



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

Título:

“Aportes para la construcción de políticas públicas intersectoriales para abordar el consumo problemático de alcohol, en la provincia de Chubut, durante el periodo 2020- 2021”

Autora: Lic. Nora Graciela Soria

Directora: Mgter. María Natalia Echevoyemberry

Fecha de entrega: 22 de junio de 2021



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Agradecimientos

En primera instancia quiero efectuar un profundo agradecimiento a mi Directora de Tesis Mgter. María Natalia Echegoyemberry por la generosidad con la que me ha acompañado en cada una de las etapas de este trabajo final, brindando en cada oportunidad su conocimiento y experiencia de forma accesible y amorosa, condiciones fundamentales para poder alcanzar la culminación de tan anhelada producción.

También, quiero agradecer a las autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Chubut quienes oportunamente llevaron adelante las gestiones necesarias para achicar las distancia que separa a nuestra provincia de los grandes centros urbanos de formación académica y lograr junto a la iniciativa de la Universidad Nacional de Rosario el dictado de la Cohorte del Valle-Chubut 2019 de la Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud. Así mismo agradecerles por permitirme el uso de la información, las herramientas y los recursos necesarios para llevar a cabo el presente trabajo.

Además, agradezco a los docentes y tutores de la carrera por la dedicación en la transmisión de cada seminario y al equipo administrativo de la carrera por su predisposición. Asimismo a mis compañeros y compañeras de curso que nutrieron cada uno de los aprendizajes con sus saberes y experiencias.

Por último quiero agradecer enérgicamente a mi amada familia, a Andrés, mi gran compañero de vida, a mis soles Brunella y Vitto que con la maravilla de lo cotidiano fortalecieron mis energías y me acompañaron para poder emprender este fructífero camino de formación. Además, quiero hacer una mención especial a las abuelas, Esther e Irene, por los cuidados tan cariñosos tejidos a sus nietos y a mi hermana Silvia, que permitieron con sus cuidados hacia mis hijos, que sostenga el recorrido necesario para llegar a este lugar.



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud





UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



I) Índice

I Resumen	6
Abstrac	7
II Introducción	8
III Descripción del contexto institucional	11
3.1 Características demográficas:	11
3.2 Análisis del subsector público del sistema de salud provincial:	11
3.2.a Descentralización del subsistema público provincial:	12
3.2.b. Diseño institucional de la DPPyAA:	14
IV Formulación del problema de gestión. Diagnóstico	19
4.1. Determinantes estructurales de las desigualdades en salud:	19
4.1.a. Determinantes distales, intermedios y proximales:	20
4.2. Magnitud del consumo de Alcohol:	25
4.2.a Relevamiento a nivel mundial:	25
4.2.b Relevamiento a nivel regional:	26
4.2.c Relevamiento a nivel nacional:	27
4.2.d Relevamiento a nivel provincial:	28
4.3. Cargas económicas:	30
4.4. Desigualdades:	30
V Respuestas político institucionales y organizacionales. Fortalezas y debilidades	33
5.1. Análisis por jurisdicción municipal:	33
5.2 Jurisdicción Nacional:	35
5.3 Descripción de las respuestas institucionales de las provincias que componen la región patagónica:	38
5.4 Fortalezas y debilidades:	39
5.5 Recomendaciones OMS:	39
VI Construcción del problema de gestión	41
VII Marco normativo	45



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



VIII Marco conceptual	51
IX Propuesta de intervención	63
XI Objetivos	65
11.1 Objetivo General:	65
11.2 Objetivos Específicos:	65
XII Metodología	66
12.1 Definición de resultados esperados e indicadores de logro:	70
12.2 Diseño de estrategias de intervención, actividades e identificación de las instancias responsables de la ejecución:	70
12.3 Cronograma tentativo de ejecución de actividades:	76
12.4 Presupuesto tentativo de implementación y estimación de recursos:	79
12.5 Planeamiento de la evaluación de la propuesta de intervención:	80
XIII Consideraciones éticas	83
XIV Recomendaciones y aportes para la gestión	84
XV Conclusiones	87
XVI Bibliografía	90
XVII Anexos	98

I| Resumen

El consumo de alcohol de la población de la provincia de Chubut presenta una elevada prevalencia, los últimos estudios efectuados por el Observatorio Argentino de Drogas (a partir de ahora OAD) de la SEDRONAR, evidencian un elevado incremento en las tasas de prevalencia. El último estudio realizado evidencia que el consumo de alcohol se incrementó a más del 50%. (SEDRONAR, 2014)

Si bien es una problemática compleja, la respuesta institucional que se configura desde el Estado provincial, proviene únicamente del subsector público de la salud, existiendo una carencia de participación de las jurisdicciones municipales, como de los distintos estamentos del ejecutivo provincial, asimismo, se evidencia un escaso involucramiento de las organizaciones de la sociedad civil y de usuarios/as de servicios de salud como correlato de la carencia de espacios de participación y consensos.

Esta situación, pone en evidencia una ausencia de políticas públicas intrasectorial, intersectoriales, integrales y de carácter participativo, para la gestión de posibles respuestas ante las problemáticas sociales que se ponen de manifiesto frente a las consecuencias que posee el consumo problemático de alcohol.

Por ello, este trabajo realiza una propuesta de intervención para la construcción de políticas públicas intra e intersectoriales, participativas e integrales que aborden los consumos problemáticos de alcohol en la provincia de Chubut, a fin de generar un insumo valioso para la toma de decisiones de los gestores de la temática.

Palabras claves: Consumo problemático de alcohol; intersectorialidad; integralidad; políticas públicas; intervenciones sociales.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Abstrac

Alcohol consumption in the population of the province of Chubut presents a high prevalence, the latest studies carried out by the Argentine Observatory of Drugs (hereinafter OAD) of SEDRONAR, show a high increase in prevalence rates. The latest study carried out shows that alcohol consumption increased to more than 50%. (SEDRONAR, 2014)

Although it is a complex problem, the institutional response that is configured from the provincial State comes only from the public health subsector, there is a lack of participation from municipal jurisdictions, as well as from the different levels of the provincial executive, likewise, it is evident little involvement of civil society organizations and users of health services as a correlate of the lack of spaces for participation and consensus.

This situation highlights an absence of intrasectoral, intersectoral, comprehensive and participatory public policies for the management of possible responses to social problems that are evident in the face of the consequences of problematic alcohol consumption.

For this reason, this work makes an intervention proposal for the construction of intra and intersectoral, participatory and comprehensive public policies that address problematic alcohol consumption in the province of Chubut, in order to generate a valuable input for decision-making by the managers of the theme.

Keywords: Problematic alcohol consumption; intersectorality; comprehensiveness; public politics; social interventions.

III| Introducción

Para empezar, cabe mencionar, que el desarrollo del presente trabajo, vinculado a la temática del consumo problemático de alcohol, se realizará a partir de la inserción profesional de la maestranda en la función de Directora Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones (a partir de ahora DPPyAA) durante 4 años consecutivos y su función de representante de la Provincia en el consejo federal de drogas (a partir de ahora COFEDRO) con voz y voto, designada por decreto provincial durante el mismo periodo.

Actualmente, la provincia de Chubut presenta una elevada prevalencia en el consumo de alcohol, según los últimos estudios efectuados por el Observatorio Argentino de Drogas (a partir de ahora OAD) de la SEDRONAR, se evidencia un incremento en las tasas de prevalencia e incidencia, mostrando un consumo de alcohol en más del 50 % de la población. (SEDRONAR, 2014)

A esto se agrega, que la respuesta institucional a ésta problemática de consumo proviene únicamente del subsector público de la salud, a través de la DPPyAA, tercer línea de gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Chubut, la cual posee como misión institucional diseñar, planificar, supervisar, normatizar, evaluar y monitorear las actividades de prevención y asistencia de las adicciones, teniendo como ejes centrales la promoción de la salud y la prevención en sus tres niveles, como así también las actividades de docencia e investigación.

En el mismo orden de ideas, la DPPyAA si bien tiene por función elaborar estrategias de prevención dirigidas a toda la población de la provincia de Chubut, lograr la cooperación efectiva entre los distintos poderes del Estado (ejecutivo, legislativo y judicial) y entre los distintos niveles de la administración pública (gubernamental, provincial y local); como así también coordinar la planificación y realización de acciones entre el Ministerio de Salud y otros sectores públicos, privados, ONG y referentes comunitarios. La implementación efectiva de estas funciones descriptas, se ve dificultada por

la falta de un dispositivo intra e intersectorial con participación de usuarios y de la sociedad civil que de forma integrada participe en la elaboración de las principales políticas públicas que abordan la problemática definida.

Como fue mencionado anteriormente, a partir del desarrollo profesional de la maestranda, fue posible constatar la ausencia de una política intra e intersectorial integrada e integral de los distintos niveles jurisdiccionales, que responda a esta problemática compleja tanto a nivel nacional, como provincial y municipal, a partir de haber realizado el análisis de las fortalezas y debilidades de las distintas configuraciones, donde se pudo evidenciar un sistema fragmentado, desintegrado intra e intersectorialmente, con ausencia de espacios para la participación ciudadana y de usuarios/as del sistema. Lo cual genera deficiencias al momento de gestionar la problemática enunciada.

Se considera necesario para el desarrollo del presente trabajo poner en tensión las prácticas actuales de gestión y planificación del área, y la necesidad de la construcción de respuestas integrales y participativas en los modelos de políticas públicas a fin de generar un impacto positivo que redunde en beneficios para la comunidad.

Se persigue como objetivo, generar un aporte para la construcción de políticas públicas intersectoriales e intrasectorial que de forma integrada aborden el consumo problemático de alcohol en la provincia de Chubut y en la cual se otorgue participación a la sociedad civil y a los usuarios del sistema, a fin de generar un insumo valioso para la toma de decisiones de los gestores de la temática.

En consecuencia, se analizarán diversos aspectos vinculados a la temática, a fin de lograr hacia el final del presente trabajo una propuesta que se nutra de modelos participativos y sociales, que a criterio de la maestranda, logren constituirse como una propuesta superadora no sólo para la DPPyAA también para el Ministerio de Salud de la provincia, como un aporte en la gestión de los problemas y en la construcción de las soluciones.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Además, cabe mencionar que la maestranda aspira poder presentar el trabajo final de maestría a las autoridades del estado provincial y a las distintas áreas que lo componen, a autoridades municipales, y a representantes de la sociedad civil y usuarios/as del sistema de salud.

En el mismo sentido y para finalizar, se pretende realizar presentaciones en instancias académicas a fin de propiciar espacios de discusión sobre la implementación de las medidas formuladas en el presente trabajo.

III| Descripción del contexto institucional

A continuación, se desarrolla de forma exhaustiva, los principales aspectos de la provincia de Chubut en relación a sus características demográficas, asimismo, se analiza el subsistema público de salud y el diseño institucional del área abocada a la implementación de programas de alcohol a nivel provincial.

3.1 Características demográficas:

La provincia de Chubut se encuentra ubicada en el centro sur de la región patagónica. Es la tercera provincia en extensión territorial de la Argentina. Su capital es la ciudad de Rawson, en la cual se encuentra centralizada la totalidad de la administración pública provincial.

El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (a partir de ahora CNPHyV 2010) estima 509.108 habitantes, lo cual la posiciona como la séptima provincia menos poblada del país.

La misma, se encuentra dividida políticamente en 15 departamentos, los que incluyen 7 municipios de 1º categoría, 16 de 2º categoría, 4 comisiones de fomento y 20 comunas rurales o villas, quedando extensos territorios fuera de toda jurisdicción municipal.

Los principales núcleos urbanos y centros de actividad económica se encuentran sobre el litoral atlántico. Comodoro Rivadavia es la ciudad más populosa de la provincia con casi 200.000 habitantes, Trelew, que está a más de 20 km del mar, la segunda y Puerto Madryn, ubicada sobre la costa atlántica, es la tercera. Estas dos últimas con alrededor de 100.000 habitantes. Entre estas tres ciudades se acumula casi el 70% de la población provincial.

3.2 Análisis del subsector público del sistema de salud provincial:

El Ministerio de Salud de la provincia de Chubut perteneciente al subsector público, posee el siguiente ordenamiento organizacional: de la función del Ministro de Salud se desprenden cuatro subsecretarías que tienen a su cargo las rectorías políticas y técnicas que se llevan adelante. De cada una

de ellas se desprenden las distintas direcciones generales y provinciales, las cuales tienen a su cargo las rectorías técnicas.

Asimismo, el Ministerio de Salud se encuentra descentralizado administrativa y operativamente en cuatro áreas programáticas que abarcan la totalidad del territorio provincial y de las cuales dependen directamente los hospitales zonales, sub zonales, rurales y puestos sanitarios. Cada una de ellas posee un director de área programática y un director asociado, quienes dependen jerárquicamente del ministro de salud.

→ La población de Chubut posee la siguiente cobertura prestacional:

Cuadro 1

N° de Habitantes	Con cobertura	Sin cobertura
509.108	371.108	138.000
100%	72,89%	27,11%

3.2.a Descentralización del subsistema público provincial:

A continuación, se presenta la división territorial del subsistema público sanitario en cuatro áreas programáticas y la cobertura de servicios de salud mental y adicciones por hospital general.

La información presentada en los siguientes cuadros fue extraída del Anuario de Estadísticas de Servicios de Salud y Sanitarias, 2015 del Ministerio de Salud Chubut.

→ **Presentación por Áreas Programáticas:**

• **Cuadro 2**

Subsistema Sanitario Público	Área Programática a Norte	Área Programática Trelew	Área Programática Sur	Área Programática Esquel
N° Habitantes	85.954	146.726	203.958	72.470
Departamentos	Biedma, Telsen y Gastre	Florentino Ameghino, Gaiman, Mártires, Paso de Indios y Rawson	Escalante, Sarmiento y Río Senguer	Cushamen, Futaleufú, Languiño y Tehuelches
Hosp. Regional, nivel VII			1(Comodoro Rivadavia)	
Hospital Zonal, Nivel VI	1 (Pto. Madryn)	1 (Trelew)		1 (Esquel)
Hosp. Subzonal nivel IV		1 (Rawson)		1 (Maitén)
Hospital Rural, nivel III	4	5	5	14
Puesto sanit.	6	6	6	3
N° de camas	151	224	300	270

→ **Presentación de servicios de salud mental y adicciones por Hospital General:**

- **Cuadro 3**

Servicio de Salud Mental y Adicciones	Hospital Zonal Pto. Madryn	Hospital Zonal Trelew	Hospital Sub Zonal Rawson	Hospital Regional Com. Rivadavia	Hospital Zonal Esquel
Centro de Día	1	1	No	1	1
Centro integral de tratamiento	1	1	1	2	1
Atención Área Externa	CAP	CAP	CAP	CAP	CAP
Empresa socio laboral	1	1			1
Internación SM y A N° camas	7	9	No	18	8
Vivienda asistida	No	2	1	1	No
Guardias 24 x 7	Pasiva	Pasiva	Pasiva	Activa	Pasiva

3.2.b. Diseño institucional de la DPPyAA:

A continuación se describe el área desde la cual se efectúa la definición de problema y el diseño de la propuesta de intervención para el desarrollo del

presente trabajo.

La misión institucional que posee la DPPyAA es: “Diseñar, planificar, supervisar, normatizar, evaluar y monitorear las actividades de prevención y asistencia de las adicciones teniendo como ejes centrales la promoción de la salud y la prevención en sus tres niveles, docencia e investigación” (Decreto Provincial N° 1454)

Las funciones concedidas son:

- Elaborar estrategias de Prevención en sus tres niveles, dirigidas a toda la población de la Provincia de Chubut
- Lograr la cooperación efectiva entre los distintos poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) y entre los distintos niveles de la administración pública (gubernamental, provincial y local)
- Coordinar la planificación y realización de acciones entre el Nivel Central y otros sectores públicos, privados, ONG y referentes comunitarios
- Generar Programas de cooperación con otras provincias en la materia
- Coordinar el diseño, implementación y evaluación de los diferentes programas de la DPPyAA
- Diseñar e implementar programas de capacitación continua y permanente en función de las acciones que se realizan, dirigidas a los Equipos de Trabajo de Prevención y Asistencia de las Adicciones, trabajadores de la salud en general y en líderes naturales de las comunidades
- Propiciar la conformación de un Consejo Asesor
- Asistir y representar a la Provincia del Chubut ante el Consejo Federal de Drogas
- Elaborar el presupuesto anual del Área.

Divide su estructura organizacional en dos jefaturas de departamento, una de prevención y otra de asistencia, ambas cubiertas por recurso humano

(RRHH) profesional.

El área posee una fuente de financiamiento especial creada mediante ley provincial, la cual se nutre de un porcentaje mensual correspondiente al 0,5 % del impuesto sobre ingresos brutos relacionado a servicios de esparcimiento, juegos de azar y apuestas. La administración es concedida a la DPPyAA y requiere de su expresa autorización para su imputación.

La misión institucional abarca la cobertura asistencial que se debe brindar a los usuarios/as con consumo problemático de sustancias psicoactivas por el sistema de salud público en todo el territorio provincial. Cada hospital cabecera de la provincia posee un servicio de salud mental y adicciones compuesto por una red de dispositivos que abarcan los tres niveles de atención. Entre ellos se encuentran los CIT (centro integral de tratamiento de las problemáticas de consumo) con una prestación de segundo nivel de atención.

Los CIT son los únicos dispositivos del sistema de salud de la provincia que brindan una cobertura integral y ambulatoria de las problemáticas de consumo y abarcan todos los grupos etarios. Se accede por demanda espontánea, derivación hospitalaria, derivación judicial y de otras instituciones.

En base al organigrama institucional y la configuración organizacional que el área ha adoptado, a continuación se desarrolla en base a las conceptualizaciones propuestas por el autor Mintzberg sobre el diseño de organizaciones eficientes (Mintzberg, 1991) las diferentes partes que conforman la organización:

La DPPyAA podría comprenderse como una organización que enfatiza a la burocracia organizacional como el tipo de configuración adoptada:

→ Alta gerencia: Ministro de Salud y Subsecretaria de programas de salud

→ Cumbre estratégica: DPPyAA

El mecanismo de coordinación que prevalece entre estas dos partes de la organización es el ajuste mutuo “logro de la coordinación de trabajo (en manos de los que lo efectuaban), por el simple proceso de comunicación informal” (Mintzberg, 1991:37)

→ Línea media: Jefaturas de prevención y asistencia, unipersonales y compuestas por RRHH profesional. Ambas jefaturas se desprenden de la DPPyAA.

Entre esta línea media y la cumbre estratégica el mecanismo de coordinación que predomina es el ajuste mutuo, principalmente en el desarrollo de la tarea cotidiana del área; y de supervisión directa en las responsabilidades que adopta la función de dirección con respecto a las tareas.

→ Núcleo operativo: Servicios de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales. Estos están compuestos por dispositivos que conforman la red socio sanitaria de cada localidad: Centro de salud mental, empresa socio laboral, área externa, sala de internación de agudos, y los CIT que se ubican en un segundo nivel de atención.

El mecanismo de coordinación que prevalece entre los actores del núcleo operativo que efectúan la cobertura asistencial es la estandarización de procesos de trabajo, es posible ejemplificar en lo determinado por la Ley Nacional de salud mental N° 26.657 con respecto a estos procesos.

El mecanismo de coordinación entre los núcleos operativos y la línea media es de supervisión directa con respecto al cumplimiento de las tareas de cobertura asistencial y los ejes de prevención y promoción.

→ La tecno estructura: Se analiza a este componente como un área que está configurada por las jefaturas de departamento, en la apoyatura técnica que brindan a los núcleos de apoyo, y en el desarrollo de las formaciones



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



académicas que se realizan.

→ Staff de apoyo: Se ubican las áreas administrativas y contables del Ministerio de salud y de los hospitales generales, las cuales son encargadas de realizar los procesos contable y administrativos para la ejecución del presupuesto de la DPPyAA.

A modo de cierre, cabe concluir que la misión y las funciones concedidas al área, como la partida presupuestaria que administra la DPPyAA y la jerarquía dentro de la organización institucional, le otorgan la gobernanza necesaria para el abordaje del problema seleccionado.

IV| Formulación del problema de gestión. Diagnóstico

En el presente apartado, se analizan los determinantes de la salud de la población de Chubut a partir de los conceptos de la epidemiología social. Asimismo se expone sobre el estado de situación, la magnitud de consumo y las prevalencias de consumo de alcohol tanto a nivel provincial como nacional, regional y mundial.

Se finaliza analizando tanto el impacto que el consumo de alcohol posee sobre las cargas económicas como en las brechas de desigualdad social, a fin de articularlo como un problema de gestión.

4.1. Determinantes estructurales de las desigualdades en salud:

Para empezar, cabe mencionar que se adopta la definición de la autora Carme Borrel sobre el objeto de la epidemiología social, el cual busca conocer cómo los factores sociales afectan e inciden en la salud de la comunidad (Borrel, s/f). En el mismo sentido, resulta interesante mencionar que se realiza el análisis de la problemática social seleccionada recuperando el concepto de estilos de vida, que, en palabras de Eduardo Menéndez, “tienen que ver con la causalidad, el desarrollo, el control o solución de los problemas de salud” (Menéndez, 1998:50); y es decisivo para comprender la complejidad del proceso s-e-a de los conjuntos sociales.

En el mismo orden de ideas, la maestranda adopta un análisis del concepto brindado por el autor antes mencionado, desde una perspectiva holística, a partir del doble estatuto que se interpreta, le imprime Eduardo Menéndez al concepto estilos de vida, es decir , un sentido de causalidad y otro de solución de los padecimientos de los grupos sociales, para tal fin será necesario considerar las condiciones estructurales tanto de orden económico como cultural (Menéndez, 1998) y social, que determinan a la población de Chubut en relación al problema seleccionado.

En efecto, la salud y la enfermedad se constituyen como un proceso continuo con distintos niveles de desequilibrio (Arredondo, 1992), al analizar el ciclo evolutivo de

una persona podría considerarse que el consumo de alcohol produce en sus distintas etapas vitales un desequilibrio en el continuo de salud enfermedad, considerando que dicha conducta actúa como un componente que determina la salud, en tanto se asocia a la mortalidad y morbilidad, que adquieren manifestaciones de diversas características según los estratos sociales y los momentos histórico que acontezcan (Menéndez, Di Pardo, 2005)

En el mismo orden de ideas es posible poner de resalto las conceptualizaciones que realizan los autores Eduardo Menéndez y Renée Di Pardo con respecto a la particular dualidad del alcohol, en términos de afectar y generar daños no solo en quien consume sino también infringir consecuencias de distintos niveles de gravedad en sujetos o grupos sociales que no consumen o que lo realizan de forma moderada (Menéndez; Di Pardo, 2005), en este sentido se pueden resaltar las enfermedades hepáticas, físicas y psíquicas que ocasiona el consumo de alcohol a la persona consumidora como a quienes lo rodean en términos de violencias, accidentes de tránsito, laborales.

No obstante, en el desarrollo de éste trabajo se considera al consumo de alcohol, como una conducta social que va a estar atravesada por los determinantes sociales, en éste sentido el estudio de la epidemiología a puesto de manifiesto la determinación social que los eventos patológicos poseen, tanto en su frecuencia como en la distribución, y además, lo social se encuentra en una instancia jerárquica superior a la determinación tanto biológica como psicológica de los mismo. (Arredondo, 1992)

4.1.a. Determinantes distales, intermedios y proximales:

A continuación se realizará una descripción de los componentes que conforman los determinantes distales, intermedios y proximales para finalmente concluir con una articulación con respecto a la formulación del problema de gestión seleccionado.

Determinantes distales:

La provincia posee implementado un modelo de demarcación territorial por Comarcas, con el objetivo de consolidar un desarrollo regional-municipal socioeconómico que se presenta a continuación.

→ Demarcación territorial:

Cuadro 4

Comarcas	Superficie Km2	Departamentos	Nº Habitantes	Densidad Poblacional
Virch-Península Valdés.	40.000	Rawson, Biedma, Florentino Ameghino, Gaiman	225.960	1 habitante cada 0.18 km2
Senguer-San Jorge	85.000	Escalantes, Sarmiento y Río Senguer	202.833	1 habitante cada 0,49 Km2
Andina	34.000	Futaleufú, Cushamen, Languiño y Tehuelches	68.676	1 habitante cada 0,49 km2
Meseta Central	129.000	Gastre, Martires, Paso de Indios y Telsen	5.716	1 habitante cada 22,6 km2

Con respecto a la concentración poblacional según los datos del último censo nacional, el 68% de la población se concentra en el rango etario que va desde los 0 a los 39 años, mientras que el 35% de la población está incluida en el grupo entre 15 y 34 años de edad.

La dirección general de coordinación y ordenamiento territorial, en base a CNPHYV 2010 analiza con respecto a la dinámica poblacional que en el período 2001-2010 la tasa anual media de crecimiento en Chubut fue de un 23%, valor que duplicó la media nacional para el mismo período, relacionándolo al contexto post-crisis económica, con la consiguiente reactivación de actividades industriales e hidrocarburíferas de la zona, lo que generó un aumento de las migraciones internas.

Analiza también una dinámica de despoblamiento rural en la Comarca de la

meseta central sostenido paulatinamente desde hace 40 años a diferencia de las restantes comarcas que presentan dinámicas de constante crecimiento poblacional en las últimas cuatro décadas, principalmente la comarca VIRCH Valdés que vio incrementar su población en un 380% en este lapso alcanzando los 226.000 habitantes en el año 2010 y aglutinando el 45% de la población provincial. Por su parte las comarcas de los Andes y del Sur, si bien crecieron en un porcentaje menor, lo hicieron de manera considerable. (Plan Estratégico de Infraestructura Chubut, 2017)

Los principales núcleos urbanos y centros de actividad económica se encuentran sobre el litoral atlántico. Comodoro Rivadavia es la ciudad más populosa de la provincia con casi 200.000 habitantes, Trelew que está a más de 20 km del mar, la segunda, y Puerto Madryn la tercera. Estas dos últimas con alrededor de 100 000 habitantes cada una. Entre estas tres ciudades se acumula casi el 70% de la población provincial y las actividades económicas principales, la actividad hidrocarburífera, la pesca y el desarrollo industrial.

Determinantes intermedios:

Se analiza el sistema educativo, los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (a partir de ahora NBI), calidad de vida, tasa de mortalidad y desocupación.

La oferta de establecimientos educativos de nivel inicial es en Chubut de 133 públicos, 42 privados y 26 municipales, de nivel primario 204 públicos, 32 privados y 4 municipales; de educación especial 48 estatales y 2 privados; de nivel secundario 182 estatales y 36 privados. (Plan Estratégico de Infraestructura Chubut, 2017)

Con respecto a las NBI, en comparación de los datos de los últimos Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas (1980–1991-2001-2010) se evidencia el descenso continuo de los valores de ese indicador.

Si se tiene en cuenta el dato más bajo, el 8,44% de hogares correspondiente al año 2010, que representan 53.194 habitantes con alguna necesidad

básica insatisfecha, significó que aproximadamente 1 de cada 10 habitantes de la provincia vivía en condiciones insatisfactorias en el año 2010, contrariamente a la situación del 29,8% de los hogares en el Censo de 1980; donde 3 de cada 10 vivía en dicha condición (87.218 habitantes). (Plan Estratégico de Infraestructura Chubut, 2017)

Comparando el porcentaje de hogares con NBI de cada una de las cuatro comarcas observamos que la mayor distribución se ubica en la comarca de la Meseta Central con un 12,2%. Le siguen las comarcas de los Andes y del Sur con valores de 9,3% y 9,2% respectivamente. La comarca con menor porcentaje de hogares con NBI es VIRCh–Valdés con un 7,3%.

En la comparación de los últimos dos Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas, se observa un descenso significativo en los valores de hogares con NBI para las cuatro comarcas. El descenso más pronunciado se evidencia en la Comarca de los Andes, en donde se pasa de un 22,4% en 2001 a un 9,3% en 2010. (Plan Estratégico de Infraestructura Chubut, 2017)

Respecto de la calidad de vida, los datos generales indican que la provincia evolucionó en su IDH (Índice de Desarrollo Humano), pasando de un nivel “alto” 0,755 en 2004 a uno “muy alto” 0,848 en 2011 según la clasificación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y los Informes de Desarrollo Humano para la Argentina.

Esta evolución en el índice se condice con los datos mundiales de aumento en el IDH de la mayoría de los países y lo mismo se replica en las provincias de Argentina que pasaron de IDH alto a muy alto.

Asimismo, la esperanza de vida es para los varones de 72,25 años y para las mujeres de 79,96 según datos de INDEC para el período 2008/2010 (INDEC, Análisis Demográfico N°37).

La tasa de mortalidad infantil es de 6,83 % nacidos vivos (Dirección de Estadísticas e Información en Salud - Provincia del Chubut, 2014).

Con respecto a los índices de desocupación, con respecto al mercado laboral en base a los datos obtenidos por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) para el segundo trimestre del año 2016, tomando en cuenta los aglomerados Comodoro Rivadavia-Rada Tilly y Rawson-Trelew y del informe elaborado por el INDEC, se desprende la continuidad de la marcada diferencia existente entre las tasas de desocupación de ambos aglomerados.

Se registró un 2,4% para Comodoro Rivadavia-Rada Tilly y un 7% para Rawson-Trelew. Este último registra un valor por debajo de la media nacional (9,3%), y además, se trata de la zona con mayor desocupación de la región patagónica. (Plan Estratégico de Infraestructura Chubut, 2017)

El presente análisis de determinantes intermedios incluye al sistema sanitario, el cual fue desarrollado en el apartado 3.2 de forma pormenorizada, por lo que no se detalla en el presente apartado.

Determinantes proximales:

Se analizan condiciones de vida de la población, redes sociales y comunitarias.

Se desarrollan actividades mayormente en espacios cerrados y los hábitos de vida de la población se encuentran condicionados por el clima desértico predominante y el cordillerano, en la zona de la meseta predominan las amplitudes térmicas durante todo el año.

Las actividades culturales y deportivas se encuentran concentradas en las ciudades con mayor densidad poblacional y grandes extensiones territoriales que condicionan la accesibilidad de las localidades de la meseta provincial a estas ofertas como de localidades aledañas.

El desarrollo de educación formal e informal en las ciudades con mayor densidad poblacional, escasez de ofertas en las localidades rurales.

A modo de articulación:

Con el objetivo de articular las descripciones desarrolladas anteriormente y

la formulación del problema seleccionado, es relevante poner de resalto que lo anteriormente enunciado responde a la necesidad de generar una aproximación a las condiciones sociales, políticas y económicas en que los y las habitantes de la provincia se organizan colectivamente.

En el mismo orden de ideas, dichos enunciados otorgan elementos para considerar que la salud de la población dependa únicamente de factores genéticos o estilos de vida, en el sentido individual de una conducta, en tanto los datos descriptos permiten resaltar una mayor concentración de recursos, tanto del sistema educativo, sanitario como cultural y deportivo en las demarcaciones territoriales con mayor la actividad económica (hidrocarburífera e industrial/comercial), lo que posee como correlato un movimiento poblacional hacia dichos urbes. Con la misma tendencia se visibiliza el índice de NBI y de desocupación.

A modo de cierre de la presente sección, se puede poner de resalto que éstas condiciones y circunstancias de inequidad en las que la vida de los y las habitantes de la comunidad chubutense se desarrolla incluyen el consumo de alcohol como una conducta social determinada por lo antes descripto y que las consecuencias van a estar dadas por la estratificación social que posean los conjuntos sociales. Cada decisión individual va a estar atravesada por un componente social que determina el acceso a la salud y la forma de vida.

4.2. Magnitud del consumo de Alcohol:

A continuación se realiza un análisis de las magnitudes de consumo a nivel mundial, regional, nacional y provincial.

4.2.a Relevamiento a nivel mundial:

El consumo de forma nociva de sustancias psicoactivas como el alcohol a nivel mundial causó cerca de 3 millones de muertes, el 5,3% del total en el año 2016, y 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir, el 5,1% de todos los AVAD de ese año. La

mortalidad resultante del consumo de alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la diabetes.

Se estima que en 2016 unos 2,3 millones de muertes y 106,5 millones de AVAD en los hombres se atribuyen al consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, las mujeres presentaron 0,7 millones de muertes y 26,1 millones de AVAD atribuibles al consumo de alcohol. (WHO, 2018)

Asimismo, el alcohol fue la causa del 7,2% de la mortalidad prematura en 2016. Las personas más jóvenes se vieron desproporcionadamente más afectadas por el alcohol en comparación con las personas mayores, y el 13,5% de las muertes de quienes se encuentran entre los 20 y los 39 años se atribuyen al alcohol. (WHO, 2018)

4.2.b Relevamiento a nivel regional:

En la región de las Américas, por término medio, se consume más alcohol que en el resto del mundo. En particular, en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones. (OMS, 2015)

En el año 2012, el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente una muerte cada 100 segundos en la Región y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, más de 80.000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol. (OMS, 2015)

Asimismo, el consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales. El alcohol tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos en las Américas en el 2012. Se estima que 5,7% de la población de la Región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor. (OMS, 2015)

Las mujeres de las Américas presentan la prevalencia más alta del mundo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Las mujeres beben cada vez más, en muchos países casi tanto como los hombres. La igualdad en el consumo, sin embargo, conlleva más desigualdad entre los sexos en las consecuencias para la salud. (OMS, 2015)

4.2.c Relevamiento a nivel nacional:

Argentina junto a Uruguay encabezan el ranking del total de alcohol consumido en la región. Particularmente, en nuestro país, se registran datos de consumo de 14,6 litros de alcohol puro per cápita, con un promedio diario de 31,5 gramos, con proyecciones en aumento para 2025. (ENFR, 2018)

En los últimos años, y acompañando la tendencia internacional, se evidenciaron cambios en la modalidad y el patrón de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, especialmente en las mujeres, abriéndose la brecha por género entre ellos, los datos arrojados por la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 con respecto a la Argentina, revela que la edad de inicio es cada vez más temprana, el 77,1% de los adolescentes consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años.

El patrón de consumo instalado entre los jóvenes argentinos es el denominado “consumo episódico excesivo de alcohol” (CEEA) o binge drinking, el cual duplicó su prevalencia del 35,3% en 2007 a 62,9% en 2012, sin que se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes varones y mujeres en dichas ediciones. (ENFR, 2018)

La cuarta encuesta nacional de factores de riesgo (a partir de acá ENFR) realizada en el año 2018 arroja los siguientes resultados con respecto al consumo de alcohol:

El CARR es la prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo, en los últimos 30 días fue de 8,4% y se mantuvo estable respecto de la 3° edición de la ENFR (7,8%)

El indicador resultó mayor entre varones respecto de mujeres y en los rangos etarios de 18-24 años y de 25-34 años respecto de los otros tres grupos de edad. No se evidenciaron diferencias en el resto de las variables sociodemográficas.

El CEEA es la prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol, en los últimos 30 días fue de 13,3% a nivel nacional. Se evidenció un crecimiento del indicador respecto de la anterior edición de la encuesta, con un aumento relativo del 27,9% en esta edición.

4.2.d Relevamiento a nivel provincial:

El Sexto Estudio Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media realizado por el observatorio argentino de drogas de la SEDRONAR en el año 2014 permite dar cuenta del estado de situación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados pertenecientes a la provincia de Chubut. En la cual la población bajo estudio son los estudiantes de enseñanza media que cursan el año 8vo, 10mo y 12avo de estudios en escuelas públicas y privadas de todo el país.

Los resultados con respecto a la magnitud del consumo según las prevalencias (%) de mes, año y vida de las sustancias anteriormente mencionadas:

La prevalencia (%) de mes o consumo actual de alcohol en la provincia de Chubut se registra en un 65.1 %. La prevalencia (%) de año de consumo de alcohol en la provincia de Chubut se registra en un 72.8 %. La prevalencia (%) de vida de consumo de alcohol en la provincia de Chubut se registra en un 79.3 %.

En el Estudio Nacional de Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, llevado adelante por el Observatorio Argentino de Drogas en el año 2017, sobre la magnitud de consumo para la Provincia de Chubut el estudio arroja los siguientes datos según las prevalencias (%) de

mes, año y vida para el consumo de alcohol:

La sustancia que presenta mayor tasa de consumo alguna vez en la vida es el alcohol con el (69,6%) con respecto a mujeres y hombres. La prevalencia de vida de alcohol es alta en ambas poblaciones, aunque con mayor frecuencia entre los varones: el 78,5% de ellos consumió alcohol alguna vez en la vida, mientras entre las mujeres dicho consumo alcanza al 60,7%.

Con respecto a la prevalencia de año la misma es de 55,1% para el consumo de alcohol, la más alta entre las sustancias medidas. El consumo en el último año de alcohol se presenta en más del 60% de las personas de 18 a 34 años, y en casi 4 de cada 10 de los jóvenes de 12 a 17 años. Aunque las tasas decrecen a partir de los 35 años, se observan valores altos para todos los tramos de edad.

Respecto de las tasas de prevalencia de mes o consumo actual en Chubut, se observa el estudio efectuado que la sustancia con mayores valores es el alcohol con un 46,1%. El consumo actual de sustancias en la provincia de Chubut presenta patrones según el género similares a los datos respecto del consumo reciente o de alguna vez en la vida. Así, se observa que los valores más altos se dan en todos los casos en la población de varones. Este patrón, a su vez, se observa con mayor intensidad en el caso del alcohol, en el que el consumo actual de esta sustancia entre los varones se presenta en cerca del doble de casos respecto a la población de mujeres (60% de varones, frente a 32,3% de mujeres)

Los casos de internación en los hospitales públicos de la provincia de Chubut por causa Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol y trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias de 10 a 19 años de edad, dan un total de 31 casos registrados (Anuario de Estadísticas de Servicios de Salud y Sanitarias, 2017)

Con respecto al N° y porcentaje de pacientes atendidos por consumo de alcohol en los CIT de la Provincia de Chubut durante el año 2017 fue de 680 usuarios el 58,7% del total de usuarios/as atendidos/as. (Publicación Adicciones Salud Mental, 2018)

4.3. Cargas económicas:

Las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol son diversas y hasta la fecha no hay un inventario completo, pero comprenden los fondos invertidos en las actuaciones policiales para prevenir la violencia relacionada con el alcohol y en la asistencia sanitaria de quienes sufren los trastornos agudos y crónicos, así como el dinero dedicado por las empresas a recuperar la productividad perdida, además de muchos otros costos intangibles. (OMS, 2015)

En las Américas y en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, franja etaria en la que suelen ser más productivas económicamente. Esto se traduce en importantes costos para la sociedad, que si bien hasta la fecha no hay un inventario completo, pero comprenden los fondos invertidos en las actuaciones policiales y detenciones, servicios sociales para prevenir la violencia relacionada con el alcohol y en la asistencia sanitaria de quienes sufren los trastornos agudos y crónicos, así como el dinero dedicado por las empresas a recuperar la productividad perdida, además de muchos otros costos intangibles. (OMS, 2015)

4.4. Desigualdades:

Para empezar, es dable remarcar que las prevalencias de consumo de alcohol evidencian la vulneración de los derechos a la salud de los niños/as, adolescentes y adultos a la salud, el cual es un derecho fundamental que abarca el continuo del proceso s-e-a (Menéndez, 1998) y se encuentra garantizado en pactos internacionales, a los cuales nuestro país adhiere, con jerarquía constitucional y que implican pensar la salud desde un sistema integral.

En este sentido, los padecimientos y procesos de morbimortalidad que se vinculan al consumo de alcohol se caracterizan por un mayor sub registro en términos epidemiológicos, lo que evidencia consecuencias mayores a las registradas en organismos y estadísticas oficiales como en encuestas propias sobre esta temática, subregistros realizados en mayor medida por el subsector de salud en la detección y diagnóstico por parte del personal en lo que respecta a las consecuencias que se vinculan a dicho consumo (Menéndez; Di Pardo, 2005)

Asimismo, las consecuencias del impacto del consumo de alcohol en los conjuntos sociales, durante décadas fue visibilizado por el sector salud en la pérdida de vida de años saludables en el género masculino, con una notable ascendencia en el consumo de las mujeres a partir de la década de 1960, a su vez ha sido considerado un problema de género y las violencias asociadas a la mujer y a los vínculos familiares, a niños, niñas y adolescentes como así también el impacto que posee sobre los sectores marginales y más pobres de la sociedad. No obstante, a nivel de Latinoamérica, en gran proporción las consecuencias que se vinculan al consumo de alcohol en términos negativos siguen incrementándose. (Menéndez; Di Pardo, 2005)

En el mismo orden de ideas, los datos disponibles según organismos internacionales, indican que los grupos socioeconómicos menos favorecidos suelen padecer más repercusiones con un mismo nivel de consumo que los más pudientes, quizá por la falta de acceso a la atención sanitaria o por la mayor exclusión social. (OMS, 2015)

Los países con menor desarrollo económico tienen mayor carga de mortalidad y discapacidad por litro de alcohol consumido que los de mayor desarrollo. (OMS, 2015)

Continuando con la hipótesis enunciada en el primer párrafo de ésta sección, y recuperando las conceptualizaciones de Eduardo Menéndez y Di Pardo con respecto a la especial atención que el sector salud ofrece a algunas

sustancias psicoactivas ilegales con menor capacidad de producir dependencia en el organismo humano o igual capacidad en términos de generar daños y adicciones, es posible analizar, que la categoría de legalidad en términos normativos, que posee el alcohol, en las respuestas en salud mental y física que se otorga “tiende a ser secundarizada, ocultada o directamente banalizada por el sector salud, pues éste invierte muy pocos recurso” (Menéndez; Di Pardo, 2005:45) factible de verificar en lo discursivo y en las prácticas sanitarias ante las problemáticas de alcoholismo. (Menéndez; Di Pardo, 2005)

Asimismo, estas desigualdades que se evidencian, recuperando lo conceptualizado por Borrell podrían ser analizadas como desigualdades en salud, las cuales son definidas como “las diferencias en salud entre grupos socioeconómicos, que son sistemáticas, producidas socialmente e injustas” (Borrell s/f: 34).

En efecto, la denominación de estilos de vida adoptada para la presentación y desarrollo de los datos, se nutre de las conceptualizaciones de la epidemiología social, a fin de no señalar éstas desigualdades en salud como consecuencia de las conductas individuales y con ello responsabilizar a las personas por los estilos de vida que adoptan y de su estado de salud de forma individual, lo cual genera estigmas en las poblaciones más vulnerable. (Echegoyemberry, et al., 2017:16)

VI| Respuestas político institucionales y organizacionales. Fortalezas y debilidades

Para dar inicio, es importante remarcar que se hará un desarrollo de las respuestas político institucional que se observaron en las jurisdicciones municipales de Chubut y la configuración existente a nivel nacional. En la misma línea, se hará mención a las provincias que componen la región patagónica y las respuestas institucionales que poseen.

Hacia el final del capítulo se analizarán las fortalezas y debilidades de dichas configuraciones en términos del problema de gestión analizado y se detallarán las recomendaciones internacionales vigentes.

5.1. Análisis por jurisdicción municipal:

Con el objetivo de obtener un estado de situación de las políticas públicas municipales vigentes en el territorio provincial, se implementó un relevamiento de datos en los veintitrés municipios de primer y segunda categoría, en las cuatro comisiones de fomento y en las veinte comunas rurales con el objetivo de obtener información sobre la existencia de áreas que abordan la temática, antecedentes de acciones de prevención y ordenanzas vigentes.

La metodología de recolección de datos fue variando depende la accesibilidad a la información pública de cada una de las jurisdicciones, por lo cual se utilizaron las comunicaciones telefónicas, los sitios oficiales y los informantes claves a través de relevamientos presenciales.

De los datos obtenido se desprende que en los Municipio de Puerto Madryn y de Trelew existe dentro de sus estructuras organizacionales un área específica de prevención de las adicciones con un recurso humano no profesional designado como responsable del área y en el Municipio de Comodoro Rivadavia la referencia de la temática está dada al área de desarrollo y familia.

Como dato relevante que surge del proceso de búsqueda de dicha información, es el interés en relación a la temática por parte de los referentes de las áreas sociales de los Municipios, Comisiones de Fomento y Comunas en los momentos de consulta sobre la información requerida.

A continuación, se presenta por área programática los Municipios que poseen ordenanzas con la función de regular horarios y puntos de venta en su jurisdicción.

→ Municipio con ordenanzas vigentes:

- Cuadro 5

Área Programática	Municipio
Norte	- Puerto Madryn N° 3776/00 - Puerto Pirámides N° 003/04
Trelew	- Trelew N° 4476/93 - Rawson N° 7338/13 - Gaiman N° 602/97 - Paso de Indio N° 0364/13
Sur	- Comodoro Rivadavia N° 8787/06 - Sarmiento N° 071/12
Esquel	- Esquel N° 63/98 - El Hoyo N° 003/2019 - Trevelin N° 852/10 - Gualjaina N°18/16 - Corcovado N°758/12

En cuanto a las actividades de prevención, se observa el registro del Municipio de Puerto Madryn con acciones específicas de sensibilización a la comunidad de los riesgos que se asocian al consumo de alcohol en la vía pública en la temporada estival de verano.

El contexto institucional analizado, muestra en las legislaciones municipales un interés en la regulación del consumo de alcohol en las localidades de

cada área con mayor concentración poblacional. No obstante, a modo de conclusión se observa una desintegración entre las áreas legislativas y ejecutivas en los municipios con ordenanzas vigentes y una ausencia en la diagramación de las agendas públicas en los casos de falta de legislación.

5.2 Jurisdicción Nacional:

Se observan dos áreas del ejecutivo que poseen incumbencias directas sobre la temática: el Ministerio de Salud de la Nación y la SEDRONAR.

Como elementos de la configuración actual del problema de gestión que se ha identificado, es relevante en primer lugar analizar los antecedentes nacionales en relación a las políticas públicas implementadas para dar respuesta institucional a las problemáticas de consumo de sustancias.

En el año 1997 se crea la Ley Nacional de Lucha contra el alcoholismo N° 24.788. La cual estipula la prohibición del expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años en todo el territorio nacional, además regula los puntos de venta, la promoción y el patrocinio. En el artículo N° 8 crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, para su conformación indica que se requiere la participación de representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

La mentada norma es reglamentada por decreto en el año 2009, en la cual se instruye en el artículo 8° la creación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, bajo la órbita del Ministerio de Salud, que por resolución ministerial N° 1170 del año 2010 le otorga dependencia directa a la dirección nacional de salud mental y adicciones.

En el año 2019, a 10 años de la reglamentación de la Ley N° 24788 el Ministerio de Salud de la Nación, por ese entonces, había sido desjerarquizado a Secretaría de Gobierno de Salud, resuelve mediante Resolución N° 84/2019, dejar sin efecto las Resoluciones Ministeriales N°

1170/2010 y N°1693- E/2016, la cuales designaban la dependencia del programa y sus autoridades, a fin de otorgarle una nueva dependencia dentro de la estructura sanitaria. Se designa como coordinador general al titular de la Dirección nacional de promoción de la salud y control de enfermedades crónicas no transmisibles y se delega en la Subsecretaría de promoción de la salud y prevención de la enfermedad la designación de un Coordinador General Alterno de creerlo pertinente.

Mediante resolución ministerial N° 84/2019, las autoridades resuelven la definición de dos componentes que engloban la totalidad de las competencias del programa y dividen sus dependencias, la nueva configuración del Programa queda de la siguiente forma:

- Componente I: Promoción y rectoría estatal queda bajo la coordinación y dependencia directa de la Dirección nacional de promoción de la salud y control de enfermedades crónicas no transmisibles
- Componente II: Red asistencial sanitaria queda bajo la coordinación y dependencia directa de la Dirección nacional de salud mental y adicciones.

Se indica que para ambas dependencias, el gasto que demanden las actividades del Programa se financiará con los recursos previstos en las partidas presupuestarias de cada área.

Paralelamente en el contexto nacional, se encuentra la SEDRONAR, organismo creado en el año 1989 mediante decreto N° 271, en reemplazo de la Comisión Nacional Coordinadora para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas.

La SEDRONAR, es una Secretaria de Estado dependiente de la Presidencia de la Nación Argentina, posee como misión coordinar las políticas nacionales de lucha contra las drogas y las adicciones, funciona como organismo rector de la temática y brinda asistencia a los consumidores en materia de prevención y el tratamiento.

Desde el año de su creación la SEDRONAR se denominó Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el

Narcotráfico, pero a partir de enero del año 2017, mediante decreto 33/17, se cambió de nombre a Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas y pasaron y parte de sus unidades fueron trasladadas al Ministerio de Seguridad, particularmente las abocadas a la reducción de la oferta de drogas, quedando las unidades abocadas a la reducción de la demanda bajo la órbita del organismo.

Bajo la esfera de la SEDRONAR y a instancias del decreto N° 623 del año 1996 del Poder Ejecutivo nacional se crea el Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (COFEDRO), previo acuerdo con los gobiernos provinciales. En el año 1998 se aprueban su estatuto y reglamento interno. Dicha instancia, tiene como objetivo principal consensuar las políticas públicas en la temática de consumo de drogas entre las diferentes jurisdicciones y la SEDRONAR, a fin de contribuir al abordaje integral de esta problemática mediante la formulación, ejecución y evaluación de un plan federal.

El COFEDRO es presidido por el Secretario/a de Estado de la SEDRONAR, es una instancia federal que reúne a las 24 provincias y a CABA por intermedio de sus delegados titulares, todos ellos designados por decreto provincial, cada uno con voz y voto sobre las temáticas que se abordan. Es importante remarcar, que no se integra en las asambleas a otros sectores del ejecutivo nacional, u organizaciones de la sociedad civil y/o usuario/as de los sistemas, el reglamento permite la participación sólo con el uso de la voz pero sin voto. (SEDRONAR, 2016)

A nivel Nacional se pudo observar un importante volumen de legislación que ha ido marcando la inserción de las problemáticas de consumo en general y de alcohol en particular en distintas áreas del poder ejecutivo, no obstante se infiere a modo de cierre, una fuerte desintegración inter e intra poderes frente a la norma y a la ejecución que se realiza de la misma, como así también la ausencia de consenso y construcción federal de una agenda pública al respecto.

5.3 Descripción de las respuestas institucionales de las provincias que componen la región patagónica:

La región patagónica se encuentra integrada por las provincias de Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Chubut, es la región argentina con menor densidad poblacional, según último censo nacional.

A continuación se hará mención a las dependencias que cada una de estas provincias posee para gestionar la problemática de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

En la provincia de Neuquén el área de adicciones se encuentra bajo la órbita de la Subsecretaría de Ciudades Saludables del Ministerio de Ciudadanía del Gobierno Provincial.

En la provincia de Río Negro el área de adicciones depende de la Agencia para la Prevención y del Abuso de Sustancias y de las Adicciones del Ministerio de Seguridad de la provincia.

En la provincia de Santa Cruz el área de adicciones se encuentra integrada al Ministerio de Salud y Ambiente a través de la Coordinación Provincial Salud Mental y Adicciones.

En la provincia de Tierra del Fuego el área de adicciones se encuentra bajo la órbita de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud provincial.

Las respuestas político institucionales de las provincias que componen la región, en términos de políticas públicas, son disímiles una de otras en cuanto a las dependencias que cada una posee dentro de los ejecutivos provinciales y por consiguiente las vinculaciones en torno a los programas nacionales es variable.

Del relevamiento vía páginas web oficiales y el conocimiento de la Maestranda por integrar el COFEDRO junto a los representantes de dichas provincias, es posible aseverar que ninguna de ellas posee una política

integrada intra e intersectorial, que incluya los niveles municipales, para abordar en particular las problemáticas de consumo de alcohol y en general las problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas.

5.4 Fortalezas y debilidades:

Para empezar, está claro que, del análisis realizado de las distintas respuestas institucionales para abordar el aumento de las tasas de prevalencia e incidencia de alcohol, se constituye como una fortaleza que tanto a nivel nacional como en las provincias se identifiquen áreas específicas dentro de las agendas públicas. En el mismo sentido, la existencia de un consejo federal, con un estatuto propio que ordena su funcionamiento, se impone como una fortaleza.

No obstante, es posible además, analizar estas respuestas y configuraciones como debilidades, por las características de fragmentación que poseen los distintos programas y áreas abocadas a la temática, a modo de ejemplo a nivel nacional se observa claramente en el detalle realizado la ausencia de articulación entre los sectores abocados a la temática evidenciando la desintegración hacia adentro de las áreas abocadas a la temática, obstaculizando la posibilidad de integración hacia afuera con otros sectores y con la sociedad civil y usuarios/as desde una perspectiva intersectorial y participativa.

5.5 Recomendaciones OMS:

Con la meta de revertir la tendencia creciente de consumo nocivo de alcohol a nivel global y ayudar a los gobiernos a reducir el uso nocivo de alcohol y las consecuencias sanitarias, sociales y económicas relacionadas, la Organización Mundial de la Salud, estableció un paquete de medidas que se resumen con la sigla “**SAFER**”, cuyas letras representan las iniciales en inglés de las 5 políticas más costo-efectivas y de alto impacto, basadas en evidencia para reducir el consumo nocivo de alcohol:

S. Fortalecer las restricciones a la disponibilidad de alcohol;

- A.** Avanzar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol;
- F.** Facilitar el acceso a la detección, intervenciones breves y tratamiento;
- E.** Hacer cumplir las prohibiciones y restricciones integrales a la publicidad, patrocinio y promoción del alcohol;
- R.** Elevar los precios del alcohol a través de impuestos selectivos al consumo y políticas de precio

En efecto, este paquete de medidas proporciona una guía orientada a la acción para la implementación a nivel país de un número acotado de acciones de alto impacto. (WHO, 2018)

Asimismo, cabe remarcar, que estas medidas propuestas por la organización mundial de la salud, para poder ser implementadas por los estados nacionales o provinciales, y obtener respuestas eficientes en la aplicación de sus políticas públicas para abordar la temática, requieren necesariamente para su consecución como políticas costo efectivas de alto impacto, insertarse en agendas públicas articuladas, intra e intersectorialmente a fin de generar procesos de implementación integrados a la necesidades jurisdiccionales, validados por diagnósticos participativos. De lo contrario, son medidas que corren el riesgo de perder su efectividad en el marco de la desintegración y fragmentación de los sistemas.

VI| Construcción del problema de gestión

A continuación, se desarrolla la construcción y fundamentación del problema de gestión identificado, a partir del análisis por secciones de la descripción realizada en los apartados que anteceden.

Magnitud del consumo de alcohol:

Para empezar, cabe mencionar, que el análisis realizado sobre la magnitud del consumo de alcohol, como una problemática social, muestra a las claras las tendencias tanto a nivel mundial, regional, nacional y provincial del aumento de las tasas de prevalencia e incidencia, de la disminución en la edad de inicio, de las modificaciones en los patrones de consumo de alcohol por género, las marcadas tasas de mortalidad, el aumento de las brechas de desigualdad entre sectores sociales, la vulneración de los derechos de niñas, niños, adolescentes y mujeres, y las altas cargas económicas que ésta problemática conlleva tanto para el sistema de salud como para la sociedad en general.

Análisis de las respuestas político institucionales:

Con respecto, al análisis institucional producido por jurisdicción, a nivel nacional se analiza positivamente la presencia de la temática de alcohol en sus agendas públicas, aunque se observa una marcada fragmentación y ausencia de articulación intra e intersectorial para su abordaje, se evidencia la falta de participación de actores estratégicos como educación, cultura y deporte, como una ausencia de espacios para la integración de organismos de la sociedad civil y usuarios/as en la planificación de las políticas públicas como así también de la construcción de un consenso federal frente a la problemática identificada.

A propósito, es relevante incorporar el concepto de sistema de salud, el cual es definido como la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan de forma organizada para dar respuesta a los problemas de salud (Tobar, s/f). El sistema sanitario argentino, se constituye a partir de

una configuración jurisdiccional e institucional, que se divide entre nación provincia y municipio, a partir de lo normado por la Constitución Nacional, división que se imprime en la realidad “en superposiciones y desarticulaciones de leyes, resoluciones, programas” (Echegoyemberry, et al., 2017:20)

Asimismo, posee una composición de tres subsistemas, público, privado y de la seguridad social, que también evidencian, características de fragmentación entre cada uno de ellos y desintegración hacia adentro, (Echegoyemberry, et al., 2017) lo que es posible observar en el análisis efectuado, tanto en la jurisdicción nacional como la provincial, en cuanto a las respuestas desintegradas y fragmentadas que se construyen, tanto en el orden normativo como en lo asistencial y territorial.

En el mismo orden de ideas, se observa como parte integral del problema de gestión, la desintegración de las unidades abocadas a dar respuestas a la temática de la comunidad a la que pertenecen, no fue posible constatar por la maestranda en sus funciones laborales y en el análisis realizado para el presente trabajo, la participación de asociaciones o usuarios/as en la configuración de los planes vigentes tanto a nivel nacional, como provincial y municipal.

En efecto, la descentralización de estas políticas públicas impactan a nivel provincial en diversas planificaciones e indicadores de metas a cumplir, diagramación de actividades de forma independientes una de otras, replicando la misma lógica de fragmentación y desintegración de la sociedad civil y los/las usuarios/as del sistema que a nivel nacional.

Análisis en la provincia de Chubut:

Cabe mencionar que a nivel provincial, arriban las políticas nacionales mencionadas a la DPPyAA, área perteneciente al subsector público, produciendo una respuesta únicamente desde la órbita sanitaria, efectivamente desintegrada de los otros sectores del subcomponente y

desarticulado de otras áreas de la jurisdicción provincial, fortaleciendo un modelo de gestión centralizado en la órbita sanitaria, desintegrado de otras áreas provinciales y municipales, sin participación de los usuarios de los servicios y de organizaciones sociales, lo que la constituye como una respuesta débil y fragmentada por parte del Estado Provincial frente a esta problemática social compleja.

A su vez, los datos arrojados a nivel municipal, permiten inferir una escasa formulación de acciones en las agendas públicas locales con respecto al consumo de alcohol, centralizando la demanda sobre la temática y toda la complejidad que reviste en el subsector público de la salud.

Asimismo el bajo correlato de las ordenanzas locales con acciones del ejecutivo municipal, es analizado como un aspecto desfavorable en tanto es el instrumento que le otorga al Municipio la regulación directa en torno a los puntos de ventas, horarios de cierre.

En efecto, el análisis efectuado de los determinantes estructurales de la salud, que en términos de la autora Carme Borell se analizan como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (Borell s/f:35), permiten observar una marcada concentración poblacional, de la actividad económica y socio productiva, de servicios de salud, de educación y de cultura en tres ciudades, quedando un sector poblacional de aproximadamente el 30% distribuido en grandes extensiones territoriales, que históricamente han quedado reclusos de la accesibilidad a servicios que poseen las grandes urbes de la provincia.

Cabe reflexionar que actualmente la provincia de Chubut, se encuentra en una situación de recesión económica con presupuestos congelados a causa de la vigencia de una Ley de emergencia Económica, lo que conlleva un fuerte achicamiento de las respuestas del Estado. Ante lo cual, se reduce la capacidad de la cartera sanitaria de dar respuesta en términos de incorporación de recursos humanos y materiales frente al incremento de las tasas de prevalencia e incidencia, no posee una proyección de aumento ni



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



se avizora una re adecuación de la oferta institucional a corto plazo.

Definición del problema de gestión:

Por todo lo expuesto, se delimita como problema de gestión a ser abordado por el presente trabajo final, la débil y fragmentada respuesta que desde el Estado provincial por intermedio de la DPPyAA del Ministerio de Salud, se está llevando adelante frente al aumento de las tasas de prevalencia e incidencia de alcohol y los consumos problemáticos que esto conlleva.

En el mismo orden de ideas, se puede concluir que el problema de gestión es la ausencia de integración intersectorial e intrasectorial de los distintos niveles del estado, la falencia de espacios que propicien la participación de usuarios/as de los servicios y la centralización en el ámbito del subsector público de la salud, lo cual genera un severo problema de gestión para la construcción de escenarios viables, sostenidos en el tiempo y participativos que aminoren el impacto que el creciente consumo de alcohol posee para la salud integral de la sociedad, sin dejar de mencionar el contexto de crisis económica y de recesión en el que se encuentra la provincia y las consecuencias que éste conlleva en el tejido social a corto, mediano y largo plazo.

VII| Marco normativo

A continuación, se presentan las principales normativas vinculadas con la temática seleccionada. Comenzando por: la constitución nacional y provincial, las cuales posicionan a la salud como un derecho, luego se seleccionará el plexo normativo internacional del cual Argentina es Estado parte y que poseen jerarquía constitucional.

Además, se menciona la normativa específica que regula la problemática social seleccionada, tanto a nivel provincial como nacional, y finalmente, se hace mención a una serie de leyes que marcan el inicio de un paradigma de protección integral de la salud basados en una perspectiva de derechos humanos y que atraviesan al problema seleccionado en términos de las responsabilidades contraídas por el Estado.

En efecto, este marco normativo es necesario para diagramar intervenciones sociales que busquen generar cambios en las prácticas cotidianas, a fin de propiciar la gestión de la temática seleccionada desde una perspectiva de derechos humanos.

La Constitución Nacional Argentina enuncia a la salud como un derecho humano fundamental, es decir, son aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al Estado, y que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo. (Donato, 2017). El derecho a la salud fue incluido de manera explícita a través del artículo 42 en la reforma constitucional de 1994.

El derecho a la salud como derecho humano, debe estar garantizado mediante acciones positivas del Estado, éstos nos deben ni pueden quedar sujetos a las lógicas del mercado ni ofrecerse a la ciudadanía como bienes de consumo. (Echegoyemberry; Castiglia, 2017)

La Constitución de la Provincia de Chubut reformada en el año 1994, hace expresa mención a la salud como un derecho, en relación a los derechos personales, en el cual se pone en valor además del derecho a la salud en general en particular se especifica derecho a la salud psico física y

particularmente a la responsabilidad de su aplicación al estado y a la comunidad. Asimismo, cabe destacar que de la serie de derechos enunciados se desprende la salud como parte integral inseparable de todos ellos.

Además, hace mención en su artículo 72 a los principios a los que deben ajustarse las políticas de salud, entre ellos se destaca para el presente trabajo, la expresa mención de “la integración de todos los recursos provinciales, municipales, regionales y nacionales con sus instituciones públicas y privadas” como así también dentro del mismo articulado se valoriza entre otros aspectos “promover la solidaria participación de la sociedad en su conjunto para el logro de la excelencia en la atención de la salud”.

En virtud de lo desarrollado, es posible aseverar la ausencia de la aplicación de dichos principios en las políticas de salud en general en la provincia de Chubut.

Tratados internacionales con jerarquía constitucional:

Para empezar, es importante señalar que Argentina sanciona la Ley N° 23313 en 1986 en la que se aprueba el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, el pacto internacional de derechos civiles y políticos y el protocolo facultativo del pacto internacional de derechos civiles y políticos, adoptados por Resolución N° 2.200 (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales establece en su artículo N° 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y las medidas a adoptar por los estados partes para lograr su efectividad.

El comité de derechos económicos, sociales y culturales de Naciones Unidas, en el año 2000, en cuanto al derecho a la salud remarca que el Artículo 12 no se limita al derecho a la atención de la salud, por el contrario, se exhibe ampliamente en la gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones a partir de las cuales las personas pueden llevar

una vida sana y a los factores determinantes de la salud.

Respecto de lo enunciado por el comité, es relevante resaltar que en la elaboración de dicho documento se remarca la importancia de la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud como al fomento de dicha participación en la prestación de servicios médicos, preventivos y curativos.

La Convención Internacional de derechos de las personas con Discapacidad, determina los derechos civiles, culturales, políticos, sociales y económicos de las personas con discapacidad. Los Estados miembros que suscriben la Convención, convienen en promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos humanos y las libertades fundamentales para las personas con discapacidad, así como el respeto sistemático de su dignidad inherente. Argentina suscribió en el año 2007 y ratificó dicha suscripción en el año 2008. La sanción de la Ley Nacional N° 26.378 incorpora dicha convención a la normativa nacional e implicó el inicio de la transformación del modelo tutelar al modelo social de la discapacidad a partir de una serie de normas basadas en un paradigma de derechos humanos.

Normativa Nacional y Provincial que regula el alcohol:

En el año 1997 Argentina sanciona la ley N° 24788 denominada “Lucha contra el alcohol” que establece la prohibición en todo el territorio nacional del expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años, la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio, y la creación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, el que debe ser conformado por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación, de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

Por su parte, la provincia de Chubut en adhesión a la Ley Nacional, promulga el mismo año, la Ley N° 4339, denominada “Programa Provincial

de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol”, la cual en consonancia con su par nacional establece la prohibición del expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad y la regulación de publicidad, promoción y patrocinio.

Asimismo en el año 2010 mediante la Ley Provincial XIX N° 31 (antes Ley N° 5004) establece las bases jurídicas e institucionales fundamentales del Sistema de Seguridad Pública Provincial. En la cual se incluye la temática de alcohol en cuanto al expendio, suministro y habilitaciones comerciales para la venta y la cartelería con la siguiente leyenda obligatoria “Prohibida la venta y consumo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho (18) años de edad”. Además, hace hincapié en los criterios de publicidad, promoción y patrocinio.

Con respecto a la asistencia y prevención se sanciona en el año 2007 la Ley I N° 247 que crea la DPPyAA bajo la órbita del Ministerio de Salud con el objetivo de declarar de Interés Público Provincial la prevención de la drogodependencia en el ámbito del territorio chubutense, ordenar el conjunto de acciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias a fin de lograr una adecuada coordinación de las distintas instituciones que entiendan en la problemática. Para tal objetivo determina la creación de un Consejo Asesor constituido por representantes de distintas áreas del poder ejecutivo provincial con carácter de ad-honorem, quien dictará su propio reglamento interno de funcionamiento, y deberá reunirse al menos una vez por mes realizando una tarea continua de evaluación.

Dicha norma se encuentra vigente y a la fecha del presente trabajo no se ha reglamentado.

Paradigma de protección integral de los derechos humanos:

La adhesión a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad trajo para la Argentina el inicio de un cambio sustancial de un sistema tutelar hacia un sistema de protección integral

basado en el modelo social de la discapacidad, en el cual es apuntalado el campo normativo.

En virtud de este proceso de transformación, Chubut se constituye como una de las provincias pioneras del proceso. En el año 2009 promulga y reglamenta la Ley Provincial I N° 384 de Salud Mental Comunitaria, la cual establece las funciones del hospital general en la atención de personas con padecimientos mentales y la creación de la red socio sanitaria.

Por su parte, el mismo año a nivel Nacional se puede hacer mención la promulgación de la Ley N° 26.529 de Historias clínicas, derechos del paciente y consentimiento informado, la cual inicia el viraje de un modelo tutelar a un modelo de derechos.

Al año siguiente, en el 2010, Argentina profundiza el proceso de cambio con la promulgación de la Ley N° 26657, la cual destierra el modelo asilar y tutelar en el abordaje de los padecimientos mentales e incluye, de forma innovadora, en su artículo 4 a las adicciones como parte integral de las políticas de salud mental y concede a los usuarios de sustancias psicoactivas todos los derechos y garantías establecidos.

Éste plexo normativo, es nutrido en el año 2014, con la sanción de la Ley N° 26934, denominada "Plan integral para el abordaje de los consumo problemáticos"

En efecto, es posible ubicar en esta norma la inclusión definitiva de las adicciones como una problemática de salud en general y de salud mental en particular, y la mirada singular que se asocia a la concepción de sujeto de derechos ante su definición de consumos problemáticos.

En el mismo sentido, introduce en su definición a las drogas psicotrópicas legales e ilegales como a ciertas conductas compulsivas, como el juego; y fija que el tratamiento de esos consumos problemáticos debe incluirse en el Programa Médico Obligatorio, lo que significa que las obras sociales y prepagas tendrán la obligación de atender a quienes padezcan esas adicciones. Así mismo, establece como objetivo "prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



del Estado nacional" y "asegurar la asistencia gratuita" a las personas afectadas.

Para finalizar, es relevante mencionar que la legislación chubutense en el año 2018 se nutre con la perspectiva integral e intersectorial de la legislación nacional y mediante la sanción de la Ley Provincial I N° 648 en su Artículo 3° modifica la Ley Provincial I N°348 del año 2009 e introduce a los consumos problemáticos y adicciones a dicha norma además de crear el Órgano de revisión provincial establecido en la Ley Nacional N° 26.657.

VIII| Marco conceptual

A continuación, se desarrolla el marco conceptual que sustenta la elaboración del presente trabajo final. Para ello, se selecciona la definición y conceptualización en torno a los consumos problemáticos, se continúa con la definición de sustancias psicoactivas, drogas y alcohol. Así mismo, se desarrollan las definiciones y modelos que se adoptarán para el presente trabajo, a saber, una política intersectorial, integral y de co-creación centrado en la persona con la recuperación de antecedentes al respecto, y hacia el final se desarrollarán las conceptualizaciones vinculadas al paradigma de reducción de riesgos y daños para la elaboración y diseño de una intervención social.

Consumos problemáticos:

Para empezar, es importante señalar que la definición de consumos problemáticos, como una conceptualización preponderante en el campo de la salud mental, es una construcción teórica que posee su correlato en el cambio de paradigma de un modelo tutelar a un modelo de protección integral de los derechos humanos.

El Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos incluye definitivamente a las adicciones como parte integral de las políticas de salud mental y ofrece la siguiente definición de consumos problemáticos:

“Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumo que - mediando o sin mediar sustancia alguna - afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional

de la salud” (Ley Nacional N° 26.934)

En consecuencia a dicha definición, es importante resaltar, la incorporación que se efectuó sobre la pluralidad de consumos y vinculaciones que una persona puede establecer, como así también que no todos son sustancias psicoactivas ni se tornan problemáticos o generan adicciones, independientemente de que sean legales o ilegales y la singularidad que establece este modelo al estar centrado en el sujeto.

Entonces, el consumo de sustancias psicoactivas, es una práctica singular que se produce en el marco de una comunidad, diversos autores conceptualizan sobre el hecho de que el consumo de sustancias existe desde los inicios de la humanidad y con fines muy diversos como la celebración, la búsqueda de apaciguamiento de un dolor, la calma, la felicidad y la angustia, entre otros.

En el mismo orden de ideas, en el marco de las estrategias que desarrolla el organismo nacional responsable del abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, la SEDRONAR, es que se desprende la siguiente conceptualización de consumos problemáticos:

“Se entiende el consumo problemático de sustancias psicoactivas como un problema de salud social que involucra a todos los actores de la comunidad: el Estado, la familia, las instituciones de la salud y la educación, las empresas y los trabajadores, las iglesias, las organizaciones sociales y políticas, la comunidad en su conjunto” (SEDRONAR, 2019:18)

Asimismo, el análisis y la conceptualización de este trabajo, para la programación de la propuesta de intervención se encuentra centrado en poder analizar los usos, apropiaciones, imaginarios, representaciones, hábitos, y las lógicas instituidas e instituyentes de la sociedad donde todo ello sucede (Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes de la Provincia de Santa Fe, s/f) en el marco de la construcción de aportes para una política pública.

Droga-Sustancias psicoactivas:

Autores como Touzé y Galende desarrollan el fenómeno de las drogas y su consumo desde una mirada social y cultural, lo analizan como un fenómeno colectivo que invita a pensar en los causales que lo determinan, tales como los malestares de la cultura postmoderna, en dicho sentido, refieren que intentar aproximarse a la temática de las drogas implica el gran desafío de abordar uno de los indicadores culturales que abre el campo de las problemáticas actuales de Salud Mental. (Touzé; Galende, 2008)

En el mismo orden de idea, los autores antes mencionados, analizan sobre la historia humana, y sobre ello consideran que las personas no han dejado de utilizar distintas sustancias para estimular o apaciguar su conciencia, para provocarse por lo menos cuadros de alteración en su conciencia, lo que es factible de observar actualmente tanto en el contexto social y cultural:

“Para hacer algunas observaciones al respecto, creo necesario partir de la idea de que el fenómeno de las drogas es un fenómeno complejo, ligado a las dimensiones de producción, distribución y consumo. Esto implica la necesidad de respuestas complejas. Es un problema instalado en nuestra vida social, en nuestra cultura y que presenta ciertos límites en los que se pasa de la utilización esporádica u ocasional a la constitución de una adicción.” (Touzé; Galende, 2008: 30)

El problema social seleccionado por la maestranda, dentro del abanico de sustancias psicoactivas, se circunscribe al alcohol y la elevada prevalencia de su consumo, sustancia que es posible enmarcarla en la definición que la OMS efectúa sobre drogas y que se adopta para el presente trabajo:

“Droga a toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (OMS, 2010).

Además, es relevante resaltar que dicha denominación incluye sin distinción tanto las sustancias legales como las ilegales, pese a que se observa cierta tendencia en la sociedad a asociar las drogas a las sustancias ilegales invisibilizando la magnitud del consumo de las sustancias legales como ser el alcohol y las consecuencias que posee para la salud integral de la población sus elevadas tasas de prevalencia.

En cuanto a los procesos de salud-enfermedad-atención, el alcohol, en comparación con cualquier otra droga considerada adictiva, es la sustancia psicoactiva que genera las mayores y más graves consecuencias negativas para la salud de las personas (Menéndez; Di Pardo, 2005). No obstante, en términos asistenciales y salubristas se adoptan la siguiente afirmación realizada por los siguientes autores Menéndez y Di Pardo, quienes refieren:

“la mayoría de los padecimientos generados por el consumo de alcohol se caracteriza por la ausencia o escasez de atención médica específica —y subrayamos lo de específico en términos de su vinculación con el alcohol— en los tres niveles de atención, así como por el poco desarrollo de actividades preventivas” (Menéndez, Di Pardo, 2005:38)

Según los datos estadísticos, las cifras de publicaciones de organismos nacionales e internacionales, tal como se detalla en el apartado 4.2 del presente trabajo abocado a la magnitud del consumo, un porcentaje muy importante de la población consume sustancias como el alcohol, ocasionando un impacto directo en la salud de niños/niñas, adolescentes, mujeres y otros miembros de la familia, en víctimas de delitos, violencias y accidentes viales por conducir en estado de ebriedad, deserción escolar, ausentismo laboral y en los sistemas sanitarios. (Serebrisky, 2014)

Asimismo, autores como Oriol definen el uso de drogas fundamentalmente como un fenómeno que se:

“Incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico,

pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas de las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas” (Oriol, 2008: 305).

De acuerdo con la definición del autor, el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y los efectos de éste debe ser analizado desde la complejidad que conlleva la triada vincular de sustancia-usuario-contexto, es decir, para entender la variabilidad de efectos de las drogas no es posible disociar la sustancia consumida del sujeto consumidor y el contexto donde se da el acto de consumo (Oriol, 2008)

Los autores seleccionados, nos aproximan a cómo lo cultural, lo social y lo político atraviesan el consumo de sustancias psicoactivas en nuestras comunidades. Desde estas perspectivas y construcciones teóricas es posible inferir que el consumo de sustancia psicoactivas es parte de un colectivo y se ancla en las políticas públicas que implementa un Estado.

Políticas públicas:

Asimismo, para el desarrollo del presente trabajo se adopta la conceptualización que ofrece la autora Olga Nirenberg sobre las políticas públicas, de las cuales resalta:

“Las políticas públicas constituyen el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un determinado momento histórico los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (...) son estrategias intencionales, dirigidas a objetivos que se desean alcanzar, haciendo converger una visión y una acción de largo plazo pero con efectos también en el corto y mediano plazo” (Nirenberg, 2013: 23)

En efecto, la construcción de lineamientos y el diseño de una política pública, procura el involucramiento no solo del Estado sino también de otros

actores sociales y políticos, lo que refleja los niveles de participación, movilización y lucha social de una sociedad en determinado tiempo en la búsqueda de soluciones. (Nirenberg, 2013)

Intersectorialidad:

Con referencia a la integración de actores sociales, es relevante introducir el concepto de intersectorialidad, diversos autores conceptualizan sobre esta noción como una categoría superadora que posibilita desarrollar nuevas miradas en la búsqueda, particularmente en salud, de un abordaje integral, posibilitando posicionar “a la Salud como eje de problematización de otros sectores” (Castiglia; Báscolo; Yavich, s/f: 10)

La noción de intersectorialidad se encuentra en el espíritu de diversas planificaciones de políticas públicas, es una construcción que requiere la necesaria participación de la ciudadanía además de otros actores del estado y organizaciones, a fin de lograr integrar la óptica con que es vivenciado el problema para esa comunidad, fundamentalmente como lo conceptualiza Carlos Matus desde la planificación estratégica situacional “el Sujeto que planifica está comprendido en el objeto planificado” (Matus, 2014:29)

En este sentido, sujeto planificador y objeto planificado no son independientes y se enmarcan en una realidad compuesta por distintos actores que interactúan de forma previa y posterior a la planificación de la política pública que se establezca, por lo cual la integración en el diagnóstico del problema a intervenir, es una instancia crucial que resalta el autor “existen necesariamente grados diversos de gobernabilidad del sistema para los distintos actores sociales” (Matus, 2014:45), conceptualización que la maestranda adopta como referencia para el desarrollo de la intervención.

Otras definiciones de intersectorialidad y que se toman para el desarrollo de las variables del presente trabajo son las proporcionadas por el Ministerio de Salud de Chile

“La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al

involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta” (Ministerio de Salud Chile, 2014)

En el mismo orden de ideas, para realizar la metodología de la propuesta de intervención social del presente trabajo, la maestranda adopta las conceptualizaciones que Olga Nirenberg efectúa en torno a la noción de diagnóstico o línea de base, que son definidos como un proceso permanente con base territorial, con la participación de actores a partir de la identificación de un mapeo de esa realidad, a fin de lograr una determinación de necesidades desde una perspectiva comunitaria (Nirenberg, 2013)

Integralidad:

En el mismo orden de ideas, se adopta para el desarrollo de la propuesta de intervención social del presente trabajo el concepto de integralidad. El mismo es definido como un “principio organizador de los abordajes sanitarios” (Canella et al., 2015:10).

Su inclusión para el presente desarrollo, se funda en la necesidad de la incorporación de una perspectiva integral en la configuración de las respuestas que el Estado debe propiciar ante el problema de salud definido, a fin de que se involucre a los distintos sectores que componen la sociedad además del sector de la salud (Alma Ata, 1978).

Co-creación:

Es dable mencionar, que el concepto de co-creación, tiene sus orígenes en la gestión empresarial, que surge por la necesidad de valorar la participación e involucramiento de las personas consumidoras, en la construcción innovadora de los productos que generan como herramienta de gestión. Asimismo se define como un proceso de innovación, en el sentido de que un grupo crea a través de la colaboración de sus integrantes algo novedoso, no

en términos de la creación de algo nuevo sino en la formulación de soluciones superiores en contextos específicos.(Domanski; Howaldt; Schröder, 2017)

Cabe remarcar que no es un concepto que se limite al ámbito empresarial y que se aplica también al ámbito de las políticas públicas a fin de usarlo como herramienta para resolver problemas sociales complejos.

En este sentido, se entiende la co-creación como una práctica de creación colectiva en la cual los miembros de una unidad colectiva aprenden y establecen nuevas reglas para el juego social de la colaboración y el conflicto. Esto requiere modelos de gobernanza a favor de la autoorganización y de la participación política, permitiendo la creación de innovaciones sociales como resultado del involucramiento de los actores clave. (Domanski; Howaldt; Schröder, 2017)

Asimismo, autoras como Rita Grandinetti y Cristina Zurbriggen conceptualizan que la co creación surge como proceso de resolución creativa de problemas, a través de los cuales los actores relevantes y afectados trabajan cruzando las fronteras institucionales formales para desarrollar e implementar soluciones innovadoras a problemas urgentes, ámbito en el cual se propician cambios y aprendizajes en los propios actores intervinientes (Grandinetti; Zubriggen, 2020)

Con respecto al concepto de innovación, las autoras mencionadas refieren que implica generar nuevas capacidades y competencias públicas con el objeto de diseñar políticas y servicios que respondan a las aspiraciones y necesidades sociales, posibilitando esto la construcción de valor público a la vez que se desarrollan organizaciones más abiertas, con la capacidad de anticiparse, experimentar y de actuar estratégicamente en un contexto altamente incierto y complejo. (Grandinetti; Zubriggen, 2020) Ante lo cual afirman:

“Se trata de la innovación con un sentido público de construcción de

finalidades sociales. Esto ha conducido a un creciente interés en repensar las formas de involucrar a los ciudadanos y a las comunidades en el desempeño de un rol activo en la co-creación de servicios y políticas públicas” (Grandinetti; Zubriggen,2020:20)

En cuanto al diseño centrado en la personas, cabe agregar, que implica una de las variables de enfoque que conforman al proceso de la co creación de políticas públicas, ésta perspectiva pone el énfasis en la aceptación de los errores para avanzar en los proceso de aprendizaje, en la experimentación y actitud positiva frente a los diversos errores desde la empatía. (IDEO.org, 2020)

Asimismo, es posible resaltar que es un tipo de pensamiento que considera que las personas que enfrentan determinados problemas día a día son las que poseen la clave para obtener las soluciones y recomienda el desarrollo de la empatía entre los actores participantes. (IDEO.org, 2020). Es un recurso, que se ha constituido en una herramienta que en el marco de la co-creación es utilizada en la generación de políticas públicas.

Antecedentes:

Actualmente es posible observar el uso de las metodologías antes mencionadas para la gestión de problemas complejos, tanto en el ámbito público como en el ámbito de la sociedad civil, que les permite alcanzar políticas públicas transformadoras entre los diversos actores intervinientes a partir de trazar un objetivo común.

En este sentido, se recupera a modo de antecedente del ámbito estatal, la elaboración impulsada por el actual gobierno nacional en la elaboración del Cuarto Plan de Acción de Gobierno Abierto para el periodo 2019-2022, el cual está conformado por 18 compromisos que buscan desarrollar políticas transformadoras para solucionar problemáticas concretas de agenda pública. Los compromisos que allí se plasmaron, son el resultado de un proceso de co-creación entre gobierno y sociedad civil a fin de ser implementados por

instituciones nacionales en un plazo de 3 años, con prórrogas consensuadas producto de la pandemia del COVID-19 (Cuarto Plan de Acción de Gobierno Abierto 2019-2022)

Con respecto al ámbito de la sociedad civil, se encuentran antecedentes de procesos de co-creación en los planes estratégicos que la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) elabora, los mismos son documentos de planificación en el cual se especifica la estrategia que la organización seguirá durante el año de presentación y surge producto y resultado de la reflexión colectiva institucional y un proceso de trabajo que implica discusiones amplias y profundas con diversas personas clave de la comunidad conformada en torno a ACIJ. (Plan Estratégico 2020-2022)

Asimismo en el marco de la plataforma discapacidadyderechos.org se puede apreciar la utilización de la metodología de diseño centrado en la persona como uno de los métodos de co-creación utilizados para el diseño, implementación y prototipado de su propuesta.

Paradigma de reducción de riesgos y daños:

A esto se agrega, la integración del paradigma de reducción de riesgo y daños como marco para el desarrollo de la propuesta de intervención. Al respecto, cabe agregar que dicho paradigma ha sido incluido en las normativas que atraviesan el problema seleccionado como estrategia privilegiada para abordar el diseño de abordajes terapéutico e intervenciones, las mismas fueron mencionadas en el marco normativo.

Cabe remarcar que surge alrededor de 1970 en el continente europeo, principalmente para abordar a sustancias psicoactivas como la heroína. Los fundamentos de esta política son principalmente el rechazo a la ilegalidad y la prohibición de las sustancias consideradas adictivas por motivos médicos, psicológicos, sociales e ideológicos y específicamente porque las políticas prohibicionistas incrementa la mortalidad y morbilidad relacionada con el consumo de drogas. Esta política fue promovida en varios países europeos

gracias a la participación y de las asociaciones civiles, (Menéndez, Di Prado 2005).

Con respecto a esta política, cabe recuperar lo analizado por Menéndez y Di Prado con respecto al poco avance que la misma ha tenido en América Latina después de más de 20 años de existencia de la misma. Considerando, ambos autores como una de las propuestas más auspiciosas para aplicar en lo que respecta al consumo de alcohol, principalmente por 2 criterios:

“Por una parte, el aprendizaje individual y, sobre todo, grupal de las posibilidades no sólo de conocer, sino de aplicar dicho control sobre el consumo y las consecuencias negativas del consumo de una sustancia determinada, con el objetivo de reducir sus riesgos; y por otra, su oposición a la lucha contra las adicciones basada en la prohibición y la represión” (Menéndez, Di Prado; 2005: 45)

Los puntos de partida de esta política son el rechazo a la ilegalidad y la prohibición de las sustancias consideradas adictivas, por razones de tipo médico, psicológico, social e ideológico, y en particular porque las políticas prohibicionistas incrementarían la mortalidad y la morbilidad relacionada con el consumo de drogas.

Además, con respecto al paradigma de reducción de riesgos y daños, es dable resaltar que su objetivo principal tiene que ver con disminuir los efectos negativos producto del uso de sustancias psicoactivas y construir conjuntamente con las personas usuarias objetivos de mayor complejidad con el fin de mejorar de forma integral los distintos aspectos de la vida. (SEDRONAR, 2018)

Asimismo, las políticas de reducción de riesgos y daños, abarcan una variedad de estrategias que no se centran únicamente en las prácticas individuales de las personas, sino que su propósito versa en comprender las condiciones de vulnerabilidad de los sujetos, para desarrollar intervenciones que incluyan estrategias de cuidado, información, educación, acceso al

sistema de salud, el análisis de los determinantes de la salud y las adaptaciones de la legislación. (SEDRONAR, 2018)

A tal fin, es importante, no dejar de mencionar, la existencia de su diferencia con respecto al paradigma abstencionista/prohibicionista, el cual versa sus fundamentos en el control de los objetos de consumo como en el de las personas consumidoras y que ha sido el impulso de las políticas públicas tanto en nuestro país como a nivel mundial bajo el slogan de un “Mundo sin Drogas”. (SEDRONAR, 2016:61)

Intervención social:

Por último, se recupera el concepto de intervención social que desarrolla la autora Olga Nirenberg y que es adoptado por la maestranda para definir el marco metodológico que se desarrollará en la elaboración de la propuesta social, colectiva y comunitaria frente al problema social seleccionado “por intervención se entiende un conjunto de actividades entrelazadas y orientadas a un mismo propósito” (Nirenberg, 2013:80) y que debe presentar las siguientes características básicas como realizarse de manera formal y programada acorde con supuestos conceptuales, responder a necesidades o situaciones de disconformidad o problemáticas definidas socialmente y que no pueden satisfacerse de forma individual, deben orientarse al cambio a fin de transformar situaciones insatisfactorias y por último pretender lograr instancias de legitimación pública o social (Nirenberg, 2013).

Hasta aquí se presentó el marco conceptual que nutre y referencia al análisis desarrollado y la propuesta metodológica seleccionada.

IX| Propuesta de intervención

A continuación, se desarrolla la propuesta de intervención adoptada por la maestranda, la cual consiste en la creación de mesas inter e intra sectoriales por áreas programáticas, que se encuentren abocada a abordar los consumos problemáticos de alcohol, que sean integradas por actores estratégicos de organismos que componen tanto al estado municipal como provincial y sobre todo que posean el involucramiento de la ciudadanía a partir de la participación de organizaciones sociales y de usuarios/as del sistema en el proceso diagnóstico como en la evaluación de la ejecución.

Además, estas mesas tendrán como propósito la generación de consensos mínimos, a partir de acuerdos interjurisdiccionales, intersectoriales y el establecimiento de criterios, que sirvan como hoja de ruta para la elaboración de políticas públicas en materia de consumos problemáticos.

Asimismo, con el objetivo de construir una respuesta diferente a las vigentes a nivel provincial, se busca resolver el problema planteado, a partir de una intervención de carácter colectivo y con representación comunitaria que en articulación con el Estado y viceversa subsane la lógica fragmentada y desintegrada que impera en la gestión de la problemática y pueda afianzarse como un modelo de gestión basado en el consenso social y en la construcción de respuestas innovadoras.

En el mismo orden de ideas, cada localidad que compone la provincia de Chubut se encuentra atravesada por una serie de factores que la determina de diferentes formas y que hacen que su realidad sea distinta la una de la otra, ya sea por su actividad económica, las características institucionales, la densidad demográfica y la accesibilidad, entre otras. La creación de mesas de análisis y diagnóstico por área programática sanitaria, contribuirá a la visibilización de las distintas realidades frente a

la magnitud del problema social seleccionado y las consecuencias que posee para la salud integral de cada comunidad y la determinación social imperante.

Cabe mencionar, que es una propuesta innovadora para la provincia de Chubut en materia de consumos problemáticos en lo particular y en gestión de una problemática social como respuesta político institucional en general, que pretende operar a nivel de los determinantes proximales e intermedios con una proyección de trabajo a largo plazo que la torne sostenible y viabilidad. Así mismo, es una propuesta que incide y opera desde la meso gestión.

A partir del desarrollo realizado con respecto a la definición del problema de gestión, es que es posible resaltar la necesidad de propiciar la incorporación de una mirada comunitaria y de integración intra e intersectorial, que posibilite enriquecer la respuesta político institucional que brinda el estado provincial junto a los niveles municipales, a fin de lograr la construcción de instancias que generen ciudadanía, a partir del empoderamiento de los actores intervinientes en la búsqueda de soluciones. (Nirenberg, 2013)

En consecuencia y a modo de cierre de este apartado, es importante recuperar las conceptualizaciones que la autora Olga Nirenberg, realiza sobre las políticas, programas y proyectos sociales, de los cuales sintetiza que se formulan y ejecutan para resolver o aliviar situaciones críticas o desfavorables que padecen grupos poblacionales, las que no podrían resolver las personas de esos grupos en forma individual (Nirenberg, 2013)

XI| Objetivos

11.1 Objetivo General:

Elaborar una propuesta de intervención que permita co-crear políticas públicas intersectoriales que aborden los consumos problemáticos de alcohol en la provincia de Chubut durante el periodo 2020-2021.

11.2 Objetivos Específicos:

1. Elaborar un mapeo de actores estratégicos por área programática sanitaria
2. Generar un dispositivo con múltiples actores y sectores para la co-creación de políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol por área programática sanitaria
3. Generar un documento que reúna los consensos básicos y criterios que deberían seguir las políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol
4. Incidir en las agendas públicas municipales y provinciales para la introducción de la temática de consumo problemático de alcohol como una problemática social compleja
5. Generar programas de capacitación, formación y actualización para los actores involucrados en la temática de consumo problemático de alcohol normativa vigente.

XIII| Metodología

A partir de los análisis realizados por la maestranda en el recorrido del presente trabajo, se pudo arribar a que el problema de gestión seleccionado para elaborar la propuesta de intervención es la falencia de políticas pública intersectoriales e intrasectoriales de los distintos niveles del estado y de la participación ciudadana, que permita abordar el aumento de la prevalencia del consumo de alcohol en la provincia de Chubut de forma integrada y eficaz.

Atento a ello, la propuesta de intervención social definida, consiste en la creación de mesas de carácter inter e intra sectorial e integrales por áreas programáticas sanitarias que tengan como objetivo la co-creación de políticas públicas que propicien el abordaje de la problemática planteada, con una marcada participación de la ciudadanía. En este sentido, se puede indicar que la propuesta realizada, implica un proceso de participación social que involucra a distintos actores en miras de que recíprocamente se construya, a partir de la combinación de saberes, conocimientos e integración de recursos, respuestas innovadoras y novedosas ante la complejidad del problema seleccionado.

Se recupera para el desarrollo metodológico del presente trabajo, las conceptualizaciones realizadas por la autora Olga Nirenberg sobre las intervenciones sociales, quien las define como un conjunto de actividades entrelazadas y orientadas a un mismo propósito, que persiguen mejorar situaciones que no resultan satisfactorias o efectivas (Nirenberg, 2013)

En el mismo orden de ideas, para dicha autora las políticas, programas y proyectos sociales se formulan y ejecutan para resolver o aliviar situaciones críticas o desfavorables que padecen grupos poblacionales, los cuales no podrían resolver las personas de esos grupos de forma individual (Nirenberg, 2001)

Asimismo se adopta en el marco de la co creación de políticas públicas, el diseño centrado en las personas, el cual consiste en un proceso y un conjunto de técnicas que se usan para proponer la generación de soluciones innovadoras a partir de la empatía con los usuarios y que aplica a cualquier campo. Este proceso está basado en cinco pilares: empatizar, definir, idear, prototipar y testear, con el objetivo de integrar las necesidades de las personas, las posibilidades de la tecnología, y los requerimientos de la organización. (IDEO.org, 2015)

Posee tres momentos metodológicos, que consisten en escuchar de un modo diferente a los miembros de la comunidad, crear soluciones innovadoras que den respuesta a esas necesidades y poner en práctica soluciones, teniendo en cuenta la sustentabilidad financiera de los proyectos planificados a partir de la creación de indicadores de evaluación. (IDEO.org, 2020)

Por último, cabe remarcar que numerosos estudios dan cuenta, que el uso de esta metodología puede ayudar a las organizaciones a relacionarse mejor con la gente a la que le presta un servicio. Otorga herramientas para transformar la información en ideas factibles. De forma innovadora colabora en la identificación de nuevas oportunidades con el objeto de incrementar la rapidez y efectividad de la creación de nuevas soluciones. (Hasso Plattner, Institute of Design at Stanford. IDEO.org, Design Kit; Diseño centrado en las personas. IDEO.org, Riverdale Country School, Design thinking para educadores)

Variables de la propuesta de intervención:

Cuadro: 6

Variables	Definición	Operacionalización	Meta
-----------	------------	--------------------	------

<p>Intersectorialidad</p>	<p>Si bien existen distintas definiciones sobre intersectorialidad a los fines de este trabajo se selecciona la que proporciona el Ministerio de salud de Chile (2014)</p> <p>“La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta” (Ministerio de Salud Chile, 2014)</p>	<p>Cantidad de mesas de articulación y coordinación intersectoriales de trabajo que se realicen entre los distintos actores estratégicos intervinientes a fin de consensuar diagnósticos y generar propuestas.</p>	<p>Realizar 4 mesas de articulación intersectorial - anual- por área programática sanitaria</p>
<p>Integralidad</p>	<p>“Principio organizador de los abordajes sanitarios” Implica voluntad política de abordar los problemas de salud (Canella, et al., 2015).</p>	<p>Cantidad de acuerdos y consensos (sobre los diagnóstico y sobre las propuestas de políticas públicas para abordar las problemáticas) que se realicen entre los actores intervinientes en el marco de el trabajo intersectorial</p>	<p>Establecer consensos y elaborar al menos 1 - integral e intersectorial- en el marco del proceso de trabajo intersectorial</p>

<p>Políticas Públicas</p>	<p>Implementación de política pública. “Las políticas públicas constituyen el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un determinado momento histórico los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (...) son estrategias intencionales, dirigidas a objetivos que se desean alcanzar, haciendo converger una visión y una acción de largo plazo pero con efectos también en el corto y mediano plazo” (Nirenberg, 2013: 23)</p>	<p>Existencia de programa de formación para sensibilizar sobre</p> <p>Elaboración de programa de formación para los actores estratégicos involucrados</p> <p>(estrategia intencional diseñada por la mesa de trabajo)</p>	<p>Implementar 1 capacitación durante el primer año por área programática sanitaria del programa de formación para</p> <p>Consumos problemáticos de alcohol.</p>
<p>Intervención Social</p>	<p>“por intervención se entiende un conjunto de actividades entrelazadas y orientadas a un mismo propósito, abordar un problema social” (Nirenberg, 2013)</p>	<p>Existencia de un documento hoja de ruta, co-creado y validado, que reúna los consensos básicos y criterios que deberían seguir las políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol.</p>	<p>Co crear 1 documento por área programática sanitaria</p>

12.1 Definición de resultados esperados e indicadores de logro:

Se pretende al finalizar la intervención, en el año 2021, se obtengan los siguientes resultados:

- 100% de mapeo provincial de actores vinculados a la temática, con el detalle de la vinculación y relaciones existentes y la normativa que los regula
- 100% de la co-creación de mesas locales por área programática sanitaria con referentes y representantes estratégicos del ámbito comunitario, del ejecutivo provincial y de los municipios como familia, educación, trabajo, cultura, deporte, vivienda y hábitat, participación ciudadana y usuarios/as de los servicios.
- 100% de la confección de informes de las fuentes consultadas que reflejen la magnitud del problema identificado por área programática sanitaria
- 100% participación de decisores públicos del ámbito municipal y provincial en las mesas locales
- 100% de confección de programa de formación para los actores involucrados
- 100% de la confección de un documento que reúna los consensos básicos y criterios que deberían seguir las políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol.

12.2 Diseño de estrategias de intervención, actividades e identificación de las instancias responsables de la ejecución:

A continuación se desarrollará la matriz de trabajo de cada objetivo específico, compuesta por: responsable de ejecución, actividades y productos.

El conjunto de objetivos específicos planteados se encuentran englobados por dos dimensiones conceptuales: la intersectorialidad, articulación e integración y el paradigma de reducción de riesgos y daños, ambas dimensiones abarcan las distintas actividades planteadas y fueron

desarrollados en el marco conceptual.

Matriz Operacional:

- **Objetivo 1:** Elaborar un mapeo de actores estratégicos por área programática sanitaria:

Cuadro 7

<p>Responsable de ejecución</p>	<p>DPPyAA</p>
<p>Actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un mapeo de instituciones y personas de interés o con injerencia en la implementación de las propuestas de políticas públicas. - Convocatoria a usuarios/as del sistema y familiares, representantes del estado provincial y municipal del área de educación, hábitat, cultura y deporte, académicos, universidades, organizaciones civiles, representantes de vecinales y referentes comunitarios estratégicos. - Análisis exhaustivo de cada actor convocado y antecedentes de vinculación entre ellos en procesos de trabajo conjunto. - Elaboración de informe por área programática que refleje la problemática de alcohol en términos epidemiológicos, denuncias policiales, ingresos por guardia, egresos - Elaboración de matriz para relevo de las problemáticas vinculadas al consumo de alcohol que identifican los diferentes actores convocados.

Productos	<ul style="list-style-type: none"> - Planilla de registro con la identificación de los diversos actores convocados por área programática, en la cual se refleje las vinculaciones existentes entre ellos, los datos de contacto de cada uno, la injerencia que poseen con la temática, resoluciones o normativas que los atraviesa, programas y/o actividades que desarrollan vinculadas, antecedentes relevantes de sus intervenciones o participaciones vinculadas a la temática. - Informe por área programática sobre la situación epidemiológica, ingresos por guardia y denuncias policiales por violencia. - Planilla unificada para la carga del proceso diagnóstico
------------------	---

- **Objetivo 2:** Generar un dispositivo con múltiples actores y sectores para la co-creación de políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol por área programática sanitaria

Cuadro 8

Responsable de ejecución	DPPyAA
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar encuentros con modalidad de mesas, talleres o jornadas para presentar la propuesta de trabajo y los informes por área programática. - Reuniones para generación de discusión, consensos y propuestas de elaboración de diagnóstico participativo, monitoreo y seguimiento (sobre elaboración de indicadores) - Acciones de incidencia para presentar la conformación de las mesas por área programática e influir en los tomadores de decisiones a partir de su participación: Reuniones estratégicas con funcionarios públicos, legisladores, miembros del Poder Judicial

Productos	<ul style="list-style-type: none"> - Organización de espacios de discusión consenso y debate sobre los mecanismos posibles de abordaje e implementación de propuestas identificadas como prioritarias a partir de la elaboración de diagnósticos participativos. - Convocatoria a múltiples actores estatales, académicos, de la sociedad civil, grupos vulnerabilizados. Consecución de encuentros con modalidad de mesas, talleres o jornadas para presentar los lineamientos y generar mesas de discusión en las distintas áreas programáticas.
------------------	--

- **Objetivo 3:** Generar un documento que reúna los consensos básicos y criterios que deberían seguir las políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol

Cuadro 9

Responsable de ejecución	DPPyAA
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de documentos por área programática que fijen los acuerdo establecidos entre los distintos actores participantes, sobre los lineamientos prioritarios para abordar las problemáticas del consumo de sustancias en general y de alcohol en particular. A partir de los procesos diagnósticos realizado en los dispositivos de múltiples actores convocados para la co-creación de criterios y pautas y la generación de políticas públicas - Generar mecanismos de validación de los documentos de acuerdo establecidos por los actores intervinientes

Productos	<ul style="list-style-type: none"> - Confección de un documento de acuerdos, como resultado de las reuniones estratégicas realizadas con representantes de instituciones de distintos niveles estatales, personas identificadas como referentes estratégicos de la comunidad, usuarios/as de los servicios y familiares, referentes de asociaciones civiles y delegados/as vecinales, que evidencie el consenso y unificación de criterios para la co-creación de políticas públicas prioritarias, teniendo en cuenta criterios de relevancia y factibilidad para su desarrollo. - La validación de dicho instrumento será con la firma de cada actor participante.
------------------	---

- **Objetivo 4:** Incidir en las agendas públicas municipales y provinciales para la introducción de la temática de consumo de alcohol como una problemática social compleja

Cuadro 10

Responsable ejecución	de DPPyAA
------------------------------	------------------

<p>Actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión pública del documento de Acuerdos para el abordaje de las problemáticas de consumo de sustancias. Comunicar teniendo en cuenta distintas audiencias - ciudadanía en general y especialista- y formatos - Efectuar reuniones de presentación y sensibilización del documento del documento Acuerdos para el abordaje de las problemáticas de consumo de sustancias con autoridades Municipales, Provinciales, representantes de los Consejos Deliberantes y de la Legislatura Provincial. -Propiciar jornadas abiertas y talleres a la comunidad de presentación del documento Acuerdos para el abordaje de las problemáticas de consumo de sustancias, con autoridades municipales por áreas programáticas - Promover el desarrollo construcción y definición de una agenda de trabajo por área programática articulada sobre los problemas identificados
<p>Productos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización a la población general sobre el documento elaborado. - Jornadas de debate público y sensibilización sobre los acuerdos para el abordaje de las problemáticas de consumo de sustancias. - Implementación de programas de capacitación a personal de las dependencias municipales y a distintos actores que conforman los dispositivos de co-creación. - Elaboración de proyectos de ordenanzas

- **Objetivo 5:** Generar programas de capacitación, formación y actualización para los actores involucrados en la temática de consumo problemático de alcohol y la normativa vigente

Cuadro 11

Responsable de ejecución.	DPPyAA
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar cursos de formación para referentes de barrios populares ONGs que su contenido mínimo refleje la adquisición de herramientas de prevención universal y no específica, paradigmas y marco normativo vigente de tres meses de duración. - Realización de cursos de formación para empleados municipales, personal administrativo de Salud que su contenido mínimo refleje la adquisición de paradigmas conceptuales y normativas vigentes de tres meses de duración. - Jornadas de sensibilización a funcionarios con mandato en la situación epidemiológica local, normativas vigentes y recomendaciones de organismos internacionales. - Campañas de difusión.
Productos	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de curso formativo y de actualización por área programática con una duración mínima de tres meses en convenio con instancias académicas locales. - Funcionarios sensibilizados en la temática.

12.3 Cronograma tentativo de ejecución de actividades:

Calendarización de actividades 2021

Cuadro 11

		AÑO 1											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Elaborar un mapeo de actores estratégicos por área programática	Realizar un mapeo de instituciones y personas de interés o con injerencia en la implementación de las propuestas de políticas públicas.	x	x	x									

12.5 Planeamiento de la evaluación de la propuesta de intervención:

A continuación se presentarán una serie de preguntas de evaluación/verificación por objetivo específico que se constituirán como guía orientadora del planeamiento de evaluación de la propuesta de intervención efectuada teniendo en cuenta los dominios de procesos y resultados, a fin de contribuir a una mejor programación y ejecución de las mismas, en términos de la autora Olga Nirenberg, la evaluación se constituye como una oportunidad para alcanzar un aprendizaje re-significativo, que reformule e interpele marcos de referencia y posibilite a los diversos actores intervinientes “adquirir competencias reflexivas, analíticas y cooperativas para la gestión del desarrollo” (Nirenberg, 2013:26)

→ Detalle de preguntas de evaluación/verificación por objetivo específico:

Cuadro 12

Objetivos	Preguntas de evaluación/verificación	Fuente de Información
1. Elaborar un mapeo de actores estratégicos por área programática sanitaria	¿Se concretó la construcción de un mapeo, que incluya las vinculaciones existentes entre los actores vinculados a la temática, tanto del ámbito estatal como de la sociedad civil?	Se utilizará una evaluación participativa, mixta (actores internos al proceso y externos)

<p>2. Generar un dispositivo con múltiples actores y sectores para la co-creación de políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol por área programática sanitaria</p>	<p>¿Se pudo articular intersectorialmente para la construcción de información oportuna para el análisis del problema planteado?</p> <p>¿Se logró transmitir la necesidad de la construcción intra e intersectorial como respuesta colectiva frente al problema planteado?</p> <p>La convocatoria y participación a los encuentros abiertos de construcción colectiva ¿Fueron representativos en cada área programática de los actores identificados?</p>	<p>Se utilizará una evaluación participativa, mixta (actores internos al proceso y externos)</p>
<p>3. Generar un documento que reúna los consensos básicos y criterios que deberían seguir las políticas públicas en materia de consumo problemático de alcohol</p>	<p>¿Se concretó la confección del documento de Acuerdos por parte de los responsables de la ejecución?</p> <p>El documento de Acuerdos ¿obtuvo consenso y validación por los actores intervinientes?</p>	<p>Se utilizará una evaluación participativa, mixta (actores internos al proceso y externos)</p>

<p>4. Incidir en las agendas públicas municipales y provinciales para la introducción de la temática de consumo problemático de alcohol como una problemática social compleja</p>	<p>A partir de la presentación del Acuerdo ¿Se logró transmitir la magnitud del problema y sus vinculaciones a los decisores políticos y la capacidad de respuesta político institucional que poseen para la construcción de soluciones alternativas?</p> <p>¿Se logró la transformación de dinámicas institucionales?</p>	<p>Se utilizará una evaluación participativa, mixta (actores internos al proceso y externos)</p>
<p>5. Generar programas de capacitación, formación y actualización para los actores involucrados en la temática de consumo problemático de alcohol normativa vigente.</p>	<p>El programa de capacitación y actualización ¿logró el acceso por parte de los actores convocados y participantes a las conceptualizaciones, normativas e información necesarios para una construcción colectiva?</p>	<p>Se utilizará una evaluación participativa, mixta (actores internos al proceso y externos)</p>



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



XIII| Consideraciones éticas

Para el desarrollo del presente trabajo la maestranda utilizó fuentes de autoridades del Ministerio de Salud, cabe agregar que fueron manipuladas información institucionales que fueron autorizadas oportunamente por las con absoluta responsabilidad.

Asimismo, se deja constancia que no existen conflictos de intereses por parte de la maestranda en relación al presente trabajo final.

XIV| Recomendaciones y aportes para la gestión

A partir, del análisis y las elaboraciones realizadas durante el recorrido del presente trabajo, es que a continuación se efectuarán una serie de recomendaciones que a criterio de la maestranda pueden contribuir al fortalecimiento y sostenibilidad de la propuesta de intervención realizada. Como así también, abrir hacia nuevas líneas de intervención a partir de la identificación de procesos de gestión que requieren ser problematizados a fin de nutrir las respuestas políticos institucionales vigentes con las herramientas adquiridas durante la confección del presente trabajo.

Para empezar, cabe recuperar las recomendaciones tomadas, en el apartado 5.4 del presente, que realiza la OMS en cuanto a las políticas costo-efectivas más eficientes que los estados deberían implementar en el armado de sus agendas públicas, para intervenir frente al aumento del consumo nocivo de alcohol en sus comunidades y lograr aminorar las consecuencias sanitarias, sociales y económicas que el mismo posee. A tal fin, cabe estipular como recomendación, que dichas medidas para lograr el impacto buscado deben ser vinculadas de forma integral al proceso diagnóstico participativo, con el objeto de que las mismas no sean concebidas como soluciones externas al problema sino que los diversos actores las puedan incluir como herramientas para la co-creación de políticas públicas intersectoriales.

A tal fin, a criterio de la autora del presente trabajo, es necesario llevar adelante, frente a éstas propuestas de organismos internacionales, un proceso de integración y ajuste a la realidad provincial a fin de que se constituyan como un aspecto que fortalezca la gestión de la problemática definida, en efecto, su aplicación sin la adaptación necesaria, puede llevar a la repetición de modelos de gestión fragmentados y desintegrados, tal como fué posible advertir en el desarrollo del presente trabajo.

Por otra parte, se considera relevante recomendar para lograr el fortalecimiento de la construcción de una política pública intra e intersectorial que aborde las problemáticas vinculadas al consumo de alcohol, llevar

adelante un plan de capacitación destinado no solo a referentes de los distintos sectores involucrados con la temática, tal como se propone en el objetivo 5, sino a los trabajadores de la administración provincial que no se encuentren directamente vinculados a partir de convenios con establecimientos de educación terciaria y/o universitaria de las localidades que componen las distintas áreas programáticas, a fin de lograr institucionalizar la adquisición de éste conocimiento como una herramienta para el desempeño de la función pública, con el respaldo académico necesario a fin de establecer un piso de conocimiento que permita darle continuidad y sostenibilidad al trabajo intersectorial desde la consolidación formativa del recurso humano.

En el mismo orden de ideas, se recomienda poder ampliar los lineamientos básicos de capacitación en materia de consumos problemáticos a personal de área de salud no especializado en salud mental y adicciones. Para ello, se considera relevante recuperar una herramienta elaborada por la OMS denominada Guía MHGAP, la cual fue creada para la formación del recurso humano no especializado en trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que se desempeñan en el nivel primario de atención de la salud. Dicha herramienta, surge en el marco del programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental, destinado a hacer frente a la falta de atención a personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (OMS, 2008)

En efecto, se considera que la aplicación de la Guía MHGAP como política formativa del Ministerio de salud puede constituirse como un aporte, en la medida que la misma, forme parte de un plan de capacitación continua y articulada e integrada de las distintas áreas que componen el subsistema público de salud, a fin de lograr que se institucionalice como una herramienta necesaria para la atención y se logre la necesaria sostenibilidad en el tiempo.

Asimismo, se considera relevante recomendar como aporte ante el problema de gestión identificado, y a partir del análisis realizado del subsistema público de salud en general y de la DPPyAA en particular, la necesaria construcción de mecanismos que posibiliten generar herramientas de evaluación de los procesos de gestión que el área desarrolla para en el marco de la misión institucional que posee. Fundamentalmente, y como fuera detallado oportunamente, la misma abarca las esferas de atención, prevención, capacitación e investigación.

Cabe agregar, que a criterio de la maestranda y por su recorrido laboral en la conducción de la DPPyAA éste aporte sería no solo para el fortalecimiento del área en términos institucionales sino que, también, la creación de herramientas de evaluación y transparencia de la información producida, como así también la disponibilidad por parte de la ciudadanía de dichos datos contribuirá a la creación de líneas de intervención innovadoras para la gestión de los problemas de consumo de alcohol en particular y de la salud en general en la provincia de Chubut.

A modo de cierre, se evalúa para la elaboración de este apartado la falencia en la incorporación de un análisis que contemple la perspectiva de género, la diversidad e interculturalidad tanto en los datos ofrecidos como en el desarrollo e intervención adoptada. Se considera que contribuiría a enriquecer desde una perspectiva de derechos al presente trabajo la incorporación de dichos conceptos.

XV| Conclusiones

La elaboración del presente trabajo final, fue realizada a partir de un proceso de programación que permitió la identificación de un problema social complejo que vulnera el derecho a la salud de la población de Chubut y que, además, permitió determinar que se requiere la transformación de las formas en que se configuran actualmente los modelos de gestión y la elaboración de políticas públicas a fin de alcanzar resultados que permitan arribar a situaciones futuras deseables (Nirenberg, 2013).

En consecuencia, la determinación del diseño de una metodología de intervención social centrada en la persona, resultan coherentes, consistentes y conducentes al desarrollo de una política integral que permita suprimir parte de las barreras identificadas y fomentar una construcción colectiva ante el problema identificado.

Asimismo, se realizó un recorrido pormenorizado de las magnitudes del consumo de alcohol tanto a nivel mundial, como regional, nacional y provincial que permitió fundamentar la relevancia y pertinencia de la problemática de salud identificada y seleccionada para el presente trabajo.

Además, se efectuó un profundo análisis de las respuestas políticas institucionales configuradas a nivel nacional, provincial y de la región patagónica. Lo cual permitió a la maestranda advertir, a partir de los indicadores analizados, que la desintegración inter e intra sectorial, la fragmentación del sistema sanitario en los abordajes y la ausencia de participación ciudadana en la gestión y elaboración de políticas públicas observados en la administración de la provincia de Chubut era la réplica de las lógicas fragmentadas y desintegradas presentes en las búsquedas de soluciones que se dan a nivel Nacional, donde también fue posible detectar una configuración de políticas públicas centradas en los organismos del estado con una marcada ausencia de la ciudadanía en sus elaboraciones.

A esto se suma, lo relevante que resultó para el desarrollo del presente

trabajo analizar el marco normativo que atraviesa la problemática seleccionada, ya que permitió advertir la desarticulación entre las instancias del poder ejecutivo y el poder legislativo en la viabilidad de aplicación de las normas que se sancionan, en éste sentido es importante resaltar que el recorrido histórico efectuado por la maestranda es un aporte para la revisión de la desintegración y fragmentación planteada y un insumo para el análisis de los derechos concedidos a la ciudadanía y las obligaciones impartidas al Estado.

Fundamentalmente la programación realizada para la detección del problema a abordar, fue el insumo y aporte central junto a la experiencia profesional y laboral de la maestranda en el área, para el arribo a la propuesta de intervención que se realiza para el presente trabajo final. En efecto, la elaboración del mismo, fue posible a partir de las herramientas adquiridas tanto en los seminarios presenciales como en las instancias tutoriales y apoyaturas bibliográficas recibidas en el desarrollo y cursado de la Cohorte del valle 2018 de la Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud y el proceso de elaboración del trabajo final, dicha instancias académicas contribuyeron a enriquecer a la maestranda en sus capacidades, competencias y conocimientos necesarios para el desarrollo de su trabajo como funcionaria pública.

No obstante, permitió advertir el valor y la importancia que la formación técnica específica en gestión de quienes cumplen funciones públicas posee, tanto para la elaboración y diseño de intervenciones sociales, de programas de evaluación de las políticas y gestiones implementadas, de los modelos de planificación como la necesaria apertura de los datos a la ciudadanía como elementos fundamentales para el desarrollo y el crecimiento del estado.

En efecto, se busca presentar la propuesta de intervención en distintas instancias a fin de alcanzar la efectiva aplicación del presente trabajo, con los ajustes razonables que sean necesarios al momento de su ejecución. Además, será objetivo de la maestranda ofrecer el desarrollo realizado como



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



aporte en instancias académicas a fin de contribuir a debates y análisis y poner a consideraciones las recomendaciones realizadas.

Es posible concluir, que a criterio de la autora del presente trabajo la DPPyAA tiene la suficiente gobernabilidad para impulsar la presente iniciativa y con ello aportar y contribuir, a partir de su implementación, a la conformación de formas innovadora de gestión y elaboración de políticas públicas para el subsector público de salud en particular y para el sistema de salud provincial en general.

XVI| Bibliografía

- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2020): “Plan Estratégico 2020-2022”. Disponible en [ACIJ - Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia](#)
- Arredondo A. (1992): “Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad” Cad. Saúde Pública vol. 8 N° 3. Rio de Janeiro. Págs. 254 a 256. Disponible en www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005&lng=es&tlng=es
- Bonazzolla P. (2010): “Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio” Bs As. Versión PDF. Págs. 1 a 5. Disponible en http://srmcursos.com.ci1.toservers.com/pdf/biblio_psicologia/Bonazola.pdf
- Borell C. (2015): Epidemiología social: “La persona, la población y los determinantes sociales de la salud”. En Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 32. Págs. 33 a 35
- Castiglia G., Báscolo E. y Yavich N. (2016): “Políticas Públicas: Intervenciones Intersectoriales y Determinantes Sociales de la Salud”. Versión PDF. Págs. 1 a 3. Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/09/presentacion-mexico.pdf>
- Canella, J, Duarte, R, Echegoyemberry, MN, García, E., Kaski, F, Rodríguez Cámara, J (2015). Organización del trabajo y perfil de los usuarios de las unidades sanitarias móviles. Análisis descriptivo para la creación de líneas de base para los operativos sanitarios realizado por ACUMAR en la Cuenca Matanza Riachuelo. Salud Investiga. MSAL.
- Hasso Plattner, Institute of Design at Stanford. Traductor Felipe Gonzalez (s/f): "Mini guía: una introducción al Design Thinking". Disponible en: <https://dschool.stanford.edu/sandbox/groups/designresources/wiki/31fbd/attac>

hments/027aa/GU%C3%8DA%20DEL%20PROCESO%20CREATIVO.pdf?sessionID=e29682c7569e583344b123a7116d9172e65e8531

- Domanski D., Howaldt J., Schroder A. (2017) “Social Innovation in Latin America” Journal of Human Development and Capabilities. Germany Page 182 , 307 a 312, Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19452829.2017.1299698#>
- Donato, N.A. (2016): “Derecho a la salud” DELS. Págs. 1 a 6 Disponible en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>
- Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes Provincia de Santa Fe - Argentina (2017): “Aportes sobre consumo problemático de sustancias psicoactivas para una política pública integral destinada a niñas, niños y adolescentes” Publicación pdf. Págs. 8 a 26. Gobierno de Santa Fe.
- Declaracion de Alma Ata “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata” URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Echegoyemberry M. N, Castiglia G, Yavich N. y Báscolo E. (2017): “Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos” ESPACIO I+D, Innovación más Desarrollo, Vol. VI, N° 15, Págs. 13 a 24. Disponible en: CONICET_Digital_Nro.6b64017d-7946-469a-b277-bbb5958558d1_A.pdf
- Echegoyemberry M.N., Castiglia G. (2017): “Sistema de salud argentino desde el enfoque de derechos humanos” Boletín capacita salud. Págs. 1 a 3 . Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/06/SISTEMAS-DE-SALUD-ARGENTINO>
- Grandinetti R., Zurbriggen C. (2021) ¿Hackear lo público? Innovación en la gestión pública. Colección Experiencias Escuela CLAD, Caracas. Págs. 16 a 20, 22 a 26

- IDEO.org (2015): "Diseño centrado en las personas" Desing Kit, 1st Edition. Disponible en: http://d1r3w4d5z5a88i.cloudfront.net/assets/guide/Field%20Guide%20to%20HumanCentered%20Design_IDEOorg_Spanish-f3a26c68fa1f1285f827c709c6661e88.pdf
- IDEO.org (2015): "Riverdale Country School. Design thinking para educadores" Disponible en https://drive.google.com/file/d/0BzFlzd9i_T8ISDJmOXVBVmgxNjQ/view?usp=sharing
- IDEO.org (2000): "La guía de campo para el diseño centrado en las personas". Desing KIT Disponible en <https://www.responsabilidadsocial.net/disenio-centrado-en-las-personas>
- INDEC (2010): Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas
- Jefatura de Gabinete de Ministerio (2019) Cuarto Plan de Acción de Gobierno Abierto 2019-2022. Disponible en [Cuarto Plan de Acción de Gobierno Abierto 2019-2022 | Argentina.gob.ar](http://www.argentina.gob.ar/gobierno/cuarto-plan-de-accion)
- Matus C. (2014) "Adiós, Señor Presidente" Ed. de la Universidad Nacional Lanús.. Buenos Aires. Págs 22 a 57
- Menéndez E. (1998): "Estilos de vida y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". Estudios sociológicos XVI: 46. Págs 48 a 57
- Menéndez E., Di Pardo R.B, (2005): "Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México" Desacatos, núm. 20. Págs 30 a 38, 44 a 46
- Mintzberg, H. (1991): "Diseño de Organizaciones Eficientes" Ed el Ateneo, Bs As Argentina. Págs 1 a 4; 37 a 40

- Ministerio de Coordinación de Gabinete de Chubut (2016): “Anuario Estadístico”. Disponible en: http://estadistica.chubut.gov.ar/home/archivos/Informes/Anuarios_estadisticos/Anuario_2016.pdf
- Ministerio del Interior de la Nación (2017): “Plan Estratégico de Infraestructura y Transporte Chubut”. Disponible en: www.mininterior.gov.ar/planificacion/pdf/planes-prov/CHUBUT/PDF-PEI-CHUBUT.pdf
- Ministerio de Salud Chubut (2015): “Anuario de Estadísticas de Servicios de Salud y Sanitarias”. Disponible en: <http://www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/estadisticas/anuarios/>
- Ministerio de Salud Chubut (2018): “Publicación Anual de Adicciones y Salud Mental” Disponible en: <http://www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/estadisticas/anuarios/>
- Ministerio de Coordinación de Gabinete de Chubut (2016): “Anuario Estadístico”. Disponible en: http://estadistica.chubut.gov.ar/home/archivos/Informes/Anuarios_estadisticos/Anuario_2016.pdf
- Ministerio de Salud de la República de Chile (2014): “Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud” Disponible en <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2018): “Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”
- Nirenberg O. (2013): “Formulación y evaluación de intervenciones sociales” Ed. Noveduc, Buenos Aires. Págs 19 a 34; 69 a 96; 113 a 139; 149 a 165
- Nirenberg O. (2001): “Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales”. En IV Congreso internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina. Págs 8 a 12
- Oriol R. (2008): “Políticas de Drogas: prevención, participación y reducción del daño” En Salud Colectiva, Buenos Aires. Págs 301 a 318

- OMS (2015): “Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas”
- OMS (2010): “Glosario de términos de alcohol y drogas” disponible en https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Serebrisky D. (2014) “El alcoholismo, una problemática que no se puede ignorar”, Ed. Sciens, Buenos Aires. Págs 9 a 25
- Spinelli H. (2010): “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. Salud Colectiva, Buenos Aires. Págs 275 a 293.
- SEDRONAR (2014): “Sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media”. Boletín N°1: Patrones y magnitud del consumo: diagnostico a nivel país. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/AS_14337909681
- SEDRONAR (2016): “Plan Nacional Reducción de la Demanda 2016-2020” p. 7-12; 54-72
- SEDRONAR (2017): “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas”
- SEDRONAR (2019) “Proyectos integrales educativos”. Version PDF. Págs. 18 a 25. Disponible en [sedronar-proyectos-integrales-preventivos.pdf \(argentina.gob.ar\)](#)
- Sociedad Argentina de Pediatría (2018): “Cero Alcohol hasta los 18 años”, Comunicado de prensa. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/afiches/files_adolescentes-y-alcohol-16-.pdf
- Tobar F.(2000): “Herramientas para el análisis del Sector Salud”. Versión PDF. Págs. 2 a 7 Disponible en: [Dispositivos teóricos para el estudio de los sistemas comparados de salud \(fsg.org.ar\)](#)
- Tobar F. (2010): “Definiendo la misión del hospital”. Versión PDF. Págs 1 a 4 Disponible en: [Tobar \(2010\) - Salud y Territorio | Ciudad | Buenos Aires \(scribd.com\)](#)
- Touzé G. y Galende E. (2008): “Una mirada al tema drogas desde la complejidad del campo de la Salud Mental” en Visiones y actores del debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Intercambios

Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas y Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires. Págs. 27 a 34

- WHO (2018): "Global status report on alcohol and health" Disponible en: [Global Status Report on Alcohol and Health 2018 - World Health Organization - Google Libros](#)

- WHO (2018): "S.A.F.E.R. a world free from alcohol related harms" Disponible en: [safer-final-september-25-final-v2 \(who.int\)](#)

Marco normativo:

- Anexo III-Decreto Provincial 1454 Disponible en <http://www.chubut.gov.ar/portal/medios/uploads/boletin/pdf>

- Constitución de la Nación Argentina. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

- Constitución de la Provincia de Chubut. Disponible en <https://www.congreso.gob.ar/constituciones/CHUBUT.pdf>

- Ley N° 23313. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23782/norma.htm>

- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_07_derechos_economicos_sociales_culturales.pdf

- Convención Internacional de derechos de las personas con Discapacidad. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/justicia/afianzar/discapacidad/convencioninternacional>

- Ley Nacional N° 26.378. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

- Ley Nacional N° 24788 “Lucha contra el alcohol”. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42480/norma.htm>
- Ley Provincial N° 4339 “Programa Provincial de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol”. Disponible en <http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/RAMA1xT.htm>
- Ley Provincial XIX N° 31. Disponible en <http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/lxl/XIX-31.html>
- Ley Provincial I N° 247. Disponible en <http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/lxl/I-247.html>
- Ley Provincial I N° 384 de Salud Mental Comunitaria. Disponible en <http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/lxl/I-384.html>
- Ley Nacional N° 26.529. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley Nacional N° 26.657 Ley de Protección de la Salud Mental. [Http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm).
- Ley Nacional N° 26.934 Ley de Consumos Problemáticos (IACOP). Disponible en [Http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm).
- Ley Provincial I N° 648. Disponible en <http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/lxl/I-648.html>



UNR

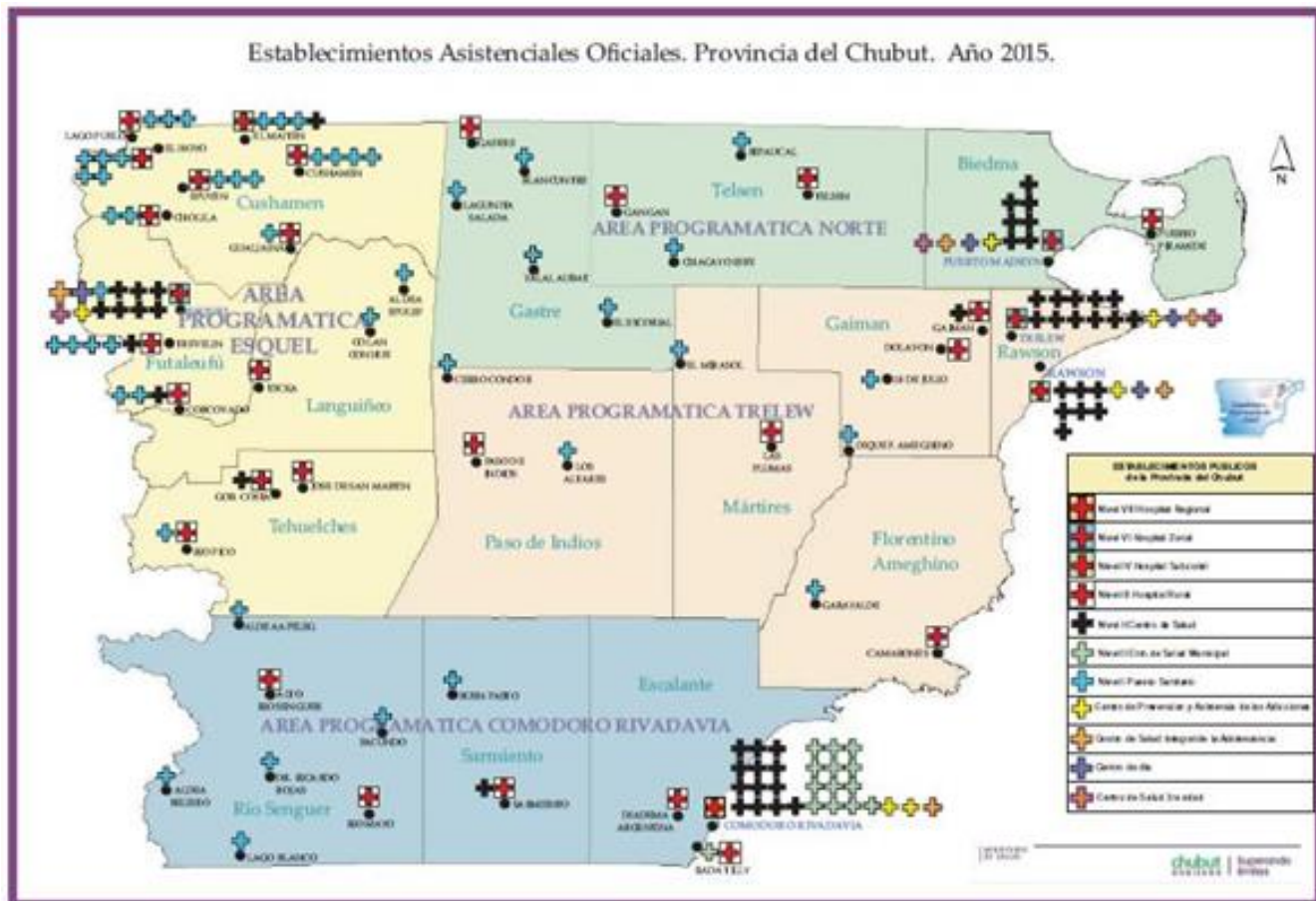


Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



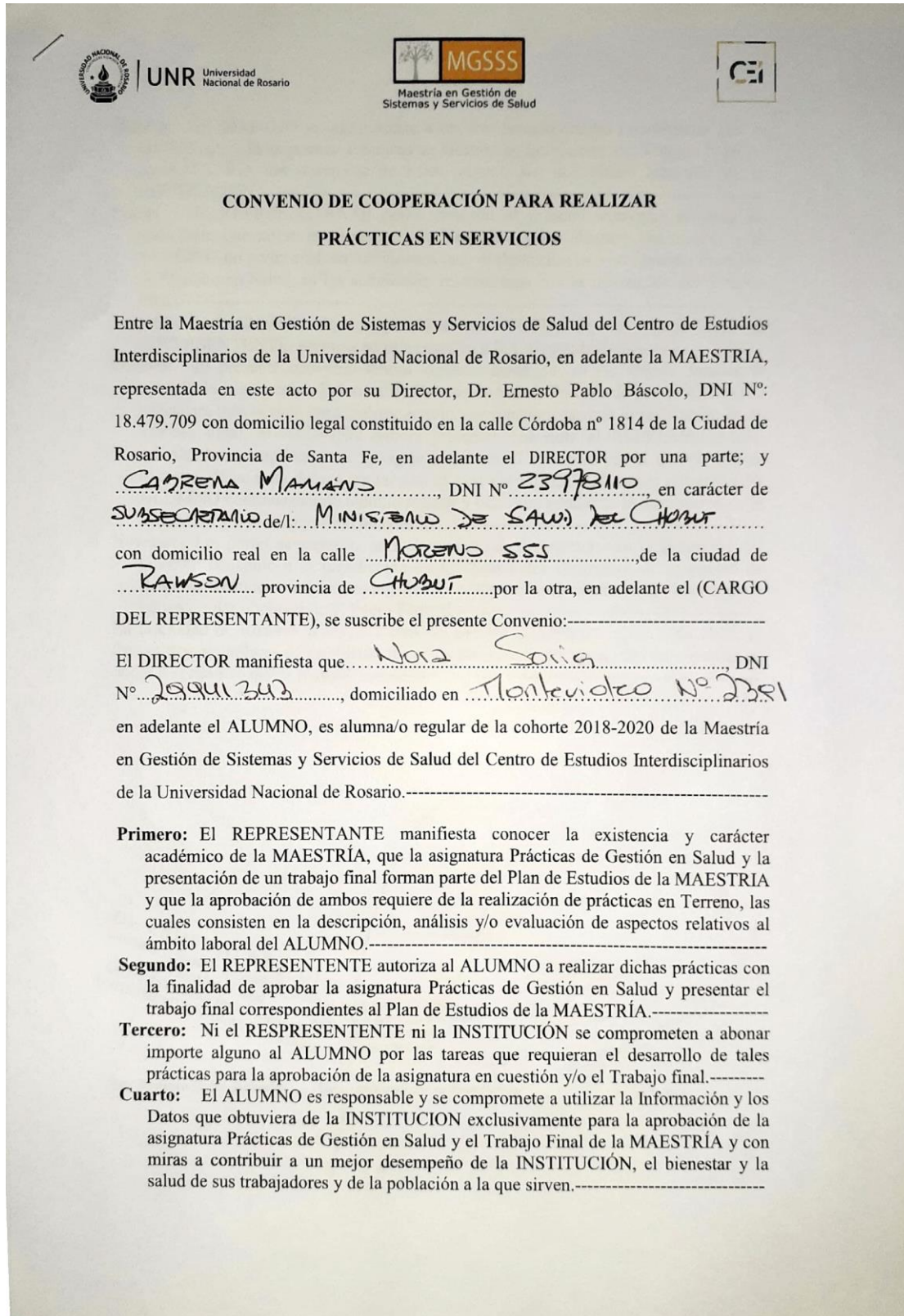
- Anexo 2

Mapa de la Provincia de Chubut con establecimientos asistenciales sanitarios del subsistema público:



- Anexo 3

Convenio de prácticas:



UNR Universidad Nacional de Rosario

MGSSS Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

CEI

CONVENIO DE COOPERACIÓN PARA REALIZAR PRÁCTICAS EN SERVICIOS

Entre la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, en adelante la MAESTRIA, representada en este acto por su Director, Dr. Ernesto Pablo Báscolo, DNI N°: 18.479.709 con domicilio legal constituido en la calle Córdoba n° 1814 de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, en adelante el DIRECTOR por una parte; y CADREMA MANAENS, DNI N° 23978110, en carácter de SUBSECRETARIO de/l: MINISTERIO DE SALUD DEL CHUBUT con domicilio real en la calle MORENO SSS, de la ciudad de RAWSON provincia de CHUBUT por la otra, en adelante el (CARGO DEL REPRESENTANTE), se suscribe el presente Convenio:-----




El DIRECTOR manifiesta que Nora Sonia, DNI N° 2944343, domiciliado en Montevideo N° 2381 en adelante el ALUMNO, es alumna/o regular de la cohorte 2018-2020 de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario.-----

Primero: El REPRESENTANTE manifiesta conocer la existencia y carácter académico de la MAESTRÍA, que la asignatura Prácticas de Gestión en Salud y la presentación de un trabajo final forman parte del Plan de Estudios de la MAESTRIA y que la aprobación de ambos requiere de la realización de prácticas en Terreno, las cuales consisten en la descripción, análisis y/o evaluación de aspectos relativos al ámbito laboral del ALUMNO.-----

Segundo: El REPRESENTANTE autoriza al ALUMNO a realizar dichas prácticas con la finalidad de aprobar la asignatura Prácticas de Gestión en Salud y presentar el trabajo final correspondientes al Plan de Estudios de la MAESTRIA.-----

Tercero: Ni el REPRESENTANTE ni la INSTITUCIÓN se comprometen a abonar importe alguno al ALUMNO por las tareas que requieran el desarrollo de tales prácticas para la aprobación de la asignatura en cuestión y/o el Trabajo final.-----

Cuarto: El ALUMNO es responsable y se compromete a utilizar la Información y los Datos que obtuviera de la INSTITUCION exclusivamente para la aprobación de la asignatura Prácticas de Gestión en Salud y el Trabajo Final de la MAESTRIA y con miras a contribuir a un mejor desempeño de la INSTITUCIÓN, el bienestar y la salud de sus trabajadores y de la población a la que sirven.-----

 **UNR** Universidad Nacional de Rosario  **MGSSS** Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud 

Quinto: El ALUMNO se compromete a realizar las actividades relacionadas con la aprobación de la asignatura Prácticas de Gestión en Servicios y del Trabajo Final de la MAESTRÍA sin descuidar de modo alguno sus actividades laborales en la INSTITUCION.-----

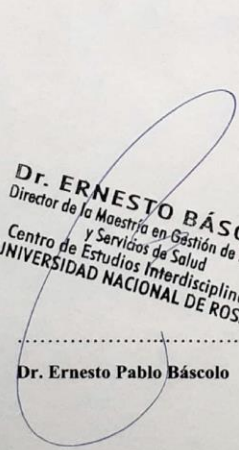
Sexto: El REPRESENTANTE podrá cancelar el presente convenio en caso de considerar que no se están respetando las pautas y los alcances del mismo, y el ALUMNO no podrá realizar actividades para el desarrollo de la asignatura Prácticas de Gestión en Salud, ni las actividades relacionadas con la realización del Trabajo Final.-----

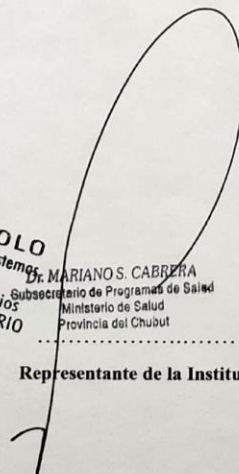
Séptimo: El ALUMNO deberá presentar una COPIA de su trabajo final al REPRESENTANTE, previo a su presentación a la Universidad.-----

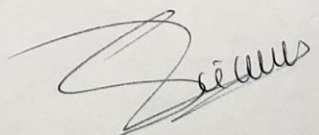
Octavo: El presente convenio tendrá vigencia hasta que el ALUMNO finalice la cursada de la asignatura Prácticas de Gestión en Salud. En caso de que el ALUMNO necesitara más tiempo para realizar actividades relacionadas con la realización de su Trabajo Final, el ALUMNO deberá presentar una nota al REPRESENTANTE solicitando la ampliación de la vigencia del actual convenio por el tiempo que se necesite, dicha nota deberá contar con el aval del DIRECTOR quien indicará si el ALUMNO continúa siendo alumno regular y tiene aún pendiente la aprobación de la asignatura y/o el trabajo final en cuestión.-----

Noveno: Las partes se someten, para el supuesto de divergencias en la aplicación del presente convenio a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la ciudad de Rosario, renunciando expresamente a cualquier otro fuero que les pudiera corresponder, incluyendo el Fuero Federal.-----

En la ciudad de Rosario, a los 15 días del mes de ABRIL de 2019 se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, quedando un ejemplar en poder de cada una de las partes.-----


Dr. ERNESTO BÁSCOLO
Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud
Centro de Estudios Interdisciplinarios
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO


Dr. MARIANO S. CABRERA
Subsecretario de Programas de Salud
Ministerio de Salud
Provincia del Chubut


Alumno

Dr. Ernesto Pablo Báscolo Representante de la Institución Alumno