 85
10. La pandemia Covid-19 en Argentina. Crónica del abordaje federal y comunitario	p. 89
Rol del equipo de salud del PNA durante la pandemia Covid-19 en Argentina: de la incertidumbre al trabajo integrado	p. 95
11. Comunidad post-pandemia. Recuperar el sentido de pertenencia	p. 97
12. Aportes a una articulación interministerial y federal situada, inclusiva e intercultural. Hacia una propuesta de Ejes de Gobernanza en APS	p. 99
Resumen	p.100
Bibliografía	p.102

Documento Técnico 2 (DT2) elaborado para el Programa Nacional de Salud Comunitaria en el marco del “Curso de actualización en temáticas transversales de APS con enfoque inclusivo intercultural y situado”, 1era. Edición.

1. Introducción

“Hay una tensión muy fuerte entre lo colectivo y lo individual en la práctica de cuidado, y los trabajadores de la salud, con el manejo que tenemos del proceso relacional, nos podemos implicar de una manera muy fuerte con la vida del otro, pero también podemos apartarnos y decirle al otro ‘este es tu problema, a mí no me interesa’. Hay experiencias que hicimos que nos muestran que cuando hay una gestión colectiva del proceso de trabajo y las decisiones individuales pueden ser puestas en común en un espacio de diálogo, hay mayor posibilidad de construir en el equipo de salud una gestión más particular del trabajo”² - Emerson Merhy

La Atención Primaria como estrategia nodal de abordaje de la salud de los pueblos está en permanente debate al interior de los niveles de atención y en lucha por dar cuenta del derecho a la salud como DDHH de todas las personas en su singularidad y en su pertenencia colectiva y comunitaria.

El trabajo en salud es un trabajo vivo en acto como lo define Emerson Merhy, es dinámico y permanentemente pone en juego la subjetividad y la grupalidad, la determinación social de la salud y los principios rectores en materia sanitaria así como los compromisos que asumen los Estados y llevan adelante en el territorio los equipos de salud, multidisciplinarios, heterogéneos y también atravesados por diversas intersecciones culturales, de género, de diversidad funcional, de etnia, de estatus migratorio, de clase social.

² <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>

Entrevista a Emerson Merhy 19/09/2016

En esa tensión entre lo individual y lo colectivo, entre el trabajo diario y la demanda que muchas veces supera los recursos disponibles en el primer Nivel de Atención y nos convoca a consolidar Redes Integradas e Integrales de atención para poder acompañar en los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde un abordaje interseccional, longitudinal y humanizado.

Promover una Atención primaria situada en su territorio, en contexto, atenta a la interculturalidad que conforma nuestro continente otrora colonizado y hoy democrático, pero aún en deuda con nuestros pueblos ancestrales; inclusiva de la diversidad de géneros, de la diversidad funcional (discapacidad, neurodiversidad) y orientada a reducir brechas de inequidad, nos interpela respecto de lo actuado, lo que está en vías de ejecución y sobre todo de lo pendiente de realizado.

Nos proponemos recorrer en este Documento técnico un camino conocido por muchos/as que es importante tener presente, el derecho a la salud como DDHH, la conformación de nuestro Sistema de Salud y los subsistemas que lo componen, el rol de la atención primaria como eje de las políticas públicas en salud, los abordajes inclusivos, interculturales y situados como transversales a toda acción en materia sanitaria en nuestros territorios.

Reconocer nuestros logros, identificar dónde como equipos de salud del Primer Nivel de Atención necesitamos seguir fortaleciéndonos, cuestionándonos, deconstruyendo prejuicios, derribando barreras y viviendo en cada palabra, gesto o acción individual o colectiva en nuestros centros de salud que creemos en una salud como DDHH de todas las personas que habitan nuestro planeta.

2. El derecho a la salud y el Sistema de Salud en Argentina

Enfoque de DD HH en salud

Los derechos humanos son aquellos que tienen todas las personas por el solo hecho de ser personas, sin distinción de género, raza, edad, religión, país de origen, estatus migratorio, diversidad funcional o discapacidad, pertenencia política o condición social, cultural o económica. Entre ellos se destacan el derecho a la vida, a la libertad de opinión y expresión, a la educación, a tener una nacionalidad y a la salud.

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) fue la primera en consagrar el derecho a la salud:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.

El derecho a la salud obliga al Estado en todos sus niveles a establecer políticas, estrategias y programas destinados a que todas las personas tengan acceso. Estas acciones deben diseñarse, implementarse y evaluarse con el fin de garantizar progresivamente el derecho a la salud a todas las personas.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos se propone estrategias y acciones que permiten confrontar y orientarse a revertir las desigualdades sociales, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El derecho a la salud incluye libertades y derechos:

- Las LIBERTADES comprenden el derecho de las personas de disponer de la propia salud y el propio cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin padecer intervenciones sin consentimiento, por ejemplo tratamientos y experimentos médicos.
- Los DERECHOS garantizan el acceso a una protección de la salud que ofrece a todas las personas iguales oportunidades de disfrutar del más alto nivel posible de salud que se pueda alcanzar.

El derecho humano a la salud implica los siguientes principios:

a) Equidad en salud: es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

b) Disponibilidad: provisión de servicios suficientes (en lo que refiere a RRHH, establecimientos, e insumos).

b) Accesibilidad: servicios accesibles a todas las personas, en particular para los sectores vulnerables.

I) *No discriminación.*

II) *Accesibilidad física:* los servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, considerando los factores determinantes básicos de la salud y el acceso adecuado a los establecimientos sanitarios para las personas con discapacidad.

III) *Accesibilidad económica:* los servicios de salud deberán estar al alcance de todas las personas, con criterio de justicia social.

IV) *Acceso a la información:* comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

c) Aceptabilidad: servicios de salud culturalmente apropiados y adecuados, sensibles a los requisitos del género y el curso de vida.

d) Calidad: servicios de salud apropiados en función a la estructura edilicia, equipamiento y a los procesos de atención-cuidado.

El derecho a la salud no sólo abarca la atención en salud, si no que involucra a todos los factores que la determinan, como el acceso al agua limpia y potable, el saneamiento ambiental, la alimentación, el trabajo digno y la educación de calidad. Estos derechos son componentes del derecho a la salud integral.

En nuestro país, el derecho a la salud se incorporó a la **Constitución Nacional** en 1994:

Art. 42: "Los consumidores y usuarios 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".

En esa oportunidad se otorgó jerarquía constitucional a diversas normas del derecho internacional que presentan un reconocimiento explícito del derecho a la salud. Dentro de estos se destaca el **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966)** que contiene uno de los artículos más exhaustivos en la materia:

“art. 12: —1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Asimismo, en varias de las constituciones provinciales se incluyen artículos sobre el derecho a la salud:



- Buenos Aires (art. 36).
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (art. 20).
- Catamarca (art. 64).
- Córdoba (arts. 51 y 59).
- Chaco (art. 36).
- Chubut (art. 18, 2).
- Entre Ríos (art. 19).
- Formosa (art. 80).
- Jujuy (art. 21).
- La Rioja (art. 57).
- Neuquén (art. 134).
- Río Negro (art. 59).
- Salta (art. 41).
- San Juan (art. 61).
- San Luis (art. 57).
- Santa Fe (art. 19).
- Santiago del Estero (arts. 16 y 21).
- Tucumán (art. 146).

La Constitución Nacional y los Tratados Internacionales no pueden ser desconocidos por las Constituciones de las provincias, ni por la reglamentación nacional, provincial o municipal. Es decir, no deben entrar en conflicto, sino complementarse.



Es importante conocer estos derechos, ya que se trata de instrumentos que pueden y deben servir como guía y marco para repensar, diseñar y evaluar las prácticas de quienes trabajamos en salud.

Se puede acceder a las leyes mencionadas en este capítulo a través del siguiente enlace:

<http://www.infoleg.gob.ar/>



Posicionarse desde un enfoque de derechos permite pensar a las personas como sujetos de derechos, en lugar de beneficiarias.

Las personas, familias y comunidades adquieren el rol de protagonistas frente al cuidado de su salud, al tiempo que el Estado, en todos sus niveles, debe asegurar las condiciones necesarias para el ejercicio pleno y efectivo de los derechos.

Este protagonismo se expresa en la participación social y política a través de la cual se manifiestan las necesidades y percepciones propias.



Es importante recordar que a lo largo de la historia diferentes grupos sociales fueron invisibilizados. A través de la organización y la lucha lograron la sanción de leyes que promueven desde entonces un acceso a la salud con equidad.

Algunas leyes que podemos mencionar en este sentido son:

- Ley 23.302 Política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes (1985).
- Ley 24.901 Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (1997).
- Ley 26.061 Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (2005).
- Ley 26.378 Convención de Derechos de Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo aprobado por la Asamblea General de las Naciones

Unidas por resolución general el 13 de diciembre del 2006 (2008).

- Ley 26.485 Protección integral a las mujeres (2009).
- Ley 26.618 Matrimonio igualitario (2010).
- Ley 25.871 Migraciones (2010).
- Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ley Nacional de Salud Mental (2010).
- Ley 26.689 Cuidado integral de las personas con enfermedades poco frecuentes (2011).
- Ley 26.743 Identidad de género (2012).
- Ley 26.742 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud (2012).
- Ley 27.043 Abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2015).
- Ley 27.636 de promoción del acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero (2021).
- Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (2021).
- Ley 27.611 Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia (2021).

Reconocer los derechos de los grupos y colectivos que forman parte de la sociedad lleva a preguntarnos qué se entiende por el “más alto nivel de salud posible”.

La respuesta dependerá de lo que cada comunidad valore en ese sentido.

Por eso, es preciso que equipos, instituciones y otros actores identifiquen y consideren qué significados se asocian a la salud para las comunidades con las que trabajan.

Promover políticas públicas orientadas a reducir la brecha entre el derecho y el acceso a la salud nos impulsa a revisar los recursos y herramientas disponibles al momento, procurando revisar y pensar cuales precisan ser modificadas para que nos permitan comprender la complejidad con la que nos encontramos como trabajadores y equipos de salud en lo cotidiano de nuestras acciones e introducir nuevas, que ayuden a comprender la complejidad de situaciones que enfrentamos como equipos de salud.

¿Qué entendemos por salud?

La noción de salud ha presentado variadas definiciones a través de la historia de la humanidad, como construcción socialmente determinada a lo largo de los diferentes contextos históricos y relacionada con las categorías y valores de la cosmovisión dominante, impuesta por los grupos hegemónicos del momento en defensa de sus intereses particulares, y progresivamente naturalizados.

Hay tantas definiciones de salud como contextos sociales. Al trabajar en Salud Pública es indispensable reconocer esas concepciones e ideas de salud-enfermedad-cuidado presentes en los grupos sociales con los cuales trabajamos, que no siempre son explícitas. A su vez hay que tener en cuenta que al interior de cada comunidad pueden convivir múltiples y diferentes significados en relación con la salud.

Como veremos más adelante, pensar la salud como campo nos permitirá identificar actores, capitales e intereses en juego de cada cosmovisión y a su vez pensar en las relaciones de poder entre estas.

A partir de la síntesis que el Dr. Gómez Arias³ de algunas de las principales definiciones de salud presentes en los paradigmas de cada época desde el siglo II (año 190 DC), en la figura de Galeno hasta la Declaración de Yakarta en el siglo XX (1997), se mencionarán las más relevantes y se ampliarán hasta llegar a nuestro siglo XXI y la Declaración de Astana (2018).

³ Gómez-Arias RD. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018; 36 (Supl 1): 64-102

Recorramos algunas de estas definiciones de salud a lo largo de los tiempos, reconociendo cómo fue modificándose desde paradigmas míticos, racionalistas, positivistas, biologicistas, funcionalistas a modelos integrativos y sociales como procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en el curso de vida de las personas en un territorio.

★ Año 190 Galeno *“La salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O también es la cómoda armonía de los elementos”* (Definiciones médicas⁴).

★ Año 1935 René Lériche *“La salud es la vida en el silencio de los órganos”*⁵.

★ Año 1941 Henry Sigerist *“La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo”*⁶.

★ Año 1942 Paul Valery *“La salud es el estado en el cual las funciones necesarias se cumplen insensiblemente o con placer”*⁷.

★ Año 1943 Georges Canguilhem *“La noción de salud una categoría que usamos para calificar el margen de tolerancia o seguridad que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades (restricciones) del medio... Es un criterio convencional normativo. La salud no es solo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales”*⁸.

⁴ Romero A, Ramírez J, López R, Cuevas G, DelaOrta, José Francisco Trejo LF, Vorhauer S, et al. Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina. An Med [Internet]. 2011; 56:218–25. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114g.pdf

⁵ Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI Editores; 1986. p. 242

⁶ Sigerist H. La Medicina y el Bienestar Humano. Buenos Aires: Ediciones Imán; 1943. p. 163

⁷ Valery P. Mauvaises Penses et autres, 1942. Vol. 27, Sociología. 1998. p. 151–8

⁸ Schmidt A. El Concepto de Naturaleza en Marx. 1962. México: Siglo XXI Editores; 1976.

- ★ Año 1949 Ramón Carrillo “La salud es el bien más preciado del ser humano. En la actualidad, gozar de este constituye un derecho básico, y facilitararlo es una obligación del Estado”.
- ★ Año 1948 Organización Mundial de la Salud (OMS) *“La salud es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o dolencias. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”*⁹.
- ★ Año 1956 René Dubos *“Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”*¹⁰.
- ★ Año 1975 Floreal Ferrara *“Es el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos”*¹¹. *“La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad”*.
- ★ Año 1978 Declaración de Alma Ata (OMS) *“La salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y... la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización*

⁹ OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2006. p. 20. Disponible en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

¹⁰Dubos R. El espejismo de la salud: Utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de Cultura Económica; 1975. p 309 / Dubos R. El hombre en adaptación. México: Fondo de Cultura Económica; 1975. p. 398.

¹¹ Ferrara, Floreal “En torno al concepto de Salud. Rev. de Salud Pública de La plata, Argentina, 1975

*requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario*¹².

- ★ Año 1980 Instituto de Desarrollo de la Salud de la Habana *“La salud es una categoría biológica y social que existe en unidad dialéctica con enfermedad, resultante de la interrelación dinámica entre el individuo y su medio y que se expresa en un estado de bienestar físico, mental y social, y está condicionada por cada momento histórico del desarrollo social”*¹³.
- ★ Año 1980 Milton Terris *“Salud es un estado de bienestar físico mental y social (componente subjetivo) con capacidad de funcionamiento (componente objetivo) y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia”*¹⁴.
- ★ Año 1984 Kamó Nikolaievich Simonian *“La salud es el estado de completa satisfacción socio- biológica y psíquica, cuando las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo están en equilibrio con el medio natural y social, con la ausencia de cualquier enfermedad, estado patológico, defecto físico”*¹⁵.
- ★ Año 1984 Ingman Pörn *“La salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos y metas por ella establecidos. Metas requeridas para lograr un bienestar mínimo y duradero”*¹⁶.
- ★ Año 1986 Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud *“El concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas... La promoción de la*

¹²OMS, UNICEF. Declaración de Alma Ata: la estrategia de Atención Primaria en salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Alma-Ata (URSS); 1978.

¹³ Cardona-Osorio J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Rev Centroam Adm Pública. 1987;12(103–136).

¹⁴ Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI Editores; 1982. p. 255

¹⁵ Simonian KN. La higiene social y la organización de la salud pública como ciencia y materia de enseñanza. HM. La Habana; 1948.

¹⁶ Pörn I. An Equilibrium Model of Health In Health, Disease and Causal Explanations in Medicine. Lindahl I, Nordenfelt L, editors. Boston: Dordrecht: Reidel; 1984.

*salud no concierne exclusivamente al sector sanitario...Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos*¹⁷.

- ★ Año 1986 VIII Conferencia Nacional de Salud Brasilia *“En sentido amplio, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es precisamente el resultado de las formas de organización social de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida*”¹⁸.
- ★ Año 1987 Vicente Galli *“Es el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos*”¹⁹.
- ★ Año 1989 L Salleras Sanmartí *“La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad*”²⁰.
- ★ Año 1996 James Frankish *“La salud es la capacidad de la gente para adaptarse, responder, o controlar los cambios y retos de la vida*”²¹.
- ★ Año 1997 Declaración de Yakarta *“La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social*”²².

¹⁷ Canadian Public Health. Ottawa charter for health promotion. Can J Public Heal. 1986;77(6):425–30.

¹⁸Ministério da Saúde do Brasil. 8a Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília; 1986

¹⁹ Dr. Vicente Galli, Director de Salud Mental período 1984-1989.

²⁰ Sanmarti S. Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1989.

²¹ Frankish J, Green L, Ratner P, Chomik T. Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy. [Internet]. Vancouver: Institute of Health Promotion Research- University of British Columbia; 1996. 78 p. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/articleabstract/16/3/269/653852>.

²² Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf. Internacional sobre la Promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf.

Como se puede observar, entre las definiciones citadas existen algunos puntos de encuentro. La mayoría de ellas subraya la interrelación de numerosos factores en los procesos ligados a la salud y la enfermedad. Aluden a formas de relacionarse con el ambiente, con la otredad; a la posibilidad de resolver los desafíos que se presentan en la vida y encarar las tareas que ésta demanda en armonía y con cierto grado de satisfacción. Destacan que la salud se ubica en un tiempo histórico social, y en el marco de relaciones sociales de producción en las que las personas ocupan distintas posiciones, con sus consecuentes efectos.

Es así que en sociedades como la nuestra, que presenta grandes inequidades sociales, un enfoque de derechos humanos es fundamental para reconocer la interrelación de estas dimensiones; su impacto en la salud de personas, familias y comunidades; y delimitar a partir de allí nuestras acciones y obligaciones como miembros trabajadores de la salud y el Estado.

Para reflexionar:

¿Cuál es nuestra concepción de salud?

- **¿Es compartida por todas las personas del equipo de salud?**
- **¿En qué radican nuestras diferencias?**
- **¿En qué nuestros acuerdos?**
- **¿Las personas de la comunidad que habitamos y en la que prestamos servicio, presentan coincidencias o diferencias?**
- **¿Dialogamos con ellas acerca de las concepciones de salud que tenemos?**

Determinación social de la salud

Con el objetivo de analizar las múltiples causas de las inequidades en salud, la OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2011).

Los determinantes sociales de la salud se agrupan en dos niveles. En el primero se incluyen los determinantes estructurales, que aluden a la posición socioeconómica, el género y la etnia; así como la educación, el tipo de trabajo y los ingresos; mientras que el segundo nivel reúne los determinantes intermedios, como los factores biológicos y psicosociales (OMS, 2011).

El propósito de la Comisión estuvo orientado a disminuir la estratificación social, la vulnerabilidad y las consecuencias desiguales de la enfermedad mediante la generación de políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo; el estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades; el control del riesgo y el acceso a los medios y servicios esenciales para reducir la pobreza.

Posteriormente, la Medicina Social Latinoamericana conceptualizó una propuesta de determinación social que implica la integralidad del sujeto en relación con su realidad, sus contextos significativos, su cultura, su salud y enfermedad, su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y su condición respecto de las posiciones de poder. De este modo, introdujo una mirada superadora respecto del enfoque hegemónico de la salud pública y de la epidemiología tradicional, concentrados en la construcción de modelos causales, con el objetivo de transformar las condiciones de vida de la población, especialmente de los sectores oprimidos (Aguilaret al, 2013).

Como categoría central de la Epidemiología Crítica (Breihl, 2013), destaca la determinación social de la salud, a partir de la cual enfatiza que de acuerdo al tipo de relación que el ser humano establece con el proceso de reproducción de la sociedad, será el origen y la dinámica de los procesos de vida, enfermedad y cuidado.

“En esta perspectiva, la enfermedad es resultado de las relaciones de poder y las diferencias de ingresos (división del trabajo): la clase social, el género y la etnia. Estas dimensiones producen y reproducen diferentes condiciones en relación a la calidad de vida. Desde la Salud Colectiva la propuesta es pensar



acciones dirigidas a favorecer los procesos sociales de emancipación de los sujetos, a través de la organización y educación, que permitan reconocer la determinación social de la salud y la enfermedad y promover transformaciones” (Aguilar et al, 2013).

Se plantea entonces la relevancia de incorporar enfoques que permitan visibilizar el carácter multidimensional del proceso salud-enfermedad-cuidado, con el propósito de complejizar la definición de los problemas y situaciones que abordamos quienes trabajamos en salud, y planificar abordajes inclusivos y atentos a la singularidad, las diferencias y la mancomunidad de naciones que habitan el territorio argentino.

Campo de la salud

Para pensar la complejidad que presenta la salud en la actualidad, y poder ampliar la mirada y observar más allá de las organizaciones e instituciones de salud. Para eso nos valemos de la noción de campo de la salud.

Esta propuesta tiene su origen en el movimiento de la Salud Colectiva en América Latina (De Sousa Campos, 2001 y Spinelli, 2010) y se utiliza para comprender las dinámicas y procesos de diversos ámbitos de lo social. Para el caso de la salud, este abordaje se distancia de la noción de intervenciones en salud como “reacción” o “respuesta” a problemas, y permite incorporar nuevos elementos y sus relaciones.



El campo de la salud hace referencia a una red de relaciones e interacciones estructuradas, con cierta estabilidad, jerarquizadas y a la vez conflictivas. Los campos son espacios abiertos, no se puede comprender su funcionamiento de manera aislada. Por lo tanto, el campo de la salud sólo se entiende en su vinculación con la sociedad, con el contexto y con otras problemáticas.

Un campo es el resultado de acciones de agentes individuales y/o colectivos que tienen intereses y capacidades específicas (personas expertas, profesionales, funcionarios/as, políticos/as, sindicalistas, representantes de la industria, lobistas, agentes financieros,

corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, personas usuarias, etc.), donde cada uno/a desarrolla su juego con el fin de incrementar y/o adquirir capitales (Bourdieu, 1997 y Spinelli, 2010). Las diferentes posiciones estarán determinadas por las reglas del campo; por la posesión de recursos por parte de cada agente, o por sus relaciones con otros agentes.

Podemos referirnos al campo de la salud valiéndonos de una metáfora: pensemos en un campo de juego, donde hay un reglamento (reglas); jugadores que tienen diferentes posiciones y grados de poder (actores individuales y colectivos); y por esto persiguen diferentes objetivos (intereses). Estos pueden ser materiales, por ejemplo, un premio, y/o simbólicos, por ejemplo, reconocimiento (Spinelli, 2010).

De esta manera, el campo de la salud se configura o interacciona con:

- Actores individuales y colectivos; por ejemplo, la comunidad, las personas que trabajan en salud, los sindicatos, los ministerios, los laboratorios, la comunidad científica, etc.
- Capitales; pueden tratarse de recursos materiales como podrían ser los medicamentos y/o recursos simbólicos, por ejemplo, las diversas representaciones respecto de la salud y la enfermedad. Son nociones e ideas, saberes y prácticas, valores y cultura, habilidad de negociación, capacidad de representación, que permiten hacer una lectura del contexto; del ejercicio de la autoridad, entre otros.
- Reglas, por ejemplo, políticas, protocolos, formularios y planillas de registro.
- Intereses, implica tanto aquello que se manifiesta como tal, como aquello ligado al “bienestar del actor”, más allá de lo que reconozca explícitamente. Mientras que para una persona puede ser la cura de una enfermedad, para un ministerio se trata de alcanzar resultados respecto de un indicador sanitario.

Al incorporar todos estos elementos en el análisis de la salud empiezan a visibilizarse las relaciones e interacciones entre los actores y las permanentes negociaciones y conflictos que tienen lugar en el trabajo cotidiano. Así, a través de prácticas y saberes diversos, se ponen en disputa las posiciones de los jugadores en un mismo campo (Spinelli, 2010).



Pensar la salud como un campo nos lleva a reflexionar: ¿Quiénes definen los problemas de salud (los ministerios, el equipo de salud, la población)? ¿Quiénes cuentan con mayor o menor poder de negociación? ¿Cuáles son los intereses en juego y cómo se disputan?

De este modo podremos:

1. Entender “salud” como una dinámica social,
2. Poner énfasis en el carácter dinámico y procesual de las prácticas del cuidado en salud,
3. Ser permeables a los contextos y singularidades locales,
4. Dialogar con las expectativas y visiones de la población, la comunidad y las personas que trabajan en salud,
5. Pensar en términos estratégicos a los actores, los intereses en juego y los potenciales conflictos.

3. Sistema de Salud Argentino. El rol del Ministerio de Salud en la integración de los subsectores

Entendiendo que el derecho a la salud de todas las personas que habitan en el territorio argentino y que se encuentren en tránsito debe ser garantizado por el Estado Nacional y los Gobiernos Provinciales y Municipales a través del acceso universal, es que el subsector público cobra especial relevancia.

El Sistema de Salud Argentino presenta un Modelo Mixto, descentralizado y federal, sectorizado (Subsectores público, de la seguridad social y privado) y que se propone garantizar de modo universal al derecho a la salud.

Los diferentes subsectores poseen leyes nacionales o provinciales que regulan su ejercicio, en este Sistema Nacional de Salud, *le compete al Ministerio de Salud de la Nación ejercer el rol rector del sector salud y encabezar los procesos relacionados con la*

discusión y la formulación de las políticas de salud nacionales y conducir los procesos de integración de subsectores.

Compete al Ministerio de Salud de la Nación ²³ de acuerdo a las leyes vigentes, asistir a la Presidencia de la Nación y a la Jefatura de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad y, en particular:

- Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;
- **Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional;**
- Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud;
- **Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social;**
- Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica;
- Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma;
- Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas;

²³ Artículo art. 3° del Decreto 828/2006. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-828-2006-117720/texto>

- Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo;
- Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte;
- Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional;
- Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos;
- **Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica;**
- Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas;
- **Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado;**
- Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados;
- Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes;
- Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales;
- **Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud;**
- Intervenir en la normalización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el Ministerio de Economía y Producción;

- **Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial;**
- Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor;
- **Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud;**
- Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud;
- Entender en la normalización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos;
- Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información;
- Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud;
- **Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud;**
- Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud;
- **Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial;**
- Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital;
- Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez

conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología;

- Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil;
- Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles;
- Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario;
- Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades;
- Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones;
- Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales-determinados en situación de riesgo;
- Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr el cumplimiento de la CDPD en materia de salud para las personas con discapacidad
- **Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes. 23.660 y 23.661**
- **Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga;**
- Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional con competencia en la materia.

Es decir, el MSAL (junto a sus Institutos y organismos descentralizados) tendrá funciones de normalización, regulación, planificación y valoración de las acciones de salud en el territorio nacional, así como administrar diversos planes y programas específicos

asociados a líneas priorizadas de cuidados, a patologías y/o condiciones de salud determinadas.

Dado el carácter federal y descentralizado del Sistema de Salud, son los Gobiernos Provinciales (y en algunas provincias también los Municipales, de acuerdo a sus leyes provinciales incluida su Constitución provincial) los responsables de la salud de sus habitantes a través de sus Ministerios de Salud Provinciales.

La Coordinación de las Políticas Públicas en materia sanitaria se realiza en el COFESA-Consejo Federal de Salud integrado por el Ministerio de Salud de la Nación y por los Ministerios de Salud Provinciales como espacio de construcción de consensos, prioridades, definición de metas y coordinación de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones.

El Sistema de Salud cuenta con tres subsectores: subsector público, subsector de la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales, Provinciales, del Poder Judicial, Legislativa, Universidades, Fuerzas de Seguridad y FFAA) y el subsector privado (Empresas de Medicina Prepaga). Cada uno de éstos, posee un marco regulatorio propio y en función que deben garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a sus sujetos usuarios/as.

En el Subsector **Público**, el Estado (Nacional, Provincial y/o Municipal) deberá garantizar a toda la población de manera gratuita y en todo el territorio de la República Argentina cuidados en salud de calidad (con especial atención a las personas con cobertura pública exclusiva). Es decir, **el/la sujeto usuario/a del subsector público es toda la población** (incluidas las personas extranjeras en tránsito de acuerdo a la Ley de Migraciones) es decir que su alcance debiera extenderse al 100% de habitantes de la Argentina. **Este subsector incluye las RIIS-Redes Integradas e Integrales de Salud y los Niveles de Atención Primaria de la Salud con efectores del Primer Nivel de Atención (Centros de Salud), de Segundo Nivel de Atención (Hospitales) y de Tercer Nivel (Hospitales especializados, y de Rehabilitación).**

De acuerdo a los alcances que se definan en las Constituciones Provinciales, las Atención Primaria de la Salud en efectores del PNA estará a cargo del Estado Provincial y/o del Estado Municipal y deberá garantizarse la articulación entre los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.

El Subsector de la Seguridad Social está comprendido por los Agentes del Seguro de Salud²⁴ referidos en las Leyes 23.660 y 23.661 que conforman el Sistema Nacional del Seguro de Salud²⁵ con “los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna”.

Las Obras Sociales Nacionales deben cumplimentar el Plan Médico Obligatorio (PMO)²⁶ que establece el MSAL, integrado por un conjunto de prestaciones básicas esenciales que los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660, deberán garantizar a sus beneficiarios/as.

El PMO es un amplio conjunto de prestaciones médicas y un vademécum de medicamentos que cubre el 95% de las causas de consulta ambulatoria, internaciones, cirugía, odontología, salud mental, rehabilitación y paliativos. El MSAL analiza periódicamente el conjunto de prestaciones y medicamentos incluidos. El Congreso Nacional puede también integrar beneficios a partir de leyes específicas.

La Superintendencia de Servicios de Salud²⁷ (SSSalud) es el Organismo del Estado encargado de regular y controlar a las Obras Sociales Nacionales y Entidades de

²⁴ Ley 23.660 Obras Sociales Nacionales. Art 3º y art 7º
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm>

²⁵ Ley 23661 art 1º https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_23661.pdf

²⁶Resoluciones N° 201/2002, N° 310/2004, N° 758/2004, N° 82/2005, todas del registro del MSAL, la Resolución N°1832/2019 de la ex SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD, las Leyes N° 25.649, 23.660, 26.682, y la Resolución 27/2022
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primer/255889/20220110>

²⁷ <https://www.argentina.gob.ar/sss salud>

Medicina Prepaga (Subsector Privado) para garantizar los derechos de los Usuarios a las prestaciones de salud acorde a las Leyes 26.660 y 26.661 así como la Ley 26.682. Dentro de sus funciones le corresponde:

- Regular y supervisar los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social.
 - Dictar las normas para reglamentar las modalidades del desenvolvimiento de las actividades de regulación y control del Organismo.
 - Controlar el funcionamiento del Sistema de Salud integrado por las Obras Sociales del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga.
 - Aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al Sistema de Salud de las entidades que así lo soliciten y promover la intervención de las mismas para asegurar la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.
 - Aprobar el Programa de Prestaciones Médicas.
 - Asegurar y controlar la libertad de elección de Obras Sociales de los beneficiarios del sistema, así como garantizar su acceso efectivo.
 - Articular, asesorar y proveer asistencia técnica a las Defensorías del Pueblo, a otros Organismos Públicos y a los tres poderes del Estado nacional ante eventuales requerimientos específicos.
 - Implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, dirigiendo todo su accionar al fortalecimiento cabal de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinando todos los recursos disponibles para la cobertura de subsidios por reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones.
-

- Desarrollar e implementar programas de prevención de patologías de alto impacto económico y de aquellas que demanden una atención prolongada en el tiempo, y de promoción de la salud para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) también corresponden al subsector de la Seguridad Social pero no se encuentran comprendidas en las leyes 23.660 y 23.661 sino que tienen sus propias leyes provinciales de creación y ejercicio que consolida el Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina²⁸.

Los Institutos Provinciales de Obra Social son entes autárquicos, que tienen la finalidad de brindar servicios de salud y sociales a las personas trabajadoras empleadas del Estado Provincial y /o municipal (incluida la Policía Provincial) financiadas mediante el aporte y la contribución obligatorios de las mismas. *Las OSP están agrupadas en el Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA), institución civil sin fines de lucro que agrupa a las veintitrés obras sociales provinciales y a la obra social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las OSP no están alcanzadas por la normativa que regula el PMO; cada jurisdicción provincial regula las prestaciones de salud y sociales que brinda a sus personas afiliadas y familias a cargo.*

La Obra Social del Poder Judicial, Legislativo, Universidades, Fuerzas Armadas (FFAA) y fuerzas de seguridad nacionales (Policía Federal) tampoco están alcanzadas por las Leyes 23.660 y 23.661 y son financiadas mediante los aportes y las contribuciones obligatorias de cada una de las personas trabajadoras de estas actividades y tampoco se encuentran alcanzadas por la normativa que regula el PMO.

El sujeto de salud de la Seguridad Social serán las personas sujetos de trabajo registrado del sector privado y público nacional en el caso de las OSN o provincial (OSP) y de otras actividades/poderes (judicial, legislativo, universidades, FFAA, fuerzas de seguridad) y su grupo familiar a cargo (pareja si no realiza aportes laborales propios,

²⁸ Atlas Federal de Legislación de la República Argentina.
<http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/osp2.html>

hijos/as menores de edad o estudiantes hasta 24 años si éstos no trabajan a cargo o con discapacidad), **trabajadores monotributistas y personal de casa particulares.**

Se estima que cerca del 60%²⁹ de la población está incluida en este subsector. A partir de la desregulación de obras sociales en la década de 1990 se produjo un fenómeno que incluye a cerca del 5% de personas que realizan sus aportes obligatorios de la Seguridad Social a una Obra Social Nacional (Sindical o de Dirección) además realizan un pago extra de bolsillo para acceder a los servicios de alguna Empresa de Medicina Prepaga con la cual su Obra Social tiene Convenio.

El Subsector Privado incluye por un lado a las *Empresas de Medicina Prepaga que en virtud del artículo 7º de la Ley 26.682 de Entidades de Medicina Prepaga deberán brindar a personas afiliadas a las mismas, la cobertura del Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias siendo también la SSSalud encargada de regular y controlar también dicho cumplimiento de dichas prestaciones a las personas que contraten su seguro privado de salud.*

El subsector privado incluye, asimismo, las prestaciones de salud de pago directo de bolsillo de las personas en carácter de atención particular y que son brindadas tanto por profesionales de la salud, cuanto por establecimientos privados de salud que brindan servicios particulares (más allá de atender también a usuarios/as de obras sociales y empresas de medicina prepaga). **El sujeto destinatario del subsector privado es el sujeto particular beneficiario de dicho servicio por el que realiza un pago directo de bolsillo o un seguro privado en el caso de las empresas de medicina prepaga** (y en el caso de pagar un arancel por sus familiares a cargo, también de éstas personas). Se estima que cerca del 5% de la población está incluida en este subsector.

Los efectores privados de salud deben cumplir con las habilitaciones y registros correspondientes del propio establecimiento y el registro y control de la matriculación de sus profesionales acorde a las normativas del Ministerio de Salud de la Nación. En

²⁹ Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2018), Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la Seguridad Social en Argentina, Serie documentos de trabajo del IIEP-BAIRES N°25, FCE, UBA, Buenos Aires.

muchos casos dichos establecimientos también atienden a personas usuarias de Obras Sociales y/o Empresas de medicina prepaga y/o Obras Sociales Provinciales. Los profesionales que prestan servicios particulares de salud deben adecuarse a las Leyes vigentes y alcances de su ejercicio profesional tanto como cumplimentar la matriculación correspondiente en los Registros Nacionales, Provinciales y Colegios de Profesionales cuando corresponda según la normativa vigente. La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) del SISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino) abarca a la totalidad de los efectores de salud del país, ya que es la articulación de los registros de profesionales de todas las provincias.

Es decir, las personas destinatarias de las acciones vinculadas a brindarles servicios de prevención y cuidados en salud son o bien toda la población, o bien las personas con trabajo registrado y sus familiares a cargo o bien las personas que individualmente paguen de modo directo o por un seguro privado por el mismo.

Dentro de las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, referidas a Salud y Bienestar, se encuentra el de alcanzar el acceso a servicios de salud esenciales de calidad.

En Argentina, corresponde al Ministerio de Salud de la Nación, en ejercicio de su rol rector del sector salud, encabezar los procesos relacionados con la discusión y la formulación de las políticas de salud o sectoriales, tales como la política de medicamentos y farmacéutica.

4. La Atención Primaria de la Salud en la actualidad

La estrategia de Atención Primaria de la Salud se fue transformando progresivamente, desde que fue propuesta en Alma Ata, en la política con mayor consenso internacional entre los actores del sector salud, en la perspectiva de garantizar el derecho universal a la salud. No obstante, al momento de su implementación, aparecen diferencias sustanciales.

Muchos países latinoamericanos, aplicaron programas de ajuste que conllevaron la renuncia al carácter universal e igualitario de la propuesta teórica original, implementando políticas de APS selectivas y orientadas hacia los grupos poblacionales más desprotegidos. Estas políticas se concretaron en la forma de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención, pero sin integración con los niveles de mayor complejidad. Esta concepción restringida de la APS produjo desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en el ejercicio efectivo del derecho a la salud (Ase y Burijovich, 2008).

Para que la estrategia de APS sea un medio para el ejercicio efectivo del derecho a la salud, debe ser repensada de la mano de estrategias de promoción de la salud, en tanto formas de transferir y de construir colectivamente conocimientos relevantes para la población en materia de cuidado de la salud (Rovere, 2012).

Repensar la APS

Si partimos de la complejidad del campo, comprendemos que el abordaje en APS debe ser territorial y con la comunidad, a partir del trabajo de los equipos interdisciplinarios que conviven a diario con los determinantes sociales para resolver de manera profunda y sostenida los problemas de salud de la comunidad. En este sentido, la APS destaca la importancia y efectividad de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con participación de la comunidad.

Hitos de Atención Primaria de la Salud:

- 1978 Conferencia de Alma Ata,
- 1997 Declaración de Yakarta,
- 2005 APS Renovada
Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)
- 2010 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS),
- 2018 Declaración de Astana.

La APS ha transitado ya más de cuatro décadas, habiendo sido utilizada, muchas veces erróneamente, con diferentes significados. En sus inicios en 1978, en la Conferencia

Internacional de Alma Ata, se la definió como: “la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo” (OMS, 1978). Los consensos abordados en aquel año estuvieron vinculados al compromiso de los Estados presentes en cuanto a niveles de cobertura, en relación con uno de los elementos fundamentales de la estrategia de APS: la universalidad. Es en el año 2000 que Alma acuñó la frase “Salud para Todos”.

Hoy, más de 40 años después de la conferencia, y transcurridos más de veinte años de dicha meta, nos encontramos lejos de alcanzar estos logros.

Volver a jerarquizar la APS como estrategia surge del análisis de sucesivos e identificables errores nominales y conceptuales de modelos de salud tradicionales.

En lo que respecta a APS, el concepto se orientó hacia lo que se denomina una “APS selectiva” definiendo un número limitado de servicios o prestaciones básicas para los más pobres. Lo que algunos autores la han definido como “Atención Primitiva” (Testa, 1996).

Otra interpretación que se le ha dado al término, generando confusiones, es la que vinculó a la APS con un nivel de atención particular del sistema de salud.

En este sentido, se utilizaron como sinónimos APS y primer nivel de atención, resultando entonces la APS la “puerta de entrada al sistema de salud”.

Aparece en este contexto, la denominada “APS Renovada” que intenta redefinir y resituar a la APS como política sanitaria: incorpora una definición ampliada, que la ubica como parte de una estrategia para organizar los sistemas de salud, junto con las Redes Integradas de Servicios de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Según el documento APS Renovada “La Atención Primaria es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema. Su implementación exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención” (OPS, 2007, p.25).



El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia que obtiene mejores resultados a nivel mundial. En los países que invierten más en una atención primaria sólida, los servicios son más efectivos y presentan mejores niveles de salud de la población.

En relación a la implementación de la APS, a pesar de las debilidades señaladas, se pueden destacar los siguientes aspectos (Rovere, 2012):

- ★ Incremento de los trabajadores que se desempeñan profesionalmente fuera de los hospitales.
- ★ Inclusión de nuevas categorías laborales especializadas en el trabajo comunitario.
- ★ Inclusión de trabajadores del mismo origen de las comunidades donde trabajan.
- ★ Diálogo con otras medicinas.
- ★ Diálogo entre salud y otros campos de conocimiento.
- ★ Diálogo intersectorial a nivel territorial.

En nuestro país en los años 60, se lanzó en la provincia de Jujuy el Plan de Salud Rural iniciado por el Dr. Carlos Alvarado que promovía la descentralización de las acciones de salud del hospital a través de agentes rurales en aquellas zonas donde no había servicios de salud. El objetivo era la aplicación de “acciones de medicina preventiva, asistencia, educación sanitaria, rehabilitación y medidas domésticas de saneamiento ambiental” (Alvarado, 1983, p. 371).

Luego, esta política se difundió en la provincia de Salta. En primer lugar mediante un programa similar al de la provincia vecina, y en segundo lugar se extendió e institucionalizó en el Programa de Atención Primaria de la Salud implementado por el Dr. Enrique Tanoni a partir de 1983. “Planteó un modelo administrativo que señalaba claramente cada uno de los efectores, cuál es la población sobre la que le compete la detección de problemas y programación de actividades, metas cuantificadas, normas

unificadas para toda la provincia, poniendo énfasis en el desarrollo de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención, detección precoz y derivación de las enfermedades de mayor interés sanitario” (Torres y Torres, 2010, p. 45).

Estos valores, principios y esquema de trabajo son los que dieron inicio a la atención primaria de la salud en nuestro país y se sostienen hasta el día de hoy.

Características principales de la práctica de atención primaria

La puesta en práctica del derecho a la salud y sus principios esenciales, se articulan en la práctica de la Atención Primaria (Starfield, 2005; Vignolo et. al., 2011) con cuatro características de la misma, a saber:

1. Accesibilidad y primer contacto

Este atributo se refiere al punto de primer contacto entre el efector o equipo de salud y la población, por lo que debe permitir una adecuada accesibilidad. Esta puerta de entrada es el centro de atención primaria. Una organización ordenada de los recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes: el primer nivel de atención puede dar respuesta aproximadamente al 85% de los problemas prevalentes. Es aquí que se produce la valoración inicial y se encamina el recorrido de los usuarios según sus necesidades por el sistema de salud.

2. Población a cargo y longitudinalidad

Los sistemas de salud basados en atención primaria adscriben la población a un Centro de Salud: un número de familias que están a su cargo sobre el cual ese CS es responsable en la figura de sus equipos. La relación que se construye entre las familias y el equipo del CS es de cercanía y familiaridad, lo que permite un mejor diálogo y diagnóstico, así como tratamientos adecuados y continuos. A su vez, esta fluidez en la relación tiene el potencial de aumentar las consultas preventivas.

3. Integralidad

Las necesidades de salud de la población deben ser identificadas por el equipo, por lo que los servicios deben adecuarse para dar solución a los problemas que ocurren en forma más frecuente. Esta característica refiere al cuidado de las dimensiones orgánica, psíquica y social. Para pensar la integralidad, debemos cuestionar el concepto de “atención”. En este sentido, si bien la APS se tradujo del inglés: Primary Health Care, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (care) y no “atención”, lo que implica diferentes concepciones. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial (...)” (Tejada de Rivero, 2003).

4. Coordinación

Este atributo se refiere a que el proceso de atención pueda darse de manera articulada (no fragmentada) entre niveles de atención. El equipo del primer nivel de atención debe tener conocimiento de los problemas de las personas usuarias y coordinar con los otros Niveles de Atención en APS, pero sin dejar de ser responsable por la persona usuaria, que se espera luego retorne al Centro de Salud al que se encuentra referenciada.

A su vez, las personas usuarias de la RIIS deben contar con información de los problemas previos y los servicios utilizados, para lo que resulta indispensable disponer de buenos sistemas de comunicación e información, que puedan sostener y facilitar el funcionamiento adecuado de la referencia y contrarreferencia dentro de los niveles de atención primaria.

Atributos de atención primaria

Accesibilidad	Punto de inicio de la atención
Población a cargo y longitudinalidad	Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo

Integralidad	Cubre todas las necesidades de salud: orgánica, psíquica y social. Ofrece servicios de prevención, promoción y asistencia
Coordinación	Entre niveles de atención

Los aspectos de la APS son:

1. **El enfoque familiar** se refiere a la característica de centrar los cuidados de la salud de las personas en su contexto social más cercano, en los vínculos diarios de las personas. Se toma así la idea de la familia en el sentido más amplio.

2. La **orientación comunitaria** se refiere a la elaboración de programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida. Muchas veces las personas trabajadoras de salud son parte de la comunidad, y conocen las necesidades locales. En otros casos, donde el espacio de trabajo no es el de pertenencia, el desafío está en poner la organización al servicio de las necesidades reales de la comunidad.

El equipo de salud puede abrir espacios que favorezcan y contribuyan a desencadenar procesos de participación comunitaria para alcanzar una definición común de los problemas. Un abordaje desde la comunidad exige respeto y el establecimiento de un diálogo genuino y sostenido entre el equipo de salud de las personas usuarias, y una puesta en valor de sus aportes y puntos de vista.

3. La **competencia cultural** describe si el centro de salud se adapta y establece relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada. Los aspectos culturales tienen un gran impacto en los grupos sociales a la hora de entender y atender la salud y la enfermedad. La competencia cultural va más allá de la conciencia o la sensibilidad. Incluye no sólo la posesión de conocimiento cultural y el respeto por las diferentes perspectivas, sino también tener habilidades y ser capaz de usarlas de manera efectiva, para integrar las creencias propias de la comunidad en las prácticas de salud. Profundizaremos en el desarrollo de este aspecto cuando abordemos el enfoque de Salud Intercultural.

El principal responsable de invertir y garantizar la Atención Primaria en Salud ha sido el subsistema público, con un fuerte impulso del Ministerio de Salud de la Nación, que consagró a la APS como organizadora del sistema de salud en su Plan Federal de 2004 en adelante. La APS ha adquirido cada vez más centralidad, siendo priorizada por el subsector público.

Los subsistemas privados y de la seguridad social han desarrollado experiencias de APS reducidas, así como con limitada continuidad y alcance. Este fenómeno se debe, en parte, a la deuda pendiente en materia de mecanismos de integración en el acceso a la información, el financiamiento y la provisión.

Pero también está motivado por la ausencia de incentivos (tanto materiales como institucionales) para transformar el modelo de atención basado en la curación, al del modelo basado en la prevención.

Por ello, resulta importante incorporar la coordinación y colaboración entre los tres subsectores para fortalecer la estrategia de APS según lineamientos globales, extrapolando dos principios elementales que rigen al subsector público en todos sus niveles: el incentivo económico centralizado por la realización de prácticas de APS y la incorporación de prácticas afines al Plan Médico Obligatorio.

Se proponen acciones conjuntas como, por ejemplo:

- Realizar programas preventivos comunes en los tres subsectores, más allá de las presentaciones formales de los Proyectos de Prevención ante la SSSalud que realizan las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga como parte de sus Planes de Salud adecuados al PMO. Por ejemplo, en el mes de octubre, mes del cáncer de mama, organizar con todos los financiadores de la provincia la estrategia de screening y cada uno aporta tanto los proveedores como en la comunicación
- Realizar un censo de población con la identificación del Centro de Salud o establecimiento o profesionales de la medicina asignados para sus controles mediante la App Visitar.

Redes y sistema de Salud

El documento de OPS de 2010 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)³⁰ declara “la necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios de salud, haciendo referencia a la reducción de la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, para avanzar hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes”.

Las Redes Integradas e Integrales de Salud, definidas como «una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve» (OPS, 2010) contribuyen al acceso universal; al primer contacto con el sistema de salud; a la atención integral, integrada y continua; al cuidado apropiado; a la organización y gestión óptima de los servicios; y a la orientación a la acción intersectorial.

Sus acciones se centran en las comunidades y personas, garantizando el acceso, la oportunidad, la continuidad de cuidados y calidad de los servicios.

El trabajo cotidiano de los equipos del PNA implica la construcción de redes, con distinto grado de formalidad, para abordar las situaciones complejas. Es importante que las jurisdicciones fortalezcan, desarrollen y consoliden redes formales de servicios y cuidados sanitarios, considerando a los tres niveles de complejidad del subsector público de salud, tendiendo a garantizar la integralidad y la continuidad de la atención a toda la población con particular atención sobre aquellas con cobertura pública exclusiva.

Las redes integrales e integradas favorecen el cuidado de las personas en relación con todos los factores que influyen en su salud integral: el cuidado integral implica la

³⁰ OPS (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): conceptos, opciones de política, hoja de ruta para su implementación en las Américas
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

intervención adecuada y oportuna, siempre que sea posible, sobre los determinantes de la salud que el equipo de salud identifica respecto de su población a cargo, de la mano de acciones pertinentes por parte de los distintos actores.

Es prioritario que el proceso de cuidado transcurra en forma articulada, evitando la fragmentación. Para eso, los equipos de salud del PNA deben tener conocimiento de los problemas de la población a cargo del Centro de Salud y coordinar sus acciones junto a otros niveles y actores en forma oportuna, asumiendo la responsabilidad en la continuidad del cuidado de las personas usuarias. Resulta indispensable disponer de sistemas de comunicación e información que permitan sostener el funcionamiento adecuado de referencia y contrarreferencia.

A su vez, las personas usuarias para ser parte activa en el cuidado de su salud, deben contar con información adecuada y oportuna sobre los problemas y las estrategias de abordaje, y con canales de comunicación disponibles.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) compromete e implica al conjunto del sistema de salud.

Los abordajes de los equipos del PNA, en su carácter de articuladores, tienen un rol destacado en la vinculación del sistema de salud, las distintas organizaciones y la comunidad, promoviendo, como se dijo, el fortalecimiento, desarrollo y consolidación de redes formales de servicios y cuidados sanitarios que asumen la responsabilidad del cuidado integral, integrado y continuo. Es importante su constitución multidisciplinaria, atento a la multidimensionalidad de las situaciones presentes en el territorio, así como su actualización permanente.

En virtud del carácter federal de nuestro país, y de acuerdo a cada Constitución Provincial, los efectores del Primer Nivel de Atención se encuentran o bien a cargo del Estado Provincial; o bien a cargo de la gestión municipal. También existen efectores de ambas dependencias en un mismo territorio. En estas condiciones de heterogeneidad, las articulaciones entre los efectores del PNA con el segundo y tercer nivel, en el marco de las redes integradas de salud, implican el desafío de una referencia y su

contrarreferencia adecuadas y oportunas como uno de los desafíos de importancia del subsector público.

5. ¿De qué hablamos cuando hablamos de abordaje inclusivo, intercultural y situado en APS?

Producción subjetiva del cuidado

Todos los efectores y equipos tienen como objetivo la producción del cuidado en salud. El cuidado no se refiere solamente al abordaje de la enfermedad, sino que está presente a lo largo de todo el proceso que -como se propone al hablar del “proceso salud-enfermedad-cuidado”-, comienza con la promoción de la salud.

De este modo, hablar de producción de cuidado en lugar de atención en salud, que establecía una relación más asimétrica y vertical, centrada en la enfermedad (Ardila et al, 2014), nos permite referirnos a un proceso que implica relaciones horizontales, simétricas y participativas que promueve la intersectorialidad, porque tiene en su base una concepción integral que requiere la articulación entre diferentes actores.

Cuando nos referimos a las relaciones que se establecen en el marco del proceso salud-enfermedad-cuidado, estamos hablando de relaciones humanas. Por eso es necesario promover el reconocimiento de la dimensión subjetiva que toda práctica de la salud supone. Cada trabajador/a de la salud emprende las prácticas de cuidado en función de su formación; sus experiencias dentro y fuera del trabajo; sus vínculos con el equipo; su historia; su ideología; etc. Todo esto configura una mirada singular en relación con la persona que acude al centro de salud para resolver su problema.

Del lado de las personas usuarias ocurre lo mismo, cada persona se acerca al centro de salud con expectativas en relación con la resolución de su problema; con el recuerdo de experiencias más o menos satisfactorias vinculadas con el cuidado de su salud, con ese u otro efector a lo largo de su historia; con pensamientos y emociones acerca de lo que le sucede, etc. Se trata, siempre, del encuentro entre subjetividades. Así, el desarrollo del trabajo en salud se caracteriza por encuentros únicos y singulares. En esos encuentros, las subjetividades se

expresan, se configuran y dialogan, afectándose mutuamente. Es por eso que se promueve el reconocimiento y abordaje atento y respetuoso de las singularidades.

Según Emerson Merhy (2006), para concretar un acto de salud las personas que trabajan en salud utilizan maletines tecnológicos: unas “cajas de herramientas” compuestas por tres modalidades de tecnologías:

1. Las tecnologías duras, que corresponden al equipamiento, los medicamentos, etc.;
2. Las tecnologías blandas-duras, que incluyen los conocimientos estructurados, tales como la clínica y la epidemiología;
3. Las tecnologías blandas, que involucran la dimensión relacional, favorecen la escucha, la comunicación, la comprensión, el establecimiento de vínculos, y el cuidado integral de las personas usuarias.

Las tecnologías blandas permiten a quienes trabajan en salud, actuar sobre las realidades singulares de cada persona en cada contexto particular, contando siempre con las tecnologías duras y blandas-duras como soporte. Implicadas en la producción de las relaciones entre dos sujetos, sólo se materializan “en acto”. Este trabajo vivo en acto (Merhy, 2011) implica flexibilidad para enfrentar contingencias; para disponer de los recursos; para crear abordajes novedosos que permitan resolver necesidades. Así, “en acto” y con un gran margen de autonomía, las personas que trabajan en salud inventan y reinventan la producción de actos de salud. Allí donde se produce la relación intersubjetiva entre quienes trabajan en salud y las personas usuarias, se habilita la posibilidad de que los actos en salud produzcan sentido para ambas.

Podemos hacer el ejercicio de pensar en las prácticas cotidianas, y constataremos que quienes trabajan en salud en un mismo equipo actúan de modo singular en la producción del cuidado, aunque su práctica responda a las mismas normas de funcionamiento y se ajuste a los mismos protocolos; incluso, cuando pertenecen a la misma disciplina y se han formado con similares referentes teóricos, o cuando pertenecen a la misma comunidad. Esto revela que el proceso de trabajo no sigue un único patrón, y confirma que las prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad (Merhy, 2011).

Existe un margen de invención, un “plus” que cada integrante del equipo puede aportar desde su singularidad en el abordaje de las diferentes situaciones que llegan al centro de salud, para mejorar el vínculo con las personas y con la comunidad; vínculos que están siempre en construcción. Para eso es necesario reconocer que el trabajo en salud es siempre en relación con una otredad semejante, y que las formas de hablar, de mirar, de escuchar; las concepciones y representaciones que componen nuestro imaginario, etc., ocupan un lugar central en el cuidado, porque se expresan de diversos modos y afectan la producción de actos de cuidado en salud.

La escucha atenta desde un enfoque interseccional, de todas las dimensiones que están en juego cuando una persona acude con una necesidad en relación con su salud, implica un cambio de gran importancia respecto de la escucha centrada en aspectos exclusivamente biológicos, o focalizada en la enfermedad. Inaugura la posibilidad de promover articulaciones, de inventar estrategias; de identificar aquellas oportunidades en las que la intervención del equipo debe orientarse a los determinantes sociales de la salud.

Enfoque interseccional

Abordar la salud atendiendo a lo interseccional propone dar cuenta de las desigualdades y discriminación que han vivido y viven quienes quedan por fuera de ciertas categorías establecidas por los grupos que detentan el poder y los privilegios a lo largo de la historia de la humanidad. Cuestionar los organizadores sociales que otrora se presentaban como “dados” e “incuestionables” es efecto de las luchas de aquellas personas que vivían en los márgenes, en la exclusión, que fueron dando forma y sustento a las teorías críticas feministas, antirracistas, sobre la diversidad funcional, la sexualidad o las apuestas descoloniales como algunas de las realidades que fueron invisibilizadas previamente a partir de los movimientos sociales de la década del ‘70 en el siglo XX hasta nuestros días.

“Para definir la interseccionalidad sencillamente, se podría decir que hace consciente cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad (u “organizadores sociales”) mantienen relaciones recíprocas. Es un enfoque que subraya que el género, la etnia, la

clase, u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas” son construidas y están interrelacionadas” (Platero Méndez, 2014)³¹.

Atendiendo a la simultaneidad de las opresiones a las que eran expuestas las mujeres negras, con particular atención a la encrucijada entre la raza y el género, Kimberlé Williams Crenshaw conceptualizó la interseccionalidad como una forma de estudiar las experiencias de las mujeres negras desde una mirada compleja, planteando los límites del feminismo y el movimiento antirracista en el abordaje de sus necesidades (1989, 1991a, 1991b). Presentando la interseccionalidad en clave de encrucijada y no como la sumatoria de desigualdades o como condiciones identitarias excluyentes o prefijadas sobre las que la persona tuviera que inclinarse por unas u otras de modo excluyente y/o definitivo.

Una teoría de las discriminaciones múltiples o las “desigualdades múltiples” está basada en una diversidad o “maraña de interrelaciones” (y no solo una causa de discriminación) que conforman las estructuras sociales que habitan personas atravesadas por múltiples desigualdades (Duclos, 1993; Fredman, 2005; Grabham, 2006; Grabham, Cooper, Krishnadas y Herman, 2009, entre otros).

Atender a las relaciones recíprocas que se sostienen entre algunas desigualdades permitió visibilizar “sistemas entrelazados de opresión” (Collins, 1990); “ejes de desigualdad” (Feree, 2009; Klinger y Knapp, 2007; Knapp, 2005; Winker y Degele, 2009; Yuval-Davis, 2006), “interdependencia de ejes de opresión” (Walgenbach, Dietze, Hornscheidt y Palm, 2007) y poder cuestionar propuestas que postulaban como solución la voluntad y acción individual para romper con matrices históricas de opresión. Dan cuenta de lo insuficiente de esta concepción los índices de riesgo de sufrir situaciones de violencia y exclusión en mujeres trans racializadas, en situación de pobreza y discapacidad.

³¹ Platero Méndez, Raquel (Lucas). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de Psicologia* | 2014, Vol. 16, No 1, 55-72

Perspectiva de Género y Diversidad

Los determinantes de la salud relacionados con género y diversidad son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias.

Refieren a las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos; determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria, así como las respuestas del sistema de salud.

Fue el grupo Combahee River Collective en su Manifiesto Feminista Negro de 1977 quien expresó que las opresiones de clase, género, raza y sexualidad eran simultáneas, de modo que tanto las discriminaciones vividas como las estrategias de resistencia y protesta estaban enraizadas en las interrelaciones de todas estas formas de discriminación³².

Kimberlé W. Crenshaw, jurista norteamericana y activista en el movimiento de mujeres afroamericanas en su país, acuñó el término interseccionalidad para poner de manifiesto las distintas formas en las que la raza y el género interactúan conformando las experiencias de las mujeres negras. Distinguirá entre lo que será la interseccionalidad estructural en tanto la experiencia concreta de discriminación a la que se ven expuestas las personas cuando se solapan distintos ejes de opresión, limitando sus oportunidades económicas, políticas y sociales; la interseccionalidad política, donde el acento se pone en las estrategias políticas ensayadas y puestas en práctica por las instituciones y los movimientos sociales para enfrentar esta realidad compleja y que denuncian que un abordaje que considere a las distintas categorías (género, raza, discapacidad, etc.) como ejes que se excluyen mutuamente fracasaría de forma estrepitosa, ya que no son neutras, y acaban jerarquizando y privilegiando ciertas situaciones en detrimento de otras (dado que no se excluyen sino que se interrelacionan) y finalmente la interseccionalidad representativa, que hace alusión al estudio de los estereotipos de género y de raza, concretamente³³.

³² PLATERO, Raquel (Lucas) (Ed.) Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Ediciones Bellatera, pág. 32

³³ CRENSHAW, Kimberlé W., Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics, 1989, University of Chicago Legal Forum 139-67 (1989). Reprinted in The Politics of Law: A Progressive Critique 195-217 (2nd ed., edited by David Kairys, Pantheon, 1990). <http://www.calstatela.edu/faculty/tbettch/Crenshaw%20Demarginalizing%20Intersection%20Race%20Sex.pdf>.

En tanto determinantes sociales de la salud, género y diversidad deben ser considerados por los equipos de salud tanto respecto de la definición de los problemas y situaciones de salud como en sus abordajes, garantizando el derecho a la identidad de género de todas las personas.

En este sentido desde la búsqueda activa en territorio, no asumir una determinada identidad de género en torno a estereotipos de género, y preguntar a la persona a registrar en la App u hoja de registro su nombre y apellido, por qué nombre y con qué pronombre desea ser llamada (él/ella/elle).

En la consulta en Centros de Salud llamar a la persona por apellido y no incluir el nombre de pila del DNI si aún no conocemos a la persona ya que puede no haber realizado aún o no desear realizar un cambio registral (Ley de Identidad de género) pero sí ser llamada o nombrada en la consulta por su nombre elegido en relación a su identidad de género autopercibida. En ese caso se consignará en la Historia Clínica y/o en los Ficheros de consulta para dirigirse a ella según el nombre y pronombre referidos,

En los casos de referencia a un efector de Segundo Nivel se consignará en la derivación y se informará la adecuación en los sistemas de registro (en caso de no contar con HSI donde puede consignarse). Asimismo, en las situaciones en las cuales la consulta sea realizada con la incorporación de Agentes Sanitarios y/o Agentes Sanitarios Indígenas, así como otras personas que pudiesen realizar acciones de mediación lingüística en respeto a la interculturalidad también se tendrá en cuenta la dimensión del respeto por la identidad de género.

Para poder implementar modelos de atención que no reproduzcan miradas patologizadoras, binarias y cis heteronormativas, es clave que los equipos de salud se pregunten desde qué marco de referencia realizan sus abordajes (formación profesional, propias representaciones, creencias y prejuicios). En esta línea, el concepto de interseccionalidad, que refiere al significado y la relación entre el sexo, el género, la clase social, y otros determinantes sociales, así como a los factores que crean inequidades sanitarias en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, institucional y mundial,

se constituye como una herramienta para la comprensión integral de la salud de las personas.

Enfoque social y de DDHH en discapacidad (Diversidad Funcional)

Según datos del Censo poblacional del año 2010, en Argentina el 12.9% de la población manifestó tener alguna dificultad o limitación permanente. A su vez el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, (OMS), estiman que el 15% de la población del mundo tiene alguna discapacidad y en el 25% de los hogares hay al menos un integrante en esta situación. A pesar de estas cifras, en muchos casos, las personas con discapacidad no cuentan con servicios básicos, ni acceso a la educación, la salud y al trabajo, en parte por causa de los imaginarios culturales que tienden a hacer invisible a esta población a través de acciones excluyentes.

“El enfoque de derechos humanos respecto de la discapacidad se basa en el enfoque social, ya que reconoce que las personas con discapacidad son sujetos de derechos y que el Estado y otras entidades tienen responsabilidades frente a esas personas” (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2014).

Actualmente, la participación y la inclusión plena de las personas con discapacidad en la sociedad está dada por la igualdad de condiciones para todas las personas, con opciones iguales y la adopción de medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y, por ende, su plena inclusión y participación en la comunidad. Se trata de un cambio que pone énfasis en la eliminación de las barreras que limitan y condicionan las posibilidades y la autodeterminación.

Por eso, es importante la inclusión de las personas con discapacidad con los entornos, la provisión de sistemas de apoyo individualizado, la mejora de la conducta adaptativa, y la equidad. También, es un cambio que radica en poner el foco en las capacidades de las personas con discapacidad, poniendo énfasis en sus potencialidades y advirtiendo sus limitaciones, no para excluir sino para garantizar los apoyos pertinentes.

El nuevo modelo transita hacia una nueva forma de vincular las personas con discapacidad (PCD) con su entorno, y esto requiere adquirir conocimientos e información específicos.

En nuestro país actualmente siguen vigentes tanto la Ley 24.901 del Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (1997), la Ley 26.378 Convención de Derechos de Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas por resolución general el 13 de diciembre del 2006 (2008) así como la Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley Nacional de Salud Mental, 2010), Ley 26.689 Cuidado integral de las personas con Enfermedades poco frecuentes (2011), y Ley 27.043 Abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2015) entre otras, en las cuales se reconoce la diversidad funcional como condición no excluyente del campo del derecho a la salud y a la autonomía de la persona, sus derechos como paciente en relación al consentimiento informado, su relación con los profesionales de la salud, las instituciones y la participación activa en sus tratamientos y prácticas en salud.

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por la ONU y con carácter constitucional por la Ley N° 26.378, la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras que presenta su entorno.

La CDPD pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de todas las personas con discapacidad, y el respeto de su dignidad inherente” haciéndose eco de un cambio importante en la comprensión de la discapacidad y en las respuestas mundiales a este problema.

Por ende, “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Cabe destacar que la teoría de la interseccionalidad que como ya se mencionó fuera elaborada a partir de la experiencia del feminismo afroamericano en Estados Unidos, se consolidó como un hallazgo fundamental para las mujeres con discapacidad a la hora de construir un edificio teórico sólido que permitiera poner en contacto distintos ejes de discriminación que hasta el siglo XX habían permanecido totalmente invisibilizados por

la corriente hegemónica, tanto en el ámbito de la academia como en el del activismo feminista y en el de la discapacidad por separado. Sin embargo, recién en la década de los noventa, el movimiento organizado de mujeres con discapacidad llamó la atención acerca de la situación en la que se encontraban millones de mujeres de este sector de personas con discapacidad de la población en todo el mundo, a quienes en los casos más extremos ni siquiera se las reconocía como mujeres.

En la Plataforma de Acción de la IV Conferencia de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se estableció como un área de especial interés el fortalecimiento de los mecanismos institucionales para el avance de las mujeres. Y su objetivo estratégico H.2. se centró en integrar la perspectiva de género en las legislaciones, las políticas, programas y proyectos públicos. Teniendo esto presente, y siendo conscientes de que las experiencias de la discriminación pueden ser muy diferentes entre las mujeres atendiendo a los diversos ejes de exclusión que se superponen, creando situaciones específicas de gran complejidad.

Es necesario desarrollar una herramienta que ayude a la transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad y la de discapacidad en las de género.

En los últimos años se ha producido un importante cambio de paradigma en los enfoques utilizados para abordar la discapacidad, lo que ha permitido superar concepciones ligadas a la necesidad de curar e intervenir el supuesto “cuerpo cuestionado como deficitario”, considerado patológico y por lo tanto como un problema individual que exigía un esfuerzo especial por parte de la persona a la hora de acoplarse a la normatividad vigente.

Concebir la discapacidad como un constructo sociocultural fabricado por el poder a través de sus valores, su cultura, sus instituciones, sus discursos y sus prácticas es fundamental, en pos de cuestionar y analizar esa concepción monolítica en torno a la discapacidad asociada a modelos eugenésicos que abogan por la eliminación de las personas que llaman “anómalas” o “desviadas de la norma”. Cabe señalar que a pesar de la progresiva búsqueda de superación del paradigma de la prescindencia y de otros posteriores centrados en la intervención biopolítica³⁴ en el cuerpo y en la vida de las personas con discapacidad (diversidad funcional, neurodiversidad, etc), aún no se ha logrado en todos los casos.

La filósofa Beatriz Preciado señala que “el grado de opresión disciplinaria sobre el cuerpo con discapacidad ha sido tan fuerte que todavía hoy nos resulta muy difícil ver y comprender que la discapacidad es también una construcción cultural”³⁵; más allá del apartado específico en relación a las niñas y mujeres con discapacidad de la CDPD- Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, siguen quedando por fuera muchos de los derechos en vastas regiones del globo.

En el apartado sobre género y diversidad cuando nos referimos al conjunto de discursos, prácticas y actitudes que discriminan a una persona por el hecho de ser mujer, de pertenecer a una etnia no blanco hegemónica o por tener una orientación sexual no heterosexual, rápidamente podíamos delinear términos como machismo, xenofobia y homofobia. Pero cuando hay que designar con un solo término aquellos discursos, prácticas y actitudes que discriminan a las personas por el mero hecho de tener una discapacidad, no solemos tener una expresión utilizada en el lenguaje común que describa esta realidad concreta de cerca del 15% de la población mundial que vive con alguna discapacidad.

Este mecanismo de exclusión se sostiene en la *falacia de la normalidad* como conjunto de características estandarizadas que se inscriben en el cuerpo y cuya lectura se hace desde premisas médico-biológicas con una fuerte impronta rehabilitadora.

Poder salir del capacitismo, al igual que la falacia de normalización desde un enfoque interseccional aplicado a la discapacidad, de forma de tener en cuenta siempre todas las posibles situaciones de exclusión o discriminación que pueden afectar a personas con discapacidad (no sólo la desigualdad de género).

³⁴ FOUCAULT, Michel, Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber. Siglo XXI, 2005.

³⁵ UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA (UNIA). Seminario Cuerpo Impropio. Guía de modelos somatopolíticos y de sus posibles usos desviados. Dir. Beatriz Preciado. http://ayp.unia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=703

Una misma persona con discapacidad puede padecer varias de estas situaciones de discriminación a la vez como su situación socioeconómica o de clase, tener una orientación sexual no heteronormativa (lesbianas, bisexuales), tener identidades de género diversas (travesti, trans, no binarie), ser de alguna minoría étnica, presentar una situación migratoria de excepción (ser migrante sin documentación de su estatuto migratorio, personas refugiadas por conflictos armados en sus países de origen, etc) entre otras pero, sobre todo, poder notar las relaciones entre todos estos criterios entre sí. Y aquí también si agregamos discapacidad, género y potenciales situaciones de violencia y/o abuso sexual mucho menos se suele hablar acerca de cómo la condición de discapacidad ha sido utilizada para silenciar o invisibilizar estos delitos.

La propia Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los estados que la han ratificado a que “adopten medidas legislativas, administrativas, sociales, educativas y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las mujeres y niñas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso”.

Desde la ANDIS se promueve la *Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)* como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros. Desde los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención a través de las jurisdicciones se pueden articular capacitaciones en RBC así como la asistencia técnica de equipos técnicos especializados para el diseño conjunto de estrategias de RBC adecuadas a cada persona con discapacidad y su contexto.

En relación a la inclusión de Personas con discapacidad, neurodiversidad, la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) sobre lo enunciado en los artículos 4 y 33 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, convocó a participar de la Consulta Federal Hacia una Nueva Ley de Discapacidad durante el año 2022, para

que todas y todos los interesados puedan brindar aportes al debate hacia el proyecto que reemplace la Ley 22.431. En Argentina, la Ley 22.431, que fuera sancionada en 1981 como ley marco en discapacidad, instituyó el denominado “sistema de protección integral de las personas discapacitadas”, una normativa que da cuenta de una concepción de la discapacidad de anclaje eminentemente médico, proteccionista, asistencialista, que entiende a la persona con discapacidad sólo como sujeto de cuidado y no como sujeto de derecho; que anula el reconocimiento de la persona como actor social y la limita a ser receptora de acciones de contención diferenciales y segregacionistas.

El dictado posterior de la Ley 24.901 del Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (1997) comienza a incorporar una perspectiva social de la discapacidad pero de modo incompleto.

Luego de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad se propone avanzar en una Nueva Ley Marco de Discapacidad a través del diálogo e intercambio plurales y federales que recopilen los aportes y opiniones de la sociedad civil, personas con discapacidad y sus familias, las organizaciones de y para personas con discapacidad, organismos públicos cuyas competencias funcionales se vinculen con la temática, sindicatos, universidades, y todos los sectores clave.

El Decreto N° 698/17 y sus modificatorios creó la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), como organismo descentralizado en la órbita de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación, que tiene a su cargo el diseño, coordinación y ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad y la elaboración y ejecución de acciones tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad.

Por el artículo 3º de la Ley N° 22.431, sustituido por el artículo 8º del Decreto N° 95/2018, se establece que la ANDIS certifica en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación de la persona afectada e indicará, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes de la misma, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar, añadiendo en el certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad (CUD).

El artículo 10 de la Ley N° 24.901 determina que, a los efectos de dicha ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3° de la Ley N° 22.431 y por leyes provinciales análogas. El artículo 10 del Anexo I del Decreto N° 1193/98 (reglamentario de la Ley N° 24.901) determina que el certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación de la persona por un equipo interdisciplinario que se constituirá a tal fin y comprenderá el diagnóstico funcional y la orientación prestacional, información que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

El Consejo Federal de Discapacidad tiene por objeto la descentralización y la capacidad resolutoria en el orden local y regional y el fomento de la interrelación permanente de los entes gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil que actúan en el tema. La diversidad de realidades que presentan las personas con discapacidad en el país requiere una gestión con un enfoque territorial. El Consejo es el espacio de diálogo y de planificación que permite considerar la temática de la discapacidad como eje transversal en todas las líneas de acción políticas de gobiernos nacionales, provinciales y municipales.

Sus miembros son los máximos representantes de organismos gubernamentales de cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de organizaciones de la sociedad civil de o para personas con discapacidad de las regiones Patagónica, NEA, Cuyo, NOA y Centro.

El Observatorio de la Discapacidad de la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex CONADIS) genera, difunde, actualiza y sistematiza información en la materia y efectúa el seguimiento de la aplicación y cumplimiento de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Una APS inclusiva promueve que las diferentes jurisdicciones miembros del COFESA, conozcan y articulen con la COFEDIS en materia de accesibilidad universal de las personas con discapacidad, diversidad funcional y neurodiversidad de sus jurisdicciones provinciales y municipales a los cuidados longitudinales, humanizados y situados en sus localidades en materia del proceso de salud-situación de discapacidad-atención-cuidado.

Promover la adecuación edilicia de los Centros de Atención de Salud (accesibilidad arquitectónica), así como las rutas de acceso y los medios de transporte adaptados (accesibilidad geográfica), la cartelería y materiales de difusión así como la señalética y páginas web, videos institucionales (Accesibilidad sensorial y cognitiva) junto con la adecuada formación del personal de los Equipos de Salud de todos los niveles de atención en APS, comenzando por los Equipos Comunitarios de Salud en el trabajo de formación, reflexión, identificación y abordaje de barreras culturales de accesibilidad, representaciones estigmáticas y abordajes no inclusivos en materia de atención sanitaria de PCD para garantizar la Accesibilidad Universal.

La Secretaría de Empleo Público de la Jefatura de Gabinete de Ministros desarrolló en el año 2022 un Manual de Buenas Prácticas³⁶ como vía para difundir información y conocimiento, sensibilizar a quienes no han tenido un acercamiento a la temática y a la realidad de las personas con discapacidad.

Salud Intercultural

Existe un amplio **corpus normativo nacional e internacional** que protege a las personas pertenecientes a comunidades y pueblos originarios, así como legislaciones para las personas y comunidades migrantes. Se reconocen derechos constitucionales específicos a nivel federal y en varios estados provinciales. Dentro del conjunto de derechos humanos contemplados en diversos instrumentos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración de las Naciones Unidas y la Declaración Americana sobre los derechos de los pueblos indígenas así como el Convenio 169 de la OIT que fue ratificado en el 2000 por nuestro país.

Ya desde 1994 en el **artículo 75 inciso 17 de la Constitución Nacional** se establece que corresponde al Congreso reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos; garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan.

³⁶Secretaría de Empleo Público. Manual de Buenas Prácticas en Discapacidad (2022)
<https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico/empleadopublico/discapacidad/buenaspracticas>

Este marco supone la participación de los pueblos en la gestión referida a los recursos naturales y demás intereses que los afecten, más allá de que las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones.

En materia de salud, la **ley de política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes (23.302/ 1985)** establece la realización de planes de prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros; declara como prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico de las enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas, así como la realización de planes de saneamiento ambiental y campañas para el control de las poblaciones de vectores. Dentro de los ejes priorizados, se destacan el cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la persona gestante, así como de las infancias, en el marco del respeto de la medicina tradicional indígena integrando -a los programas nacionales de salud- a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas.

El **Convenio 169 de la OIT (1989)**, ratificado por la ley Nacional N° 24.071 (1992), es el principal instrumento internacional sobre derechos de los pueblos indígenas. Establece los derechos en materia de trabajo, tierra, territorio, salud y educación de las comunidades originarias, debiendo garantizarse la organización comunitaria de los servicios de salud, incluidos los métodos y prácticas de prevención, curación y medicamentos tradicionales o de la medicina ancestral indígena. Asimismo, las acciones que se realicen en articulación con programas de educación deberán abarcar la historia de los pueblos, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y deberán adoptarse disposiciones para preservar las lenguas indígenas.

El censo nacional de 2010 permitió registrar a un total de 955.032 personas auto-identificadas como descendientes o pertenecientes a pueblos indígenas sobre un total de 45 millones de habitantes de la República Argentina en ese momento.

En el Censo 2022 (correspondiente al Censo del año 2020 que debió ser postergado debido a la Pandemia Covid-19) incluyó tanto el Autorreconocimiento indígena u originario (se preguntó a todas las personas si se reconocen indígenas o descendientes

de pueblos indígenas u originarios, aclarando el pueblo y, además, si habla y/o entiende la lengua de ese pueblo declarado) como el Autorreconocimiento afrodescendiente o de antepasados negros o africanos (todas las personas respondieron si se reconocen afrodescendientes o de antepasados negros o africanos). Aún están en etapa de procesamiento los datos relevados.

Desde el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) en relación a las Cosmovisiones Ancestrales comparten que los pueblos indígenas mantienen una relación de equilibrio, de armonía con la naturaleza. El tiempo presente se entiende a través de la idea de los ciclos de naturaleza, que son los que estructuran las diferentes actividades que las comunidades, los espacios productivos, espacios sagrados, espacios ceremoniales, espacio de viviendas, entre otros.

En la conformación de nuestro país no podemos dejar de mencionar a los Pueblos Originarios que habitaban el territorio Latinoamericano y fueron masacrados y/o sometidos a lo largo de los procesos colonialistas y de aculturación americana desde la llegada de las expediciones de diferentes monarquías europeas a nuestros territorios en el siglo XV y luego a lo largo de la Historia Argentina continuadas en diferentes gobiernos, inclusive en el siglo XX como la Masacre de Napalpí³⁷ cuyo juicio fuera apoyado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación como parte del proceso de reconocimiento del genocidio cometido contra los pueblos originarios y la búsqueda de reparación a las víctimas, sus familias y comunidades. El juicio por la verdad de la Masacre de Napalpí concluyó, a casi 98 años de los hechos, con la lectura de la parte resolutive de la sentencia el 19 de mayo del año 2022³⁸. El veredicto que tuvo traducción simultánea a las lenguas qom y moqoit, resolvió que existió responsabilidad del Estado Nacional en la Masacre ocurrida en la localidad chaqueña de Napalpí del 19 de julio de 1924 y consideró que se trató de crímenes de lesa humanidad cometidos en el marco de un proceso de genocidio de los pueblos indígenas y se dispusieron medidas de reparación en beneficio de las comunidades como habían solicitado durante los alegatos la fiscalía y las querellas de la Secretaría de Derechos Humanos y Géneros de Chaco y el Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH).

³⁷ Musante, M., & Mignoli, L. (2018). "Los cuervos no volaron una semana". La masacre de Napalpí en clave de genocidio. *Revista De Estudios Sobre Genocidio*, 13, 27-46. Recuperado a partir de <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/reg/article/view/256>

³⁸ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/masacre-de-napalpi-la-justicia-federal-de-chaco-considero-que-se-trato-de-crimenes-de-lesa>

Atender a los procesos de reparación históricos no puede desconocer desde el Campo de la Salud la deuda histórica de reconocer y promover la articulación entre las Cosmovisiones Ancestrales de los diferentes Pueblos Originarios que habitan no sólo las Comunidades Indígenas en territorios ubicados en diferentes provincias como descendientes de pueblos originarios que habitan en contextos urbanos y periurbanos.

Weiss, Engelman y Valverde (2013)³⁹ señalan que aún hoy como resultado de las imágenes fuertemente extendidas en el conjunto de la sociedad en relación a los pueblos indígenas, sigue instalada la idea que éstos residen mayoritariamente en ámbitos rurales, en las "comunidades" o en los lugares alejados de los grandes centros urbanos o en ambos "Desiertos" (Chaco y Patagonia). Gran parte de la población argentina desconoce que siete de cada diez integrantes de los pueblos originarios de nuestro país reside en el contexto urbano o periurbano o más aún, que de cada tres personas que se autoreconocen indígenas y/o descendientes de indígenas uno habita en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires). De modo que paralelamente, en las ciudades, la presencia indígena se encuentra sistemáticamente negada, ocultada en referencias discriminatorias del tipo de "los cabecitas negras", "los negros", "los villeros" (Ratier 1972), "los Bolivianos, Paraguayos, Peruanos, etc."; esos "otros" que son permanentemente discriminados y excluidos. También mencionan que se halla sumamente extendida la noción de que aquellas personas indígenas "dejan de serlo" porque han migrado a las ciudades, y por lo tanto "han perdido su cultura", presuntamente asociada a "lo rural", a los ámbitos "naturales" de pertenencia indígena. Este desconocimiento, representaciones estigmáticas aún encontradas en parte de la ciudadanía requieren no sólo continuar trabajando desde el Estado y las Comunidades Indígenas así como Comunidades de Migrantes para eliminar toda forma de discriminación.

³⁹ Weiss, Laura, Engelman, Juan, & Valverde, Sebastián. (2013). Pueblos indígenas urbanos en Argentina: un estado de la cuestión. *Revista Pilquen*, 16(1), 00. Recuperado en 30 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-31232013000100004&lng=es&tlng=es.

Desde el **Ministerio de Salud de la Nación** en el **año 2011** se creó por Resolución 439 el **“Área de Salud Indígena”** en la órbita del Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en un todo de acuerdo a lo consagrado en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional, así como también en la ley 23.302 de creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y en el Convenio No 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En el **año 2016** por Resolución 1036-E se creó el **Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas**, en el ámbito de la por aquel entonces Dirección Nacional de Atención Comunitaria de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, el cual tiene como objetivos:

- 1) Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
- 2) Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.
- 3) Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

Y actualmente, en el **año 2022** se conformó la **Coordinación de Salud Intercultural** en la actual Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria para:

- Asistir a la Dirección Nacional en la implementación de políticas de salud equitativas en comunidades donde persisten desigualdades basadas en la diversidad étnica o cultural, como así también, generar evidencia e información sobre la misma
- Promover que los programas implementados por el Ministerio posean un enfoque intercultural que contribuya, entre otros aspectos, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de las diversas culturas y cualquier otro grupo étnico, teniendo en cuenta sus contextos locales, sus prioridades y marcos normativos.

En relación a las personas y comunidades migrantes, nuestro país cuenta con la **Ley de Migraciones 25.871**, sancionada el 17 de Diciembre de 2003 y promulgada de hecho el 20 de enero de 2004. Es una de las primeras leyes de un Estado que deja explícito en su texto que *“el derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad”*, tal como lo expresa en su **artículo 4°**. En cuanto al **derecho a la salud**, podemos destacar dos artículos de la misma: el **artículo 6°** que expresa que *“el Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social”*, y el **artículo 8°** donde se especifica que *“no podrá negársele o restringirse en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria”*.

En cuanto al marco jurídico internacional sobre migraciones, se quiere mencionar particularmente uno de ellos. Nuestro país ha firmado la **“Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares”**, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/158, del 18 de diciembre de 1990, incorporándose a nuestra legislación nacional a través de la **Ley 26.202⁴⁰**, sancionada el 13 de Diciembre de 2006 y Promulgada de hecho el 10 de Enero de 2007. Instrumento que garantiza una serie de derechos y conceptos fundamentales para el cumplimiento de los mismos.

Asimismo, el **“Documento de Orientación sobre Migración y Salud”** de la Organización Panamericana de la Salud menciona los desafíos que plantea para la salud pública la gestión de migración y define 5 líneas de acción estratégicas recomendadas para la región, a saber:

- 1) Fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de la información, y el monitoreo;

- 2) Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante y la de acogida;
- 3) Mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación;
- 4) Fortalecer las alianzas, las redes y los marcos multipaís con el fin de comprender el estatus y promover y proteger la salud de los migrantes;
- 5) Adaptar las políticas, programas y marcos legales con el fin de promover y proteger la salud y bienestar de los migrantes.

¿A qué se denomina intercultural en salud? ¿Por qué es importante generar cambios en los sistemas de salud en pos de construir un modelo de salud intercultural? ¿Cuáles deben ser estos cambios?

Stivanello (2015)⁴¹ señala que según el modo de concebir la diversidad cultural es la forma en que se producen las prácticas. Por esto nos resulta pertinente, realizar una breve distinción conceptual entre multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad, ya que suelen ser usados como sinónimos y se trata de conceptos que presentan diferencias en el modo de entender la diversidad cultural.

La **multiculturalidad** reconoce que existen multiplicidad de culturas en un determinado momento y lugar sin relación entre ellas. Estas culturas están cerradas sobre sí mismas sin que exista interacción. Se entiende como un relativismo cultural, no se visibilizan los conflictos entre culturas.

La **pluriculturalidad**, es un concepto que hace referencia a la convivencia, en un mismo tiempo y espacio de varias culturas, donde juntas conforman una totalidad nacional. Surge del reconocimiento de la historia de convivencia desde hace siglos entre las distintas culturas, aunque sin una interrelación equitativa.

La **interculturalidad**, hace referencia al “entre culturas” donde el intercambio se establece de modo equitativo, en condiciones de igualdad. Con relaciones, negociaciones e intercambios culturales complejos, donde se busca la interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturales diferentes, una interacción que reconoce

⁴⁰ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26202-124232#:~:text=Resumen%3A,18%20DE%20DICIEMBRE%20DE%201990.>

y qué parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad de que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia (capacidad de actuar).

“La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. Es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad, constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias, pero no a su desaparición.” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007)

La OPS comprende el concepto de **interculturalidad** como un “**proceso social interactivo de reconocimiento y respeto** de las diferencias existentes al **interior de una cultura** específica y en la relación **entre varias culturas**, en un espacio determinado, indispensable **para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social, cultural, lingüístico, de género y generacional**”⁴².

Destaca también que la gestión en salud desde una perspectiva intercultural supone fortalecer las capacidades y sensibilidades del equipo de salud respecto a la diversidad cultural, a fin de sortear las barreras sociales y culturales en la atención de la salud.

⁴¹ Stivanello, M. B. (2015) Aportes al debate de interculturalidad en salud. Rev Tra Soc Ciencias Social. 76:e 0327-7585. <https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>

⁴² [OPS \(2008\). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas](#)

Atender a un modelo de salud intercultural en los sistemas de salud, incluirá tener en cuenta una serie de principios tales como: integralidad en la atención, incluyendo elementos curativos de rehabilitación, prevención y promoción, fomentar la participación social de los pueblos indígenas, valorización y revitalización cultural, equidad en la atención, reciprocidad tanto del Estado como por parte de la sociedad civil en asumir el rol como gestores, formadores y supervisores del acceso a la salud y, por último, como principio se debe propiciar que toda la población pueda tener acceso económico, social, geográfico y cultural a la atención básica en salud (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007).

Durante un taller sobre interculturalidad en salud, realizado en el año 2009 en el marco del entonces Programa Médicos Comunitarios (PMC), la representante de una Comunidad Indígena definió desde su cosmovisión ancestral a la salud como:

“El equilibrio entre las fuerzas naturales y espirituales entre los individuos y las comunidades. La salud se ve como un todo holístico de bienestar físico, moral, social, espiritual y el equilibrio cósmico, un todo. La enfermedad existe por desequilibrio, por avasallamiento y falta de convivencia armónica”.

Un enfoque de salud intercultural requiere no sólo conocer y reconocer las diferencias culturales, sino construir en este proceso, diálogos, intercambios y negociaciones que permitan incorporar las concepciones, los saberes y las prácticas medicinales de las cosmovisiones ancestrales en los sistemas de salud occidentales habitualmente nominados científicos.

La medicina tradicional entendida como el conjunto de todos los conocimientos construidos y utilizados por las comunidades para el diagnóstico y el tratamiento de diferentes trastornos, los cuales se basan exclusivamente en la experiencia y la observación, y son transmitidos verbalmente de una generación a otra. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007).

Incluirá desde cosmovisiones propias de las Comunidades Indígenas en su diversidad intrínseca: cosmovisión Wichí, Aymará, Guaraní, Qom, Mapuche, entre todas las presentes en nuestro país.

“En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. En este contexto la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población, independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad” (Alarcón, A.M., Vidal A., Rozas J.N., 2003)⁴³.

El sector de salud aún tiene un gran desafío por delante en lo que refiere a la consolidación de un modelo de salud intercultural, que incluya un proceso de diálogo de saberes e intercambio cultural promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud, donde la diferencia entre culturas no siga siendo portadora de desigualdades y donde el sistema sanitario y los trabajadores de salud puedan posicionarse siendo más permeables, flexibles a la realidad y al contexto social y cultural de las personas usuarias.

Cosmovisión indígena en salud y enfermedad

Stivanello (2015) señala que la salud de las poblaciones indígenas, se relaciona al acceso a elementos fundamentales para su “buen vivir”, acceder a la tierra, tener participación en la sociedad y la posibilidad de contar con la libertad para vivir su propia cultura.

La cosmovisión indígena respecto de la salud y la enfermedad difieren de los conceptos utilizados en la medicina científica, tan es así que se vuelve fundamental tomar conocimiento de los mismos.

⁴³ Alarcón, A.M., Vidal A., Rozas J.N. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 131: 1061-1065

“Con respecto a la cosmovisión en salud, es necesario señalar que, aunque existen diferentes procesos de desarrollo de la salud en los pueblos indígenas, es posible ver una cosmovisión común que entiende la salud como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen. La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, y es una transgresión de normas y principios de convivencia” (Organización Panamericana de la Salud, 2008:33)⁴⁴.

Respecto a la medicina tradicional la OPS reafirmó su importancia para avanzar hacia la salud universal, y en el contexto del 40° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, se presentó la Estrategia de Salud Universal de la OPS/OMS y **la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2014-2023)**.

La Política de Etnicidad y Salud de la OPS, aprobada en 2017, insta a los Estados Miembros a *“reconocer que promover el acceso a servicios de salud de calidad significa asegurar que los modelos, sistemas y servicios de salud adopten perspectivas interculturales, incluyendo el conocimiento y las prácticas ancestrales y espirituales de los pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y miembros de otros grupos étnicos”⁴⁵.*

Registros sanitarios con inclusión de la variable étnica como identitaria.

No solamente en los Censos poblacionales es importante reconocer la identidad indígena, afrodescendiente así como de las comunidades de personas migrantes de todo el mundo que habiten en territorio Argentino y puedan acceder al sistema de salud.

⁴⁴ Stivanello, M. B. (2015) Aportes al debate de interculturalidad en salud. Rev Tra Soc Ciencias Social. 76:0327-7585.

⁴⁵<https://www.paho.org/es/documentos/politica-sobre-etnicidad-salud-29a-conferencia-sanitaria-panamericana>

A nivel nacional existen registros electrónicos federales donde se incluye la variable étnica: el Sistema de Información Sanitaria Argentino (SISA), el Padrón Sumar, la Historia de Salud Integrada, la Ficha Ciudadano, el Sistema Informático Perinatal (SIP), y también en algunas fichas de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La inclusión de la pregunta en los registros sanitarios da lugar a que la persona usuaria del sistema de salud pueda manifestar su identidad étnica libremente. En ningún caso debiera realizarse en términos que pudieran incluir algún tinte discriminatorio.

Generar registros actualizados sobre la diversidad de concepciones y definiciones respecto de la salud, las enfermedades y los saberes y conocimientos tradicionales, contribuirán a una adecuación cultural de las políticas sanitarias en el PNA.

Un abordaje de Salud Intercultural del proceso salud-enfermedad-cuidado en APS implica fortalecer las capacidades y sensibilidades del equipo de salud respecto a las desigualdades basadas en la diversidad étnica o cultural, en pos de eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorando los resultados de salud de las diversas culturas y grupos étnicos, ya que permite evidenciar sus contextos locales, sus prioridades sociales y culturales respecto de la salud.

Territorio y salud

En la búsqueda por relacionar el entorno social y ambiental con los procesos de salud-enfermedad-cuidado, surge la necesidad de poner en común una definición de “territorio”, como escenario donde transcurren los procesos de producción y reproducción social (Chiara, 2016).

En salud pública conviven diferentes conceptualizaciones acerca del territorio.

1. Por un lado, se lo concibe como el mapa que permite ubicar la distribución espacial de las enfermedades. Un ejemplo son las políticas sanitarias de erradicación y control de enfermedades transmisibles, como la viruela, malaria y dengue, que trabajan con la localización de circuitos bio-espaciales para la detección de focos de enfermedad.

2. Por otro lado, cambios poblacionales como las altas tasas de natalidad acompañadas de altas tasas de mortalidad infantil, la progresiva urbanización y el aumento de enfermedades crónicas, plantean la necesidad de formar equipos de salud locales con población a cargo, con el objetivo de contar con unavigilancia epidemiológica focalizada en grupos sociales en situación de vulnerabilidad. La población a cargo es referenciada territorialmente a través de diferentes procesos que veremos más adelante, lo que amplía la mirada sobre el territorio a nuevas dimensiones.
3. Por último, con el foco puesto en la integración y en una mayor equidad en salud, se implementan diferentes estrategias de atención en redes territoriales, para facilitar la interrelación de servicios dispersos y con distinto nivel de complejidad. “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 9). La incorporación de estas redes produce una nueva definición territorial agregando una nueva dimensión.



Para la Atención Primaria de la Salud el territorio es la delimitación de un área de responsabilidad sanitaria que recoge, por un lado, las demandas de las personas y familias y, por el otro, convoca a la participación activa de la comunidad.

“El territorio se define como un espacio físico de continuidad, donde los vínculos se determinan por relaciones de proximidad” (Chiara, 2016). Este “territorio de proximidad” es la base de la implementación de un abordaje comunitario de la salud, definiendo en simultáneo la demanda de prestaciones y creando posibilidades y condiciones en cuyo contexto cobran vida los procesos de atención integral. Considerando esta complejidad creciente, el territorio es donde se dan las relaciones entre los procesos naturales y los procesos sociales, denominado como metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2003).

En otras palabras, la gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción), dinámicas indisolubles del territorio (Samaja, 2003). Por lo tanto, el territorio no es solamente un entorno caracterizado por su geografía física, el paisaje y los elementos bióticos y abióticos de la naturaleza presentes en él. Es un escenario que se construye a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el escenario donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad y la muerte y donde se expresan las contradicciones y los conflictos (Molina Jaramillo, 2018).

Todo esto promueve una mirada más amplia del contexto en el que se inserta la comunidad y permite poner atención en la incidencia de otros actores, cuya acción no necesariamente está localizada en el territorio de proximidad, pero que también inciden en el proceso salud-enfermedad-cuidado. Más adelante volveremos sobre las definiciones de territorio y su importancia para los procesos de salud-enfermedad-cuidado.

Abordaje situado

El abordaje de los procesos de salud-enfermedad-cuidado (SEC) desde un abordaje situado refiere a atender a los mismos allí donde se producen, en el territorio, en el contexto, cultura y determinaciones sociales que lo integran así como aquellas intersecciones que los constituyen.

El campo de la salud, así configurado, da al territorio un lugar clave como coordenada donde se sitúan en acto el escenario complejo donde transcurre la vida de las personas, las familias y la comunidad. En consonancia Borde y Torres Tovar (2017) señalan *“en tanto en el territorio se dan los procesos de producción y reproducción social junto al metabolismo sociedad-naturaleza, son estos procesos los que constituyen la base de la determinación social que establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan (...) El territorio no es solamente un entorno caracterizado por su geografía física, el paisaje y los elementos bióticos y abióticos de la naturaleza presentes en él. Es un escenario que se construye a partir de las relaciones históricas,*

sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el escenario donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad y la muerte (...). El metabolismo sociedad-naturaleza que se expresa en lo territorial, configura la base de la determinación social del proceso salud-enfermedad y muerte. Esto revela al campo de la salud pública la necesidad de apropiar la categoría de territorio como elemento sustancial para entender y explicar las dinámicas de la vida y de la salud, y la necesidad de articularse (...) con el saber y praxis de las comunidades, para comprender de manera integral el territorio, todo con la finalidad de potenciar la vida (...).

Conocer no sólo las condiciones de vida de las personas usuarias del sistema de salud sino su ubicación en el territorio, la referenciación de la población a sus efectores de salud del Primer Nivel de Atención a través del proceso de Adscripción la población a los Centros de Salud es una acción que se orienta al fortalecimiento del PNA como puerta de entrada a las Redes Integradas de Salud y lugar destacado para el desarrollo de acciones de prevención, promoción, atención y resolución del 80% de las demandas en salud.

La adscripción de población a Centros de Salud del PNA

El concepto de población bajo cuidado o bajo responsabilidad no siempre se define y por lo tanto se operacionaliza del mismo modo.

La adscripción de población a los Centros de Salud del PNA es el proceso por el cual éstos asumen la responsabilidad sanitaria sobre la población que vive dentro de un área geográfica delimitada. Se promueve la relación entre los equipos de dichos efectores y la población a través de distintas acciones y/o dispositivos, como la consulta en el punto de atención, las rondas sanitarias o visitas domiciliarias, en donde el equipo de salud establece un vínculo de reconocimiento mutuo con las personas.

El proceso de adscripción implica identificar a la población en el contexto de los grupos familiares a los que pertenece, lo cual favorece el vínculo entre personas usuarias y equipos, y el compromiso del equipo con una población determinada.

Desde la perspectiva de las personas usuarias, el hecho de concurrir en diversas ocasiones a un mismo centro de salud y tener contacto con las mismas personas trabajadoras de dicho efector, genera un vínculo de confianza, favoreciendo la identificación oportuna de sus problemas. Esto permite incrementar las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de mejorar la satisfacción de las personas usuarias durante todo el proceso de SEC.

Desde la perspectiva de los equipos de salud, permite brindar continuidad en el cuidado e implementar herramientas para el seguimiento de la población a cargo del Centro de Salud, a partir del conocimiento preciso de sus problemáticas socio-sanitarias, que genera mejores condiciones para la toma de decisiones.

El objetivo fundamental del trabajo del equipo de salud en relación a la población adscripta al Centro de Salud del PNA es cuidar de su salud, a través de la realización de análisis de situación; la elaboración de estrategias de abordaje de los problemas y necesidades; y la evaluación de los procesos y resultados, en articulación con otros actores, propiciando un abordaje intersectorial además de las acciones de promoción y de atención de la demanda programada y espontánea.

En primer lugar, para realizar la asignación de la población a los efectores de salud del PNA es fundamental la definición del área geográfica de responsabilidad de cada establecimiento.

*Se define como **Área de Responsabilidad Sanitaria (ARS)** al área geográfica de cobertura asignada a un establecimiento público de salud para que éste lleve a cabo sus intervenciones socio-sanitarias en contexto del PNA. En algunas jurisdicciones se las conoce como áreas programáticas.*

Las ARS no son estáticas, sino que pueden sufrir modificaciones periódicas en razón de cambios en la distribución de la población, de la oferta de servicios, de recursos disponibles y de acciones sanitarias priorizadas, entre otros motivos.

Otro concepto, tangencial pero diferente al de ARS, es el de áreas de influencia de los centros de salud. Las áreas de influencia se definen por el espacio geográfico sobre el cual los centros de salud tienen alcance efectivo, y emergen a partir del uso de servicios de salud por parte de la población, independientemente del ARS en el que se encuentre su domicilio. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) considera que las áreas de captación o influencia son regiones a partir de las cuales acuden las personas usuarias a un determinado centro de salud.

La delimitación de las ARS requiere dar cumplimiento a los siguientes criterios:

- Exhaustividad: la suma de las ARS debe abarcar todo un territorio (ejemplo: jurisdicción, departamento, localidad), independientemente que este poblado o no, quedando así toda la geografía definida y asignada a algún establecimiento público de salud.
- Mutua exclusión: un mismo espacio geográfico no debe en ningún caso formar parte de dos o más ARS, evitando solapamientos.
- Univocidad: debe haber un solo centro de salud del PNA responsable de cada área.
- Dinamismo: las áreas deben ser susceptibles de ser modificadas con el paso del tiempo en función de las dinámicas demográficas, organizacionales, geográficas, etc.



Ejemplo de ARS: Plataforma SIG. Áreas de responsabilidad sanitaria de establecimientos de atención primaria de salud del departamento de Guaymallén, Mendoza

Ya sea en soporte papel o digital, los Centros de Salud del PNA precisan disponer de la información cartográfica de las ARS en las cuales prestarán servicios. Es importante que tanto la gestión de la jurisdicción, como la Dirección/Coordinación de los centros de salud del PNA y los equipos de salud accedan a la misma información respecto de las ARS de su competencia: esto es clave para garantizar la accesibilidad, la eficiencia y la gestión integral del sistema de salud.

En los casos en que las condiciones de accesibilidad y equipamiento lo permitan se promueve la progresiva digitalización de las ARS como proceso de informatización que fortalece la toma de decisiones a través de las posibilidades que ofrece en materia de procesamiento de grandes cantidades de datos, incluso provenientes de fuentes diversas.

Luego de realizar la delimitación del ARS se avanza sobre la Identificación de población referenciada a centros de salud del PNA (nominalización y georreferenciación) como proceso fundamental para la realización eficiente y efectiva de las prácticas de cuidado en salud y la gestión de la salud pública, en la medida en que contribuye a mejorar la calidad de la atención, el acceso de las personas usuarias, la atención de salud y la recopilación de datos.

El proceso de nominalización y conformación del padrón de personas referenciadas al centro de salud del PNA tiene como principal función evitar el ingreso duplicado o fragmentado de la información de las personas, como así también validar la calidad de la información ingresada.

El vínculo entre la población y sus centros de salud de referencia es fundamental para el funcionamiento ordenado del sistema en su conjunto, en la medida que brindar una atención integral y de calidad constituye su principal objetivo.

Criterios de Identificación

Se pueden distinguir tres criterios para la identificación de población de referencia de los centros de salud del PNA: por ubicación geográfica, por utilización de servicios de salud y mixto.

- *Identificación por Ubicación Geográfica - Georreferencia*

El abordaje del proceso de Salud-Enfermedad-Cuidado (SEC) que se propone a partir del trabajo con población a cargo otorga fuerte centralidad al territorio.

La georreferenciación de la población a cargo es una instancia crucial en la comprensión de las múltiples aristas que adquiere el cuidado de su salud, ya que permite que los Centros de Salud del PNA puedan tomar conocimiento y dimensión del conjunto de los determinantes sociales de la salud.

El criterio de ubicación geográfica consiste en asignar una ubicación espacial a las personas, usualmente sus domicilios, a través de un sistema de coordenadas; y en asociar dicha ubicación a un establecimiento de salud. La identificación de la población a través de este método requiere dividir el territorio jurisdiccional en Áreas de Responsabilidad Sanitaria (ARS), considerando la ubicación de los centros de salud del PNA.

En modelos que trabajan la georreferenciación sin uso de tecnologías digitales utiliza mapas de la zona para ubicar en éste las viviendas y personas que referencian a ese Centro de Salud y sus equipos.

- *Identificación por Utilización de Servicios de Salud*

Muchas veces las personas usuarias del subsector público de salud escogen su lugar de atención en función de diferentes factores, como la cercanía a su trabajo o domicilio, la variedad de profesionales y tecnologías disponibles, el horario de atención, las instalaciones o el trato percibido en el proceso de recepción de la demanda.

El método basado en la utilización de servicios de salud consiste en identificar a la población de referencia considerando los centros de salud a los cuales concurren, independientemente de que el mismo tenga o no definida formalmente un área de responsabilidad.

La identificación de la población de referencia a través de este método requiere de un conjunto amplio de definiciones, por ejemplo: el período de evaluación de las prestaciones; los tipos y cantidades de prestaciones a evaluar; y los criterios que resuelvan ambigüedades de personas que han concurrido a varios establecimientos.

El procedimiento se aplica sobre aquellas personas que hacen uso de prestaciones específicas, previamente determinadas, en el período de tiempo considerado.

Esta metodología obedece a la necesidad de determinar la población que concurre a un centro de salud del PNA en relación al comportamiento que tienen las personas usuarias a la hora de elegir un centro de salud en función de sus experiencias y en relación con la información que circula en sus redes de relación barrial, laboral o escolar.

- *Identificación por criterio mixto*

El criterio mixto implica implementar tanto el de utilización de los servicios como el de ubicación geográfica (georreferenciación) en forma simultánea, teniendo en cuenta las particularidades de cada uno.

Operativamente permite que aquellas personas que han obtenido alguna de las prestaciones enmarcadas dentro del criterio de utilización -los plazos establecidos y los criterios de corte-; sean identificados como población de referencia a un centro de salud; mientras que la población que no cumple con los requisitos de utilización sea identificada como población de referencia a un establecimiento por su ubicación geográfica. De esta forma se consideran las elecciones de las personas usuarias a la hora de elegir un establecimiento sanitario sin dejar de lado la responsabilidad del establecimiento sobre la población que se encuentra dentro de su área de responsabilidad.

Esta metodología permite indagar y determinar las causas por las cuales algunas personas no asisten al centro que se les propone de acuerdo a su domicilio y sí a otros, con el objeto de fortalecer las capacidades de los centros de salud del PNA en búsqueda de captar a estas personas usuarias que corresponden a su área pero que deciden no atenderse en ellos o encuentran dificultades para acceder.

Desde el Programa Nacional de Salud Comunitaria se prioriza el criterio de ubicación geográfica (georreferenciación) para la identificación de población referenciada al centro de salud del PNA.

6. Salud comunitaria y Equipos del Primer Nivel de Atención (PNA)

Las actividades de los equipos de salud comunitaria de los Centros de Salud que trabajan con población a cargo pueden clasificarse en actividades: asistenciales, comunitarias y de planificación y gestión.

- Las **actividades asistenciales** en el centro de salud corresponden a las específicas de cada disciplina presente entre los/as integrantes del equipo. Las acciones en contemplar en el proceso SEC tanto a la enfermedad como a la dolencia, desarrollando actividades de promoción y prevención independientemente del motivo de consulta, y reforzar alianzas terapéuticas y decisiones compartidas y consensuadas con las personas usuarias.
- Las **actividades comunitarias** por lo general son desarrolladas fuera del centro de salud, en espacios públicos o en los domicilios de las personas, en contacto con la comunidad. Las mismas son realizadas con tiempo protegido y programado para ello, precedidas por una planificación y seguidas de una evaluación de resultados.
- Las **actividades de planificación y gestión** son aquellas que establecen la distribución del tiempo del equipo y establecen mejoras en las actividades asistenciales y comunitarias, en base a la situación de la población. El ámbito donde se produce la planificación de estas actividades son las reuniones del equipo, del Centro de Salud; y las reuniones con referentes de los equipos y directivos del centro de salud así como así como profesionales responsables de apoyo matricial (clínica ampliada, teleconsultas regionales) cuando resulte pertinente. Existen distintas herramientas para mejorar la toma de decisiones en el marco de estas actividades, por ejemplo: matriz de marco lógico, árbol de problemas, análisis de situación de salud, tablero de seguimiento, ficheros cronológicos, etc.

Cada una de estas actividades clínico-asistenciales, comunitarias y de planificación y gestión son en sí mismas una oportunidad para ampliar el acceso, generar transformaciones y producir salud junto a las personas y su comunidad.

Formar parte del equipo implica, entre otras cosas, participar de sus reuniones en tanto lugar de encuentro y ámbito privilegiado (aunque no exclusivo) de los intercambios en sus integrantes, y recibir y analizar en conjunto los reportes con indicadores de la población, lo cual contribuye a conocer sus necesidades y problemas, y permite articular los recursos del equipo dando la mejor respuesta

Rondas sanitarias, abordaje en Sala de Espera y consultas en Centros de Salud centrados en las personas y sus comunidades:

Partiendo de la idea central de que los procesos de gestación y el cuidado de las infancias son una responsabilidad del entorno familiar y de la comunidad, así como un deber del Estado, es atinado preguntarse qué aportes específicos pueden realizar los equipos del PNA que trabajan desde la perspectiva familiar y comunitaria.

Proponemos reflexionar aquí sobre las intervenciones en el contexto de vida de la población a cargo del centro de salud del PNA que impactan eficazmente en el desarrollo de las primeras infancias.

Una de las metodologías de trabajo propias del PNA es la **ronda sanitaria**, que consiste en visitas periódicas orientadas al relevamiento de información socio sanitaria, detección de grupos vulnerables, promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, etc.

En las rondas, no sólo se conoce más sobre las familias que viven en el territorio, sino que se genera un contacto directo con ellas. Así, se favorece la posibilidad de afianzar el vínculo entre los equipos con la comunidad, promoviendo la continuidad de la atención, la detección de la demanda oculta y la resolución de problemas.

Identificar personas embarazadas y puérperas es uno de los objetivos de la ronda sanitaria, ya que el control de embarazo es una de las líneas de cuidado priorizadas en APS.

Las visitas domiciliarias brindan al sistema sanitario la oportunidad de trabajar en contexto, a través de las tareas que realizan los equipos con la población a cargo del centro de salud. Son éstos quiénes tienen el privilegio de conocer los territorios, sus características y el modo en que lo habita la población.

La posibilidad de acceder a los hogares, en el marco de las rondas sanitarias, ofrece la observación en contexto de las interacciones familiares, de las prácticas de crianza y de los estilos de vida por esto es de suma importancia que todas las personas que realizan las rondas sanitarias puedan conocer y estar sensibilizadas acerca de los aspectos propios de estas etapas del curso de vida.

En este sentido, los equipos del PNA interviniendo desde la perspectiva de la determinación social de la salud, son capaces de identificar en ellos, tanto factores de riesgo que pudieran afectar negativamente el desarrollo de la primera infancia; así como factores protectores que favorezcan su desarrollo. Esta perspectiva además hace posible detectar oportunidades de intervención que fortalezcan estos últimos o disminuyan los primeros.

Otro espacio de intervención propio del PNA es la sala de espera de los centros de salud. Los **dispositivos de sala de espera** cobran valor porque se proponen utilizar el tiempo propio de la espera, al servicio de una acción sanitaria, por ejemplo de promoción o prevención de salud como es el caso de los talleres y otros espacios de participación y acceso a información.

Un dispositivo típico de sala de espera es la **juegoteca**, un espacio que además de garantizar el derecho al juego, permite tener una mirada integral de las infancias, y convoca al encuentro de niñas y sus cuidadores, fortaleciendo el vínculo; y entre familias convirtiéndose muchas veces en momento propicio para compartir experiencias de crianza.

Las rondas sanitarias y los dispositivos en sala de espera son acciones valiosas de APS para detectar oportunidades de intervención en el desarrollo integral de las infancias, sobre todo a partir del enfoque de derechos. Las acciones que pueden tener lugar van desde brindar información y conocimientos necesarios para el desarrollo integral hasta la identificación de signos de alarma así como situaciones que requieran un abordaje específico del equipo de salud.

Por otra parte, la consulta pediátrica es otra tarea de los equipos de salud que revisten valor específico para el desarrollo integral de las infancias en sus contextos de vida familiares y comunitarios, tanto en el sentido del seguimiento longitudinal como por su estrategia de trabajo en temas como la promoción de la lactancia materna y de una alimentación adecuada en los primeros años de vida, la evaluación del crecimiento y desarrollo con uso de tablas de referencia y pruebas de pesquisa, el cumplimiento del plan de inmunizaciones, la prevención de accidentes, la valoración del vínculo niño- padres, la promoción de la lectura y de actividades lúdicas que se adapten a las características del medio ambiente del niño (Cafiero, 2008).

En este marco de la consulta es central la escucha atenta a las familias. No desoír sino por el contrario poner el foco en lo que las familias relatan y preguntan acerca del desarrollo de las infancias.

Juego y Salud

El juego es universal, y está presente en todas las etapas del curso de vida. Es una actividad central en la vida de niños y niñas que tiene beneficios per se, como el placer y la salud. Sin embargo, para abordar el juego desde la mirada del PNA es necesario prestar atención además a otros aspectos.

Reconocido como un derecho de los y las niñas, el juego es una actividad recreativa, un recurso educativo y un instrumento de exploración del mundo exterior, un canal de expresión de creatividad e imaginación, un modo de socialización y vinculación; es subjetivante, constitutivo del cuerpo y de la identidad, un medio de elaboración de situaciones traumáticas, y posibilitador de la simbolización, el pensamiento abstracto y la incorporación de reglas. Por todo esto, el juego se presenta como un eje fundamental para el desarrollo integral de las infancias.

Los primeros años de vida constituyen un período crucial para el desarrollo cerebral. Son las experiencias las que estimulan, en parte, ese desarrollo cerebral, y dentro de éstas, el juego ocupa un lugar destacado (Rowensztein, 2021).

A medida que sucede el proceso del desarrollo, el juego va modificándose, recorriendo un camino que va de la dependencia absoluta a la autonomía respecto de la persona que cuida. En la escena del jugar podemos observar cómo transcurre tal proceso y los obstáculos que se pueden presentar. Es por esto que el juego cobra valor fundamental para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Por un lado, el juego actúa como motor del desarrollo integral. Desde lo físico, facilitando lo sensorial, lo motor, lo muscular y lo psicomotriz; desde lo mental, poniendo en acción el ingenio, la creación, la originalidad y la disposición intelectual; desde lo emocional, permite la expresión de los conflictos y las fantasías, y además, al participar del desarrollo social, conduce al niño hacia un conocimiento del mundo en el cual está inmerso y en el cual termina de integrarse. (Tallis, 2012).

Tomando esta vertiente del juego como estímulo potenciador del desarrollo integral es importante identificar momentos, espacios, actores y dispositivos que puedan configurarse como promotores del juego en el PNA, con los objetivos de disminuir o revertir factores de riesgo, estimularlo como factor protector, promover los vínculos y la subjetivación y permitir el acceso a la simbolización, la cultura, la socialización y el pensamiento.

Un espacio valioso para tal fin es el consultorio, muchas veces subestimado por la urgencia de otras acciones que lo convocan tradicionalmente. “Los pediatras debemos informar a los cuidadores acerca de la trascendencia que tiene el juego libre y creativo en las infancias. Promover el juego en espacios seguros, asesorar sobre juegos y juguetes adecuados para cada etapa y estimular la lectura desde edades tempranas” (Rowensztein, 2021).

Otros espacios típicos del PNA, como las juegotecas, son en sí un espacio promotor del juego que garantiza el derecho a jugar, y convoca al encuentro y a que los niños sean partícipes, compartan, se comprometan, aprendan y crezcan (Schapira et.al.).

También la incorporación del recurso lúdico en talleres de promoción y prevención es una manera de promover el juego y ponerlo en práctica.

Por otro lado, el juego tiene valor específico en el PNA en tanto posibilita la detección precoz de problemáticas de salud, y es indicador del desarrollo integral de niños y niñas.

La detección precoz de los problemas de desarrollo es un proceso continuo de vigilancia de desarrollo infantil que en niños menores de seis años se constituye en una estrategia de gran impacto, una vez que está dirigido al primer nivel de atención de la salud, donde cerca de ochenta por ciento de la demanda principalmente materna e infantil es atendida por el sistema de salud. (OPS, 2011)

En este sentido, en la consulta, además de facilitar la construcción del vínculo con niños y niñas, y facilitar la interacción directa sin que medie la interpretación subjetiva de la persona que cuida; el juego es indicador del nivel de desarrollo. Permite evaluar distintos aspectos del desarrollo integral, e identificar posibles obstáculos en él.

Por su parte la **juegoteca como dispositivo de la sala de espera** permite tener una mirada integral de los niños y niñas, que puede conllevar una intervención in situ para fortalecer distintos aspectos del desarrollo a través del juego, o la derivación y articulación pertinente cuando se observa algún indicador que preocupa en relación al desarrollo integral.

La juegoteca en el PNA: tiempo y espacio para jugar

Ambas caras del juego en relación al desarrollo integral, como motor y como indicador, justifican la importancia de garantizar el juego en la vida de niños y niñas, y la pertinencia de facilitar tiempo y espacio de juego dentro del sistema de salud.

Las juegotecas, además de garantizar el derecho a jugar, son espacios de promoción de derechos en general, de recreación, de vinculación, de socialización, pero en tanto dispositivos de APS, las juegotecas del PNA, se configuran como espacios legítimos de abordaje del proceso salud/enfermedad/atención-cuidado, al contemplar en su planificación el conocimiento que el equipo de salud tiene de su población a cargo y su contexto de vida, y en el diseño de un encuadre que le permita vehicular los objetivos que de ese saber se desprenden. Cada juegoteca podrá tener sus particularidades según los contextos de vida de su comunidad y el diagnóstico inicial del que se parta: la falta de espacios públicos para el juego o de que los espacios públicos son inseguros para los niños y niñas, de que las viviendas son reducidas, de la carencia de juegos y juguetes que fomenten la creatividad y el pleno desarrollo de las capacidades, etc.

Las juegotecas en salud son espacios propicios para que el equipo de salud interdisciplinariamente realice acciones de promoción de la salud, detecte situaciones a las que es necesario prestar atención y aborde el desarrollo integral de niños y niñas.

La implementación de juegotecas en salud en el marco de la promoción y prevención fortalece el abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las niñeces. Dispositivos de salud integrados y articulados en función de cada necesidad local del territorio en el que se implemente, cada una tendrá un proyecto singular como estrategia local.

Juego: espacio potencial de encuentro

“En todo jugar hay ese entre dos. Jugar es transitar la experiencia del encuentro”
(Winnicott).

El juego como experiencia de encuentro (Winnicott, 1982) nos invita a pensar los dispositivos lúdicos como lugar de encuentros. Postuló la existencia de un espacio potencial entre el bebé y la madre, que varía en gran medida según las experiencias vitales de aquel en relación con la figura materna. Este espacio lo enfrenta al mundo interior y a la realidad exterior.

La calidad de las interacciones y las experiencias lúdicas tempranas entre la persona que cuida y el niño o la niña, tendrán incidencia no solo en el desarrollo integral infantil sino también a futuro en la vinculación con las personas y el mundo.

Para que un bebé juegue debe haber alguien disponible física y afectivamente que habilite el jugar, que dé sentido (lúdico) a las acciones espontáneas del niño o la niña, y permita el desarrollo de la capacidad lúdica.

Una vez desarrollada la capacidad lúdica, el niño o la niña pasará distintos momentos: jugará solo, jugará solo en presencia de sus pares (juego paralelo), y poco a poco comenzará a interactuar estableciendo el juego con otros.

El encuentro entre pares queda ejemplificado en el juego reglado: El juego reglado hace su aparición cuando el juego se vuelve grupal y requiere acuerdos entre los participantes (Tabak, 2017).

Los espacios lúdicos son también lugar de encuentro entre familias que comparten sus experiencias de crianza, entre disciplinas que dialogan desde un abordaje compartido a través del juego, entre población a cargo y equipo de salud.

7. Salud Mental Comunitaria

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, establece que el proceso de atención se debe realizar desde un “abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”, reforzando, restituyendo o promoviendo lazos sociales.

La salud mental debe ser promovida y protegida allí donde ocurra un padecimiento, en el mismo lugar donde las personas desarrollan su vida cotidiana, en su comunidad. El componente de salud mental debería ser parte integrante de todos los abordajes de salud en el campo de acción del equipo interdisciplinario.

Desde esta perspectiva la estrategia de Atención Primaria de la Salud favorece la atención accesible y personalizada, cercana al entorno y al lugar de residencia de la persona; lo que posibilita la capacidad de generar un abordaje integral.

El equipo de salud multidisciplinario desempeña una tarea fundamental en el diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de las personas con padecimiento mental así como de todas las problemáticas de salud mental y la promoción de la salud mental comunitaria.

El objetivo fundamental para fortalecer el eje de Salud Mental en el PNA se orienta a incrementar el acceso a la salud mental en el Primer Nivel de Atención, reduciendo la brecha asistencial a través de la mejora en las capacidades de identificación temprana, asistencia, acompañamiento y continuidad de cuidados con un enfoque comunitario.

En cuanto a los efectores del Primer Nivel de Atención tanto CAPS-Centros de Atención Primaria, CS Centros de Salud, Postas Sanitarias entre otros dispositivos que constituyen los espacios de promoción y atención sanitaria primarios, ubicados en los territorios y a los cuales está referenciada la población del lugar, son de competencia provincial o municipal de acuerdo a la organización de los niveles de atención del sistema sanitario atento las Constituciones Provinciales y la normativa jurisdiccional en términos de conformación de las Redes Sanitarias.

Los Centros del PNA implementan diferentes acciones que contribuyen tanto a la promoción de la salud mental comunitaria como a la atención especializada por equipos de salud mental a través de los compromisos asumidos en relación al Plan Nacional de Salud Mental en cada provincia y los cuales tienen como primer contacto con la comunidad a los Equipos de Salud Comunitaria, muchos de los cuales están conformados por trabajadores/as becarios/as del Programa Nacional de SaludComunitaria.

8. Salud digital

Desarrollar y/o fortalecer los sistemas de información de los sistemas públicos jurisdiccionales implica trabajar en pos de definir indicadores reportables para el monitoreo del proceso de atención y estándares de interoperabilidad para los diferentes sistemas existentes, contando con reportes periódicos. La estrategia que promueve la Red Nacional de Salud Digital se basa en principios rectores que encaminan la informatización de la salud en pos de mejorar el cuidado de las personas.

Los efectores del PNA deben incorporar progresivamente esta modalidad al abordaje del proceso de salud-enfermedad-cuidado de su población a cargo, en función de las particularidades de su jurisdicción. La utilización progresiva de sistemas electrónicos de registración de las acciones en terreno, como la HSI (Historia de Salud Integral) y la APP Visitar, sumada a los avances en conectividad con el soporte de ARSAT y fibra óptica; y a la recolección e integración de datos a través de sistemas interoperables con bases nacionales, es un aporte sustantivo a la disminución de brechas digitales, y a la integración de información y de subsistemas.

Como vimos anteriormente, la digitalización de las ARS y la identificación de población también puede enmarcarse en este proceso, con grandes ventajas en términos de procesamiento de la información, entre otras.

El registro de datos por parte de los equipos de salud y la utilización de estándares y procesos definidos y políticas para compartir información posibilitan la integración de distintos componentes. Así, la información se vuelve accesible y queda disponible para su utilización con fines estadísticos, epidemiológicos, de gestión y de planificación de políticas públicas e investigación, a la vez que permite a las personas usuarias contar con el acceso a su propia información recolectada desde cualquier efector en cualquier lugar del territorio nacional.

Por su parte, el uso de Telesalud en APS presenta beneficios que en su conjunto representan la posibilidad de una mejora cualitativa en términos de accesibilidad, continuidad del cuidado e integralidad en la atención. Facilita el acceso a las consultas, permitiendo aumentar la detección temprana de cuadros clínicos o problemáticas multidimensionales que requieren la intervención del equipo de salud, achicando la brecha histórica entre las necesidades de atención en salud y la posibilidad de acceso. Favorece también el abordaje interdisciplinario y fortalece los equipos de salud, permitiendo responder de manera integral a situaciones complejas. Promueve, además, una articulación ágil y sistemática entre los actores que componen las Redes Integradas de Servicios de Salud.

App Visitar en Rondas Sanitarias

El uso de las tecnologías basadas en la recolección de datos probatorios a través de dispositivos portables permite elaborar soluciones innovadoras para el registro digital en de datos socio sanitarios de los grupos familiares entrevistados por los/as agentes sanitarios/as durante las rondas sanitarias que, debidamente procesados, brindan información en tiempo real para tomar decisiones y, de esta manera, resolver las necesidades efectivas de la población en lo referente a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Historia de Salud Integral (HSI)

La Historia de Salud Integral (HSI) incluirá aquella información clínica centrada en la persona usuaria, siempre bajo su supervisión y autorización. Incluye una biblioteca de documentos clínicos que describen los diferentes componentes de la HSI, por ejemplo: registro de contacto ambulatorio, resumen de episodio de internación, resumen de historia clínica, resultados de estudios complementarios (laboratorio, imágenes, etc.). Como mencionamos anteriormente, contar con registros nominalizados, longitudinales e integrales que construyan una HSI para cada persona, que incluya tratamientos, prestaciones, prescripciones, alergias y antecedentes clínicos de cada persona es una herramienta primordial para mejorar la calidad de la atención médica. La información sanitaria de las personas usuarias es información altamente sensible, abarcada en la Ley 25.326 de protección de datos personales. La red de interoperabilidad impulsa la aplicación de procesos y medidas que prevengan la pérdida de información y el acceso indebido o inapropiado.

Las personas usuarias deben tener control y auditoría sobre la transferencia de su información sanitaria entre dominios, sobre la base de reglas explícitas que regulen esta transferencia, pudiendo modificarse de acuerdo a sus preferencias.

El acceso a la información sanitaria dentro de cada dominio estará regulado por un conjunto de medidas de privacidad y seguridad locales en cada institución. El rol del Ministerio de Salud incluye definir guías de buenas prácticas que protejan los derechos de las personas usuarias del sistema sanitario.

Plan de Conectividad Digital Federal

Durante la pandemia Covid-19 se avanzó desde ARSAT⁴⁶ y el Ministerio de Salud de la Nación en la conectividad de 300 Centros de Atención Primaria (CAPS) y, actualmente, en octubre 2022 se lanzó el Plan de Conectividad Digital Federal destinado a brindar infraestructura para la conectividad satelital a internet a más de 1600 Centros de Atención Primaria Cordilleranos, de difícil acceso geográfico de 19 provincias, permitiendo generar un incremento en el acceso equitativo a una salud de calidad a través de la utilización de Telesalud y mejorando los registros de información digital sobre la salud de la población, con el trabajo conjunto entre ARSAT, el Ministerio de Salud de la Nación y las provincias implicadas en este Plan en curso.

9. Pandemia por Covid-19 en el mundo. Desafíos afrontados. Aprendizajes colectivos (2020-2021)

“Si alguna vez hemos necesitado recordar que vivimos en un mundo interconectado, el nuevo coronavirus lo ha hecho”

Filippo Grandi

Las palabras del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR- UN) nos recuerdan cómo la irrupción de la pandemia Covid-19 en el mundo produjo gran conmoción y llevó la pregunta por la vida en común y la dimensión colectiva del cuidado al centro de los debates, sobre todo en materia sanitaria y educativa. En poco tiempo un virus que apareció en una pequeña región del mundo se extendió y dio lugar a una pandemia de alcance mundial entre el 2020 y el 2021.

Luego del brote de una enfermedad por un nuevo coronavirus (COVID-19) que se produjo en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei, en China, se ha registrado una rápida propagación a escala comunitaria, regional e internacional, con un aumento exponencial del número de casos y muertes. Siendo así el 30 de enero del 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Esto movilizó a todos los Gobiernos a poner atención a este nuevo virus que crecía en cantidad de contagios y desafiaba la capacidad de respuesta de todos los sistemas de salud.

El primer caso en América se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020, y Brasil notificó su primer caso en América Latina y el Caribe el 26 de febrero del 2020. Luego el COVID 19 se propagó a los 54 países y territorios de la Región de las Américas.

La OPS/OMS activó los equipos regionales y nacionales de gestión de incidentes para dar apoyo a la respuesta a la emergencia de manera directa a los ministerios de salud y otras autoridades nacionales en relación con la vigilancia, la capacidad en materia de laboratorios, los servicios de apoyo para la atención de salud, la prevención y el control de infecciones, el manejo clínico y la comunicación de riesgos, todo en consonancia con las líneas prioritarias de acción.

Se elaboraron, publicaron y difundieron documentos técnicos basados en la evidencia para guiar las estrategias y las políticas de los Estados para afrontar la pandemia en sus territorios.

El contexto de emergencia sanitaria del COVID-19 y las políticas de cuidado que se fueron implementado en el mundo modificaron las prácticas de cuidado en salud y en pos de brindar seguridad ante este nuevo virus, se implementaron medidas de protección y aislamiento social en diversa escala, y se modificaron protocolos de atención sanitaria así como el ingreso y permanencia de familiares en centros de salud y hospitales que cambiaron la forma en que las personas se relacionaban con los servicios de salud y las redes locales.

El coronavirus (COVID-19) produjo un estado de emergencia en la salud pública con impactos multidimensionales inmediatos y en el largo plazo. Nuestro país no fue ajeno a este escenario mundial.

El 17 de enero de 2020, la Oficina Sanitaria Panamericana⁴⁷ puso en marcha la respuesta en toda la organización para proporcionar cooperación técnica a los 51 países y territorios de la Región de las Américas con el fin de abordar y mitigar el impacto de la pandemia de COVID-19. El trabajo de la OPS se correspondió a los cuatro objetivos principales de su estrategia de respuesta regional:

- Objetivo 1: Asegurar que los países cuenten con información en tiempo real y que haya una coordinación eficiente de las operaciones nacionales y regionales de respuesta.
- Objetivo 2: Limitar la transmisión entre seres humanos mediante la reducción de las infecciones secundarias entre contactos directos y el personal de salud, y la prevención de eventos que podrían amplificar la transmisión.

⁴⁶ ARSAT es la empresa Argentina creada por el Estado Nacional el 22 de mayo de 2006 a través de la Ley 26.092. Su misión es generar condiciones de igualdad en el acceso al servicio de las telecomunicaciones en todo el país, conectando a los argentinos con infraestructura terrestre y satelital. Visión es transformar el mercado de las telecomunicaciones generando valor para la nación y bienestar de los argentinos. <https://www.arsat.com.ar/acerca-de-arsat/>

- Objetivo 3: Detección, aislamiento y cuidados tempranos de los pacientes, lo que incluye la atención optimizada de los pacientes con la infección.
- Objetivo 4: Comunicación de riesgos críticos, información sobre eventos a todas las comunidades y medidas para contrarrestar la información incorrecta.

Las Líneas prioritarias de acción para la respuesta de la OPS incluidas en el Boletín del Informe de situación COVID-19 del 31 marzo del año 2020 fueron:

1. Información en tiempo real, coordinación y operaciones de respuesta.
2. Limitación de la transmisión entre seres humanos y prevención de eventos que podrían amplificar la transmisión.
3. Detección, aislamiento y cuidado temprano de los pacientes.
4. Comunicación de riesgos críticos, información sobre eventos y medidas para contrarrestar la información incorrecta.
5. Investigación, innovación y desarrollo.

Ya el 18 de marzo de 2020, la OMS y sus asociados lanzan el ensayo clínico internacional Solidaridad, un ensayo que tuvo por objetivo generar datos rigurosos de todo el mundo para encontrar los tratamientos más eficaces contra la COVID-19. Para el 14 de abril de 2020 la OMS publica la Actualización de la estrategia frente a la COVID-19, con orientaciones para los países que se preparan para una transición gradual desde la transmisión generalizada a un estado estable de bajo nivel de transmisión o de ausencia de transmisión. Su objetivo era que todos los países controlen la pandemia movilizándolo a todos los sectores y comunidades para prevenir y suprimir la transmisión en la colectividad, reducir la mortalidad y desarrollar vacunas y tratamientos seguros y eficaces.

A lo largo del periodo 2020-2021 la OMS/OPS realizó informes mensuales aportando los consolidados de datos mundiales y brindando nueva información y/o pasos a seguir. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación contra

el COVID-19 como una herramienta de prevención primaria fundamental para limitar los efectos sanitarios y económicos devenidos de la pandemia.

La OMS elaboró o adaptó 335 directrices técnicas y recomendaciones relacionadas con la COVID-19. Se impartieron más de 418 sesiones de capacitación a nivel de país o región, en forma virtual o presencial, a nivel regional y nacional.

Con el objetivo de ayudar a los países de América Latina y el Caribe a elaborar o actualizar sus planes operativos para enfrentar futuras pandemias, el taller tuvo en cuenta las enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19. Un plan de preparación y respuesta ante eventos con potencial epidémico y pandémico es una de las capacidades básicas requeridas por el RSI, una convención internacional jurídicamente vinculante adoptada por los Estados Miembros de la OMS para prevenir y responder a las amenazas de salud pública que pueden cruzar las fronteras y afectar a la población de todo el mundo.

El Boletín de septiembre 2022 refiere Situación de la Región de las Américas por el brote de COVID-19 y continúa destacando la importancia de garantizar la Vacunación contra el Covid-19 y destaca que ya se han vacunado 710.694.806 personas de 51 países y territorios, con un equivalente al 69,4% de la población de América Latina y el Caribe, que tienen el esquema de vacunación completo.

En 17 países y territorios se alcanzaron las metas de cobertura de la vacunación de 70% para fines de junio del 2022, en tanto 10 países y territorios no han alcanzado la meta de cobertura de 40% fijada por la OMS para diciembre del 2021.

⁴⁷ PAHO Informe de situación COVID-19, n.1 (31 de marzo del 2020) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52404>

⁴⁸ 220760-esfin-op-sitrep-aug-22%20(1).pdf. https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp

10. La pandemia COVID-19 en Argentina. Crónica del abordaje federal y comunitario

En Argentina, el primer caso de COVID-19 se confirmó el día 3 de marzo de 2020⁴⁹ y, a la fecha, las 24 jurisdicciones se vieron afectadas en diversa escala.

Los/as trabajadores/as de la salud, población estratégica para sostener adecuadamente el funcionamiento y la respuesta del sistema sanitario, representó una proporción significativa de las infecciones. Al 19 de noviembre de 2020, se registraban 58.721 casos acumulados en este grupo, representando un porcentaje del 4,4% sobre el total del país, incidencia que puede atribuirse particularmente a exposiciones repetidas y/o sin protección adecuada por lo cual se desarrollaron protocolos y acciones concretas para fortalecer la bioseguridad y el cuidado de los equipos de primera respuesta.

Se diseñó el *Plan de preparación y respuesta al COVID-19 para el sector sanitario*⁵⁰ que dadas las características de la enfermedad y el conocimiento sobre el nuevo coronavirus, desarrolló los siguientes objetivos:

- Detectar oportunamente a las personas que padecen COVID-19 y pueden ingresar al país;
- Minimizar la diseminación de la enfermedad, la morbilidad y la mortalidad,
- Asistir en forma adecuada a las personas enfermas;
- Monitorear e investigar brotes que puedan ocurrir;
- Identificar y caracterizar la naturaleza del virus y la gravedad clínica de la enfermedad;
- Recomendar estrategias de manejo específicas de enfermedades respiratorias;
- Contribuir a la recuperación rápida y segura de individuos.

⁴⁹ MSAL (2020) Plan estratégico para la vacunación contra el covid-19 en Argentina <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-estrategico-para-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-argentina>

⁵⁰ MSAL (2020) <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/plan-operativo>

Este Plan se desarrolló en dos Etapas:

1. Fase de Contención:

En la situación epidemiológica, en donde no se registraban casos confirmados, o los casos confirmados eran aislados.

Los objetivos en esta etapa fueron:

- Detectar oportunamente los casos iniciales y sus contactos;
- Minimizar la transmisión de la enfermedad evitando la diseminación del virus en la comunidad;
- Preparar y fortalecer las necesidades del sistema de salud;
- Contribuir al conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad en el contexto de la región;
- Proporcionar información oportuna, transparente y basada en la evidencia científica, como también, todo nuevo conocimiento para apoyar las mejores prácticas de atención médica;
- Confirmar y fortalecer los acuerdos efectivos de gobernanza sanitaria en conjunto a todas las jurisdicciones;
- Asegurar una respuesta proporcionada y contribuir a mantener una atención de calidad;
- Comunicar de forma responsable y adecuada para generar confianza en la comunidad.

2- Fase de Mitigación:

A partir de la detección de transmisión local, considerada desde la confirmación laboratorial de transmisión de SARS-CoV-2, entre personas con vínculos epidemiológicos confirmados. Determinado el número por el cual puede verse comprometida la capacidad operativa del sistema sanitario para dar respuesta a la fase de contención, se pasó a la fase de mitigación.

En esta etapa, se priorizaron acciones para evitar los casos graves y muertes. Además de las acciones realizadas en la etapa de contención, en esta etapa se consideró:

- Apoyar y mantener una atención de calidad,
- Cesar las actividades que ya no eran necesarias y comprometían la atención de casos graves o que requieran internación,
- Vigilar el comportamiento epidemiológico del virus en el país,
- Monitorear el resultado de las intervenciones terapéuticas y comunicar la efectividad de las mismas,
- Evaluar la respuesta del sistema, revisar planes y procedimientos establecidos.

Acciones en fase de contingencia

- Confirmación diagnóstica para los casos graves y fatales, criterios de diagnóstico clínico y epidemiológico para los casos leves y moderados o aquellos que no requirieron internación.
- La vigilancia epidemiológica pasó a ser agrupada para casos leves, y se realizó nominal solo para casos graves.
- Se reforzó el sistema de salud, para poder dar respuesta a la demanda en atención primaria y asegurar la generación de mecanismos de traslados y atención de pacientes graves.
- Monitoreo de camas críticas y del sistema de derivación de pacientes en estado crítico.
- Asegurar los insumos adecuados para protección del personal de salud.
- Reforzar las capacitaciones del personal de salud, en el uso adecuado de equipos de protección personal.
- Fortalecer los programas de control de infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
- Minimizar el riesgo de transmisión en instituciones sanitarias, en particular aquellas que regularmente asisten personas inmunocomprometidas.
- Priorizar en puntos de entrada, la difusión masiva estimulando el auto-reporte en pacientes sintomáticos.

Durante ambas fases se realizaron: Evaluación de procesos en función de la situación epidemiológica:

- Necesidad de aplicar medidas de distanciamiento social en la comunidad (escuelas, lugares públicos, trabajo, actividades recreativas, transporte de corta y larga distancia).
- Evaluación periódica de respuesta sanitaria ante las distintas fases del plan operativo de preparación y respuesta al COVID-19.

También el Ministerio de Salud de la Nación, como organismo rector del sistema de salud, diseñó en noviembre del 2020 el **“Plan Estratégico para la vacunación contra COVID-19 en Argentina”**, teniendo en cuenta la información y recomendaciones de organismos internacionales disponibles hasta ese momento.

“Se trata de una estrategia nacional que se rige por un marco ético que incluye el principio de equidad, con una base técnica sólida, y que será coordinada, participativa y multisectorial, con la firme convicción de que debe abogarse por la conciencia solidaria de la comunidad que favorezca la vacunación en forma voluntaria (...)”

“La estrategia de vacunación en Argentina busca garantizar la disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional, a fin de cubrir a toda la población objetivo de manera gratuita, equitativa e igualitaria. El Estado Nacional asegura que todo el proceso de compra y distribución de aquellas vacunas que cumplan con requisitos para lograr la autorización por la autoridad regulatoria nacional, se llevará a cabo de manera transparente y cumpliendo los estándares de seguridad y eficacia en forma homogénea para todo el territorio del país”⁵¹.

La efectiva ejecución de este Plan estratégico para la vacunación contra COVID-19 en Argentina ha sido (y continúa siendo) un trabajo colectivo, con fuerte raigambre en el Primer Nivel de Atención, con una articulación y trabajo que incluyó a otros Ministerios Públicos, Agencias Gubernamentales, nuestra aerolínea de Bandera, Aerolíneas Argentinas, personal aeronáutico, logístico, de seguridad, investigadores/as y personal que desarrolló pruebas rápidas de detección, procesamiento de datos diagnósticos,

producción nacional de vacunas, así como agentes sanitarios y promotores de salud, y otras personas de los equipos de salud que llevaron adelante también este plan en todo el país.

Durante la pandemia COVID-19 para garantizar un acceso a información confiable y actualizada, brindar herramientas a la población así como a equipos locales tanto desde la cartera nacional como desde las provincias, municipios y CABA se desarrollaron acciones vinculadas a sensibilizar a la población, comprometiéndose en el cuidado colectivo a través del autocuidado. A través de diferentes sitios web, y Apps nacionales⁵² y otras herramientas tecnológicas se fortalecieron campañas, se gestionaron los permisos de circulación en personal esencial, así como en la medida que se salía del ASPO hacia el DISPO y se abría la posibilidad de viajar en verano 2021, por ejemplo, y la gestión del registro de personas en tránsito.

A escala nacional en <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/app> en la web y la aplicación COVID-19 permite a las personas autoevaluarse para detectar coronavirus. También se puede aprender sobre el desarrollo de la pandemia y las medidas adoptadas por las autoridades nacionales para contener el avance del virus.

También en <https://cuidarnos.com> se podía dar seguimiento de contactos sociales. En <https://www.argentina.gob.ar/noticias/sumamos-whatsapp-ante-la-emergencia-sanitaria> el Chatbot de Whatsapp y Facebook funcionó como línea de ayuda automatizada e información gratuita en WhatsApp y Facebook Messenger con el objetivo de proporcionar respuestas a las preguntas más frecuentes, evitar la información errónea y brindar consejos que mantendrán a las personas seguras y ayudarán a prevenir la propagación del COVID-19. Además, las notificaciones con información relevante sobre el coronavirus se encuentran en la sección de Noticias de Facebook y en el Feed de Instagram del Ministerio de Salud de la Nación también.

El evento #LoHackeamosEntreTodos <https://lohackeamosentretodos.com/> reunió a diseñadores, científicos de datos, programadores y profesionales de la salud para pensar y desarrollar prototipos para resolver los nuevos desafíos sobre el COVID-19.

Con temas como sociedad y tecnología, salud y tecnología e información y tecnología, esta actividad fue organizada por pymes del sector de tecnología y salud, Clapps, Consenso Salud y Develop Consulting SA, siendo apoyada y coorganizada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Gobierno Nacional y diferentes empresas. Los gobiernos proporcionaron datos abiertos, tutorías y desafíos.

A escala provincial y de la CABA hubo también diferentes propuestas como Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. La campaña pública <https://acij.org.ar/covid19yderechos/> estuvo destinada a difundir información legal sobre el COVID para grupos en situación de vulnerabilidad: niñeces, personas que viven en barrios populares, personas con discapacidad y temas de salud sexual en las mujeres. Los participantes de esta propuesta son ACIJ, CIDC, el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Torcuato Di Tella.

Hosteada por el Municipio de Rosario (Santa Fe) y coordinado por ciudadanos/as la Plataforma Frena la Curva (FLC) <https://argentina.frenalacurva.net> en la cual personas voluntarias, emprendedores, activistas, organizaciones sociales, fabricantes y laboratorios de innovación pública y abierta, cooperan para canalizar y organizarse frente a la pandemia del COVID-19 (coronavirus). También en <https://www.rosario.gob.ar/web/coronavirus/comparti-tus-proyectos> se propuso potenciar propuestas innovadoras, herramientas tecnológicas, aplicaciones y todo aquel proyecto que colabore en la contención de la pandemia del COVID-19.

Hubo también otros desarrollos locales con el objetivo de brindar información, contribuir y apoyar el desarrollo de Redes Comunitarias en territorio a través de la comunicación on line. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/transitar-aislamiento>

⁵¹<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-estrategico-para-la-vacunacion-contr-la-covid-19-en-argentina>

⁵² <https://www.opengovpartnership.org/es/collecting-open-government-approaches-to-covid-19/>

Desde mensajes como “Cuidar la salud mental es tan importante como cuidar la salud física” se trabajó también a nivel nacional y federal en el fortalecimiento y desarrollo de la Red Nacional de Salud Mental y apoyo psicosocial <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/transitar-aislamiento> en cada momento de la pandemia, a través de recomendaciones de ayuda psicosocial para todas las edades, recursos. Se dispuso de líneas telefónicas (y mails de contacto) en todo el país para recibir Primeros Auxilios Psicológicos y apoyo psicosocial: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/telefonos/apoyo-psicosocial> Se realizaron Webinars y formaciones sobre temas de Salud Mental Comunitaria que estuvieron disponibles en las Redes del MSAL y en Banco de Recursos al igual que en las 24 jurisdicciones del arco federal.

Rol del Equipo de Salud del PNA durante la pandemia Covid-19 en Argentina: de la incertidumbre al trabajo integrado

Durante los años 2020 y 2021, el abordaje de la pandemia redirigió gran parte de los recursos al segundo y tercer nivel de atención, debido a las características de presentación de una enfermedad hasta entonces desconocida que ponía en riesgo la salud y la vida de todas las personas habitantes del territorio nacional. Hubo una reorganización del RRHH local para trabajar en el contexto del plan de preparación y respuesta al COVID-19 para el sector sanitario así como luego en el Plan Estratégico para la vacunación contra COVID-19 y los equipos del Primer Nivel de Atención asumieron nuevos roles no sólo en terreno sino en los espacios masivos destinados luego a la Vacunación contra COVID-19.

“La prevención y control de una epidemia, además de la asistencia médica individual, exige un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, detectar precozmente los sintomáticos, rastrear los contactos, aislar, tratar y rehabilitar a los afectados, con prioridad en los grupos sociales en desventaja y vulnerables. Enfrentar esta pandemia requiere un enfoque promocional, territorial,

comunitario y de vigilancia integral en salud que puede ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Integral e Integrada” (Giovanella, 2020)⁵³.

La pandemia puso de manifiesto y puso énfasis en la potencialidad del trabajo en red tanto como la relevancia de éstas que junto con las articulaciones intersectoriales y al interior del sistema de salud; así como en la utilización de nuevas tecnologías de la información (Salud Digital), permitieron el registro y acceso oportuno a la información y a consultas a distancia, así como el seguimiento de casos y control epidemiológico de grandes poblaciones en corto tiempo.

Se desarrolló el **Plan DETECTAR Federal** Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar> para establecer estrategias especiales en el abordaje territorial en los Barrios Populares o en áreas definidas donde se detecta o estima un incremento en el número de casos y con el objetivo de fortalecer la prevención a través de la búsqueda intensiva de casos de COVID-19, la atención y el aislamiento.

Personal de salud del Primer Nivel de Atención en todo el país junto a equipos del MSAL en algunos territorios preservando la confidencialidad de las personas en el marco de la Ley de Protección de Datos Personales 25326, participaron de los Operativos Locales para Buscar-Testear-Cuidar a las personas que pudieran ser caso sospechoso y/o contacto estrecho de una persona con diagnóstico de COVID-19.

El **Buscar** implicaba realizar una búsqueda activa, casa por casa de los contactos estrechos de casos confirmados y de todas las personas con síntomas compatibles con COVID-19. Luego **Testear**, acompañando a las personas al lugar de testeo en el barrio para tomar la muestra. La prueba que se realizaba era la de PCR, con un circuito especial para tener el resultado lo antes posible y así poder confirmar o descartar. Y finalmente **Cuidar**, aquellos casos positivos eran derivados para su cuidado y atención.

⁵³ GIOVANELLA, Ligia et al. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021,e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310

Se identificaban los contactos estrechos y se realizaba un seguimiento diario de los mismos durante 14 días. Se evaluaba también la necesidad de ayuda social para que el aislamiento fuera posible.

En estos Operativos también se relevaban las problemáticas sociales y educativas además de las sanitarias de modo de articular con las áreas de gobierno específicas y activar las Redes de Respuesta Social, económica y psicosocial. Dado el cambio de orientación en la tarea de los Equipos del Primer Nivel de Atención, con foco en el cuidado de la población respecto del COVID-19 hubo otros indicadores de promoción y prevención que dieron cuenta de un descenso en los controles de salud de la población; de controles de embarazo; de otras inmunizaciones; de búsqueda activa de patologías, etc. que han vuelto a primer plano con la implementación del Plan 1000 días en todo el territorio de manera escalonada, el Plan Nacional de Salud Mental, entre otras Líneas de Cuidados priorizadas por el Ministerio de Salud de la Nación en acuerdo con el COFESA para fortalecer post pandemia la salud de la población y seguir trabajando para la articulación, coordinación e integración de los tres subsectores del Sistema Nacional de Salud.

Pese a esto, la flexibilidad, la humanidad y el compromiso de los equipos, fue lo que permitió afrontar los momentos más críticos de la pandemia en los territorios.

11. Comunidad post-pandemia. Recuperar el sentido de pertenencia

Luego del momento de mayor intensidad de la pandemia hasta el cambio que imprimió la vacunación de la población, los duelos aún en proceso por las pérdidas de vidas humanas, tanto en los equipos de salud como en la población y la vuelta de los Equipos de Salud del PNA al trabajo territorial de los Ejes de APS, y líneas de cuidado por curso de vida así como promover que las comunidades vuelvan al Centro de Salud.

Durante la Pandemia COVID-19 dado el requerimiento de servicios de salud con internación, los traslados a Terapia Intensiva que requirió la atención de pacientes críticos con neumonía por COVID-19 durante la pandemia en un volumen que llevó al límite en muchas oportunidades en todo el mundo las camas y personal intensivista que,

en colaboración con muchos otros profesionales, constituyeron uno de los retos más importante afrontados por la Medicina Intensiva en toda su historia. En este sentido, hubo una necesaria migración en la atención de cuadros complejos de COVID-19 a los Hospitales, y a posteriori de la pandemia, queda aún mucho por hacer para acompañar a la población en la vuelta a los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención como espacio de referencia comunitario, de adscripción en el cuidado de la salud de cada comunidad. También los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención junto a sus equipos multidisciplinarios fueron transformados por este tiempo vivido como Humanidad a raíz de la pandemia y es necesaria la reconstrucción del tejido comunidad-centro de salud trabajando nuevamente la gestión de la confianza hacia las capacidades y herramientas de abordaje territorial de las problemáticas prevalentes de salud desde los Equipos del PNA cuanto de la prevención, promoción y cuidados de salud de estas población en un renovado proceso de adscripción a los Centros de Salud del PNA.

Para ello se han delineado 4 Dimensiones y 13 Ejes Rectores en APS a modo de acompañar este proceso de nuevo entramado local con un Plan Nacional de Atención Primaria de la Salud con destacado rol de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al Sistema de Salud, como base y soporte clave en el proceso de garantizar el derecho a la salud como derecho humano, en todo el Territorio Nacional a todo habitante del suelo Argentino.

12. Aportes a una articulación interministerial y federal situada, inclusiva e intercultural. Hacia una propuesta de Ejes de Gobernanza en APS

Consolidar una estrategia de Atención Primaria de la Salud como articuladora de las políticas públicas sanitarias con base en el Primer Nivel de Atención requiere de un trabajo de consolidación intra e interministerial, y federal. A partir del desarrollo de Ejes de Gobernanza en APS se podrán definir objetivos generales y específicos, líneas de acción e indicadores de proceso y resultado, desde un abordaje situado en el territorio, e inclusivo de la diversidad y la interculturalidad en las políticas de cuidados en salud para toda la Argentina.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, asume la tarea de generar nuevas propuestas para poner en valor la Atención Primaria y afianzar su gobernanza, proveyendo un marco de política estratégica y priorizando líneas de acción que puedan adaptarse a las particularidades de cada jurisdicción, poniendo en valor los aprendizajes que dejó el abordaje de aquella situación particularmente adversa y prolongada en el tiempo.

La propuesta de Ejes de Gobernanza surge del trabajo articulado entre las áreas sustantivas del MSAL junto a los equipos de la Dirección de Atención Primaria y Salud Comunitaria, con la participación de las áreas provinciales de APS a partir del consenso sobre la orientación general de la política pública en Atención Primaria de la Salud. Sobre esta base, se promoverán acuerdos que permitan su adecuación e inclusión en las políticas jurisdiccionales.

Los ejes de gobernanza en APS incluyen 3 dimensiones:

1-Equidad: Perspectiva de derechos,

Salud Intercultural,

Salud Mental Comunitaria,

Abordaje Integral de las Violencias y las violencias por motivos de género.

2-Acceso: Adscripción de población,

Líneas de cuidado por curso de vida,

Integración de subsistemas,

Salud Digital,

Articulación intersectorial, federal y comunitaria.

3-Calidad: Calidad en el Primer Nivel de Atención,

Participación comunitaria,

Equipos multidisciplinarios,

Educación permanente en salud.

Resumen

El trabajo de los equipos de salud se apoya en una serie de definiciones, acciones, dispositivos y herramientas, que tienden a optimizar las prácticas en el marco del proceso de salud-enfermedad-cuidado.

La accesibilidad mediante el primer contacto con el sistema de salud y el acceso a los servicios en el Primer Nivel de Atención en APS, constituye la puerta de entrada a la red integrada e integral de salud con base comunitaria.

El cuidado centrado en la persona, el grupo de convivientes y la comunidad; implica el desarrollo de acciones singulares que acompañen a las personas a adquirir los conocimientos, aptitudes, competencias y la confianza necesaria para gestionar y tomar decisiones para el cuidado de su salud de la forma más efectiva.

La Educación Permanente en Servicio (EPS) como herramienta para el desarrollo individual y el fortalecimiento del colectivo de trabajo, que genera instancias de aprendizaje a partir del trabajo diario. A través de la EPS, los equipos problematizan los procesos de trabajo y elaboran respuestas para mejorar la calidad de la resolución de los problemas y el acompañamiento de la población referida al Centro de Salud.

La resolutivez del PNA, capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, se articula coordinando el cuidado de las personas usuarias en otros puntos de la red integrada e integral con base comunitaria cuando sea necesario para luego volver al Centro de Salud del PNA de su referencia.

La longitudinalidad del cuidado, establece la continuidad de la relación de cuidado, con construcción de vínculo y responsabilización entre los equipos de salud y su población; a lo largo del tiempo, de modo permanente y consistente; acompañando las intervenciones en salud y de otros elementos en el curso de vida de las personas. Con ella se espera evitar la pérdida de referencias y disminuir los riesgos de iatrogenia que

se derivan del desconocimiento de las historias de vida y de la falta de coordinación del cuidado.

La coordinación del cuidado, implica elaborar, acompañar y organizar el flujo de las personas usuarias entre los puntos de atención de la red integrada e integral de salud con base comunitaria; actuando como el centro de comunicación entre los diversos puntos de atención, y responsabilizándose por el cuidado de las personas en cualquiera de estos puntos a través de una relación horizontal, continua e integrada, con el objeto de producir la gestión compartida de la atención integral.

Los equipos de salud del PNA tienen un rol articulador en las RIIS con base comunitaria y reconoce las necesidades de salud de la población adscrita al Centro de salud bajo su responsabilidad, organizándolas en relación a los otros puntos de atención, contribuyendo a la planificación de acciones, así como la programación de los servicios sanitarios.

El estímulo a la participación de la comunidad, la orientación comunitaria de las acciones y la competencia cultural en el cuidado, contribuyen a ampliar la autonomía de las personas en la construcción de su salud.

Una Atención Primaria de la Salud inclusiva requiere no sólo no desconocer, sino reconocer los ejes de desigualdad que atraviesan nuestras poblaciones, y orientarnos al desarrollo de políticas públicas tendientes a reducir estas brechas de inequidad y discriminación, avanzando asimismo sobre las barreras culturales que continúan dificultando e incluso impidiendo en ocasiones el acceso al sistema de salud desde el Primer Nivel de Atención inclusivo.

Trabajar en Atención Primaria de la Salud desde un abordaje inclusivo, intercultural, y situado es trabajar desde un abordaje de la salud como derecho humano.

Bibliografía

Ana M Alarcón, A.M., Vidal A, Rozas J.N. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 131: 1061-1065

Aguilar M.A., Roa I.C., Kaffure L.H., Ruiz L.F. y Sánchez G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. Rev. Fac. Nac.Salud Pública. 31 (supl 1). p. 103-110.

Alvarado, C. (1983). "Pautas para una cobertura sanitaria de poblaciones rurales". En Sonis, A. y colaboradores (Ed.) Atención de la Salud. Buenos Aires, Argentina: Ateneo.

Ascher, E. (1998). La fin des quartiers. En N. Haumont (Ed.), L'Hurbain dans tous ses états faire, vivre et dire la ville. L'Harmattan. http://www.prisme-asso.org/wp-content/uploads/save/pdf/textes_ascher2.pdf

Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva. 2009;5(1):27-47

Belmartino, S. Bloch, C., Carnino, M. I. y Persello, A. V. (1991). Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960. Ed. Organización Panamericana de la Salud.

Breihl, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. Ed. Lugar.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Bourdieu P. (1997). Espacio social y espacio simbólico. En: Razones Prácticas. Barcelona, España: Anagrama.

Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde em Debate, 41(spe2), p. 264-275. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s222>

CEPAL-OPS-UNFPA. (2021). Modelo de atención complementaria entre la biomedicina y la medicina tradicional Wichi en Salud Perinatal (Argentina – Caso Wichi). Recuperado de

https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/variable_etnica_argentina.pdf

Carrara Carolina, Roses Alejandra, Rizzo Romina y Cavarra María Jimena (2018) Documentos técnicos Módulo 1 - Definiciones y Marco conceptual Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC). "01-¿Qué entendemos por salud?" y "02-La Atención Primaria de la Salud en la actualidad". MSAL

Chiara, M. 2016. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. Rev. Gerenc. Polít. Salud. p. 10-22.

Crenshaw, Kimberlé W., Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics, 1989, University of Chicago Legal Forum 139-67 (1989). Reprinted in The Politics of Law: A Progressive Critique 195-217 (2nd ed., edited by David Kairys, Pantheon, 1990). <http://www.calstatela.edu/faculty/tbettch/Crenshaw%20Demarginalizing%20Intersection%20Race%20Sex.pdf>.

De Sousa Campos, G. W. (2001). Gestión en salud. En defensa de la vida. Prov. de Buenos Aires, Argentina. Lugar editorial.

Foucault, Michel, Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber. Siglo XXI, 2005.

Giovanella, Ligia et al. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310

Gotlieb, V. Reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud en Argentina. En: Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de: <http://capacitasalud.com/>.

Jiménez, C. y Novoa, E. (2014) Producción social del espacio: el capital y las luchas sociales en la disputa territorial. Ediciones Desde Abajo.

Lalonde M. (1974). Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Un documento de trabajo. Ottawa.Gobierno de Canadá.

Lazo-Corvalán, A. y Calderón-Sosa, R. (2013). Proximidad y movilidad en la metrópolis contemporánea: Etnografía de tres barrios de la ciudad de Santiago de Chile. Revista Bitácora Urbano Territorial, vol. 22, núm. 1, pp. 89-96.

Merhy, E.; Camargo Macruz Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R.; (2006). Educación permanente en salud: Una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Revista Salud Colectiva. 2 (2), p. 147-160.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los equipos de salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Salud. Ministerio de Salud de la Nación (2021). Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-y-adolescencias-trans>

Musante, M., & Mignoli, L. (2018). “Los cuervos no volaron una semana”. La masacre de Napalpí en clave de genocidio. Revista De Estudios Sobre Genocidio, 13, 27-46. Recuperado a partir de <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/reg/article/view/256>

Naciones Unidas. Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas. Recuperado de: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Naciones Unidas. Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas: Manual para las instituciones nacionales de derechos humanos. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/UNDRIPManualForNHRIs_SP.pdf

Molina Jaramillo, A. N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. Cuadernos de Saúde Pública, 34(1). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00075117>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/> Organización Panamericana de la Salud. (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de: <http://www.who.int>

Organización Mundial de la salud. (2018). Salud y derechos humanos. Recuperado de <http://www.who.int/>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). 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). Washington, D.C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.

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. Washington, D.C: PS.

Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad en salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2017)
<https://www.paho.org/es/documentos/politica-sobre-etnicidad-salud-29a-conferencia-sanitaria-panamericana>

Organización Panamericana de la Salud. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud edición a cargo de Armando Vazquez Barrios y Nora Cáceres (2008) Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55561>

Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. (2008) Recuperado de [54-VisionSaludInterculturalPI.pdf \(paho.org\)](#)

Platero, Raquel (Lucas) (Ed.) Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Edicions Bellatera, pág. 32

Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2011). Curso en Salud Social y Comunitaria. Trabajo en Equipo, Redes y Participación. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/>

- Rivero, D.A.T. (2012). Alma-Ata 25 años después. Revista Perspectivas de Salud, Washington, v. 8, n. 2. Recuperado de:
<http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/alma.pdf>.
- Ronconi, L. M. (2012). Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. Salud colectiva, N 8 (2), p. 131-149. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.ar/>.
- Rosas Prieto, A. M.; Zarate, V. N., Cuba Fuentes; M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana, 30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96626446007>
- Rowensztein, E. y col. (2021) Juegos y juguetes, PRONAP
- Rowensztein, E. (2021) Abordaje pediátrico de problemáticas relacionadas con el desarrollo infantil e interdisciplina.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. Saúde debate vol.36, n.94, p. 327-342. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300003&lng=en&nrm=iso.
- Samaja, J. (2003). Desafíos a la epidemiología: pasos para una epidemiología Miltoniana. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 6, n. 2, p.105-120.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 275-293. Recuperado de:
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/285>.
- Starfield, B; Shi, L. y Macin, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3. p. 457–502.
- Stivanello, M. B. (2015) Aportes al debate de interculturalidad en salud. Rev Tra Soc Ciencias Social. 76:0327-7585.
<https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>
- Testa, M. (1996). Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud. Pensar en Salud. Prov. de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Torres, A. (2016). Reinención de lo comunitario. Hacia una ciencia domiciliada en América Latina. Córdoba, Argentina: Ed. El Ágora.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA (UNIA). Seminario Cuerpo Impropio. Guía de modelos somatopolíticos y de sus posibles usos desviados. Dir. Beatriz Preciado. http://ayp.unia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=703

Vargas González, W. (2006). Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

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), p. 7-11. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Weiss, Laura, Engelman, Juan, & Valverde, Sebastián. (2013). Pueblos indígenas urbanos en Argentina: un estado de la cuestión. Revista Pilquen, 16(1), 00. Recuperado en 30 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-31232013000100004&lng=es&tlng=es

*primero
la gente*



argentina.gob.ar/salud

