

DOSSIER N°1

30 años de la Maestría en Salud Pública:  
**producciones académicas  
para el derecho a la salud**

COMPILADORES:  
Colautti, Marisel  
Amarilla, Delia  
Puzzolo, Julia  
Curetti, Paula  
Rovere, Mario



DOSSIER N<sup>o</sup> 1

**30 años de la Maestría en Salud Pública:  
producciones académicas para el  
derecho a la salud**

Dossier N° 1: 30 años de la Maestría en salud pública: producciones académicas para el derecho a la salud / Carlos Andrés Jiménez ... [et al.]; Compilación de Marisel Colautti ... [et al.]. - 1a ed. - Rosario: CEI ediciones, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90731-9-5

1. Salud Pública. 2. Derecho a la Salud. 3. Formación Profesional. I. Jiménez, Carlos Andrés II. Colautti, Marisel, comp.

CDD 610.92

### Equipo editorial

Corrección y Compilación: Colautti, Marisel  
Amarilla, Delia  
Puzzolo, Julia  
Curetti, Paula  
Rovere, Mario

Edición y maquetación: Cintia Corestein (CEI)

Diseño de tapa: Cintia Espinosa (CEI)

Imagen de tapa: *Hallazgo I*, de Regina Ziraldo. Grabado realizado en técnica mixta, 40cmx40cm, 2023.

Carlos Andrés Jiménez; Luciana L. Galloni; Susana Villarreal; Rocío Nahir Barrios; Gabriela Nilva; Lucas de Candía; Natali Soledad Córdoba; Anabel Sinchi; Graciela Bosch; Ramiro Huber; Adrián Norberto de Paúl; Jorge Enrique Herce Heubert; María Flavia Del Rosso; Jeverson Mauro Zanutto

Universidad Nacional de Rosario, 2025

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Publicado bajo licencia Creative Commons



Edición y publicación Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR

Director: Prof. Darío Maiorana

Maipú 1065 3° piso of 309, Rosario, Argentina

Tel: (0341) 4802781

Correo electrónico: [cei@unr.edu.ar](mailto:cei@unr.edu.ar)



**Maestría en  
Salud Pública**  
*30 años*

Maestría en Salud Pública,  
Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario.  
Creada por Resolución de Consejo Superior 046/95.  
Actualmente acreditada por CONEAU  
Categoría B (RESFC-2018-203-APN-CONEAU#ME)  
Resolución Ministerial: R.M./312/2020

# Índice

|  |     |
|--|-----|
| Editorial  |     |
| <b>Mario Rovere</b> -----  | 7   |
| Presentación   |     |
| <b>Equipo compilador</b> -----   | 9   |
| El ciclo de las políticas públicas desde los servicios salud: el caso de las Unidades de<br>Pronta Atención en el Gran Buenos Aires                      |     |
| <b>Mg. Carlos Andrés Jiménez</b> -----   | 11  |
| Procesos de registro en salud pública: la experiencia de integrantes de equipos de salud<br>estatales, en el primer nivel de atención                    |     |
| <b>Mg. Luciana L. Galloni</b> -----  | 25  |
| Proceso de atención de la salud infantil, control del niño sano, según integralidad y<br>aceptabilidad de la atención en centros de salud de Rosario     |     |
| <b>Mg. Susana Villarreal</b> -----   | 40  |
| En busca de respuestas integrales a la tuberculosis: el proceso de atención-cuidado en un<br>hospital de agudos durante la pandemia por COVID-19.        |     |
| <b>Mg. Rocio Nahir Barrios</b> -----   | 54  |
| Análisis de impacto y de costo-efectividad de tres estrategias de búsqueda de casos de<br>Tuberculosis en la ciudad de Santa Fe, en el período de un año |     |
| <b>Mg. Gabriela Nilva</b> -----  | 71  |
| La formación de las y los médicos generalistas en centros de salud de la ciudad de Rosario   |     |
| <b>Mg. Lucas de Candia</b> -----   | 93  |
| Cultura organizacional: profesionalismo e ilusión en el trabajo de médicos y enfermeros de<br>Neonatología de una maternidad pública de Rosario, 2018    |     |
| <b>Mg. Natali Soledad Córdoba</b> -----  | 108 |
| Estrategias de vacunación con Cándid #1 en la Fiebre Hemorrágica Argentina: de la evidencia<br>local a la agenda sanitaria nacional                      |     |
| <b>Mg. Anabel Sinchi</b> -----   | 116 |
| Perspectiva de pacientes trasplantados sobre la provisión de inmunosupresores del<br>Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante entre 2018-2021      |     |
| <b>Mg. Graciela Bosch</b> -----  | 126 |
| El perfil de morbilidad de la población como organizador de la atención médica ambulatoria:<br>Aplicación del sistema de clasificación de pacientes CRG  |     |
| <b>Mg. Ramiro Huber</b> -----  | 142 |

|  |     |
|--|-----|
| La Seguridad Social en la República Argentina. Sobre la Creación del INSSJP-PAMI<br><b>Mg. Adrián Norberto de Paúl</b> -----                   | 149 |
| Coliqueo, su tribu y la medicina: la salud en la frontera bonaerense a finales del siglo XIX<br><b>Mg. Jorge Enrique Herce Heubert</b> -----   | 160 |
| Política del silencio y objeción de conciencia en la implementación del aborto legal<br><b>Mg. María Flavia Del Rosso</b> -----                | 176 |
| El VPH desde una mirada cualitativa: reflexiones a partir de una tesis de Maestría en salud pública<br><b>Mg. Jeverson Mauro Zanutto</b> ----- | 189 |

## Editorial

La Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario cumple 30 años ininterrumpidos y los celebra compartiendo semblanzas de un recorrido institucional que se encuentra plenamente inserto en las diversas circunstancias sanitarias que el mundo, el país y la ciudad, han vivido en sus tres décadas de existencia.

Nacida en un momento especialmente crítico de la denominada “década perdida”, el municipio de Rosario emergía por contraste apostando a la Salud Pública y al fortalecimiento de la Atención Primaria.

La propia Maestría no era ajena a esta decisión ya que muchos de sus docentes y alumnos participaban plenamente de esa tarea comenzando a plasmar una de sus icónicas figuras: los Congresos de Salud Pública, los únicos en la materia que se celebraron en el país por más de una década. Eran tiempos de “hospital de autogestión”, una forma de privatización encubierta, que Rosario rechazó abiertamente. El mundo académico se nutría de un rico intercambio con Brasil y se alimentaba del prestigio internacional de los Cuadernos Médico Sociales producidos en el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), única voz de resistencia sanitaria en épocas de dictadura y una referencia del movimiento de la medicina social latinoamericana.

La tradición de investigación en ciencias sociales y salud del CESS fue también una fuerte carta de presentación y se puede verificar en el primer programa de la maestría liderada por entonces por una referente del campo de las ciencias sociales y salud, la historiadora Susana Belmartino.

La Maestría encontró su primer “nicho” institucional en la creación del Instituto de la Salud Juan Lazarte. Su promotor y fundador, Carlos Bloch, tenía muy presente que no procuraba fundar una escuela de salud pública tal como ya existían en las Universidades de Buenos Aires y de Córdoba. Imaginaba entonces una institución que naciera de una suerte de consorcio entre la Municipalidad, la Universidad y la Asociación Médica en ese momento con el apoyo y el acompañamiento de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil.

La crisis del 2001 no le fue indiferente. La maestría y el propio Instituto Lazarte se convirtieron en caja de resonancia de una estrategia defensiva que reunió por primera vez también a la provincia a través de la región sanitaria del sur de Santa Fe. Un hecho trascendente considerando que en la ciudad de Rosario se entremezclan hospitales, centros de salud y estrategias sanitarias de las jurisdicciones municipal

y provincial, de las que la Maestría devino en una suerte de instancia articuladora y mediadora en tiempos en que las orientaciones políticas de ambas no coincidían.

Sería imposible continuar este pequeño relato sin incluir centralmente la figura de Irene Luppi quien se constituyó por varias décadas en el alma mater de la Maestría. No es exagerado ya que aportó su compañerismo, su sólida formación académica, su rigurosidad científica y el acompañamiento afectuoso a cada una y cada uno de los maestrandos, muchos de los cuales reconocen en su respaldo y apoyo los motores fundamentales que los llevó a completar exitosamente sus trabajos de tesis.

La cooperación con la Secretaría de Salud de Rosario tuvo puntos extremadamente altos con ejes tales como la intervención en redes, la gestión de calidad centrada en el ciudadano o la gestión de colas de espera y accesibilidad. Con el tiempo el prestigio de la Maestría la llevó a generar extensiones áulicas que le permitieron incidir en la gestión de la provincia y de la ciudad de Santa Fe, o en el gobierno nacional, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en la provincia de Buenos Aires, a través de las promociones que cursaron en las diferentes sedes en la CABA.

Desde 2020 la maestría pasó a depender exclusivamente del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario. La pandemia incidió en todo el mundo universitario, generando en nuestro caso nuevas adaptaciones y la incorporación de la educación en línea como una herramienta que pronto mostró sus potencialidades para facilitar el acceso de maestrandos de todo el país.

En este breve recorrido intenté dar cuenta de la importancia que ha tenido para esta Maestría la vinculación y el diálogo entre lo académico y la gestión pública, una sinergia no siempre habitual.

Es una enorme alegría inaugurar esta publicación, que recupera parte de la producción académica vinculada a los trabajos de tesis que dan cuenta de la importancia de la construcción de conocimiento situado, y abonan a la larga trayectoria de compromiso de este posgrado con el derecho a la salud.

Rosario, 17 de agosto del 2025.

**Mario Rovere**

Director de la Maestría en Salud Pública - UNR

## Presentación

### **“30 años de la Maestría en Salud Pública: producciones académicas para el derecho a la salud”<sup>1</sup>**

En Argentina, la formación en salud pública comenzó y se institucionalizó como posgrado a principios de la década del 60. Sin embargo, creció y se diversificó en los años noventa después de que las universidades (a mediados de los años 80), se plegarán a la tendencia internacional y crearán las bases reglamentarias para ofrecer títulos de maestría. En este marco, en el año 1995, se creó la primera Maestría en Salud Pública del país, radicada en el Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (MSP-CEI-UNR), que desde entonces y de manera ininterrumpida se convirtió en un espacio de formación de recurso humano y producción de conocimiento en relación al campo.

Desde sus inicios, la Maestría ha estado marcada por una amplia diversidad disciplinar entre sus estudiantes, en gran medida porque la investigación en salud pública aborda problemas complejos que demandan aproximaciones epistemológicas, teóricas y metodológicas que se inscriban en propuestas comprensivas e integrales, superadoras de los abordajes disciplinares.

La importancia de entender el campo de la salud pública como un campo interdisciplinar es un aspecto que ha sido enfatizado por la literatura. Si bien el concepto de interdisciplina contempla diferentes corrientes en su interior, admite una matriz común: se sitúa en un paradigma pos positivista que reconoce la historicidad y la relatividad en la construcción de conocimiento; privilegia la comprensión de la complejidad por sobre el estudio de partículas aisladas; legitima la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas e implica puntos de confluencia con estrategias cualitativas de investigación que parten del reconocimiento de que no existe constructo teórico sin sujeto. Esto relativiza el concepto de objetividad y devuelve a la producción de conocimiento y a la práctica profesional sus dimensiones ética y política.

Este primer dossier constituido por propuestas elaboradas a partir de catorce tesis de Maestría en Salud Pública, compila y pone en escena la diversidad de perspectivas teórico metodológicas utilizadas para producir conocimiento en el campo. El hilo conductor se logra en el andamiaje que proponen los módulos constitutivos

---

1. Este apartado recupera aspectos trabajados en el siguiente artículo: Amarilla, D. I., & Colautti, M. (2024). La producción de conocimiento de un posgrado en salud pública en Argentina: aportes para el debate y la reflexión. *Revista Chilena De Salud Pública*, 28, e73384. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2024.73384>

del plan de estudios de la carrera: Estado, derecho y políticas de salud, Servicios de Salud, Salud de la Población y Metodología de la investigación. Al mismo tiempo, se logra evidenciar el modo en que cada producción fue un desafío para el/la tesista, trascendiendo/desbordando la disciplina de cada uno de sus autores.

Las producciones de Carlos Jiménez, Luciana Galloni, Susana Villarreal y Rocío Barrios abonan con diferentes matices al módulo Estado, derechos y políticas de salud. Se observan puntos de encuentro y diálogo con las perspectivas trabajadas en los contenidos del módulo Servicios de Salud, consideran procesos de atención y de registros en diferentes territorios del país y colocan el foco en la integralidad de los procesos de atención.

Gabriela Nilva pone de relieve aspectos del módulo Salud de la población con un abordaje metodológico cuantitativo, su objeto de estudio son los tratamientos para la tuberculosis en la ciudad de Santa Fe.

El aporte de Lucas de Candia se enfoca en la formación de recursos humanos en salud desde las perspectivas teóricas desarrolladas en el módulo Estado, derecho y política de salud. La misma arista es investigada por Natali Córdoba en una maternidad de la ciudad de Rosario, sin embargo, el debate lo plantea desde la cultura organizacional poniendo en escena nuevamente al módulo de los Servicios de salud.

Anabel Sinchi y Graciela Bosch, permiten discutir distintos aspectos de dos tecnologías sanitarias prioritarias: la vacuna Candid #1 y medicamentos inmunosupresores, respectivamente. Ambas producciones son organizadas y desarrolladas desde la perspectiva de Estado, derecho y políticas de salud.

Ramiro Huber y Adrián De Paúl consideran al subsector de obras sociales de Argentina. Con diferentes improntas, sus objetos de estudio apuntan a distintos aspectos del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI), así abonan al módulo Estado, derecho y políticas de salud. Los dos autores toman una mirada histórica y propician el enlace con la propuesta de Jorge Herce que traslada su interés al momento donde el Estado nacional estaba en constitución.

Para finalizar, se proponen las investigaciones de Flavia Del Rosso y Jeverson Zanutto con una mirada sobre problemáticas vinculadas al género: el aborto legal en la ciudad de Santa Fe desde un enfoque de salud como derecho; y una reflexión en cuanto a la centralidad de los abordajes cualitativos para producir conocimiento en las estrategias de promoción de la salud sobre el Virus de Papiloma Humano.

Esperamos que cada propuesta sea una posibilidad para renovar preguntas desde una mirada crítica, compleja e interdisciplinaria que permitan nutrir discusiones que tengan como prioridad el derecho a la salud.

**Equipo compilador**

# El ciclo de las políticas públicas desde los servicios salud: el caso de las Unidades de Pronta Atención en el Gran Buenos Aires

## *The Public Policy Cycle from the Perspective of Health Services: The Case of the Emergency Care Units in Greater Buenos Aires*

**Mg. Carlos Andrés Jiménez**

Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento

### Resumen

Este artículo aborda el desarrollo de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA) en la década pasada y analiza el proceso de gestación, implementación y atención sanitaria. A partir de la experiencia brasileña, las UPA surgieron como una intervención para mejorar la atención de urgencias y emergencias en el marco de la compleja trama de servicios públicos de la provincia de Buenos Aires (PBA). El ciclo de políticas públicas sirvió como marco de análisis para entender cómo se definieron y priorizaron los problemas de atención. La instalación de las UPA como nuevo servicio sanitario se caracterizó por su rápido montaje y por la promoción de coordinación entre jurisdicciones y sectores. Además estos nuevos establecimientos pusieron en evidencia la importancia de los recursos humanos y la capacitación del personal para brindar atención en los territorios. A pesar de enfrentar desafíos como la saturación de guardias y recursos limitados, las UPA se consolidaron como una puerta de entrada al sistema de salud. Sin embargo, desde su creación hasta la actualidad, han transitado por cambios políticos y crisis económicas, donde la pandemia de COVID-19 incidió en su funcionamiento y sostenibilidad, situación altamente agravada por el desfinanciamiento al sector de la salud pública posterior al año 2024. Para esta investigación se utilizó una metodología cualitativa que incluyó análisis de legislación, documentación y entrevistas a funcionarios provinciales.

### Abstract

This article examines the development of Emergency Care Units (UPA) in Greater Buenos Aires (GBA) over the past decade and analyzes the processes of their inception, implementation, and healthcare delivery. Inspired by the Brazilian experience, the UPA emerged as an intervention aimed at improving emergency and urgent care within the complex network of public health services in the province of Buenos Aires (PBA). The public policy cycle was used as an analytical framework to understand how healthcare issues were identified and prioritized. The establishment of the UPA as a new healthcare service was characterized by rapid deployment and the promotion of coordination across jurisdictions and sectors. These new facilities also highlighted the importance of human resources and staff training in delivering care in local areas. Despite facing challenges such as overcrowded emergency departments and limited resources, the UPA consolidated their role as an entry point into the health system. However, from their creation to the present, they have undergone political changes and economic crises, with the COVID-19 pandemic significantly affecting their operation and sustainability a situation further worsened by the defunding of the public health sector after 2024. This research employed a qualitative methodology, including analysis of legislation, documentation, and interviews with provincial officials.

### Palabras clave

Políticas - Salud - Servicios - Atención

### Keywords

Policy - Health - Services - Care

## Una breve introducción sobre las Unidades de Pronto Atención en la provincia de Buenos Aires

Desde los aportes brindados por la Maestría en Salud Pública del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, se expandieron mis preocupaciones sobre la complejidad de gestionar la salud pública. Por la escala y la complejidad de la provincia de Buenos Aires (PBA), puse el foco en esta jurisdicción, y decidí indagar sobre la irrupción de nuevos servicios sanitarios que se denominaron Unidades de Pronto Atención (UPA).

La tesis (Jiménez, 2018) tuvo varios objetivos específicos y uno general, el cual estuvo orientado a analizar el desarrollo de los servicios de las UPA, en el subsector estatal en el Gran Buenos Aires (GBA), en la década pasada. No obstante, para este artículo se retomó uno de los objetivos específicos, el cual propuso analizar la gestión, implementación y puesta en marcha de las UPA en el GBA retomando el periodo de estudio de la tesis (2010-2015) y se realizó una breve actualización. Este artículo repone la metodología cualitativa aplicada en la tesis, donde se utilizaron fuentes secundarias, tanto en el relevamiento de legislación y documentación e informes de gestión, como el de medios de comunicación. Se complementó el trabajo de campo con entrevistas a funcionarios provinciales.

En este artículo, se recuperan los aportes teóricos sobre el *ciclo de las políticas*, con el propósito de retomar las contribuciones con el foco en los *procesos políticos institucionales y sanitarios*, más que los impactos en la trama de servicios expresados en los resultados de la tesis defendida en el año 2018. Dado el recorte temporal y con el fin de reconocer que caminos siguieron las UPA, en este artículo, se actualiza brevemente el derrotero de esta política en los años posteriores, bajo la misma metodología.

Las UPA aparecieron a mediados de la década pasada, como una oferta novedosa brindada por el subsector estatal en la provincia, iniciativa que fue replicada desde la experiencia aplicada previamente en Brasil, el único país que había desarrollado estos servicios en América Latina hasta el año 2010. En tan solo una década se gestaron, diseñaron e implantaron en diferentes regiones del territorio brasilero, expansión que trascendió sus fronteras, y así llegaron a Buenos Aires.

Dentro de la trama de servicios provinciales, durante el periodo de estudio, se instalaron 18 UPA en la PBA, 13 en el GBA y 5 en el resto del territorio. Los municipios del GBA fueron: Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús, La Matanza (con dos unidades), Almirante Brown, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Moreno, José C Paz, Tres de

febrero, Hurlingham. Las 5 UPA desarrolladas en el resto de la provincia, se ubicaron en La Plata, Lezama, Punta Mogotes, Mar del Plata y Zárate (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015).

La trama de establecimiento y efectores de la PBA es amplia y compleja, y ha sido configurada por la propia historia de los procesos políticos, institucionales y sectoriales de esta Jurisdicción. Su estructura prestacional se conforma por servicios bajo la órbita de los tres niveles de gobierno, donde el nivel provincial posee la responsabilidad sobre el segundo nivel con su red de hospitales y los municipios con la red de centros de salud (Maceira, *et. al.*, 2010). Esta complejidad estructural se fragmenta en 135 municipios donde el repertorio de servicios y las políticas se configuran de modo distinto según las características propias de cada jurisdicción (Chiara, 2012).

## **El ciclo de las políticas públicas de salud: origen, implementación y atención en de las Unidades de Pronto Atención en el Gran Buenos Aires**

En este apartado, analizamos el proceso de gestación, implementación y desarrollo de la atención en los servicios, en el marco de una experiencia novedosa de política sanitaria. Para estudiar esta iniciativa, recuperamos el *ciclo de las políticas públicas* como un ordenador y analizador de procesos complejos. Utilizando este enfoque reconstruimos tres momentos: la gestación, la implementación y la atención de los nuevos servicios. Propuesta convergente con los tres momentos de la periodización realizada por Ibañez (2014) para el caso brasilero.

El enfoque del “ciclo de las políticas públicas” se centra en el análisis sobre cómo los temas se configuran en “problemas” dentro de una agenda de gobierno. La definición de un problema forma parte de una etapa temprana del proceso de las políticas públicas; si bien no constituye una secuencia lógica, sigue un recorrido que es moldeado por las ideas, teorías, conceptos y marcos de análisis en todas las etapas del “ciclo las políticas públicas”, el cual se organiza como un modelo que se desarrolla en etapas secuenciales (Parsons, 1997) que desarrollamos a continuación.

### **El primer momento: origen y gestación**

Retomamos la perspectiva de la metáfora del *embudo*, la cual refiere a las políticas como el resultado de realidades subyacentes de un lugar influenciado por los actores o coaliciones promotoras. En esta metáfora, los factores determinantes entran por la “boca ancha” del embudo y en la parte final son “filtradas” por los comportamientos

de las elites y las instituciones que filtran y de allí resultan las políticas públicas. En este modelo, la capacidad que tienen los diseñadores de ejercer una influencia significativa en la agenda es menor porque es definitiva el sistema político quien define los problemas y formula sus políticas (Parsons, 1997). Este autor sostiene que para el establecimiento de una “agenda”, la opinión pública y las élites poseen capacidad de incidencia en su conformación.

Otro modelo sobre la *toma de decisiones* que propone Kaufman (Parsons, 1997), apela a la lectura del entorno y del contexto organizacional, incorporando la dimensión del conflicto como parte inherente a la toma de decisiones en las políticas públicas. Este autor analiza la “toma de decisiones” como algo que sucede en condiciones de conflicto entre las partes interesadas. Teniendo en cuenta las conceptualizaciones sobre *embudo*, la *agenda* y el proceso de *toma de decisiones* analizaremos el proceso de gestación de las UPA.

### **El embudo**

El enfoque del “embudo” nos permitió reconstruir el contexto en el cual se comenzó a gestar una política pública. Su primera dimensión se refiere a las condiciones geográficas e históricas. El GBA se encuentra conformado por 24 municipios con condiciones muy heterogéneas en la provisión de servicios e infraestructura pública, con diferentes niveles de accesibilidad y condiciones socioeconómicas de la población. Sobre las instituciones gubernamentales que intervinieron en el desarrollo e implementación de las UPA, tenemos el rol central de la Gestión Provincial, principalmente del Ministerio de Salud y de la Dirección de Hospitales, aunque también del Ministerio de Infraestructura definiendo el montaje y construcción de los centros. Por otro lado, los municipios también tuvieron un rol importante en la articulación con la provincia para garantizar las condiciones en la puesta en marcha de las UPA.

Sobre los comportamientos de las elites, encontramos que la incorporación de las UPA en la provincia surgió a partir de los intercambios del gobernador Daniel Scioli con el gobernador de Rio de Janeiro, Sergio Cabral en el año 2010. Para el año 2015, se produce una convergencia del Gobernador con el Banco Interamericano de Desarrollo, básicamente con el diagnóstico preliminar del Ministerio de Salud de la provincia sobre la necesidad de actuar en dirección de la reducción de la presión sobre los hospitales (BID, 2015). Según los documentos consultados mediante el apoyo del BID en el 2015, Scioli pudo ampliar la dotación de recursos provinciales y con un gran apoyo de financiamiento. No obstante, la inversión inicial para la construcción de las UPA —en el año 2010—, fueron exclusivamente de recursos de la PBA, en ese

momento dependientes del Ministerio de Infraestructura, posteriormente estos servicios quedaron bajo la “Dirección General de Hospitales del Ministerio de Salud” (Entrevista a alto funcionario, 2017).

### **La agenda**

La propuesta de Parsons (1997) aporta un marco para analizar el proceso de construcción de la agenda, a partir de la convergencia de tres corrientes: los problemas, las políticas públicas y la política. La corriente de los problemas refiere a la situación que debe ser modificada, existiendo tres formas de ser reconocidos mediante los indicadores, los eventos y el desempeño que indica un incumplimiento de metas. En el caso de las UPA, el problema del déficit en la atención se puso en evidencia tanto por la saturación de las guardias como por el crecimiento de los eventos de “urgencia” y “emergencia”. La problematización inicial de los actores de la gestión provincial fue la identificación de las “guardias colapsadas” y la saturación de los hospitales.

La corriente de las políticas públicas refiere a la combinación de diversos factores que, por un proceso de selección, definen unas ideas por sobre otras, siendo los actores con sus recursos los que inciden en la conformación de una agenda. En el caso de las UPA, la definición de la gestión provincial fue incorporar nuevos servicios que estuvieran organizacional, estructural y formativamente orientadas a las atenciones de la “urgencia” y “emergencia” e insertadas territorialmente.

El plano o corriente de la política refiere al ánimo de la opinión pública, a las diferentes fuerzas organizadas: los partidos políticos, las corporaciones, también el gobierno y las jurisdicciones; finalmente, la corriente política es definida por los consensos y negociaciones producidos por los actores (Parsons, 1997). En términos del ánimo de la opinión pública, se produjo un reconocimiento y legitimidad sobre los servicios que brindaban las UPA.

### **La toma de decisiones**

La primera variable en la “toma de decisiones” resulta de aquella que se refiere a las motivaciones de los actores. En este sentido, la experiencia del gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, en una visita al Estado de Río de Janeiro, en el año 2010, para conocer las UPA fue determinante. Respecto al comportamiento colectivo, la convergencia y el interés de diferentes actores fue lo que facilitó la incorporación en la agenda y la decisión de impulsar esta experiencia.

Desde la opinión pública hasta los gremios, se mostraron a favor de un servicio que resultaba necesario para responder a la demanda de urgencia y emergencia en el GBA. Sobre la variable del aporte de la información, resultó trascendente la nota

técnica IDB-TN-888 del BID, con diagnósticos preliminares del Ministerio de Salud provincial sobre la necesidad de actuar en dirección a la reducción de la presión sobre los hospitales (BID, 2015).

## **El segundo momento: la implementación**

En este apartado, analizamos la implementación de las UPA, caracterizamos a los servicios de pronta atención, explicamos el proceso de montaje y ejecución de estos nuevos efectores. Asimismo, identificamos el papel que tuvieron los actores y las instituciones y las articulaciones que fueron necesarias para su desarrollo.

La implementación es la continuación de la formulación de políticas en el enfoque del “ciclo de la política pública”. La tarea del gestor supone poner en práctica las iniciativas diseñadas y ejecutar las políticas administradas por la burocracia. La acción de implementar se refiere al conjunto de acciones que transforma la intención en resultados observables. La implementación como proceso alude a efectuar, realizar, producir o ejecutar, en otras palabras, se refiere a una acción transformadora que se ejerce sobre un objeto (Pressman y Wildavsky, 1973).

En esta perspectiva, la implementación solo se inicia cuando ocurren las condiciones iniciales: consensos en torno a los objetivos, recursos e instrumentos para producir objetivos y criterios legislativos. En consecuencia, la implementación es el conjunto de acciones para encontrar, diseñar, llevar a cabo instancias que tendrán efecto en el acontecimiento prevista (Villanueva, 1996). Estas acciones involucran actores individuales y colectivos, por ello se señala que la implementación requiere de acuerdos entre diversos actores.

Para operacionalizar el análisis, recuperamos los aportes de Parsons (1997) que reconoce tres planos en la implementación: primero, el que describe y caracteriza las iniciativas de política pública; el segundo que pone el foco en la ejecución de la política; y tercero, el plano de las interacciones entre los actores. Los análisis del proceso de implementación se encuentran atravesados por diferentes enfoques, uno de los clásicos es el modelo *top down* frente al *botton up*. El primero hace referencia al proceso de políticas desde arriba hacia abajo, desde la cadena de órdenes, jerarquías, de la capacidad de controlar y coordinar a las organizaciones implicadas. El otro enfoque refiere a la implementación como un proceso de abajo hacia arriba en el sentido de favorecer la participación de las bases en la formulación de políticas para su puesta en práctica. Sin embargo, como se ha señalado, la implementación no es un proceso lineal, más bien es sumamente complejo y los resultados siempre son producto de múltiples variables (Pressman y Wildavsky, 1973). Las característi-

cas de los servicios, su ejecución y el rol de los actores son, según Parsons (1997), un conjunto de condiciones que surgen de la integración del modelo *top down* y *botton* para la implementación y se desarrollan a continuación.

### **Una caracterización de los servicios**

La descentralización de los servicios de “urgencia” y “emergencias” buscó poner a las UPA en proximidad a los “problemas”, así de esta manera cuando finalmente los usuarios pudieran ingresar al hospital, arribaran con su problemática procesada por las UPA. Así, la entrada al segundo nivel contendría el diagnóstico, la radiología, y/o laboratorio. Las UPA se constituyeron en un inédito eslabón en la oferta de servicios de mediana complejidad, conformando un nuevo nivel intermedio entre los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y los hospitales. Su propósito inicial fue brindar atención de la “urgencia” y “emergencia”, en patologías de demanda espontánea, como pueden ser accidente cerebro vasculares (ACV) o infartos de modo más cerca en los diferentes barrios del GBA. Los equipos de trabajo de las UPA garantizaban la atención en tres turnos. En términos de la estructura organizacional del servicio, las UPA fueron incorporadas como una nueva dirección del hospital de referencia.

El desarrollo de este servicio implicó la creación de nuevos cargos directivos y se añadieron nuevos recursos humanos. Encontramos que, para los servicios de enfermería de las UPA, se incorporaron egresados provenientes de la Escuela Provincial Eva Perón (Entrevista a alto funcionario, 2017). También se sumaron técnicos en laboratorio y técnicos de rayos. En lo referido los servicios de limpieza, mantenimiento y vigilancia, en principio fueron incorporados a través servicios tercerizados y posteriormente fueron sumados gradualmente a la planta de la provincia hasta alcanzar la totalidad.

### **La ejecución de las Unidades de Pronta Atención: montaje, construcción y la instalación de los servicios**

La rápida instalación de la estructura edilicia de las UPA fue producto de su singular arquitectura. Eran de rápido montaje y puesta en funcionamiento, ya que eran de construcciones industrializadas modulares que permitían montarse por separado de la construcción del edificio. Los módulos fueron fabricados en talleres y montados en el terreno donde se construyeron las UPA. Su arquitectura modular facilitó el desarrollo orgánico del funcionamiento: al frente se ubicaba la guardia, los consultorios y la recepción/administración, unida al sector de la guardia —pero internamente— se encontraba en sector de diagnóstico. En las edificaciones,

pueden identificarse 4 sectores vinculados a las áreas de funcionamiento de los servicios: administración, consultorios, guardia y diagnóstico (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015).

La estructura edilicia se montó en corto tiempo: en el transcurso de 90 días las UPA se encontraron montadas y en pleno funcionamiento. El equipamiento también se obtenía rápidamente, financiado con los recursos propios que movilizó la gestión provincial (Entrevista a funcionario, 2017). El reto consistió en reclutar el personal necesario en plazos acotados, debiéndose montar un equipo de reclutamiento en la provincia teniendo en cuenta los plazos, aunque también hubo participación desde los municipios para seleccionar al personal de las UPA.

### **Los actores y la relación entre políticos, administradores y proveedores de servicios**

Los actores del ámbito municipal fueron centrales en la incorporación de las UPA en el GBA. Las Secretarías de Salud municipales fueron importantes interlocutores, no solo para coordinar demandas, sino para articular iniciativas en el barrio. Los equipos locales de salud fueron quienes en muchos casos proponían recursos humanos y articulaciones con los municipios.

La selección de los municipios donde se desarrollaron las UPA fue determinada por los arreglos que se establecieron entre los dos niveles de gobierno más la mediación de la región sanitaria. El acuerdo entre la PBA y municipios se cristalizaba mediante un convenio entre ambas partes que definía las responsabilidades financieras, dominiales de los terrenos, de la construcción, del montaje y de los recursos humanos. Los convenios estipulan el compromiso de los municipios a facilitar el terreno, su acondicionamiento para la construcción, no obstante los intendentes invirtieron además en el entorno del barrio, con asfaltos, plazas y otras obras de infraestructura. Los municipios aportaron el desarrollo y mejoramiento del entorno y el acceso geográfico, en algunos casos cambiando el entorno urbano y redefiniendo espacios.

En el convenio, también se acordaba la pre-atención y con los servicios de "urgencia" (bomberos), a través de la articulación con los municipios. Las UPA legalmente era servicios agregados al hospital, podían facturar a las obras sociales y se incorporaban al Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO), esto produjo que incrementarán los ingresos porque recuperaban mediante la facturación del servicio prestado.

En este proceso, no se encontraron resistencias de los gremios, por el contrario, hubo apoyo en la medida que las UPA promovieron el ingreso de nuevo personal. Resultó central el apoyo y la legitimidad de los trabajadores de los servicios que ingresaron a planta, formalmente habilitados a seguir con carrera, posibilidad que se produjo

legalmente porque las UPA constituyeron un servicio más dentro de la estructura del hospital. Desde los aportes del modelo *button up*, los trabajadores facilitaron la puesta en marcha y rápida legitimidad dentro de la trama de servicios y como caras visibles de los efectores frente a la población.

### **El tercer momento: la atención en movimiento**

El tercer momento en el desarrollo de las UPA es la consolidación de los servicios de atención que comenzó a fines del año 2010 hasta el año 2015. Como lo hemos señalado, las UPA fueron definidas por el Ministerio de Salud provincial como efector “intermedio” entre del primer y segundo nivel. Para su análisis, recuperamos 4 dimensiones: la coordinación de servicios, la aceptabilidad, los recursos humanos y su formación y, por último, la puerta de entrada al sistema.

#### **La coordinación con los servicios de atención**

La coordinación supone el seguimiento de los problemas de salud del usuario a lo largo del tiempo y entre los distintos niveles de atención, por parte del mismo profesional o por medio de la utilización de protocolos médicos. Esto incluye la derivación para consultas especializadas (segundo nivel) y servicios tercerizados, domiciliarios y comunitarios. Requiere así, de una continuidad e integración en la atención del paciente y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de aquellas situaciones que requieren de la derivación a otros profesionales y/o servicios (Almeida y Macinko, 2006).

En este sentido, el tipo de atención inmediata que brindan las UPA requiere de la coordinación entre los diferentes organismos sanitarios, los servicios y las redes locales que deben intervenir ante los eventos de “urgencia” y “emergencia”: policía, bomberos, servicios de emergencia y ambulancias (Ibáñez et al, 2014). Cada efector de pronta atención atendía aproximadamente 5000 usuarios al mes. Los casos nunca permanecieron más de 24 horas por dos motivos: porque el problema era resuelto dentro del servicio, o bien porque se realizaba la derivación al segundo nivel. La descompresión del hospital nunca se pudo estudiar o medir cuantitativamente, sin embargo algunos funcionarios sostuvieron que la demanda de la emergencia disminuyó entre un 10 % o 12 % en el segundo nivel.

#### **Los recursos humanos de los servicios de pronta atención**

Diferentes autores coinciden que el principal desafío de los servicios consiste en contar con profesionales capacitados, tanto en la esfera técnica, como en las habilidades

comunicacionales y las relaciones interpersonales, competencias necesarias para la atención adecuada (Rovere, 2006; Abramzon, 2001). Los recursos humanos fueron un factor crítico en la organización de las UPA y requirieron de una capacitación en función del abordaje específico de este nuevo nivel “intermedio”. Los profesionales de las UPA necesitan de entrenamiento en situaciones críticas, desarrollando competencias para resolución de problemas con soluciones rápidas y precisas, que implica manejar la incertidumbre y tomar decisiones con información limitada.

Como mencionamos previamente, resultó importante remarcar que para los servicios de enfermería se incorporaron egresados provenientes de la Escuela Provincial Eva Perón (Entrevista a funcionario, 2017), escuela provincial que años atrás comenzó a formar enfermeros frente a la alta demanda y poca disponibilidad de estos profesionales. Personal administrativo, de limpieza, de mantenimiento y vigilancia luego de ingresar bajo formas tercerizadas, fueron incorporados a planta provincial. Los trabajadores involucrados en la UPA mostraron legitimidad de los servicios, todos se incorporaron a planta, situación que fue posible dado que las UPA constituyeron un servicio dentro de la estructura del hospital de referencia.

La modalidad de selección del personal que utilizó la “Dirección de Hospitales de la Provincia” fue recuperar las propuestas de diferentes lugares: desde el municipio, desde el hospital de referencia y desde los CAPS. En la selección de los recursos humanos participaba tanto la provincia mediante la “Dirección General de Hospitales”, como los municipios donde estaban localizadas las UPA y consistió en presentación de antecedentes y posteriormente entrevistas donde eran seleccionados a los más acordes a los perfiles. El personal incorporado de enfermería se adaptó rápidamente, igual que el personal de limpieza y cuidadores que fueron capacitados para el desarrollo de sus tareas (Entrevistas a funcionario, 2017).

### **La aceptabilidad en el acceso**

La aceptabilidad refiere a la existencia de servicios que respondan a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente (Wallace y Enriquez-Haass, 2001). Las UPA lograron captar nueva demanda y fueron avanzando en la resolución de situaciones.

Un factor que favoreció la aceptabilidad de cada UPA fue la decisión de adoptar una arquitectura amigable, con el objetivo de generar proximidad, que consistió en el desarrollo de dos ejes: (i) Contar con grandes espacios con luz solar y con salas de espera cómodas —donde la disposición del espacio— promovió el encuentro del personal con los usuarios; (ii) Desarrollar una comunicación comunitaria y de proximidad, con señaléticas grandes y con una estética vinculada con colores y gigantografías

con imágenes precisas y claras que visibilizaban los procedimientos y el modo de organizar la atención.

Los medios de comunicación dieron gran visibilidad a las UPA y aportaron a la construcción de su legitimidad en el territorio (Relevamiento hemerográfico, 2017). Los servicios de pronta atención se destacaban allí por su amplitud horaria y servicio de emergencia con anclaje en los barrios.

### **Una nueva puerta de entrada al subsector estatal**

El concepto de puerta de entrada refiere al ingreso y uso de los servicios (en diferentes niveles) para cada nuevo problema que lleva a buscar la atención de la salud (Almeida y Macinko 2006). Se trata de una categoría que intentó dar cuenta de la capacidad del sistema, a través de diferentes dispositivos y modalidades, para captar de manera temprana los problemas de salud de la población.

Las UPA se convirtieron en una nueva puerta de entrada, por estar cercana a la población facilitando acceso y aceptabilidad, pero también por tener la capacidad de resolver problemas de salud y derivar tanto al primer como al segundo nivel. Las amplias salas de espera con espacios amigables sirvieron para que el personal de enfermería pudiera recibir a los pacientes, distinguir entre una “urgencia objetiva” y una “urgencia subjetiva” (Calderón *et al.*, 2013) y, de este modo, organizar mejor la atención y sus prioridades.

Las salas de espera en las UPA sirvieron para medir satisfacción y la comparación de dos escenarios totalmente distintos (Hospital y UPA), marcó la diferencia mostrando que el espacio del efector de “pronta atención” resultó amigable y cercano. Según testimonios de funcionarios del sector, “cuando alguien va a un hospital, tiene la sensación de que tiene que ir a luchar para que alguien lo atienda”.

## **El derrotero de las Unidades de Pronta Atención: de la expansión al desmantelamiento de las políticas sanitarias**

Posterior a la defensa de tesis, desde el año 2018 hasta la actualidad, las UPA atravesaron diversas etapas marcadas por cambios políticos, crisis económicas, cambios epidemiológicos, y fundamentalmente la pandemia de COVID-19 como punto clivaje, tanto en relación a las condiciones de vida, como de las transformaciones en el sistema de salud. Desde el año 2020, pasando por el periodo del “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” (ASPO), y finalizando con el plazo de “Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio” (DISPO) para el año 2023, todas las medidas sanitarias adoptadas en la pandemia por las gestiones de gobierno, tensionaron a todo al sistema de salud local,

provincial y nacional (Maceira, *et al.*, 2020). En el contexto tan adverso, estos servicios también enfrentaron desafíos como la saturación de guardias, la falta de insumos y las demoras en la atención, reflejando las tensiones del sistema sanitario en su conjunto (Crojethovic, *et al.*, 2023). No obstante, las UPA jugaron un rol central al garantizar la atención de pacientes con síntomas respiratorios y en la derivación de casos graves.

Desde el cambio de gobierno nacional, del periodo 2024 a la actualidad, se produjo una reconfiguración de las políticas públicas y las políticas sanitarias, donde se desjerarquizó la salud pública (Ministerio de Salud de la PBA, 2025). Asimismo, se degradó el Ministerio de Salud Nacional a Secretaría y se interrumpió un amplio conjunto de programas y políticas que se sostenían desde la rectoría, que a su vez sostenía a la cartera nacional de salud. El impacto de las políticas de ajuste fiscal nacional repercutió en diversas áreas de gobierno de la PBA y también en salud (Relevamiento hemerográfico, 2025). Asimismo, en el marco de la pospandemia y de los cambios epidemiológicos, la gestión provincial giró y definió en estos nuevos tiempos a ampliar el abordaje de la salud mental, en esa línea se proyectaron nuevos centros de salud y también la ampliación de estos abordajes en las UPA, con la intención fortalecer la red de atención de la PBA, frente a la reducción de programas nacionales (Relevamiento hemerográfico, 2025).

Para finalizar, las UPA ocuparon un lugar que se encontraba vacante entre los servicios públicos, funcionaron como “puerta de entrada” posible y operativa y el desafío fue que estas pudieran efectivizar la articulación con el resto de los niveles y el sistema. Si bien han logrado expandir y diversificar sus servicios desde su origen hasta la actualidad, también han enfrentado importantes desafíos estructurales y coyunturales en los contextos cambiantes en circunstancias críticas de orden epidemiológico, social, económico, y político. En todo su “ciclo político”, las UPA enfrentaron la sobrecarga de pacientes, la escasez de recursos, y la creciente demanda frente a las limitaciones presupuestarias, situación agravada en el último tiempo por el contexto de ajuste financiero sobre la salud pública.

## Referencias Bibliográficas

- ABRAMZON, M. (2001). *Recursos humanos en salud en Argentina /2001*. Organización Panamericana de la Salud, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina.
- ALMEIDA, C., & MACINKO, J. (2006). Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. *Série Técnica Desenvolvimento de Sistema de Saúde*, Brasília, DF.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). *El centro de gobierno en la provincia de Buenos Aires: Diagnóstico de funcionamiento y propuestas de fortalecimiento* (Nota técnica N.º IDB-TN-888). División de Capacidad Institucional del Estado.
- CALDERÓN, C., DELGADO, C., & GONZÁLEZ, P. (2013). *Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: Revisión histórica y bibliográfica*. Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.
- CHIARA, M. (2012). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. UNGS / Prometeo.
- CROJETHOVIC, M., ARIOVICH, A., & JIMÉNEZ, C. (2023). La gestión local de la salud en aislamiento: Estrategias y articulaciones para el acceso en el territorio. *Estudios Socioterritoriales: Revista de Geografía*.
- IBÁÑEZ, N., VIANNA, A., & GRANKA, G. (2014). *Rede de atenção às urgências e emergências: Avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)*. Governo do Brasil, OPS, CEALAG, CONASS.
- JIMENEZ, C. (2018). *Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires: un nuevo servicio del subsector público de salud entre los años 2010 – 2015*. [Tesis Maestría]. CEI / UNR.
- MACEIRA, D., CEJAS, C., & OVLIVIAGA, S. (2010). Coordinación e integración: El desafío del sistema de salud argentino (Documento de Trabajo N.º 49). CIPPEC.
- MACEIRA, V.; VAZQUEZ, G.; CROJETHOVIC, M.; ARIOVICH, A.; JIMENEZ, C. (2020): *Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio*.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2015a): *“Unidades de Pronta Atención las 24 hs”*. Informe UPA 24 hs, Buenos Aires.
- (2015b): *UPA 24 horas, Hospital Intermedio*. Informe UPA 24 horas, Buenos Aires.
- (2025): *Comunicado ante la decisión del Gobierno nacional de retirar al país de la OMS*. Febrero, Buenos Aires.

- PARSONS, W. (1997). *Public policy: An introduction to the theory and practice of policy analysis* (1ª reimp.). Edward Elgar Publishing.
- PRESSMAN, J., & WILDAVSKY, A. (1973). *Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland* (1ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- ROVERE, M. (2006). El campo de recursos humanos en salud o los recursos humanos en el campo de la salud. En *Planificación estratégica de recursos humanos en salud* (pp. 45-79).
- VILLANUEVA, A. (1996). Estudio introductorio. En *La hechura de las políticas* (2ª ed.). Miguel Porrúa.
- WALLACE, S. P., & HAASS, K. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EE.UU. *School of Public Health, Center for Center Policy Research*.

# Procesos de registro en salud pública: la experiencia de integrantes de equipos de salud estatales, en el primer nivel de atención

*Registration processes in public health: the experience of members of state health teams at the primary level of care*

**Mg. Luciana L. Galloni**

Ministerio de Salud de Santa Fe

## Resumen

Este artículo se desprende de la Maestría en Salud Pública del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (Galloni, 2022).

Se presenta un análisis del registro en salud pública, a partir de la experiencia en el 1º nivel de atención de Rafaela, Santa Fe, durante los años 2020 y 2021. En tanto proceso complejo y multidimensional, el registro se aborda desde una perspectiva crítica en el campo de la Salud Colectiva (SC) y desde el enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS). Se comprende que la práctica de registro excede la función técnica, convirtiéndose en un espacio de producción de conocimiento y de sentidos. Metodológicamente, se empleó un diseño descriptivo con estrategia mixta, que combinó revisión documental y entrevistas semiestructuradas.

Se identificaron prácticas de registro fragmentadas, centradas en aspectos procedimentales y clínico-administrativos, con escasa integración de dimensiones sociales, comunitarias y narrativas subjetivantes. Se evidenciaron diversos usos del registro: producción y análisis de procesos clínicos, herramienta de planificación, resguardo legal, construcción de conocimiento; modo de proteger la memoria institucional y mejorar los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidados (PSEAC).

Se invita a pensar el registro como proceso estratégico y práctica ética, que contribuye al fortalecimiento del sistema público, a la democratización del saber y a la disminución de desigualdades en los PSEAC.

## Palabras clave

APS - Proceso de registro en salud

## Abstract

This article is based on the thesis of the Master's Degree in Public Health at the National University of Rosario and the Center for Interdisciplinary Studies (Galloni, 2022).

It analyzes public health registration based on the experience of primary care in the city of Rafaela, Santa Fe, during 2020 and 2021. Medical Recording, understood as a complex and multidimensional process, is approached in this paper from a critical perspective in the field of Collective Health (CH) and from the approach of Primary Health Care (PHC). It is based on the understanding that the practice of recording exceeds the technical function, becoming a space for the production of knowledge and meaning. Methodologically, a descriptive design with a mixed strategy was used, combining document review and semi-structured interviews.

The findings identified fragmented recording practices, focused on procedural and clinical-administrative aspects, with little integration of social, community, and subjective narrative dimensions. Various uses of the record were evident, such as: production and analysis of clinical processes, planning tool, legal safeguard, knowledge construction; a way to protect institutional memory and improve health, disease, care, and treatment processes (PSEAC).

The conclusions invite us to think about health recording as a strategic process and an ethical practice that contributes to strengthening the Public Health System, democratizing knowledge and decreasing inequalities in PSEAC.

## Keywords

PHC - Health Recording Process

## Introducción

En el sistema de salud estatal y particularmente en los niveles de gestión locales, el registro de prácticas y procesos en salud se concibe un tema central del proceso de atención, aunque frecuentemente escindido y/o invisibilizado. Lejos de tratarse solo de una cuestión normativa o una herramienta administrativa, el registro constituye un acto de escritura que configura relaciones entre saberes, actores diversos y territorios. En este sentido, el presente escrito se sitúa en el cruce entre el análisis de las prácticas de los equipos de salud y la reflexión sobre el lugar del registro en la construcción de políticas públicas analíticas, equitativas y participativas.

El punto de partida del tema en estudio es la sistemática de interrogantes que surgen de la práctica cotidiana de quienes integran equipos de salud: ¿Qué se registra y qué debería registrarse desde los equipos de salud? ¿Con qué objetivos? ¿Cómo inciden las condiciones laborales, tecnológicas e institucionales en la construcción del registro? ¿Qué sentidos, tensiones y resistencias se producen en torno a esta práctica? ¿Qué lugar tiene el registro en la continuidad de los cuidados, en la gestión y en la planificación sanitaria?

Estas preguntas se inscriben en un campo de discusión más amplio que interpela los modelos de atención, la construcción de datos en salud, la gestión territorial y la participación de las personas usuarias en este proceso. Se parte de la hipótesis de que el registro en salud no es solo una acción técnica, sino un proceso de producción simbólica y política, en el que se inscriben concepciones de salud, procesos de atención y cuidados, formas de organización institucional, relaciones de poder y modos de visibilizar (u omitir) determinadas prácticas y actores que las producen.

A lo largo del texto, se mencionan los andamiajes conceptuales, así como los marcos normativos y contextuales que atraviesan la práctica del registro. Seguidamente, se analizan los hallazgos y finalmente se proponen algunos desafíos para el fortalecimiento de una política pública del proceso de registro.

## El estudio de los procesos de registro y su importancia para la salud pública

En el marco de los debates contemporáneos en salud pública, el análisis del registro como práctica cotidiana en los servicios del primer nivel de atención adquiere una relevancia estratégica. No se trata únicamente de documentar acciones, sino de visibilizar la construcción de prácticas sanitarias, los vínculos que se tejen en el

proceso de atención, y la posibilidad de sostener cuidados continuos, integrales y culturalmente pertinentes. El registro es, en este sentido, un punto de cruce entre lo técnico y lo político, lo administrativo y lo ético, lo operativo y la construcción de sentidos.

A nivel de gestión, el registro en salud permite trazar líneas de planificación y evaluar procesos y resultados, siendo vital para la toma de decisiones informadas. A nivel clínico, sustenta la continuidad y progresión de los cuidados, evita la pérdida de los procesos históricos, impide la duplicación de intervenciones y mejora la comunicación entre actores del sistema. Pero, sobre todo, desde una perspectiva de derechos, constituye una herramienta que puede contribuir a la equidad en salud, ya que permite identificar brechas de desigualdades, mapear necesidades no cubiertas y hacer visible lo que a menudo permanece fuera del foco institucional: la dimensión subjetiva del cuidado y la experiencia de las personas usuarias.

Por tanto, trabajar sobre los procesos de registro en salud es adentrarse en un campo de disputas por el sentido de los procesos de trabajo y de los cuidados; por el lugar de los ciudadanos en las políticas públicas y por la legitimación de ciertos saberes y prácticas hegemónicas frente a otros menos visibilizados.

## **Metodología de trabajo**

El estudio se desarrolló con un enfoque mixto integrando estrategias cualitativas y cuantitativas para pesquisar tanto los aspectos estructurales como los sentidos subjetivos dados al proceso de registro. Durante el año 2020 y 2021, se relevaron 60 historias clínicas personales y familiares, y se sistematizaron entrevistas semiestructuradas con 11 trabajadores/as de 4 centros de salud del primer nivel de atención de Rafaela, priorizando la heterogeneidad de disciplinas y funciones dentro de los equipos. Esta elección metodológica se basó en la necesidad de acceder a múltiples fuentes de información: documental, discursiva y experiencial. Los ejes de análisis y sus dimensiones se construyeron en el interjuego con los constructos teóricos desarrollados al servicio del trabajo investigativo, en función de los objetivos específicos del estudio.

El análisis cualitativo se desarrolló mediante la técnica de análisis de contenido, permitiendo una codificación temática de los relatos y la identificación de núcleos de sentido. Paralelamente, el análisis cuantitativo permitió establecer frecuencias y características de los registros en función de variables tales como tipo de intervención, uso de categorías clínicas, anexo de informes, entre otras.

## Contexto organizacional y normativo

En el plano organizacional, el estudio se desarrolló en Rafaela en la red de centros de salud que depende del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Esta red articula dispositivos asistenciales con trabajo territorial, abordajes comunitarios y estrategias de cuidados en salud pública. No obstante, el diseño institucional de los sistemas de registro no siempre acompaña la lógica integral del cuidado. Geográficamente, la ciudad de Rafaela se ubica en el centro-oeste de la provincia de Santa Fe y tiene una red estatal de servicios para la atención de la salud, conformados por equipos interdisciplinarios dispuestos en efectores territoriales.

Desde el punto de vista normativo, existen marcos que regulan la obligatoriedad del registro, la confección de historias clínicas, la confidencialidad de datos y la responsabilidad profesional. Sin embargo, como señalaron las personas entrevistadas, estas normativas no siempre se traducen en apoyos reales para la práctica cotidiana.

El marco normativo que regula la práctica del registro en salud en Argentina y en la provincia de Santa Fe, se conforma por un conjunto de leyes, resoluciones y lineamientos técnicos que brindan un encuadre normativo al accionar profesional. Uno de los principales instrumentos legales en el ámbito nacional es la Ley N.º 26.529 (2009) de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Esta norma establece la obligatoriedad de llevar una historia clínica completa, actualizada y de fácil acceso para el uso de los profesionales y a disposición de las personas titulares de las historias clínicas. En su artículo 2, define a la historia clínica como un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que constan los datos, valoraciones, actos médicos y demás procedimientos realizados al paciente. Además, garantiza el derecho de toda persona a acceder a su información clínica, lo que refuerza el carácter ético y legal del registro.

En el ámbito de la provincia de Santa Fe, el Ministerio de Salud ha establecido como lineamiento político, el uso del Sistema de Información para la Atención Primaria (SICAP), una plataforma digital diseñada para facilitar la sistematización de datos clínicos, que permita la producción de conocimiento clínico y epidemiológicos y sea insumo para la toma de decisiones, planificación y gestión en los diversos niveles y ámbitos de salud pública.

Otra dimensión clave del contexto normativo es la relacionada con la protección de datos personales y el secreto profesional, regulada por la Ley N.º 25.326 (2000) de Protección de Datos Personales y por los códigos éticos de los distintos colegios profesionales. Estas normas establecen que el acceso, tratamiento y almacenamiento

de la información en salud debe garantizar la confidencialidad, la seguridad de los datos y el consentimiento informado.

## **Sobre la trama teórica**

El presente trabajo se inscribe en el campo de la SC, una corriente epistemológica, política y metodológica que emerge en América Latina hacia fines del siglo XX como respuesta crítica al modelo biomédico y a las limitaciones de la Salud Pública tradicional. Desde esta perspectiva, la salud es comprendida como un proceso social, histórico, político, económico, cultural y ético (Breilh, 2013), en el que los procesos de salud-enfermedad-cuidado son construcciones dinámicas atravesadas por determinaciones estructurales, relaciones de poder, subjetividades y configuraciones territoriales.

La SC retoma la crítica al Modelo Médico Hegemónico, centrado en la enfermedad, la atención individual y la tecnificación del saber, en favor de una mirada que reconoce la multiplicidad de actores, saberes, sentidos y contextos que intervienen en la producción de salud (Granda, 2004). En este marco, Breilh (2013) aporta categorías claves como la determinación social de la salud, la integralidad del cuidado y el análisis crítico de los sistemas y modelos de atención. Desde esta posición, las prácticas sanitarias son comprendidas como espacios de disputa por el sentido, con capacidad de reproducir o transformar condiciones estructurales de injusticia social.

La APS se considera una estrategia organizadora del sistema de salud, promoviendo la corresponsabilidad entre equipos y comunidades, el trabajo interdisciplinario, el enfoque preventivo y la articulación intersectorial (OMS, 1978). Este enfoque reafirma que los procesos de salud y enfermedad están anclados en las condiciones sociales de vida (Ferrara, 1985), y que la respuesta sanitaria debe considerar esa complejidad (Ferrandini, 2011).

Desde esta perspectiva, el presente estudio centra su análisis en los procesos de trabajo en salud, entendidos como producciones colectivas que generan valor material, simbólico y relacional. Franco y Merhy (2016; 2009) destacan que el producto del trabajo en salud se realiza “en acto”, en el encuentro entre personas trabajadoras y personas usuarias, dentro de una dinámica sujeta a la inventiva y la apuesta por la construcción de vínculos de confianza. Esta priorización relacional produce prácticas de cuidados subjetivantes que tienen efectos en las lógicas institucionales.

El trabajo cotidiano en salud, como plantea Rovere (2015), pondera momentos de revisión y reflexión sobre las propias prácticas, no sólo en términos cuantitativos, sino

principalmente desde su capacidad para atender las necesidades de una población a cargo. Esta revisión, cuando se realiza de forma colectiva y sistemática, se convierte en un acto político, instituyente de nuevas formas de comprender, sostener y producir cuidado.

En ese sentido, Sousa Campos (1998) subraya que las acciones de los equipos de salud constituyen a las personas que las producen, afectan sus relaciones con las comunidades y al interior de las instituciones mismas. Por ello, reconocer a las y los trabajadores como actores protagónicos de sus procesos de trabajo implica valorizar sus saberes, experiencias y su potencial reflexivo.

Desde una mirada crítica, se considera que los procesos de subjetivación en salud son constitutivos de las prácticas, en tanto las formas en que se estructura, organiza y gestiona el trabajo determinan no solo qué cuidados se ofrecen, sino también cómo se configuran los sentidos sobre la salud y el padecimiento (Merhy, 2006).

Profundizando en la especificidad de este estudio, sobre el análisis de los procesos de registro en salud y la escritura como práctica de inscripción dotada de sentido, Carpintero (2018) y Vainer (2011) señalan que registrar no implica sólo documentar, sino inscribir un presente en tensión con procesos históricos que tienen en sí mismos, la posibilidad de imaginar condiciones a futuro. La escritura, en este marco, deviene memoria e invención, resguardo y apertura, técnica y política (Good, 1994).

La reflexión sobre el registro, como afirman Onocko et al. (2018), permite a los equipos de salud hacer praxis de su propia práctica. La lectura de lo escrito deviene un espacio de interrogación, enriquecimiento e invención de nuevos sentidos (Boragnio y Cantú, 2016), donde la narrativa no sólo representa experiencia, sino también la guía, la determina y la transforma (Good, 1994).

Desde el psicoanálisis, Feldman (2019, 2020) enfatiza que escribir es un acto político, dialéctico y creativo. Implica tomar posición, leer la propia práctica, hacer lugar a diversos saberes y preguntas en tensión. Así, la escritura, lejos de ser una tarea subalterna, se consolida como una instancia crítica de producción de sentidos, conocimiento, de interpretación y articulación entre saberes.

Por su parte, Savio (2019) explicita que el problema de la escritura atraviesa la historia del psicoanálisis desde sus inicios, especialmente en lo relativo al relato clínico como género. Freud (1912) en sus escritos clínicos, consigna orientaciones para el registro como acto técnico y ético.

Desde un enfoque antropológico, Good (1994) resalta que hablar de historia clínica es homologable a una historia de vida. Cuando se la reduce a una serie de categorías diagnósticas, se pierde su sentido experiencial. Registrar es entonces narrar desde una implicación, construir trama, afectar y dejarse afectar. Así, el registro no sólo

documenta, sino que transforma la comprensión de la realidad, tanto para quien la vive como para quien la acompaña.

Por otra parte, en este estudio, se considera necesario vincular el análisis del registro con los sistemas de información en salud. Alazraqui *et al.* (2006) señalan que en América Latina existen serias limitaciones en la producción y uso de los sistemas de información, que muchas veces son usados para funciones administrativas sin ser insumo para la intervención, planificación y reflexión. En esta línea, Urra (2011) destaca que los sistemas de información deben ser parte orgánica de los procesos de trabajo, contruidos colectivamente y con sentido político sanitario.

Sy (2020) refuerza esta idea al señalar que los sistemas de registro responden a construcciones sociales, históricas y políticas específicas, y que, por tanto, deben ser contextualizados y analizados como discursos que producen realidad. Es necesario reconocer su carácter histórico-discursivo para pensar nuevas formas de documentar, narrar y producir conocimiento en salud (Urra, 2011).

En conjunto, este recorrido teórico propone comprender el registro como una práctica ética de escritura que, en tanto proceso, constituye un espacio clave para disputar sentidos, construir información clínica, analizar políticas de cuidados y consolidar conocimiento útil para la planificación y gestión en salud.

## **Algunos hallazgos emergentes**

### **Características de los procesos de registros**

#### **Fragmentación y heterogeneidad**

Uno de los hallazgos más consistentes es la existencia de múltiples formas de registro dentro de un mismo efector y entre los distintos efectores. Se utilizan diversos soportes sin circuitos de diálogos internos: manuscritos, digitales, planillas preconfiguradas, cuadernos personales. Las personas entrevistadas refieren que esta diversidad no responde a una estrategia planificada, sino y más bien, a la ausencia de criterios consensuados y a condiciones de infraestructura tecnológicas desiguales. Se identifica que esta situación, produce una fragmentación de la información, que dificulta la continuidad del cuidado, la trazabilidad de las intervenciones y la posibilidad de realizar lecturas integrales de los procesos de salud-enfermedad-cuidado.

### **Centralidad de procesos clínicos-procedimentales**

De los documentos observados, se evidencia que la mayor parte del contenido registrado, se concentra en datos clínicos, definición de signos y síntomas, prescripciones médicas, controles biomédicos y cumplimiento de intervenciones programadas. Se vislumbran escasos registros de información atinentes a dimensiones sociales, subjetivas, vinculares o comunitarias de las personas usuarias. Del mismo modo, se observa pobreza de registraciones sobre intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales. Lo observado no condice con los relatos obtenidos en las entrevistas donde los equipos hacen mención a modos de cuidados integrales, interdisciplinarios y en vinculación con diversidad de actores sociales.

### **Usos asignados a la registración**

Las entrevistas reflejan que, frecuentemente, el registro es utilizado por las personas trabajadoras como una forma de protección legal o resguardo institucional. Asimismo, se menciona que son una herramienta que permite visibilizar, por parte de los profesionales, lo que se realiza cotidianamente, vinculado a la productividad en salud. Contiguamente, se ubica, desde los equipos, la importancia de registrar para dejar asiento de las actuaciones entendiendo en esta práctica las responsabilidades profesionales.

Consecuentemente, las personas entrevistadas, relataron que lo registrado permite historizar los procesos de atención singulares y con menor referencia, se enuncia que los registros permiten analizar y poner en discusión actuaciones profesionales. Solo en una de las entrevistas, surge el uso de los registros como herramienta de planificación con criterio epidemiológicos en salud pública.

A pesar de la existencia del sistema SICAP, su uso es irregular y muchas veces restringido a ciertos procesos de cuidado priorizados, se mencionan los controles de embarazo, inmunizaciones y control de niños/as.

Se evidencia una falta de integración entre dispositivos digitales y formatos manuales, y una escasa interoperabilidad entre Centros de salud y de éstos con otros niveles del sistema. Ello genera dificultades para reconstruir trayectorias de atención, compartir información entre profesionales y garantizar una atención continua. En varios testimonios, se menciona que el SICAP no dialoga con el territorio y que no permite reflejar adecuadamente la complejidad de las situaciones abordadas.

De la observación de documentos y los relatos de profesionales de disciplinas no médicas: administrativos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, se observa una carente intervención de estos trabajadores en las historias clínicas en formato papel. Haciendo alusión, por el contrario, a la unicidad de registración que permite el uso del sistema

informático SICAP. En oposición a lo que acontece con las disciplinas médicas, quienes intervienen mayoritariamente en las historias clínicas en papel y avanzan lentamente en el uso de sistemas informatizados.

Asimismo, en las entrevistas refieren que las intervenciones comunitarias, grupales o territoriales aparecen como “difíciles de registrar” o como acciones que “no tienen dónde escribirse” (enfermería 1). Esta dificultad identificada no solo genera pérdida de información clave, sino que reproduce desigualdades al interior de los equipos de salud, jerarquizando ciertos saberes y subalternando otros. En este sucinto recorte, se observa que hay información valiosa que queda invisibilizada al momento de pensar los abordajes integrales, desde la sostenibilidad de vínculos y la construcción de confianza con las comunidades.

Por otra parte, también pueden identificarse la emergencia de prácticas creativas y reflexivas de registro. Algunos equipos desarrollan formatos propios, adaptados a las necesidades del territorio; otros incorporan narrativas, crónicas y/o relatos textuales de las personas usuarias que permiten reconstruir historias de vida y contextos familiares. Estas experiencias, aunque minoritarias, muestran la posibilidad de resignificar el sentido de los registros como proceso y herramienta de cuidado.

## **Sentidos otorgados a la práctica del registro**

Los testimonios expresan que registrar genera una acción “extra” (medicina, 2) a la demanda diaria y que, en pocas oportunidades, ese registro es considerado por otros profesionales como insumo de trabajo, especialmente en instancias de interconsultas “lo que escribís no se lee y tampoco vuelve una contrarreferencia” (psicología, 2). El registro se convierte así en una tarea “solitaria”, que “consume tiempo” (Medicina General, 3). Esta vivencia, según las voces de las personas entrevistadas, incide en la apropiación de la práctica y limita su potencial como dispositivo facilitador de la reflexión. Por otra parte, también surgen relatos que encuentran en el acto de registrar una forma de dejar huella, de sostener memoria, de recuperar lo vivido y lo conciben como parte del PSEAC.

### **Discusiones y tensiones sobre el proceso de registro**

#### **- Tensión entre registro clínico y abordajes psicosociales**

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten configurar un mapa complejo del proceso de registro en salud en el primer nivel de atención. A partir del análisis articulado de registros documentales, entrevistas a trabajadoras/es y la observación de prácticas cotidianas, emergen dimensiones claves que revelan no solo la diversi-

dad y fragmentación de las prácticas de registro, sino también, las tensiones entre lo prescripto y lo posible, entre lo técnico y la dimensión cuidadora.

Una de las tensiones más recurrentes se vincula con el tipo de información que se prioriza en el registro. Un alto porcentaje de los datos consignados en el sistema informático y en los formatos papeles, responden a una lógica biomédica y procedimental: controles clínicos, vacunas, diagnósticos, tratamientos. Por el contrario, las dimensiones psicosociales, vinculares, comunitarias y/o subjetivas aparecen como excepcionales, difíciles de categorizar o directamente ausentes del proceso de registro.

Los equipos interdisciplinarios expresan dificultades para registrar sus intervenciones, especialmente en situaciones de “vulnerabilidad social, violencias, problemas de salud mental y/o abordajes familiares” (psicología, 2). Refieren que el uso dado a las herramientas existentes y las limitaciones que tienen los sistemas, dificultan construir conocimiento desde una mirada compleja e integral.

### **- El registro como campo de disputa epistemológica**

Desde el marco teórico adoptado, el registro no es una actividad neutra, sino un acto de escritura que configura relaciones de poder, subjetividades y saberes. En este sentido, según la información obtenida, puede identificarse al proceso de registro como un campo de disputas: ¿quién escribe? ¿qué se registra? ¿para quién se escribe? ¿qué voces son legitimadas y cuáles menos visibilizadas? ¿cuáles son los usos dados al registro? ¿para qué se registra?

Las personas trabajadoras expresan que muchas veces no tienen “margen para decidir qué registrar” (enfermería 1), ya que deben responder a requerimientos institucionales que exigen indicadores específicos. Aquí, se ubica una tensión entre el sentido ético del registro como herramienta de cuidado y memoria institucional y su uso funcional como insumo para auditorías, rendición de cuentas o reportes estadísticos.

Asimismo, de la observación de documentos de registros, se observa que las intervenciones de actores de otras disciplinas no médicas, aparecen como pedido de interconsultas sin reflejarse allí las intervenciones. Esto invisibiliza el trabajo interdisciplinario y limita la posibilidad de construir la complejidad de los tránsitos en salud.

### **- Potencialidades del registro**

El proceso de registro es una herramienta estratégica para transformar las prácticas de salud. En algunos equipos, se desarrollan experiencias innovadoras: se crean formatos alternativos, se incorporan narrativas clínicas, se promueven espacios de lectura colectiva del registro. El registro, en estos casos, cumple múltiples funciones: permite reconstruir trayectorias complejas, sostener la memoria institucional, visi-

bilizar situaciones de vulnerabilidad, planificar intervenciones integrales y compartir información al interior de los equipos desde una lógica colaborativa.

### **- El proceso de registro como parte de los procesos del trabajo en salud**

Una dimensión no siempre considerada en los análisis tradicionales, pero que emerge con fuerza en las entrevistas, es la referencia al agobio frente a la práctica del registro cuando no se lo considera parte de los procesos de trabajo; cuando no se utiliza con fines de mejorar las condiciones de trabajos y/o las prácticas de atención y cuidado de las comunidades; o cuando se convierte en una exigencia burocrática sin un diálogo institucional, interdisciplinario e intersaberes.

Estas referencias, dan cuenta de que el registro no es solo una herramienta técnica, sino también, una práctica afectiva, que implica corresponsabilidades. Desde esta perspectiva, promover una cultura del registro requiere habilitar espacios institucionales para la palabra, la lectura y la resignificación colectiva de la inscripción escrita del cuidado.

## **Reflexiones finales**

El análisis realizado permite arribar a nociones que dan cuenta de la situación actual del proceso de registro en salud en el primer nivel de atención en Rafaela, al mismo tiempo que abre interrogantes y líneas de acción para su transformación como práctica política y ética.

En primer lugar, se comprende que el proceso de registro en salud es una práctica compleja, por ello su análisis exige una mirada crítica que considere tanto las condiciones estructurales e institucionales, así como las representaciones en torno a este proceso.

En segundo lugar, se evidencia que las prácticas de registro actuales se encuentran fragmentadas, descontextualizadas y desarticuladas respecto del sentido integral del cuidado que los equipos de salud buscan sostener en el territorio. Esta fragmentación se expresa en la multiplicidad de formatos y en la falta de interoperabilidad entre dispositivos. Todo ello incide en la continuidad de los cuidados, en la planificación de acciones y en la capacidad institucional para construir conocimiento valioso y en perspectiva epidemiológica.

A pesar de ello, se constata que existen prácticas creativas y experiencias reflexivas que disputan sentidos hegemónicos del registro y lo resignifican como herramienta ética, política y pedagógica. Estas acciones muestran que es posible construir registros que narren la complejidad del cuidado, que den lugar a lo colectivo, que articulen

dimensiones clínicas y sociales, y que potencien la capacidad reflexiva y de producción intersaberes de los equipos.

Finalmente, se concluye que la transformación del registro requiere de políticas institucionales consistentes, sistemas informáticos integradores, instancias de formación y espacios para la reflexión.

## **Desafíos en torno al proceso de registro en salud**

Como desafío, se visibiliza la necesidad de avanzar hacia el desarrollo de sistemas informáticos capaces de garantizar la interoperabilidad entre niveles de atención y equipos. Estas plataformas deberían permitir una carga de datos ágil, segura y con posibilidad de registrar los determinantes sociales que caracterizan la complejidad en temas de salud, sin convertirse en un obstáculo para el ejercicio de los procesos de trabajo.

Asimismo, otro aspecto clave es el fortalecimiento de espacios formativos y de capacitación que den herramientas, sentido y sustento teórico al acto de registrar, que permitan reflexionar sobre el registro como parte constitutiva del proceso de atención.

Se reconoce necesario facilitar espacios institucionales para la lectura, análisis y evaluación del registro. Espacios donde se dispongan las condiciones para discutir colectivamente lo registrado y evaluar su uso como herramienta de aprendizaje, mejora continua de las prácticas e información para la planificación y gestión en salud.

Otro desafío radica en consolidar formas de registro que integren activamente la voz de las personas usuarias. Incorporar sus experiencias, percepciones y demandas en los dispositivos de registro deviene una condición para democratizar la producción de información, garantizar el acceso a los datos personales y promover relaciones más horizontales entre trabajadores/as y comunidades. Este enfoque contribuye al fortalecimiento de una ciudadanía sanitaria basada en el derecho a la información, la participación y el reconocimiento mutuo.

Por último, se subraya la necesidad de identificar y valorar las experiencias locales que ya vienen desarrollando formas innovadoras de registrar. Estas experiencias, muchas veces en los márgenes de los dispositivos formales de registración, ofrecen pistas valiosas para pensar alternativas concretas, posibles y sostenibles, dentro del propio sistema estatal.

En conjunto, estos desafíos deben ser comprendidos como compromisos colectivos que requieren voluntad institucional, intervenciones estructurales y decisiones políticas de transformar el registro en salud en una práctica viva, reflexiva y estratégica, al servicio de una atención integral, equitativa y centrada en las personas.

## Referencias bibliográficas

- ALAZRAQUI, M., MOTA, E., & SPINELLI, H. (2006). Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío de la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de Saúde Pública* (online), 22(12), 2693-2702. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018>
- BORAGNIO, D., & CANTÚ, G. A. (junio de 2016). La importancia de la escritura para la producción, transmisión y articulación teórico-clínica del pensamiento en la formación de psicoanalistas de niños. *Perspectivas en Psicología*, 13(1), 21-26. Obtenido de <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/224/142>
- BREILH, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)
- CARPINTERO, E. (noviembre de 2018). Memoria y transmisión. *Topia*. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/memoria-y-transmision>
- FELDMAN, L. M. (2019). Política del síntoma: leer y escribir como política. Obtenido de *Lobo Suelto*: <http://lobosuelto.com/politica-del-sintoma-leer-y-escribir-como-politica-lila-maria-feldman/>
- (2020). La narración como acto político. *Lobo Suelto*. Obtenido de <http://lobosuelto.com/la-narracion-como-acto-politico-lila-m-feldman/>
- FERRANDINI, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Mimeo. Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>
- FERRARA, F. (1985). *Teoría de lo Social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- FRANCO, T., & MERHY, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, Vol. 5 Núm. 2. Brasil. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.259>
- (2016). *Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Ed. Lugar.
- FREUD, S. (1900). La interpretación de los Sueños. *Obras Completas*, Tomo V. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas*. 1976, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- GALLONI, L. (2018). *Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud: la experiencia del Centro de Salud N°4. Virgen de Fátima. Rafaela, 2017*. [Tesis Maestría] Disponible: <https://rephip.unr.edu.ar/items/2bc0a49e-dc18-4e6e-b34b-be5a9155cf79>

- (enero de 2022). Encuentro comunitario del equipo de Salud Mental, Pcia. de Santa Fe. Obtenido de *Topia*:  
<https://www.topia.com.ar/articulos/encuentro-comunitario-del-equipo-salud-mental-pcia-santa-fe>
- (2022). El registro en salud pública. Experiencia de las personas trabajadoras del primer nivel de atención en Rafaela, durante el período 2020-2021. [ Tesis Maestría ] Disponible:  
<https://rephip.unr.edu.ar/items/48a78ee4-1967-4a03-bd0b-e12fa970c54a>
- GOOD, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. United Kingdom: Cambridge University.
- GRANDA, E. (abril de 2004). ¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Recuperado el 6 de mayo de 2021, de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es)
- Ley 22.373. (1981). *Creación del Consejo Federal de Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Ley 25.326. (2000). *Protección de Datos Personales*. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley 26.061. (2005). *Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley 26.343. (2007). *Protección de los datos personales, modificación*. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley 26.529. (2009). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de salud*. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina.
- MENÉNDEZ, E. (2020). Modelo Médico Hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. Recuperado el 12 de julio de 2021, de  
<https://scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2615/es>
- MERHY, E. (1997). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. 71-112. San Pablo. Obtenido de [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_pt/145](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145)
- (2006). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Brasil: Ed. Lugar.
- Ministerio de Salud Argentina. (julio de 2007). *Msal*. Obtenido de SISA: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>
- OMS. (1978). *Atención Primaria de la Salud*. ALMA- ATA: OMS. <https://www.paho.org/es/alma-ata>
- ONOCKO CAMPOS, R., MASSUDA, A., VALLE, I., CASTAÑO, G., & PELLEGRINI, O. (2008). *Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. Scielo- Salud Pública.

- ROVERE, M. (2015). La salud mental de los trabajadores de salud. Entrevista a Mario Rovere. Clepios. *Revista de profesionales en formación en salud mental.*, XXI (3), 112-117. Recuperado el 11 de 11 de 2019, de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios68.pdf>
- SAVIO, K. (enero-abril de 2019). Sobre la noción de escritura en las enseñanzas de Lacan. (U. d. XLIII, Ed.) *Artes y Letras*, 25(44). Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/kan/v43n1/2215-2636-kan-43-01-25.pdf>
- SOUSA CAMPOS, G. (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. *Paideia y Gestión: Un ensayo sobre el soporte Paideia en el Trabajo en Salud*, 1(1), 59-67. Obtenido de [www.alames.org/documentos/equipos.pdf](http://www.alames.org/documentos/equipos.pdf)
- STOLKINER, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Noveduc.
- SY, A. (2020). Cien años de sufrimiento social inscripto en las historias clínicas de un hospital psiquiátrico en la Argentina una problematización del objeto y los métodos psi. En M. Epele, & M. Epele (Ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (1 ed., págs. 197-225). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani- Clacso.
- URRA, G. P. (2011). Sistemas de Información en salud: diálogo con Pedro Urra González. *Salud Colectiva*, 99-111. Recuperado el 25 de mayo de 2021, de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/281/287>
- VAINER, A. (2011). Huellas en el cuerpo. El inconsciente y la memoria colectiva. *Topia*. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/huellas-cuerpo-inconsciente-y-memoria-colectiva>

# Proceso de atención de la salud infantil, control del niño sano, según integralidad y aceptabilidad de la atención en centros de salud de Rosario

## *Process of children's healthcare and well-child checkup considering comprehensiveness and acceptability of care at health centres in Rosario*

**Mg. Susana Villarreal**

Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas, U.N.R.

### Resumen

Se estudia el proceso de atención de la salud de niños/as de 0 a 4 años, en especial Control de Niño Sano, en dos centros de salud (CS) municipales del distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, en año 2013. Se analiza el concepto de integralidad, desde la perspectiva del equipo de salud y de la aceptabilidad, desde los responsables de los niños/as.

Se aplican entrevistas a profesionales de los equipos de salud, autoridades de gestión y madres de niños/as atendidos, junto con la revisión de Historias Clínicas Familiares (HCF).

Se observan como resultados: procesos de trabajo que favorecen acciones integrales; priorizan consultas de Control Sano durante el 1er año de vida; hay registro insuficiente del desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 4 años. La consulta preventiva está condicionada a demandas espontáneas por enfermedad infantil recurrente.

Los gestores articulan acciones de promoción y prevención con instituciones de la comunidad con diferencias entre la decisión política del gestor y su aplicación en cada espacio. Garantizan la referencia desde los CS al 2do nivel de atención, con tiempo de espera diferenciado según especialidades. El equipo interdisciplinario sostiene vínculos de cercanía y confianza con las familias adscritas a los CS.

En relación a la aceptabilidad, las madres manifiestan conformidad respecto de la atención. Aparecen diferencias en la continuidad del control sano de sus hijos luego de los 2 años, consultando ante morbilidad percibida.

### Palabras clave

Aceptabilidad – control niño sano – centros de salud

### Abstract

This is a study of the process of healthcare of children aged 0-4, especially the Well Child Care, at two municipal Healthcare Centres (HC) located in the Northwest district of Rosario city, in 2013. The analysis is carried out from the perspective of the health care team in relation to the concept of comprehensiveness and acceptability on the part of those responsible for children.

Interviews are conducted with Professionals of healthcare teams, management authorities and mothers of children assisted. There's also revision of Family Medical Records.

Results observed: work processes that promote integral actions, prioritizing preventive appointments of wellbeing care during the first year of life. Records of psychomotor development in children aged 2 to 4 are insufficient. The preventive consultation depends on spontaneous demands due to recurring childhood diseases.

Managers organize promotion and prevention actions articulating with community institutions with differences between the manager's political decision and the application of such actions at each place. They also guarantee the referral from HCs to the second level of care. The waiting time for referrals varies depending on the specialties. The interdisciplinary team holds a close and trusting bond with families who are assigned to the HCs.

As for acceptability, the mothers express satisfaction with the care received. Differences emerge on the continuity of visits after age 2 YO, only consulting on morbidity events.

### Keywords

Acceptability – well-child checkup – healthcare centres

## Introducción

La presente comunicación se basa en la tesis titulada “El proceso de atención de la salud infantil, en especial el control del niño sano, desde la perspectiva de los equipos de salud, gestores y población, según integralidad y aceptabilidad de la atención en dos centros de salud municipales de la ciudad de Rosario”. La misma fue iniciada en el año 2013 y presentada en 2017. Tanto la investigación como la elaboración de la tesis fue dirigida por la Mag. Alicia Aronna, con el asesoramiento de la Lic. Mariana Gómez en aspectos ligados al abordaje cualitativo. Se agradece especialmente a los profesionales de los equipos de salud y jefes de los Centros de Salud “Emaús” y “Dra. Ferrandini” por su colaboración y aportes en el proceso de investigación.

En este trabajo, se pretende aportar a la comprensión del proceso implicado en la atención del niño, definida como los esfuerzos organizados por comunidades u organizaciones para mejorar la salud y el bienestar de los niños.

Pero ¿quién/es y de qué forma serían responsables de la atención del óptimo desarrollo de capacidades y potencialidades biológicas y psíquicas?

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del ser humano, a cuenta de que el crecimiento lineal y el desarrollo cognitivo comparten el mismo período de máxima vulnerabilidad: los primeros 1000 días de vida (Victora, 2013). La calidad y cantidad de la atención del niño nacido biológicamente sano definen en gran medida la cualidad de su desarrollo y las posibilidades futuras de su aprendizaje (Schlemenson, 2011).

El contexto de este estudio sobre la atención integral de la salud infantil se realiza en el 1er nivel de atención del subsector público de la ciudad de Rosario. El mismo está integrado por los denominados Centros de Salud (CS), que se encuentran anclados en espacios geográficos que permiten a la población con mayores necesidades, la accesibilidad rápida a la atención, constituyéndose en la puerta de entrada de los pacientes a la red y con equipos de referencia en las especialidades básicas.

Las preguntas disparadoras de esta investigación fueron: ¿El llamado control de Niño Sano es valorado en la actualidad? ¿Los profesionales de los CS ejecutan acciones preventivas integrales en salud infantil? ¿Las mismas son programadas por los gestores y autoridades de los CS de la ciudad de Rosario? ¿De qué forma los equipos de salud aplican el control sano, y en especial el seguimiento del desarrollo de la población infantil? ¿Cómo se logra la continuidad de las consultas de control sano? ¿Cuáles son los obstáculos que se perciben al respecto? y ¿Cómo valoran las madres el control de salud de sus hijos?

**Objetivo general:**

Describir el proceso de atención de la salud infantil, en especial del control del niño sano, desde la perspectiva de distintos actores (profesionales que integran los equipos de salud, autoridades de la gestión y de madres de niños de 0 a 4 años), según la integralidad y la aceptabilidad de la atención de la salud infantil en el CS "Emaus" y CS "Dra. Ferrandini" ubicados en el distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, en el año 2013.

**Objetivos Específicos:**

- Caracterizar el proceso de atención del control del niño sano, desde el concepto de integralidad (primacía de acciones de promoción y prevención; articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación; garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la asistencia médica y abordaje particular del individuo), según los miembros del equipo de salud y los gestores.

- Indagar sobre la aceptabilidad del proceso de la atención de la salud infantil, a partir de las necesidades y percepciones de las madres, en relación al seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 4 años que son atendidos en los CS seleccionados.

- Establecer diferenciales en la apreciación de integralidad expresadas por los actores (miembros del equipo/gestores) respecto del proceso de atención del control del niño sano.

**Encuadre teórico y sus ejes conceptuales**

En este trabajo, se considera al *proceso de atención* como la serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes, considerando a la atención como un proceso multidisciplinario sin costuras, en el cual no solamente las acciones médicas son relevantes, sino que toda y cualquier participación del personal de distintos niveles, puede contribuir para el incremento de la calidad o su deterioro (Donabedian, 1990).

Se toma el concepto de *integralidad* como un conjunto vasto de acciones, un acompañamiento ampliado y diferenciado de los individuos apenas consultan (Conill, 2004). Dicha autora utiliza cuatro dimensiones correspondiendo a campos de intervención distintos: 1) campo de política de prioridades; 2) campo de la organización de la atención; 3) campo de la gestión; y 4) campo del cuidado individual.

La *aceptabilidad* delimita la valoración de las expectativas sociales con respecto a la intervención, las necesidades y valores de los usuarios o destinatarios según Aronna y Luppi (2006).

El *control del niño sano* hace referencia a la propuesta preventiva de cumplimiento periódico, que permite evaluar el crecimiento y estado nutricional del niño y el desarrollo psicomotriz, como parte de las políticas y programas en Argentina, sobre la atención de la salud infantil. Consiste en la indicación de inmunizaciones, control de peso/talla/perímetro cefálico e identificación de algunas pautas básicas esperables. Lejarraga (1996, p. 9) sugiere el uso de “vigilancia”, monitoreo con una actitud activa, con definición de signos de alarma, desarrollo de hipótesis causales o asociadas e intervenciones oportunas.

Tiene relevancia efectiva demostrada, posibilita el trabajo con las disciplinas relacionadas con la atención infantil e identifica tempranamente indicadores de riesgo biológico y social en la consulta, incluyendo los aspectos emocionales, cognitivo y socio-ambiental.

Se registra y codifica en los CS del primer nivel de atención como “control sano” o “control de salud de rutina del niño”, que se diferencia de “consulta por morbilidad”.

Las variadas normativas respecto a la frecuencia de los controles coinciden en que los mismos se realicen durante los primeros 6 meses en forma mensual (relación madre-hijo, lactancia). Entre los 6 y los 12 meses, cada 2 meses. Luego desde el año los controles son cada 3 meses y de 2 a 3 años, cada 6 meses y desde los 3 años, evaluaciones anuales. Se consideran los nuevos estándares de crecimiento de la OMS para niños de 0 a 5 años (Sguassero, Carroli y otros, 2007) y la pesquisa de trastornos de desarrollo (PRUNAPE) en el 1er nivel de atención (Lejarraga, Menéndez y otros, 2008).

## Encuadre metodológico

Se seleccionaron, para esta investigación, dos CS del Distrito Noroeste, por tener este distrito, según censo 2010, la mayor población infantil de 0 a 4 años (Municipalidad de Rosario, 2012). Estudio descriptivo transversal con aplicación de estrategias plurimetodológicas.

Con la estrategia cualitativa, se buscó la comprensión en profundidad de las relaciones implicadas en la implementación de las acciones y la visión que los actores diferenciados construyen, sus valoraciones y apreciaciones. A tal fin, se consideraron categorías y dimensiones. El proceso de atención del control del niño sano de niñas/os de 0 a 4 años fue analizado a través de las cuatro categorías correspondiendo a campos de intervención distintos, adaptadas de Conill (2004). Se aplicaron entrevistas en los dos CS seleccionados denominados “Emaus” y Dra. Ferrandini” a: 11 profesionales de los equipos de salud (4 médicos generalistas, 2 pediatras, 2 odontólogas, 2 enfermeras y una fonoaudióloga), 4 autoridades de gestión, 2 Jefes

de los CS, el Coordinador de Distrito NO y el Director de CS/ Secretaria de Salud de Rosario. Se entrevistaron a 15 madres de 18 niños/as, atendidos en dichos CS. Tres de ellas, tenían dos hijos dentro de las edades en estudio.

El abordaje cuantitativo incluyó información cuantificable de las HCF (edades, cantidad de consultas control sano, etc.), además de datos socio-económicos que caracterizan a las madres y familias de los niños de 0 a 4 años, cuyas madres accedieron a ser entrevistadas.

En las HCF, se encuentra incluido un anexo para niños y niñas, a fin de evaluar el crecimiento: curvas de Peso/ Edad (P/E) y Talla/Edad (T/E) según sexo y Relación Peso/Talla (P/T) y Peso, Talla y Perímetro Cefálico (P/T/PC) en el 1er año de vida según sexo. Para el registro del desarrollo psicomotor, se adjunta una gráfica para niños/as de 0 a 2 años, para tildar los logros observados en cada mes, teniendo en cuenta las áreas: Social, Coordinación, Motriz y Lenguaje. Para niños/as de 2 a 6 años se incluye otra gráfica (adaptación de Lejarraga y Col, 1996) que considera los mismos ítems, según edad.

## Resultados

La atención de salud de niños/as de 0 a 4 años (Cuadro N°1) en los dos CS estudiados, está a cargo de equipos de referencia: médico generalista y/o pediatra y enfermero con población infantil a cargo; el resto de los profesionales (psicólogo, trabajador social, odontólogo y fonoaudiólogo) operan desde una organización matricial. El personal administrativo asigna los turnos programados para consultas de control de niño sano y direcciona las consultas espontáneas por enfermedad. La entrega de leche, según la particularidad de cada CS, está a cargo de farmacia. Cada niño tiene su carné de seguimiento de los controles de salud y de vacunación.

Cuadro n°1: distribución total de niños según grupo etáreo

| Grupo etáreo             | Niños                         | Total     |
|--------------------------|-------------------------------|-----------|
| 0 a 12 meses             | Ñ1- Ñ3- Ñ5- Ñ9- Ñ14- Ñ16- Ñ17 | 7         |
| 13 a 24 meses            | Ñ2-Ñ15                        | 2         |
| 25 a 36 meses            | Ñ4-Ñ7-Ñ10-Ñ11-Ñ12             | 5         |
| 4 años a 4 años 11 meses | Ñ6-Ñ8-Ñ13-Ñ18                 | 4         |
| <b>Total</b>             |                               | <b>18</b> |

Fuente: elaboración propia

Luego del análisis de la información recogida por medio de las entrevistas a los profesionales del equipo de salud de los CS, respondiendo al 1er objetivo de esta investigación, es posible desarrollar las siguientes consideraciones sobre la *integridad del proceso de atención* de control de niño sano, teniendo en cuenta los cuatro ejes propuestos:

#### 1-Primacía de acciones de promoción y prevención:

Se observó procesos de trabajo favorecedores de acciones integrales: prioridad a las consultas programadas para Control Sano sobre todo durante el 1er mes de vida y en el 1er año, cumpliendo con las pautas normativas de la gestión para el primer nivel de atención. Las mismas se registran en las HC, aunque no aparece consignada la valoración del desarrollo a partir de los 2 años. La continuidad en el seguimiento y en las actividades de promoción se logra a partir de esfuerzos personales de los profesionales, por el vínculo construido con las madres. Las acciones preventivas programadas de ejecución más sistematizada son la vacunación y en odontología los talleres de cepillado semanales. Los profesionales de sólo el CS Ferrandini realizan el taller de acompañamiento de niños de 0 a 3 años en forma mensual.

Se prioriza la oportunidad de captación para una actividad preventiva, más allá de la demanda de atención diaria de atención ante enfermedades recurrentes propias de los grupos infantiles de 0 a 4 años en ambos CS.

#### 2- Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:

A partir de instancias de actividades preventivas impulsada por los profesionales, junto con la gestión y coordinación intersectorial con instituciones de la comunidad cercanos al CS, como los Centros de Convivencia Barrial, se realiza la detección temprana y seguimiento en niños/as de 2 y 3 años, por parte del equipo de salud. Aparece apropiación de los procedimientos disponibles por parte de los profesionales de los CS con los otros niveles de atención, activados a partir del compromiso para coordinar el tratamiento en niños con patologías crónicas. Se realizan reuniones para orientar el proceso de atención en la red, una vez lograda la detección temprana, se inician las interconsultas correspondientes y el tratamiento oportuno.

3- Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica: se efectiviza la responsabilidad del 1er nivel de atención, asumiendo la derivación y obtención de turnos para estudios complementarios e interconsultas en el 2do nivel: Hospital de Niños Zona Norte; Hospital Dr. Víctor J. Vilela y CEMAR, aunque con tiempo prolongado de espera, hasta dos meses, según especialidades, pero con resolutivez vía informal en las urgencias. Los gestores intervienen para mejorar y coordinar la vinculación entre niveles de atención. En ocasiones, se presentan dificultades para lograr que los pacientes vuelvan con una contrarreferencia, que explicita una modalidad de

seguimiento consensuada y acordada entre los efectores, para la posterior atención del niño en el CS.

#### 4- El abordaje integral de la salud de los niños:

Implica un real trabajo interdisciplinario por parte del equipo, la valoración del contexto familiar y social de los niños de familias bajo adscripción, ante el seguimiento de casos problemáticos. Aunque en la HCF no se registra suficiente información socioeconómica que permita identificar las familias más vulnerables, se evidencia la existencia de vínculos de cercanía y confianza con la población del barrio. Ante barreras culturales, los profesionales deben cambiar sus estrategias de comunicación para el cumplimiento de las pautas de seguimiento de los niños. Se reúnen una vez a la semana siendo un espacio de puesta en común de las situaciones que trabaja todo el equipo de salud. Los gestores: intervienen en situaciones puntuales de niños con problemáticas sociales ante organismos intersectoriales.

Las conclusiones de las entrevistas a los gestores evidencian diferencias en la apreciación de la *integralidad*, expresadas respecto del proceso de atención infantil en los cuatro ítems:

1- La primacía de acciones de promoción y prevención se realiza a través de las inmunizaciones y control del recién nacido y de los lactantes, son las actividades que logran cobertura importante. Los Jefes de los CS describen aspectos de la organización específicos de cada CS, en cuanto a turnos y profesionales a cargo y la forma de trabajo en atención de niños bajo cobertura. Muestran el compromiso de dar respuestas a la demanda espontánea conjuntamente con los controles programados. Las consultas por "control sano" se cuantifican con su código de registro, aunque la información consolidada enviada a nivel central, no está disponible en tiempo y forma para monitorear las prácticas de la atención en el 1er nivel. Todas las actividades de promoción de la salud son planificadas y sistematizadas por los profesionales que integran cada el equipo de salud.

2- Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación: se destacan acciones intersectoriales para la promoción comunitaria en la salita de 2 y 3 años de los CCB N° 17 y 19, cercanos a los CS. Junto con el coordinador del distrito se acuerda la resolución de casos terapéuticos problemáticos, la optimización de las relaciones laborales y la distribución del personal según necesidades de la demanda. El Director de CS municipales actuaría como nexo del sector salud con otros sectores y organizaciones de Promoción Social del municipio.

3- En cuanto a Garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la atención, se observan diferencias entre los Jefes de CS y los gestores de nivel superior en cuanto al involucramiento. Los primeros hacen referencia a la tardanza en la

obtención de turnos para interconsultas. El coordinador de distrito y el Director de CS intervienen desde la gestión técnica para optimizar y coordinar la derivación al 2do nivel, lograr la territorialización de la referencia a los hospitales más cercanos al domicilio de las familias, buscando a través de la vinculación de los equipos y administrativos de los CS, con los profesionales y los administrativos de los hospitales, agilizar la obtención de los turnos.

4- Abordaje particular del niño: hacen referencia a intervenciones para la solución de problemáticas sociales de niños con organismos intersectoriales. Pero ante el seguimiento de algunos casos se desdibuja el papel de los gestores, no se encontraron respuestas acordes a su rol, considerando que son quienes debieran decidir, planificar, monitorear y evaluar cómo transcurre el proceso de atención infantil en el primer nivel.

En relación al 2do objetivo: la *aceptabilidad* de las madres respecto de la atención infantil de sus hijos/as de 0 a 4 años, atendidos en ambos CS: a partir de las necesidades satisfechas manifiestan conformidad en la atención para control sano. También ante la consulta por enfermedad de los niños/as, por la accesibilidad a los horarios.

Se observó buena respuesta en el seguimiento de control sano de sus hijos, en especial en el 1er año de vida, cumpliendo el calendario de vacunación y los estudios complementarios en cada etapa, aunque con discontinuidad en la concurrencia luego del 2do año de vida, consultan sólo en caso de enfermedad de los niños/as. Únicamente manifiestan inconvenientes por la demora en acceder a derivaciones para interconsultas con especialistas en el 2do nivel.

La percepción de la importancia del seguimiento del C y D es dispar, en su mayoría se asocia con el crecimiento físico, la vacunación y los malestares infantiles. Están satisfechas respecto a la comunicación con los profesionales del equipo, en referencia a conductas de responsabilidad materna en el cuidado de sus hijos. La mayoría de las madres entrevistadas desconocen las actividades de promoción y talleres ofrecidas por los CS.

Las madres entrevistadas, promedian los 23 años, con escolaridad hasta el 2do año del nivel medio. Tienen entre 2 y 3 hijos y recibían la Asignación Universal por Hijo (AUH) 13 de los 18 niños.

En cuanto al 3er objetivo, la posibilidad de establecer diferenciales en la apreciación de *integralidad*, expresadas por los actores (miembros del equipo y gestores) respecto del proceso de atención del control del niño sano, se observó la inquietud en los gestores en optimizar el funcionamiento de los CS en cuanto a los recursos humanos disponibles en cada uno; el suministro de vacunas; aspectos de la organización y frecuencia de otorgamiento de turnos programados de control sano y en

mejorar la coordinación para interconsultas o estudios, en trabajo conjunto con el segundo nivel de atención.

En cambio, por parte de los profesionales se reflejó diferente nivel de análisis del concepto de integralidad y su concreción, ante la preocupación de dar respuesta y contener la demanda espontánea, que consideran en ocasiones, pone en riesgo la ejecución de acciones de prevención y promoción de la salud. Tienen que negociar permanentemente entre la oferta propia del CS y las necesidades de la comunidad, dando cuenta de una enorme flexibilidad y grados de autonomía.

### **Resultados de la información obtenida de Historias Clínicas Familiares**

El proceso de trabajo es registrado por los profesionales en la HCF de los niños atendidos, que incluye los antecedentes perinatales, la aplicación de vacunas, las consultas realizadas, el registro de interconsultas y de estudios derivados y realizados. Completan también su registro en la misma, la fonoaudióloga, la psicóloga y la trabajadora social que trabajan en los CS en estudio.

Se comprobó en las HCF la medición de P; T; PC con sus percentiles correspondientes, pero en muy pocas se observó el llenado de los gráficos correspondientes a crecimiento de 0 a 6 años por parte de los médicos/as. No se completan los ítems en las fichas de desarrollo infantil, pero se consignan los logros alcanzados por los niños atendidos, con los siguientes términos: *“neuroológico acorde a su edad”*; *“psicomotricidad acorde”*; *“sonrisa social”*; *“camina solo”*, *“lenguaje acorde a su edad”*. Se escriben asimismo las recomendaciones hechas: *“Se indica pautas de alarma”*; *“Charlamos cómo estimularla a los 7 meses”*; *“Hablamos de accidentes domésticos, buena actitud materna”*. También apreciaciones sobre la actitud de las madres: *“Ausente al turno pedido”*; *“Pendiente vacunas”*; *“Mejor actitud alimentaria, muy contenida por su entorno”*; *“Se hablará con Trabajadora social para ayuda económica. Alerta de bajo peso”*.

No difiere la calidad de las anotaciones consignadas, realizadas tanto por médicos generalistas como por pediatras de ambos CS. Sólo se aprecian registros más minuciosos en algunos médicos generalistas.

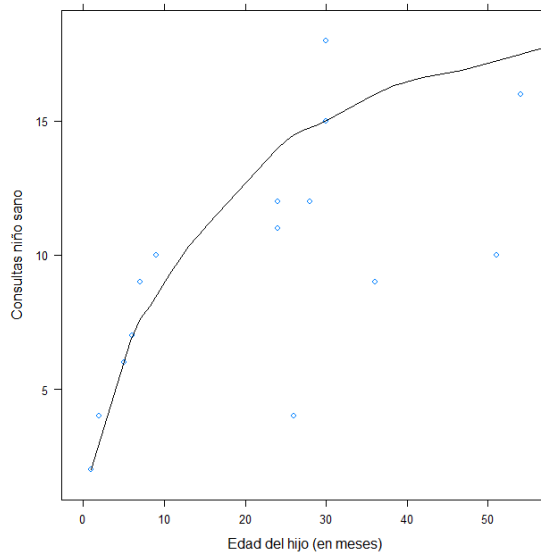
Todos los niños/as en estudio de 0 a 4 años y 11 meses (Gráfico N° 1) realizaron al menos dos controles antes de cumplir el primer mes de vida. Los bebés nacidos con bajo peso (6/18), cumplieron controles semanalmente, en el transcurso de este 1er mes. La continuidad registrada en las HC de los niños en ambos CS se cumple de la siguiente forma: durante el 1er año realizaron desde 4 controles a un máximo de 13 controles (lo deseable son 10 consultas). En los 11 niños mayores de 1 año, 6/11 cumplieron con los controles esperables para la edad, y en el resto 5/11 se comprueba

que, si bien concurrieron a menos de 6 consultas de control sano, consultaron periódicamente por enfermedad. De los 12 meses a los 24 meses, cumplen (4/11 niños) con los tres controles recomendados cada tres meses; con dos controles (4/11 niños), mientras que los tres restantes: uno realizó un control y en dos niños se registraron consultas sólo por enfermedad durante esta etapa.

- De los 2 a 3 años (corresponden dos controles): 4/5 niños tienen un control de niño sano.

- Después de los 3 y hasta los 4 años y 11 meses: no se consigna control de niño sano, las consultas registradas son sólo por enfermedad.

Gráfico N° 1: consultas de control sano por edad de los niños atendidos



En el Gráfico se muestra por un lado la línea teórica que relaciona la edad con el número de controles esperados según norma. Los puntos que expresan la relación entre edad y controles realizados, denotan un comportamiento diferencial, esto significa que el ajuste hasta los doce meses es casi exacto y, en la medida que aumenta la edad, se registra una dispersión importante con relación al cumplimiento de los controles. Aparecen 15 puntos distribuidos en el gráfico sobre un total de 18 niños en estudio, porque hay tres pares de niños con iguales valores, es decir la misma cantidad de controles. Se encontró que Ñ8 y Ñ13 tuvieron 7 controles; Ñ6 y Ñ11 con 10 controles y Ñ12 y Ñ18 con 13 controles sano realizados.

Fuente: elaboración propia en colaboración con Lic. en Estadística Franco Cometto

## Discusión

Una de las fragilidades detectadas es el sub-registro observado de la consulta de Control Sano en niños/as de 0 a 4 años en el soporte informático, por el cargado parcial por parte de los profesionales de los CS, al SISR (Sistema Informático de Salud Rosario), cuya información luego, migra al SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria). Si bien este sistema informático fue implementado en los CS, apenas un año antes de este trabajo de investigación, en el año 2012, el registro parcial representa una dificultad para construir información que evalúe la continuidad de la atención de niños/as en estudio. Además, permitiría el seguimiento longitudinal, y afianzar de un modo más concreto, la idea de población a cargo o adscritos a un profesional o equipo. Si bien en el SICAP, el código de la prestación de Control Sano existe, no hay seguimiento informático cuantificable de consultas por control de niños de 0 a 4 años en los CS seleccionados. Solamente se infiere el total de población infantil bajo cobertura de cada CS, a partir de los registros de vacunación, dándole a las inmunizaciones la mayor jerarquía como propuesta preventiva. Este sistema permite realizar un seguimiento del cumplimiento del calendario, ante el eventual cambio de CS para la atención infantil o pérdida del carné de vacunación.

La tarea de los gestores en APS es planificar mejoras en todo el proceso de atención, junto con la medición de su calidad y productividad, y en relación con los otros niveles de la red. Les cabe avanzar con una adecuada organización a partir de información estratégica que permita articular en forma más eficiente el 1er con el 2do nivel de atención, tanto para las interconsultas requeridas con los especialistas como el abordaje conjunto de pacientes complejos.

Los gestores reflexionan que citar a los niños todos los meses con controles de salud correctos registrados en la HC, con crecimiento y alimentación adecuada, en ocasiones, no logra el impacto esperado en la detección temprana de retraso de maduración, de habla y carencias de estimulación. Aquí, aparece probablemente la dificultad de la limitada visibilidad dentro de la consulta de Control Sano, de la problemática del desarrollo infantil, en cuanto a la forma de aplicación de su seguimiento periódico en los servicios de salud, a fin de contrarrestar los efectos negativos de la pobreza. Se comprueba que, en poblaciones infantiles de zonas desfavorables, a partir de los 18 meses aparece un retraso en el cumplimiento de las pruebas y que el mismo progresa ostensiblemente hacia los 4 años de edad. (Díaz, 2007, Lejarraga y otros, 2016).

Así mismo el desarrollo infantil debería recibir la atención prioritaria de los gobiernos, plasmada en leyes, políticas, programas y recursos (Bastidas-Acevedo, 2009; Lejarraga y otros, 2016).

## Conclusiones

El desafío de cambio sigue siendo la postura de centralidad en la atención de la enfermedad sobre la promoción de la salud, tanto para los profesionales como para las madres de niños/as, a pesar de la implementación de acciones preventivas.

La construcción de indicadores por problemas de salud/enfermedad de la población infantil que se atiende en los CS, implica repensar las prácticas en los profesionales comprometidos con la tarea, para lograr la adhesión a las acciones de protección y promoción del bienestar infantil y la construcción de responsabilidades conjuntas con las familias en el cuidado de los niños/as.

Por lo que es de destacar el valor que tiene el grado de familiaridad que prima en las modalidades vinculares de los usuarios con el equipo de salud y el sentido de apropiación que tienen estos vecinos/as respecto a ambos CS.

Es a partir del vínculo con la población, que se puede lograr la construcción del conocimiento en salud como instrumento para la apropiación colectiva. Esta tarea le compete a todo trabajador de la salud como sujeto ético-político.

## Reflexiones finales

La vigilancia o seguimiento a través del control de Niño Sano se constituye como una tecnología eficaz para resolver un problema de salud y, por lo tanto, surge como un derecho en términos de equidad cuyo efectivo ejercicio depende de la disponibilidad en términos de accesibilidad a ese recurso (Rovere 2006, p. 20). Su aplicación incompleta o sesgada generará daños evitables, detectados por actores concretos que defienden el derecho a la salud de los niños de contextos vulnerables que son atendidos en los CS.

En este trabajo, que recorrió un camino de continua crítica y replanteo de la información relevada, se reconocen las limitaciones de los intentos realizados, buscando una posible lectura siempre provisoria, sobre el proceso de la atención infantil en un contexto determinado.

## Referencias bibliográficas

- ARONNA, A y LUPPI, I. (2006). "Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica". *Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Municipal*. Vol. 7(1 y 2). Rosario. pp 1-15.
- BASTIDAS-ACEVEDO, M. y otros (2009). "La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso para su cualificación". *Ciencia y Saúde Coletiva*. Vol 14 N° 5. Rio de Janeiro. pp 1-12. Disponible en [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- CONNILL, E. M. (2004). "Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde", *Cad. Saúde Pública*, Vol. 20(5). Rio de Janeiro. pp 1-7. Disponible en [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- DÍAZ, A. (2007). "Estado nutricional y desarrollo de la infancia en situación de pobreza" Cap. 7, en Colombo, J. (editor): *Pobreza y Desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*, Paidós, Buenos Aires. Pp 161-183.
- DONABEDIAN, A. (1990). "Los siete pilares de la calidad", en *Arch Pathol Lab Med*.
- LEJARRAGA, H, KRUPITZKY, S y colab. (1996). *Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años*, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Garrahan, Nestlé Argentina, Bs As. pp 7-54.
- LEJARRAGA, H; MENÉNDEZ, A. y otros (2008). "PRUNAPE: pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención". *Arch Argent Pediatr*; 106(2): pp119-125.
- LEJARRAGA, H., KELMANSKY, D. y otros (2016). "Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud". *Arch Argent Pediatr*; Vol 114 N°1, pp 23-29.
- Municipalidad de Rosario. Secretaria de Salud. Sistema Municipal de Epidemiología (2006). "Elaboración de indicadores complejos: Un proyecto de trabajo colectivo en el Distrito Noroeste", Rosario. 1-5. Disponible en [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)
- Municipalidad de Rosario. Secretaria de Salud. (2012). *Informe Colegiado de APS*, Dirección de Bioestadística, Rosario.
- Municipalidad de Rosario. *Modelo de Gestión en Salud*. En [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar). Fecha de acceso 28/08/13.
- ROVERE, M. (2006). "Redes en el Marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud", en *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. 2da edición ampliada. Editorial El Ágora: Córdoba. pp 15-28.

- SCHLEMONSON, S. y otros. (2011). *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires. pp 9-28.
- SGUASSERO, Y., CARROLI, B., DUARTE, M. y REDONDO, N. (2007) "Nuevos estándares de crecimiento de la OMS para niños de 0 a 5 años: su validación clínica en Centros de Salud de Rosario, Argentina". *Arch. Argent. Pediatr* ;105 (1). Buenos Aires. pp 38-42.
- VICTORA, C. (2013) "Nutrición materno infantil" Serie The Lancet, presentación en *Semana de la Inclusión Social. Primero la infancia*. Lima, Perú, octubre de 2013. Disponible en [www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutricion](http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutricion)
- VILLARREAL, S. (2018). *El proceso de atención de la salud infantil, en especial el control del niño sano, desde la perspectiva de los equipos de salud, gestores y población, según integralidad y aceptabilidad de la atención en dos centros de salud municipales de la ciudad de Rosario*. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario. <https://rephip.unr.edu.ar>

# En busca de respuestas integrales a la tuberculosis: el proceso de atención-cuidado en un hospital de agudos durante la pandemia por COVID-19.

## *In Search of Comprehensive Responses to Tuberculosis: The Care Process in an Acute General Hospital During the COVID-19 Pandemic*

**Mg. Rocío Nahir Barrios**

Hospital General de Agudos A. Zubizarreta

### Resumen

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública estrechamente ligado a condiciones de pobreza que requiere de abordajes adaptados a las diferentes necesidades de las personas afectadas. La dinámica de los servicios de salud y de la sociedad en su conjunto fue alterada súbitamente por la pandemia por COVID-19. Este artículo tuvo por objetivo explorar el proceso de atención-cuidado de la TB e identificar intervenciones integrales en un hospital general de agudos de la en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período 2019-2020, desde la perspectiva del personal de salud involucrado. Se realizaron 14 entrevistas en profundidad. Desde la perspectiva de los profesionales, el proceso de atención-cuidado se relaciona a intervenciones disciplinares mayormente biomédicas, limitando el abordaje integral a algunos casos cuando se convoca a disciplinas que intervienen en los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad. La reestructuración del hospital durante la pandemia acotó más la respuesta a la TB y a otras necesidades de salud. El fortalecimiento del trabajo interdisciplinario que incluya los aspectos psicosociales de la TB, la adecuación de intervenciones disciplinares y la generación de redes de trabajo entre diferentes organizaciones surgieron como oportunidades de un abordaje integral en este contexto.

### Abstract

Tuberculosis (TB) is a public health problem closely linked to poverty conditions, requiring approaches tailored to the diverse needs of affected individuals. The dynamics of health services and society as a whole were suddenly disrupted by the COVID-19 pandemic. This study aimed to explore the TB care process and identify comprehensive interventions in a general acute care hospital in the Autonomous City of Buenos Aires during the 2019-2020 period from the perspective of the involved healthcare personnel. Fourteen in-depth interviews were conducted. From the professionals' perspective, the TB care process is mainly associated with biomedical interventions, limiting a comprehensive approach to specific cases where disciplines addressing the psychological and social aspects of the disease are involved. The hospital restructuring during the pandemic further constrained the response to TB and other health needs. Strengthening interdisciplinary work that includes TB's psychosocial aspects, adapting disciplinary interventions, and fostering networks between different organizations emerged as opportunities for a comprehensive approach in this context.

### Palabras clave

Tuberculosis - Modelos de Atención de Salud

### Keywords

Tuberculosis - Health Care Models

## Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que persiste en el mundo a través de una distribución desigual e inequitativa (Organización Mundial de la Salud, 2023). En la mayoría de las grandes ciudades de Latinoamérica es un problema importante de salud pública asociado a condiciones de vida relacionadas a la pobreza (Santos y otros, 2007; Bossio y otros, 2012; Munayco y otros, 2015; Pereira y otros, 2018; Hilal y otros, 2019; De Paiva y otros, 2022), deficientes condiciones sanitarias y nutricionales que limitan la respuesta inmune en un contexto de alta probabilidad de infección (Lonnroth y otros, 2009; Creswell y otros, 2011). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde la carga de enfermedad supera al promedio nacional, las mayores tasas de TB se sitúan en barrios informales atravesados por procesos históricos de vulneración de derechos sociales (Ministerio de Salud de CABA, 2020 y 2023; Barrios y otros, 2021). En 2022, las proporciones de pobreza no indigente, indigencia y hacinamiento en estos barrios fueron de 43,5 %, 32,9 % y 30 %, respectivamente, mientras que para el total de la población de la CABA las cifras fueron de 13,2 %, 4,7 % y 2 % (Ministerio de desarrollo humano y hábitat, 2022).

La pandemia de COVID-19 puede entenderse como un fenómeno social, político, económico y sanitario que atravesó la dinámica de los sistemas de salud, pero también de toda la sociedad en su conjunto (Organización Mundial de la Salud, 2021). En CABA, durante el primer semestre de 2020, los recursos sanitarios se orientaron masivamente a la emergencia sanitaria (Ministerio de Salud de CABA, 2021), mientras que los niveles de pobreza de la población aumentaron, principalmente a expensas del incremento de la indigencia (Ministerio de desarrollo humano y hábitat, 2022). Esta situación se profundizó en barrios informales tras la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) (Greco & Vitale, 2021). En relación con el control de la TB, este periodo se caracterizó por un importante descenso en la tasa de notificación durante el inicio de la pandemia, respecto al año precedente, pasando de 37,4 a 35,6 cada 100.000 habitantes, con un posterior incremento en 2021 a 36,8 sugiriendo una recuperación de casos luego de la emergencia sanitaria (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, 2022, 2023).

Desde hace años, en la región se discute sobre la necesidad de incluir acciones programáticas que mejoren las condiciones de vida de las personas para lograr el control de la TB en la región (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Diversas experiencias de protección social demostraron un impacto favorable en los indicadores programáticos de la enfermedad (Torrens y otros, 2016; De Souza y otros,

2018; Chirico y otros, 2019; Klein y otros, 2019; Aragão y otros, 2021), lo que refuerza la importancia de un abordaje integral de la TB, basado en modelos de atención que articulen servicios de salud, programas gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Según Cecilio, un abordaje integral implica interpretar y responder de la mejor manera posible a las necesidades de salud de las personas, considerando sus determinantes sociales e históricos (2001). Este exige construir respuestas desde un enfoque bio-psico-social en base al diálogo entre diferentes sujetos, lo que representa un gran desafío para el cotidiano de los servicios de salud (Pinheiro & Luz, 2007).

El descenso de la tasa de notificación de TB durante la pandemia de COVID-19 plantea interrogantes sobre la sostenibilidad de un abordaje integral en un escenario dinámico, marcado por el desafío de dar respuesta a las demandas del sistema de salud y a crecientes necesidades sociales. En este contexto, resulta fundamental comprender cómo la reorganización del sistema de salud impactó en las actividades de control de la TB. Para ello, se llevó adelante un estudio de caso con el objetivo de explorar el proceso de atención-cuidado de la TB e identificar intervenciones integrales en el abordaje de la enfermedad en un hospital general de agudos de la CABA durante el período 2019-2020, desde la perspectiva del personal de salud. Se presentarán los resultados pertenecientes a la tesis de Maestría de Salud Pública, defendida en el año 2023 (Barrios, 2023).

## Material y métodos

Este estudio cualitativo se desprende de un proyecto de investigación que exploró las percepciones del personal de salud acerca del abordaje de la TB en el área programática del Hospital Fernández (HF). Dicha área, que incluye los barrios de Palermo, Recoleta y Retiro, presenta una distribución desigual de la TB, con alta concentración de casos en sus barrios informales (barrios Padre Mugica, General San Martín y Saldías) (Barrios y otros, 2021).

La irrupción de la pandemia por COVID-19 y la declaración de la emergencia sanitaria en la CABA en marzo de 2020 generó cambios drásticos en la estructura y funcionamiento del hospital con orientación de su fuerza de trabajo a los dispositivos hospitalarios para la “demanda COVID” (Ministerio de Salud de CABA, 2021). Al igual que en otros hospitales, en abril de 2020 se dispuso una unidad de febriles de urgencia (UFU) anexa al hospital para la atención exclusiva de esta patología.

La pandemia por COVID-19 funcionó como un analizador de coyuntura respecto a la identificación de intervenciones vinculadas a un abordaje integral de la enfermedad. De esta forma, el análisis del proceso de atención-cuidado de la TB en el HF contempló tres momentos: uno previo a la pandemia (diciembre/2019 a marzo/2020), uno de reorganización de los servicios de salud (abril/2020 a octubre/2020) y uno de recuperación inicial (noviembre/2020 a diciembre/ 2020).

Se asumió una perspectiva de investigación social, entendiendo al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un fenómeno capaz de propiciar diferentes representaciones en el personal de salud interviniente (Souza Minayo, 2009). Se realizó un muestreo intencional del personal de salud vinculado al proceso de atención-cuidado de la TB en el HF, identificado directamente en servicios involucrados y a través de la técnica de “bola de nieve”.

Se comenzó con dos entrevistas preliminares, de carácter abierto, en diciembre/2019, siguiendo un enfoque antropológico (Guber, 2005) para ajustar una guía de preguntas elaborada en base a una revisión bibliográfica. Las dimensiones iniciales incluyeron: trayectoria laboral, percepciones sobre la TB como problema de salud pública, características de las personas con TB y su entorno, y el proceso de atención-cuidado en el HF. Tras el inicio de la pandemia, se incorporó una nueva dimensión para explorar el impacto de la emergencia sanitaria en dicho proceso. El artículo focaliza en las dos últimas dimensiones que incluyen los siguientes ejes de análisis: servicios intervinientes en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con TB; obstáculos y facilitadores para una consulta oportuna; obstáculos y facilitadores para completar el tratamiento; intervenciones realizadas; fortalezas y debilidades para un abordaje integral.

Entre diciembre/2019 y diciembre/2020, se realizaron 12 entrevistas en profundidad, de una hora aproximada de duración, incluyendo a personal de salud de distintas disciplinas involucrado en la atención-cuidado de las personas con TB (Ver Tabla 1). Para el análisis, se codificó el material recolectado siguiendo las dimensiones temáticas definidas, elaborando una matriz de análisis cualitativo. Las categorías emergentes se construyeron en diálogo con el marco teórico y la bibliografía, según los principios de la teoría fundamentada (Jones, Manzelli & Pecheny, 2004). Los nombres de las personas entrevistadas fueron reemplazados por seudónimos con el propósito de resguardar su identidad y asegurar el carácter confidencial de los relatos.

Todas las personas contactadas fueron informadas sobre los objetivos del proyecto solicitando su participación a través de un consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del HF.

Tabla 1: Características sociodemográficas del personal de salud entrevistado. Hospital general de Agudos Juan A. Fernández (HF). Periodo 2019-2020. N: 14.

| ID-Nombre ficticio | Fecha de entrevista (mes/año) | Modalidad  | Edad (años) | Género* | Disciplina          | Servicio       | Dispositivo hospitalario de trabajo |
|--------------------|-------------------------------|------------|-------------|---------|---------------------|----------------|-------------------------------------|
| 1-Andrea           | 12/2019                       | Presencial | 47          | F       | Médica epidemióloga | Epidemiología  | Todos                               |
| 2-Manuel           | 12/2019                       | Presencial | 54          | M       | Médico clínico      | Clínica médica | Guardia                             |
| 3-Pedro            | 03/2020                       | Presencial | 60          | M       | Médico clínico      | Clínica médica | Internación                         |
| 4-Natalia          | 03/2020                       | Virtual    | 59          | F       | Bacterióloga        | Laboratorio    | Todos                               |
| 5-Hernán           | 05/2020                       | Presencial | 43          | M       | Trabajador social   | Trabajo social | Guardia                             |
| 6-Mariana          | 05/2020                       | Presencial | 61          | F       | Médica infectóloga  | Infectología   | Consultorios externos               |
| 7-Juliana          | 06/2020                       | Virtual    | 54          | F       | Farmacéutica        | Farmacia       | Todos                               |
| 8-Beatriz          | 07/2020                       | Presencial | 55          | F       | Trabajadora social  | Trabajo social | Consultorios externos               |
| 9-Ezequiel         | 07/2020                       | Presencial | 35          | M       | Médico neumólogo    | Neumonología   | Consultorios externos               |
| 10-Anibal          | 07/2020                       | Virtual    | 57          | M       | Médico neumólogo    | Neumonología   | Internación/guardia                 |
| 11-Inés            | 09/2020                       | Presencial | 31          | F       | Médica toxicóloga   | Toxicología    | Internación/guardia                 |
| 12-Susana          | 09/2020                       | Virtual    | 60          | F       | Médica toxicóloga   | Toxicología    | Consultorios externos               |
| 13-Florencia       | 10/2020                       | Virtual    | 37          | F       | Médica infectóloga  | Infectología   | Consultorios externos               |
| 14-Paula           | 12/2020                       | Presencial | 50          | F       | Médica epidemióloga | Epidemiología  | Todos                               |

\*F: Femenino cis. M: Masculino cis.

Fuente: elaboración propia en base a datos de entrevistas.

## El proceso de atención-cuidado de la TB antes de la pandemia: biomedicina, aspectos sociales e intervenciones fragmentadas

Desde la perspectiva del personal de salud, el proceso de atención-cuidado de las personas con TB en el HF ocurre a partir de intervenciones de distintos servicios de salud, compuestos por diversas disciplinas. Las intervenciones son desarrolladas dentro de dispositivos hospitalarios que las orientan hacia ciertas necesidades en salud de orden biológico, psicológico o social: guardia, internación o consultorios externos. Si bien la multidisciplina está presente, las disciplinas que intervienen de forma sistemática en el proceso de atención-cuidado de la TB pertenecen al campo de la biomedicina, dentro de una estructura institucional que jerarquiza intervenciones orientadas a aspectos biológicos de la enfermedad. De acuerdo con los relatos, servicios como neumología, infectología, microbiología y farmacia tienen un papel central en el abordaje de la enfermedad. La tecnología diagnóstica y la evaluación por especialistas se considera fundamental:

*Tenemos un servicio de infecto y de neutmo. Neumo tiene un consultorio con presión negativa, tenemos toda la protección (...) tenemos PCR [prueba de amplificación del ácido nucleico en tiempo real] que no la tienen en muchos lugares, después tenemos todas las drogas (...) Después tenemos tomografías, tenemos estudios invasivos como broncoscopia. (Ezequiel, médico neumólogo).*

De esta forma, las intervenciones suelen centrarse en el diagnóstico mediante la detección del bacilo en muestras biológicas o del daño que este provoca en el cuerpo, la aplicación de medidas de bioseguridad para evitar la transmisión de la infección y la provisión del tratamiento antibiótico.

*El que piensa más rápido en tuberculosis, es el servicio de Infectología (...) Creo que el ojo que tienen las dos bacteriólogas es fantástico (...) es uno de los puntos cardinales para un diagnóstico rápido, un tratamiento rápido (...) Hay un quirófano con presión negativa. La disponibilidad es un sólo día a la semana, pero bueno (...). (Pedro, médico clínico).*

Desde la perspectiva del personal de salud, se asocia a las personas afectadas por TB a una situación habitacional precaria, con hacinamiento y mala ventilación, en barrios informales, villas, asentamientos y hoteles. No obstante, las intervenciones sobre aspectos psico-sociales no se desarrollan de manera sistemática ni integral, quedando sujetas a la derivación o consulta directa de la persona afectada a servicios específicos como trabajo social, salud mental o toxicología. Los problemas sociales

son percibidos desde las disciplinas biomédicas como dificultades para el proceso de atención-cuidado de la TB.

Si ya tiene diagnóstico positivo, con baciloscopia positiva, se queda que aislamiento y se trata de dar de alta en la medida en que haya un medio continente (...) El problema siempre está en el medio social donde vive el paciente (...) Los pacientes con más problemas sociales son lo que nos bloquea las camas de aislamiento. (Pedro, médico clínico).

Algunas personas entrevistadas identifican perfiles de personas con TB que complejizan el abordaje: consumo problemático de sustancias, situación de calle, infección por VIH, tratamientos incompletos previos, condición migrante, mujeres transgénero en situación de vulneración de derechos o exclusión social. En otras entrevistas, estos perfiles se asocian con dificultades para acceder a turnos, asistir en horario de atención o tener continuidad en los tratamientos a nivel del hospital. Como expresa un trabajador social: *“Cuando no se siguió una rutina en toda su vida, de repente hay que seguirla por algo que no se eligió, que es transitar una enfermedad.”* La importancia de evitar la pérdida de oportunidades cuando estas personas logran acceder a uno de los dispositivos del hospital es destacada en varias entrevistas.

De acuerdo con lo referido por diferentes profesionales, las intervenciones disciplinares propias del proceso de atención-cuidado de la TB, ya sea las orientadas a aspectos biológicos como a psico-sociales, se ajustan al dispositivo hospitalario donde se encuentre la persona con TB. El personal de salud que trabaja en la guardia señala que se priorizan resultados de corto plazo, mientras que, quienes trabajan en consultorios externos, se orientan a resultados de mediano o largo plazo. De esta forma, una respuesta integral depende del dispositivo hospitalario al que la persona acceda. Los siguientes fragmentos ilustran estas diferencias con relación a personas con TB con hábitos de consumo problemático de sustancias y con problemáticas sociales:

*Si no es horario de admisión en consultorio externo, por guardia alguien te va a ver y por lo menos medicación por un día te van a dar (...) Pero muchas de estas cosas hay que seguirlas trabajando en el tiempo y tratar de sostener esa abstinencia o esa suspensión del consumo la mayor parte del tiempo posible. (Susana, médica toxicóloga).*

*En mi caso, yo me centro más que nada en lo que es la conducta respecto a la propia enfermedad. Trabajar sobre lo que es la concientización, no solo por la propia vida, sino por la vida de los terceros, digamos, creo que ese es nuestro lugar, por lo menos en la guardia (...). (Hernán, trabajador social).*

## Entre la emergencia y la incertidumbre: la reorganización del proceso de atención-cuidado de la TB en pandemia por COVID-19

Desde marzo de 2020, súbitamente se modificó la rutina de trabajo de las personas entrevistadas para desarrollar tareas exclusivamente destinada al COVID-19: atención inicial de personas con síntomas respiratorios en la UFU, hisopados u otros procedimientos diagnósticos, actividades de registro informático, atención de personas internadas en “salas COVID”, etc. El personal de salud entrevistado refiere a una interrupción en las intervenciones relacionadas a otras enfermedades, lo que señala la súbita modificación del proceso habitual de atención-cuidado de la TB. Llegando a utilizar, en algunos casos, canales informales para mantener un seguimiento y dar pautas de cuidado.

*Yo creo que al inicio de la pandemia es como que, nosotros tampoco sabíamos qué hacer, cómo seguir a los pacientes habituales que no solamente los de tuberculosis sino de otras patologías... pacientes me escribían por Facebook, por Instagram a preguntarme cómo hacía, después logramos establecer que seguíamos viendo a los pacientes y les indicábamos que vengan protegidos, alcohol, etc. (...). (Ezequiel, médico neumólogo).*

En varias entrevistas, el personal de salud alude a intervenciones orientadas a otras necesidades de salud que se hubieran desarrollado bajo “condiciones normales”: el control odontológico, la evaluación de patologías crónicas, como diabetes o la consulta a equipos de salud mental. Incluso comienza a hablarse de un antes y un después de la pandemia: “No ahora, pero pre-pandemia, en la admisión, en dos horas te había visto un médico toxicólogo, un psicólogo y un psiquiatra. Ahora el personal está distribuido en otras actividades”.

Durante la pandemia, las intervenciones también se orientaron más marcadamente a aspectos biológicos del COVID-19, con una postergación en el abordaje de necesidades psicológicas y sociales. En los siguientes fragmentos, se destaca que las condiciones de pobreza asociadas a la TB también se encuentran presentes en quienes consultan por COVID-19:

*Acá el hospital tiene el sesgo de que la mayoría tiene condiciones deficientes de vivienda, pero es un nexo común no solo a la tuberculosis sino también al resto de las patologías que vemos (...). Cuando empezó la pandemia teníamos, te diría que el 70% de los pacientes eran de la Villa 31 [Barrio Padre Mugica]. (Susana, médica toxicóloga).*

*Poblaciones vulnerables en todo sentido, desde la población trans, población que vive en condiciones de hacinamiento. Nosotros tenemos como área programática el Barrio 31 [Barrio Padre Mugica], que ya de por sí es un tema con el tema del COVID digamos, y es un tema también el dengue. (Florenia, médica infectóloga).*

En varias entrevistas, los profesionales señalan que el *miedo* a enfermarse por COVID-19 de las personas con TB determinaba la interrupción o “abandono” de los tratamientos. Esto se menciona especialmente en aquellas entrevistas realizadas durante las primeras semanas del ASPO:

*Aquellos que están en tratamiento, que están bien, piensan que el riesgo de venir acá y contagiarse COVID es mayor al riesgo de suspender o abandonar el tratamiento, porque en teoría ya están bien. (Mariana, médica infectóloga)*

*Lo que no tenemos son las cifras de abandono. Lo veremos de acá a unos meses cuando también pase un poco la carga de trabajo para todos y podamos dedicarnos a esto, pero el abandono de tuberculosis va a ser igual que cualquier otra enfermedad, que uno ya lo está viendo ¿no? (Aníbal, médico neumólogo).*

Pasados los primeros meses de la pandemia por COVID-19, progresivamente el personal de salud señala la posibilidad de retomar las actividades de atención-cuidado de la TB. Al indagar en ese momento sobre el impacto de la pandemia en la TB aluden a la imposibilidad en el acceso de todas “*las otras patologías que no son COVID*” por el jaqueo del sistema de salud en pos de la respuesta al COVID-19.

*[La pandemia] empeoró mucho lo que es la parte de llegar al hospital, por lo que no era COVID. O sea, todas las patologías que no eran COVID (...) cuando querían concurrir, no podían porque el sistema de salud estaba destinado solo a COVID. (Florenia, médica infectóloga).*

En el fragmento siguiente, la profesional destaca la llegada tardía de reportes o notificaciones epidemiológicas desde el Ministerio de Salud de CABA para llevar a cabo acciones de prevención y control a partir de la detección de casos de TB:

*A partir de octubre me empezaron a llegar reportes de tuberculosis que habían sido notificadas en enero 2020 y ahora estoy llena de reportes nuevos y más antiguos, por eso digo que fue un sesgo, fue como que... evidentemente los recursos estuvieron enfocados mucho en COVID y se siguió recortando tuberculosis. (Paula, médica epidemióloga).*

Lo anterior señala una jerarquización del COVID-19 en distintos niveles del sistema de salud durante los primeros meses de la pandemia, planteando la dificultad de sostener, no solo el proceso de atención-cuidado de la TB como ocurría previamente a la pandemia, sino también de desarrollar intervenciones integrales que involucren a otros ámbitos implicados en el control de la TB: otros servicios de salud, programas gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

## Hacia la recuperación: oportunidades para un abordaje integral en el escenario pospandemia

Durante los últimos meses del trabajo de campo, si bien el personal de salud entrevistado señaló gran incertidumbre respecto al provenir, también pronosticó un empeoramiento de la situación económica general. En los siguientes fragmentos se indica cómo históricamente las crisis económicas han propiciado las condiciones para que determinadas poblaciones enfermen por TB.

*Al menos en este país, cada vez que hubo una crisis social, la tuberculosis sufrió una re-emergencia considerable. Más que nada porque tiene que ver con lo que se llama "la enfermedad de los pobres" ¿no? Hacinamiento, mala alimentación, falta de higiene. Y cuando hay crisis sociales o crisis económicas, casi naturalmente se va a dar una re-emergencia de este tipo de problemáticas. (Hernán, trabajador social).*

*Para la tuberculosis que está asociada a lo económico, la pandemia económicamente, al país tampoco le jugó a favor... al mundo ¿no? creo que va a ser negativo por muchos lados. (Florencia, médica infectóloga)*

Diferentes profesionales señalan intervenciones que dan cuenta de la incorporación de la dimensión psicológica o social de la TB, es decir, de necesidades en salud en un sentido amplio, logrando una mayor integralidad en el abordaje de la enfermedad. Tal es el caso de la atención por consultorios externos sin turno o "a demanda" implementada por los servicios de neumología e infectología.

*Nosotros a los pacientes de tuberculosis son los únicos pacientes a los que no les pedimos que saquen turno. Ellos vienen directo. (Ezequiel, médico neumólogo).*

*Sigo teniendo la modalidad demanda espontánea, las secretarías ya saben que si viene una chica trans que quiere empezar ya o es la primera vez que viene al hospital, yo ya la veo (...)(Florencia, médica infectóloga).*

Se indica que la articulación con otros ámbitos implicados en el control de la TB es necesaria para garantizar respuestas integrales, por lo que diferentes profesionales señalan la importancia de la derivación de las personas con TB a servicios de salud cercanos a su domicilio, es decir, más accesibles.

*Se debería implementar atención primaria y descentralizar para también facilitarle un poco las cosas a la gente ¿no? A mí se me ocurre que si yo tengo que tomar tres colectivos para irme a un lugar y podría resolverlo caminando cinco cuadras, y probablemente trataré de resolverlo caminando cinco cuadras, no lo sé. (Mariana, médica infectóloga).*

*Sigo pensando que no es una buena idea que le paciente se atienda exclusivamente a nivel intrahospitalario, tendría que estar más descentralizado y tendría que ser más abordado desde un lugar próximo a su domicilio, por ejemplo, un Centro de Salud (...)* (Andrea, médica epidemióloga).

En respuesta a dicha necesidad, la profesional de epidemiología sugiere que ha habido una evolución importante en la articulación de los servicios de salud del HF con los centros de salud del primer nivel de atención en el último tiempo, particularmente en relación con la continuidad en los controles médicos.

*Esto antes era impensado, eso, atender en los centros de salud, hace como algo tan reciente como un año que recién se está empezando a proveer a los centros de salud de medicación para la tuberculosis (...).* (Andrea, médica epidemióloga).

Finalmente, en distintas entrevistas el personal de salud señala a la incorporación de pares de organizaciones de la sociedad civil al proceso de atención-cuidado como una articulación entre los servicios de salud que facilita la llegada a la consulta o el cumplimiento del tratamiento de personas con TB pertenecientes a grupos sociales con más dificultades psico-sociales para hacerlo.

*Para mí, lo que más nos sirvió es lo de la promotora par, sin duda tiene que haber una promotora par que facilite el ingreso al hospital (...). Eso me parece que, por lo menos para esta población [personas transgénero], es importante salir a buscarla y nosotros crear el enlace.* (Florencia, médica infectóloga).

Reconocen la potencialidad de dicha incorporación para responder a aspectos económicos, laborales o habitacionales de las personas afectadas por la enfermedad. Esta respuesta a la “cuestión social” es ponderada por algunas disciplinas por ser complementaria a la que la propia institución puede ofrecer, a través del trabajo social, en personas transgénero, personas con consumo problemático de sustancias o personas en situación de calle.

*De población trans, con ATTTA [Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina] es con el que mayor vínculo tenemos. Tienen también un proyecto que se llama «Transvivir», que lo han replicado en diferentes hospitales. Son un grupo de chicas trans que ayudan a las que están internadas, con el material de higiene, con trámites para reinsertarse en dónde estaban viviendo.* (Florencia, médica infectóloga)

*Hay, en la Villa 31 [barrio Padre Mugica], una asociación que es de ayuda a los pacientes consumidores de paco (...). Tienen su red, incluso exconsumidores, que ayudan a los consumidores, que son pacientes que capaz que tienen no solo HIV sino también tuberculosis, a que tomen la medicación y permiten la entrada a esos lugares que son un poco cerrados (...). Nos hablamos por Whatsapp y me pasa los pacientes e inmediatamente le paso los informes.* (Pedro, médico clínico)

## Discusión

Este trabajo explora el proceso de atención-cuidado de la TB e identifica intervenciones integrales desde la perspectiva del personal de salud de un hospital general de agudos de la CABA, en un momento previo y posterior a la pandemia por COVID-19. Dicho proceso es llevado a cabo mayormente por disciplinas que enmarcan sus intervenciones en un modelo de atención biomédico (Menéndez, 1990). El padecimiento es considerado como un desperfecto biológico cuya resolución requiere del consumo de tecnologías sanitarias y altos niveles de especialización médica. Es decir, un modelo de atención organizado más en base a los procedimientos que la institución es capaz de ofrecer que en las necesidades de las personas (Merhy, 1998). Si bien las problemáticas sociales de las personas con TB son reconocidas por el personal de salud, la dimensión psico-social de la enfermedad no se ha incorporado sistemáticamente en el proceso de atención-cuidado. Esto puede restringir la adecuación necesaria para que la población afectada pueda acceder a los servicios de salud y sostener la continuidad del tratamiento de la TB.

Las entrevistas señalan que cuando el abordaje de las problemáticas psico-sociales es jerarquizado desde una perspectiva biomédica se da una respuesta individual a una problemática colectiva. En Argentina, la bibliografía sobre integralidad en la atención-cuidado de la TB en los servicios de salud proviene principalmente de la disciplina de trabajo social (Domínguez, 2012; Castilla & Ferrari Mango, 2015; López, 2020). Esta considera a las personas con TB como emergentes de condiciones sociales sobre las que puede intervenir, dando centralidad a sus necesidades de índole familiar, social y laboral. Utiliza recursos que dependen, en gran medida, de una articulación eficaz con programas de protección social, pero también con organizaciones barriales o de la sociedad civil. De esta forma, en el marco de un sistema de salud que perpetúa desigualdades en el acceso a derechos, la disciplina asume un “rol mediador”, entre la atención biomédica y demás disciplinas, que permite un proceso de construcción de ciudadanía (López, 2020).

La pandemia por COVID-19 constituye, dentro de este estudio, un importante eje para el análisis de respuestas integrales a la TB. Al igual que en otros estudios a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación 2021; Lagrutta y otros, 2021), las entrevistas dan cuenta de cómo la respuesta a la pandemia se orientó a la asistencia de ciertas patologías en detrimento de otras. Las barreras de acceso a servicios sanitarios descriptas habitualmente para las personas con TB se profundizaron en este periodo e incrementó las desigualdades sociales durante el ASPO (Pereira y otros, 2020). En

las entrevistas se señala como un emergente la reticencia de las personas con TB a concurrir al hospital por miedo al COVID-19.

Pinheiro indica que a nivel institucional la integralidad puede analizarse en dos planos: uno individual y otro sistémico (Pinheiro, 2001). En el plano individual, la integralidad funciona como una guía de la práctica profesional para evitar su “burocratización”, en este estudio, por ejemplo, la no demanda de turno a personas con TB. En el plano sistémico, la integralidad se manifiesta a través de la continua organización de redes de trabajo para cubrir nuevas necesidades en salud, en este estudio, puede corresponder al diálogo entre servicios de salud con organizaciones de la sociedad civil para facilitar mecanismos de protección social para personas con TB. Dichas redes podrían facilitar la concurrencia a centros de salud cercanos a donde las personas residen, aspecto clave para un abordaje integral (Cecilio & Merhy, 2003). El predominio de una lógica centrada en el hospital señala la importancia de fortalecer el diálogo entre instituciones, con énfasis en la potencialidad del componente territorial de los centros del primer nivel de atención.

## Reflexiones finales

Esta investigación desarrollada en un ámbito hospitalario durante un momento tan crítico como la pandemia por COVID-19, brinda una oportunidad única para explorar el impacto de la emergencia sanitaria en el control de la TB, desde la perspectiva del personal de salud, así como ciertas oportunidades de abordaje integral de la enfermedad. Se reconoce el desafío que implica el predominio de una perspectiva biomédica en la atención, en detrimento de intervenciones que aborden otras necesidades. Al interpretar los resultados de esta investigación, es importante considerar que la mayoría de las entrevistas se realizaron a profesionales médicos. Ello podría justificar el predominio de la perspectiva biomédica en el material obtenido, pudiendo no verse reflejadas las intervenciones integrales propias de otras disciplinas, como la psicología. Considerando a la TB como un problema de salud colectiva, el trabajo multidisciplinario que incorpore una mirada biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, la adecuación de intervenciones disciplinares tendientes a dar respuestas a necesidades de salud más amplias y articulación entre diferentes instituciones u organizaciones surgen como oportunidades de un abordaje integral en este contexto.

## Referencias bibliográficas

- ARAGÃO, FBA, et al. (2021). Impact of social protection programs on adults diagnosed with Tuberculosis: systematic review. *Rev Bras Enferm.* 74(3): e20190906. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/d3RQxMy8jZCxBqXQYJnBFHb/?lang=en>
- BARRIOS, R.N., et al. (2021). Situación de la tuberculosis en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, 2017-2019. *Revista Argentina de Salud Pública.* 13:271-280. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/651>
- BARRIOS, R.N. (2023) *Tuberculosis en grandes conglomerados urbanos: modelos de atención cuidado en un hospital general de agudos en el marco de la atención primaria de la salud de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2019 - 2020.* [ Tesis de Maestría en Salud Pública ], Universidad Nacional de Rosario) en: <https://rephip.unr.edu.ar/items/aedd5739-658d-45e4-9738-5cb0fd5fd3bc>
- BOSSIO, J.C., ARIAS, S.J., FERNÁNDEZ, H.R. (2012). Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud Colectiva.* 8(1): 77-91. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/248/237>
- CASTILLA, M.V., FERRARI MANGO, C. (2015). Tuberculosis y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina. *Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales.* 18 (3):36-49. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/69717>
- CECILIO, L.C., MERHY, E.E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. En: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (197-210). Río de Janeiro, IMS/ABRASCO. Disponible en: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>
- CECILIO, L.C. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. En: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (113-126). Río de Janeiro, IMS/ABRASCO. Disponible en: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>
- CHIRICO, C., IANNIZZOTTO, A., TELLES, H., VALIENTE, J., ROJAS, S., ETCHAVARRIA, M. (2019). El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis. *Salud (i) Ciencia.* 23(3):1-10. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/159135>
- CRESWELL, J., JARAMILLO, E., LONNROTH, K., WEIL, D., RAVIGLIONE, M. (2011). Tuberculosis and poverty: what is being done. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* 15(4):431-432. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21396198/>

- DE PAIVA, J.P.S., *et al.* (2022). Time trend, social vulnerability, and identification of risk areas for tuberculosis in Brazil: An ecological study. *PLoS ONE* 17(1): e0247894. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247894>
- DE SOUZA, R.A., *et al.* (2018). Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. *Int J Tuberc Lung Dis.* 22(11):1300-1306. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355409/>
- DOMÍNGUEZ, C. (2012). Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales.* 67:1-12. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen67/dominguez.pdf>
- GRECO, G., VITALE, P. (2021). *La pandemia en la villa 31. Respuestas estatales y comunitarias a la crisis sanitaria en el Barrio Mágica. Programa de derecho a la ciudad* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Informe-La-pandemia-en-la-villa-31.pdf>
- GUBER, R. (2005). *El salvaje metropolitano.* Instituto de Derechos Humanos - UNLP.
- HILAL, F.A., HERRERO, M.B., MACIEL, E.M.G.S., BRAGA, J.U. (2019). Social determinants of pulmonary tuberculosis in Argentina. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 22: e190003. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30892466/>
- JONES, D., MANZELLI, H., PECHENY, M. (2004). Grounded Theory Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología en Ciencias Sociales.* 19:38-54. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/19/manzelli.html>
- KLEIN, K., BERNACHEA, M.P., IRRIBARREN, S., GIBBONS, L., CHIRICO, C., RUBINSTEIN, F. (2019). Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. *PLoS Med.* 16(4): e1002788. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039158/>
- LAGRUTTA, L., *et al.* (2021). La Unidad Febril de Urgencias del Hospital Muñiz frente a COVID-19, HIV y tuberculosis. *Medicina* (Buenos Aires). 81(2):143-148. Disponible en: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802021000200143&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802021000200143&script=sci_abstract)
- LONNROTH, K., JARAMILLO, E., WILLIAMS, B.G., DYE, C., RAVIGLIONE, M. (2009). Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Social Sciences & Medicine.* 68(12):2240-224. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19394122/>
- LÓPEZ, C.E. (2020). Reflexiones sobre la Intervención profesional del Trabajo Social en torno a la temática de Tuberculosis. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales.* 96:1-11. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen96/Lopez-96.pdf>

- MENÉNDEZ, E.L. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Distrito Federal, México: Alianza Editorial.
- MERHY, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campos CR compilador. En: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/33023409\\_A\\_perda\\_da\\_dimensao\\_cuidadora\\_na\\_producao\\_da\\_saude\\_uma\\_discussao\\_do\\_modelo\\_assistencial\\_e\\_da\\_intervencao\\_no\\_seu\\_modos\\_de\\_trabalhar\\_a\\_assistencia](https://www.researchgate.net/publication/33023409_A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude_uma_discussao_do_modelo_assistencial_e_da_intervencao_no_seu_modos_de_trabalhar_a_assistencia)
- Ministerio de desarrollo humano y hábitat. Observatorio de desarrollo humano. (2022). *Evolución de los principales indicadores sociales desde una perspectiva multidimensional. Segundo trimestre de 2022* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Monitor%20do%20Trim%202022.pdf>
- Ministerio de Salud de CABA. (2020). *Boletín Epidemiológico Semanal N°205, Año VI* [Internet]. [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/servicios-de-salud/epidemiologia/boletines-periodicos>
- (2021). *Políticas Públicas COVID-19* [Internet] 2021 [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/servicios-de-salud/epidemiologia/boletines-periodicos>
- (2023). *Boletín Epidemiológico Semanal N°365, Año VIII* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2023>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°4. Año IV* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/salud/recursos>
- (2022). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°5. Año V* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/salud/recursos>
- (2023). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°6. Año VI* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/salud/recursos>
- MUNAYCO, C.V., MÚJICA, O.J., LEÓN, F.X., DEL GRANADO, M., ESPINAL, M.A. (2015). Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(3):177-85. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10071>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *WHO COVID-19 Strategic preparedness and response plan: Operational planning guideline* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategic-preparedness-and-response-plan-operational-planning-guideline>
- (2023). *Global tuberculosis report 2023*. Geneva: WHO.

- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas* [Internet] [citado 07 feb 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33988>
- PEREIRA, A.M., BARRIOS, R.N., KOUFIOS, A., MARCUZZO, A., ARANDA, M.J. (2020). Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. 10(20):151-164. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8341>
- PEREIRA, A.G.L., et al. (2018). Análise espacial de casos de tuberculose e associação com fatores socioeconômicos: uma experiência no município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*. 26(2):203-210. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WKzJTCK6jSk9ZkwDS5M6x6K/>
- PINHEIRO, R. (2001). Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. Pinheiro, R., Mattos, R.A., organizadores. En: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (43-67). Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Disponible en: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>
- PINHEIRO, R., LUZ, M.T. (2007). Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. En: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (9-36). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ-CEPESC-ABRASCO. 4. ed. Disponible en: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>
- SANTOS, M.L.S.G., et al. (2007). Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis. *Rev Latino-am Enfermagem* (15). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vSFQGFfKSjzdx74qgWSkct/?lang=es&format=pdf>
- SOUZA MINAYO, M.C.E. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Primera edición, Buenos Aires: Lugar editorial.
- TORRENS, A.W., et al. (2016). Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 110(3):199-206. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6078175/>

# Análisis de impacto y de costo-efectividad de tres estrategias de búsqueda de casos de Tuberculosis en la ciudad de Santa Fe, en el período de un año

## *Impact and cost-effectiveness analysis of three Tuberculosis case-finding strategies in Santa Fe city over a one-year period*

**Mg. Gabriela Nilva**

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. E. Coni”.

### Resumen

En un contexto nacional de aumento de casos de Tuberculosis pulmonar (TBp) y una desigual distribución, se evaluó el impacto y costo-efectividad de las estrategias de búsqueda de casos resultantes de sumar la Investigación de Contactos en el Hogar (ICH) y la Búsqueda Activa de Casos (BAC) en la comunidad, a la habitual Búsqueda Pasiva de Casos (BPC) utilizada en el marco del Programa Nacional de TB.

El estudio se realizó en la ciudad de Santa Fe, durante un año, en población de 15 años y más. Se usaron datos de encuestas y de sistemas de registro y vigilancia, indicadores de gestión, epidemiológicos y de costo-efectividad, y un modelo analítico de árbol de decisiones para comparar las tres estrategias.

Tanto el porcentaje de sintomáticos respiratorios evaluados, como el número de muestras de esputo tomadas para el diagnóstico, estuvieron por debajo de los valores esperados. Se confirmó un aumento de la incidencia de casos de TBp en el tiempo, independientemente de la estrategia aplicada.

El número de casos anual captados por BPC fue de 55 a un costo medio de USD 2625,62/caso. El beneficio adicional de sumar la ICH (BPC + ICH) fue de 4 casos, a un costo de USD 9518,62/caso adicional detectado. Sumar la BAC (BPC + ICH + BAC) no produjo beneficio adicional (en casos), y tuvo un costo adicional de USD 139,26.

Según el umbral de decisión adoptado, las estrategias de BPC y BPC+ICH clasificaron como muy costo-efectivas, mientras que la BPC+ICH+BAC resultó igual de efectiva y más costosa.

### Palabras clave

tuberculosis, evaluación, impacto, costo-efectividad

### Abstract

In a national context of increasing pulmonary Tuberculosis (pTB) cases and an unequal distribution, this study evaluated the impact and cost-effectiveness of case-finding strategies resulting from adding Household Contact Investigation (HCI) and community-based Active Case Finding (ACF) to the usual Passive Case Finding (PCF) implemented under the National TB Program.

The study was conducted in Santa Fe city, over one year, among individuals aged 15 years and older. It was grounded on data from surveys, registry and surveillance systems, management and epidemiological indicators, cost-effectiveness measures, and a decision tree analytical model to compare the three strategies.

Both the percentage of respiratory symptomatic individuals evaluated and the number of sputum samples collected for diagnosis were below expected values. An increase in pTB incidence over time was confirmed, regardless of the applied strategy.

The annual number of cases detected by PCF was 55, at an average cost of USD 2,625.62/case. The additional benefit of adding HCI (PCF + HCI) was 4 extra cases, at a cost of USD 9,518.62/additional detected case. Adding ACF (PCF + HCI + ACF) produced no additional benefit (in terms of cases) and entailed an extra cost of USD 139.26.

According to the adopted decision threshold, PCF and PCF+HCI were classified as highly cost-effective, whereas PCF+HCI+ACF proved equally effective but more costly.

### Keywords

tuberculosis, evaluation, impact, cost-effectiveness

## Introducción

Esta publicación se desprende de la tesis de Maestría en Salud Pública “Análisis de impacto y de costo-efectividad de tres estrategias de búsqueda de casos de Tuberculosis en la ciudad de Santa Fe, en el período de un año” (Nilva, 2024) cuyos resultados se presentan a continuación.

La TB representa un problema de salud pública a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en estos últimos con un mayor índice de morbilidad y mortalidad (García-González, 2016). Argentina no es ajena a esta problemática, con una tasa de 23,3 casos por 100.000 habitantes en 2018, una tendencia al aumento de la notificación de casos nuevos en el último quinquenio y profundas brechas en la distribución hacia el interior de cada jurisdicción, deja en evidencia el largo camino que aún resta por recorrer para poner fin a esta epidemia (INER, 2019; OPS 2020).

En nuestro país, la detección de casos se basa fundamentalmente en la BPC, la cual, por sí sola, resulta insuficiente para detectar la carga sustancial de la TB no diagnosticada en la comunidad (Zerbini, 2013; WHO, 2015). La ICH se encuentra incorporada como otro componente de la estrategia de control de la TB en el marco del Programa Nacional de TB, si bien, su implementación efectiva en el terreno por parte de los servicios de salud, depende de múltiples y variados factores asociados a la realidad de cada lugar.

Comenzar a torcer esta curva epidemiológica requerirá, necesariamente, de una mejora en la captación y detección de casos para garantizar un diagnóstico temprano, un inicio oportuno del tratamiento y la interrupción de la transmisión comunitaria continua.

Implementada adecuadamente, la BAC de TB es reconocida cada vez más como una importante estrategia complementaria a la BPC en entornos de alta incidencia. En el corto-medio plazo ha demostrado mejorar la detección de casos. En el largo plazo, ha demostrado ser costo-efectiva debido a los beneficios potenciales de prevenir nuevos casos, acortar la duración de la morbilidad y minimizar el riesgo de muerte, además de aliviar las consecuencias económicas (Fox, 2011; Sekandi, 2015; WHO, 2015).

Idealmente, el sistema sanitario de un país debería aplicar todas las intervenciones que produjeran beneficios en la salud de la población a la que da cobertura, fuera cual fuera su costo. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias son reales y hacen de dicho escenario, uno tan irreal como utópico.

En este marco, y teniendo en cuenta los actuales componentes de la estrategia de control de la TB en nuestro país, el presente estudio se propuso analizar el efecto

y rendimiento de tres estrategias de búsqueda de casos de TB, en la ciudad de Santa Fe (Argentina): 1) BPC; 2) BPC + ICH; y 3) BPC + ICH + BAC.

La propuesta se realizó bajo la hipótesis de que complementar la BPC de TB con la ICH y/o la BAC en la comunidad, en una población de mediano-alto riesgo, puede tener un impacto positivo en indicadores que dan cuenta del control de la enfermedad y resultar costo-efectivo al aumentar la cantidad de casos detectados respecto a la práctica habitual de BPC.

## Métodos

El estudio consistió en una investigación evaluativa que incluyó dos tipos de análisis:

- *Análisis de efecto*: en términos del impacto en el control de la enfermedad de las tres estrategias de búsqueda de casos de TB pulmonar (TBp) mencionadas, en la ciudad de Santa Fe, en el periodo de un año.
- *Análisis de rendimiento*: en términos de costo-efectividad de las tres estrategias de búsqueda de casos mencionadas, en la ciudad de Santa Fe, en el periodo de un año.

La unidad de análisis consistió en individuos de ambos sexos, de 15 años y más (en lo sucesivo:  $\geq 15$  años), residentes de la ciudad de Santa Fe durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2018 y el 1 de mayo de 2019. Se incluyeron en el estudio a todos aquellos individuos que, cumpliendo con la definición de la unidad de análisis, formasen parte de alguno de los siguientes grupos:

- Grupo de BPC: Caso de TBp captado de forma pasiva en un efector de salud, notificado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).
- Grupo de ICH: Contacto íntimo de un caso índice (CI) de TBp confirmado que, consentimiento informado mediante, haya manifestado su voluntad de participar en el estudio.
- Grupo de BAC: Residente de una zona caliente o silenciosa que, consentimiento informado mediante, haya manifestado su voluntad de participar en el estudio.

Se excluyó a los individuos que no formaran parte de ninguno de los tres grupos anteriores y/o que no hayan manifestado su voluntad de participar.

Como fuentes secundarias de recolección de datos, se utilizaron bases poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), bases de notificación del SNVS, registros de rutina del Programa Provincial de Control de Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis de la Provincia de Santa Fe (en lo sucesivo: Programa de TB), reportes del Sistema de Centros de Atención Primaria (SICAP) de la Provincia de Santa Fe, registros del Departamento de Diagnóstico y Referencia del Instituto

Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni” y registros de rutina de los efectores de atención primaria de la salud.

Como fuentes primarias, se utilizaron cuestionarios semiestructurados diseñados especialmente para el estudio, que indagaron sobre variables sociodemográficas, síntomas sospechosos de TB, antecedentes familiares de TB, vacuna BCG, y tratamiento/quimioprofilaxis previa, factores de riesgo y contactos (en lo sucesivo: cuestionario 1A) y sobre los costos incurridos por el caso o contacto, y su/s acompañante/s, si correspondiese, las visitas médicas realizadas desde la sospecha hasta el diagnóstico (en lo sucesivo: cuestionario 1B).

Las estrategias de búsqueda de casos de TBp fueron:

- BPC: Vía iniciada por el paciente, en la que la persona con TB activa experimenta síntomas que reconoce como graves, busca atención y se presenta espontáneamente en un centro de salud; allí el personal evalúa mediante el adecuado algoritmo de diagnóstico si cumple los criterios de sospecha de TB (OMS, 2015; Ho, 2016).

- ICH: Conjunto de acciones de estudio de contactos de un CI diagnosticado, que apuntan a identificar personas expuestas al bacilo de la TB, diagnosticar y tratar oportunamente una TB activa o una infección tuberculosa latente, y recomponer la cadena de transmisión de la infección para identificar el caso fuente (Zerbini, 2013).

- BAC: Búsqueda intencionada de casos sospechosos de TB presentados en la comunidad y no consultados a un efector de salud (WHO, 2015; Fox, 2011) En este estudio se llevó a cabo a través de visitas domiciliarias en “zonas calientes” y “zonas silenciosas” de la ciudad, en las que tras la identificación, pregunta mediante, de un sintomático respiratorio (SR: tos y expectoración durante 15 días o más), se aplicó el cuestionario 1A y se tomaron muestras de esputo sobre la base de las Normas Técnicas (Zerbini, 2013), cuyo seguimiento estuvo a cargo del efector de salud de la zona. Ante un posible diagnóstico positivo de TB, se dispuso del cuestionario 1B.

Las zonas para la BAC fueron áreas con incidencia de TB moderada o alta (30-100 casos por 100.000 o más), según las categorías propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013).

Se clasificaron como zonas calientes a aquellas con mayor densidad de casos de TB, identificadas tras un análisis exploratorio del comportamiento espacial de los casos notificados al SNVS durante el trienio 2015-2017, representados con puntos de Kernel en radios de 0,5 km mediante el software QGIS 3.12. La tasa de incidencia se calculó a partir del número de casos nuevos notificados en 2015-2017 en dichas áreas y de las estimaciones poblacionales por radios censales reportadas por el INDEC (Censo 2010).

Se clasificaron como zonas silenciosas a aquellas donde no se notificaron casos de TB al SNVS durante 2015-2017 o cuyo número estuvo por debajo de lo esperado, según sus características sociodemográficas, valoradas mediante el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) reportado por el INDEC (Censo 2010). Sobre la base de la Ley de Tobler, la tasa de incidencia se estimó a partir del número de casos que se esperaría para el tamaño de la población de la zona silenciosa en cuestión, aplicando la proporción de casos nuevos de las zonas vecinas, y de estimaciones poblacionales por radios censales reportada por el INDEC (Censo 2010).

En lo que respecta a la selección de muestra para la BAC, el tamaño muestral de SR por zona se asumió con una proporción estimada de SR del 4 % (Darnaud, 2010; Cubides Munevar, 2018), un error esperado del 3%, una pérdida del 10 % y un intervalo de confianza del 95 %. La modalidad de muestreo se realizó sobre la base de la estrategia de monitoreo rápido de cobertura (cruzado) propuesto por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2008).

El análisis de efecto consistió en dos etapas:

**Primera Etapa:** Análisis descriptivo, transversal, mediante frecuencias relativas (porcentajes) y absolutas de la población de estudio, según estrategia de búsqueda, variables de interés y medición posible. Para el contraste de dos proporciones se empleó la prueba Z, con un nivel de significancia de 0,05. Análisis Exploratorio de Datos Espaciales (AEDE) a partir de los valores de los parámetros espaciales: distancia observada, distancia esperada, índice de vecinos más cercanos y z-score.

**Segunda Etapa:** Análisis del impacto en el control de la TB basado en dos grupos básicos de indicadores propuestos por la OMS (2013): indicadores de captación (incluidos dentro del grupo de indicadores de control de gestión del programa) (Tabla 1), e indicadores epidemiológicos (Tabla 2); seleccionados en base al alcance del estudio y de la disponibilidad de los datos a nivel local.

Tabla 1: Indicadores de captación (OMS, 2013)

| Indicadores de captación          |  |                           |  |  |
|-----------------------------------|--|---------------------------|--|--|
| Nombre del indicador              | Definición   | Meta (Resultado Esperado) | Cálculo  | Fuente de datos  |
| <b>SR identificados (SRid)</b>    | Porcentaje de SR usuarios del sector público de salud. | 4% [2-10%] <sup>a</sup>   | <i>Medida:</i> Porcentaje (numerador/denominador x 100%).<br><i>Numerador:</i> N° de usuarios del sector público de salud con síntomas respiratorios.<br><i>Denominador:</i> N° de usuarios del sector público de salud con, al menos, una atención por cualquier causa registrada en el periodo de estudio. | - Registros de SICAP   |
| <b>SR evaluados (SRev)</b>        | Porcentaje de SRid evaluado por BK.                    | 100% <sup>b</sup>         | <i>Medida:</i> Porcentaje (numerador/denominador x 100%).<br><i>Numerador:</i> N° de SRid con BK de esputo realizada.<br><i>Denominador:</i> total de SRid.  | - Registros del Laboratorio de Tuberculosis del Dpto. de Diagnóstico y Referencia, INER "Dr. E. Coni".<br>- Registros de la BAC en la comunidad en el marco del estudio. |
| <b>SRev con BK(+)</b>             | Porcentaje de SRev con BK de esputo positiva.          | 4% [1-8%] <sup>c</sup>    | <i>Medida:</i> Porcentaje (numerador/denominador x 100%).<br><i>Numerador:</i> N° de SRev con BK de esputo positiva.<br><i>Denominador:</i> total de SRev.   | - Registros del SNVS<br>- Registros de la BAC en la comunidad en el marco del estudio.<br>- Estimaciones poblacionales INDEC   |
| <b>BK de diagnóstico por SRev</b> | Promedio de BK de esputo de diagnóstico por SRev       | 2 [2-3] <sup>d</sup>      | <i>Medida:</i> promedio  | - Registros del Laboratorio de Tuberculosis del Dpto. de Diagnóstico y Referencia, INER "Dr. E. Coni".<br>- Registros de la BAC en la comunidad en el marco del estudio. |

Fuente: Elaboración propia.

a Porcentaje estimado en base a la bibliografía (Ottamani, 2004; Darnaud, 2010; Daza Arana, 2016; Cubides Munevar, 2018).

b Porcentaje estimado en base a la bibliografía (Alcántara, 2011; MSAL, 2014).

c Porcentaje estimado en base a la bibliografía (Zerbini, 2013; MSAL, 2014).

d Valor recomendado según las Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la TB (Zerbini, 2013).

**Tabla 2:** Indicadores epidemiológicos (OMS, 2013)

| Indicadores epidemiológicos  |   |   |  |   |
|------------------------------|---|---|--|---|
| Nombre del indicador         | Definición  | Meta (Resultado Esperado)                   | Cálculo  | Fuente de datos   |
| <b>Incidencia (I) de TBp</b> | Nº de casos nuevos de TB pulmonar anuales por 100.000 habitantes.                             | < a la I de los 5 años previos e            | <i>Medida:</i> Tasa por 100.000 habitantes (hab.)<br><i>Numerador:</i> Nº de casos nuevos y recaídas de TB notificados en un año.<br><i>Denominador:</i> población total del año anterior.   | - Registros del SNVS<br>- Registros de la BAC en la comunidad en el marco del estudio.<br>- Bases poblacionales del INDEC (2010), para el total de la ciudad y por radios censales. |
| <b>Letalidad</b>             | Porcentaje de muertes por TB del total de casos nuevos notificados para un periodo de tiempo. | < a la I de los 5 años previos <sup>e</sup> | <i>Medida:</i> Porcentaje (numerador/denominador x 100%)<br><i>Numerador:</i> número de personas que mueren por TB en un periodo de tiempo y área determinados.<br><i>Denominador:</i> Número estimado de casos nuevos de TB en el mismo periodo de tiempo y área. | - Registros de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)<br>- Registros del SNVS   |

Fuente: Elaboración propia.  
e Porcentaje estimado en base a la bibliografía (OMS, 2013).

El análisis de costo-efectividad se realizó del siguiente modo:

Los costos se evaluaron desde una perspectiva social y se expresaron en dólares estadounidenses (USD). No se aplicó tasa de descuento, ya que el horizonte analítico fue a corto plazo (un año). Se clasificaron en cuatro categorías:

- Costos del programa: Tasa de pago por hora del personal del Programa de TB, fuera del punto de servicio médico, en tareas técnico-administrativas en el marco de sus funciones, incluidos costos de traslado, de capacitación y difusión.
- Costos del personal de salud: Tasa de pago por hora del personal de salud en tareas vinculadas al circuito que realiza el SR, desde la atención en la que hay sospecha de TB hasta el diagnóstico; calculada a partir del promedio de horas de trabajo y de salarios mensuales de un médico, una enfermera y un técnico de laboratorio al 1 de mayo de 2019.
- Costos médicos: Costos por caso sospechoso de la prueba de diagnóstico habitual aplicada según la estrategia de búsqueda [BPC: Baciloscopia (BK) + Radiografía de tórax (Rx\_t); ICH: Prueba cutánea de la tuberculina (PPD) + BK + Rx\_t; BAC: BK + Rx\_t], sobre la base de datos del mercado actualizados al 1 de mayo de 2019.

• **Costos del paciente:** Costos directos, entendidos como gastos de bolsillo del paciente y acompañante/cuidador, destinados al traslado desde el domicilio hasta el efector de salud (sobre la base de la tarifa de transporte público para la ciudad de Santa Fe al 1 de mayo de 2019) y costos indirectos por salarios perdidos, calculados a partir del promedio de horas de trabajo perdidas de los casos sospechosos y sus acompañantes/cuidadores (desde la sospecha al diagnóstico) y del salario mínimo vital y móvil de Argentina, por hora, a fin de valorar el tiempo de los individuos asalariados y no asalariados.

Los costos de servicios públicos no específicos del servicio médico fueron excluidos de la evaluación por ser considerados fijos.

Para evaluar la efectividad, se utilizó una medida principal y tres medidas secundarias. Las mismas se presentan en detalle en la Tabla 3.

**Tabla 3:** Medidas utilizadas para estimar la efectividad de cada estrategia de búsqueda de casos de TBp, para la población y el periodo en estudio.

| Medidas de efectividad  | Cálculo  | Fuente  |
|---|--|---|
| <b>Medida Principal</b>                                       |  |   |
| <b>i) Proporción de casos de TBp del total de SRev</b>        | <i>Medida:</i> proporción<br><i>Numerador:</i> casos de TBp con motivo de consulta "SR".<br><i>Denominador:</i> total de SR examinados por BK de diagnóstico.  | - Registros SNVS<br>- Registros del Laboratorio de Tuberculosis del Dpto. de Diagnóstico y Referencia, INER "Dr. E. Coni".                      |
| <b>Medidas Secundarias</b>                                    |  |   |
| <b>ii) Proporción de casos de TBp del total de SR</b>         | <i>Medida:</i> proporción<br><i>Numerador:</i> casos de TBp con motivo de consulta "SR".<br><i>Denominador:</i> total de SR atendidos en el sector público de salud.   | - Registros SNVS<br>- Registros del Laboratorio de Tuberculosis del Dpto. de Diagnóstico y Referencia, INER "Dr. E. Coni".<br>- Registros SICAP |
| <b>iii) Proporción de SRev del total de SR</b>                | <i>Medida:</i> proporción<br><i>Numerador:</i> total de SR examinados por BK de diagnóstico.<br><i>Denominador:</i> total de SR atendidos en el sector público de salud.   | - Registros del Laboratorio de Tuberculosis del Dpto. de Diagnóstico y Referencia, INER "Dr. E. Coni".<br>- Registros SICAP                     |
| <b>iv) Proporción de SR del total de la población de base</b> | <i>Medida:</i> proporción<br><i>Numerador:</i> total de SR atendidos en el sector público de salud.<br><i>Denominador:</i> Nº de usuarios del sector público de salud con, al menos, una atención por cualquier causa registrada en el periodo de estudio. | - Registros SICAP   |

Fuente: Elaboración propia.

**Costo-efectividad:**

Se construyó un modelo de árbol de decisiones, como marco para evaluar los costos y la efectividad de las tres estrategias de búsqueda, usando el software TreeAge Pro2018®. Para cada una de ellas, a través de un análisis de costo-efectividad incremental (CEI), se evaluó el costo adicional por caso de TB adicional verdadero detectado, y se lo comparó con el umbral de decisión recomendado por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS. Según ésta, si la intervención tiene un CEI de hasta 1 producto bruto interno per cápita (PBIpc) del país, es muy costo-efectiva; si está entre 1 y 3 PBIpc, es costo-efectiva; y si es mayor a 3 PBIpc, no es costo-efectiva (Prieto, 2004). Si dos o más estrategias se encontrasen por debajo del umbral, la intervención más efectiva y menos costosa sería considerada la más eficiente.

La robustez de los resultados del árbol de decisión se evaluó a través de un análisis de sensibilidad determinístico univariante.

**Consideraciones éticas**

El protocolo de investigación ha sido oportunamente presentado, evaluado y aprobado por el Comité Provincial de Bioética de la Provincia de Santa Fe, con todos los instrumentos y avales que el mencionado Comité solicitó para tal fin.

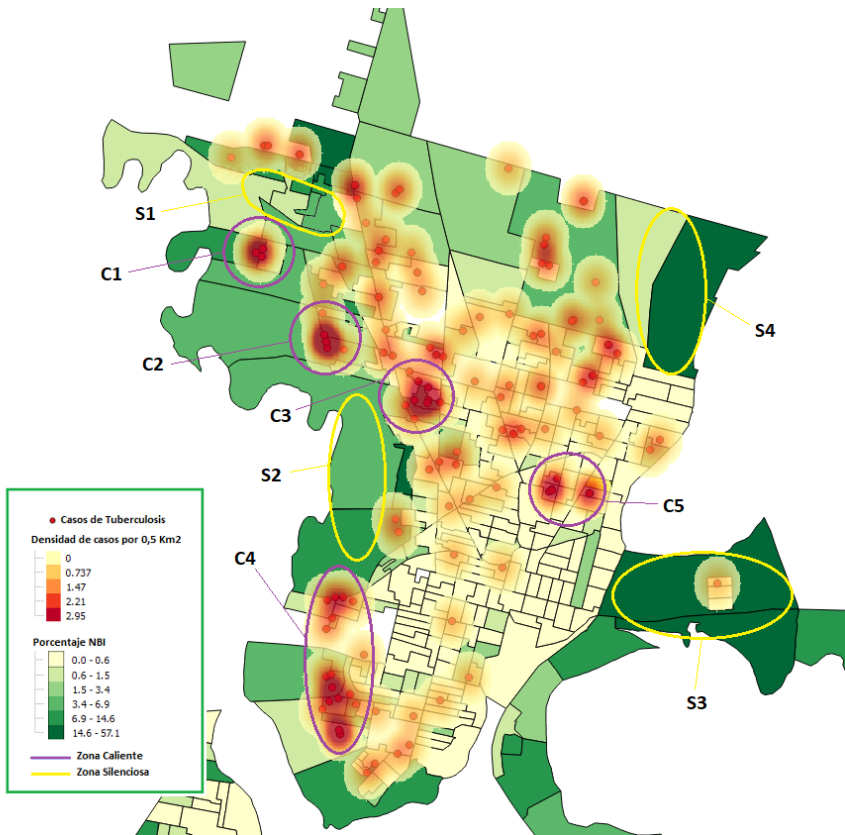
**Resultados****Análisis de efecto: Primera Etapa**

Entre mayo de 2018 y mayo de 2019, se notificaron al SNVS 74 casos de TB correspondientes a residentes de la ciudad de Santa Fe, captados por BPC. La Tabla 4 presenta sus características según las distintas variables de estudio.

En lo que respecta a la BAC, en la ciudad se identificaron 5 zonas calientes (C1, C2, C3, C4, C5) y 4 zonas silenciosas (S1, S2, S3, S4), de moderada incidencia (Figura 1). La BAC se llevó a cabo en 9 barrios (Solidaridad y Progreso San Lorenzo [C4]; Chalet [C4]; Santa Rosa de Lima [C4]; Mendoza Oeste [C4]; San Ignacio de Loyola Norte [S1]; Yapeyú [S1]; San Agustín [S1]; Cabal [C2]; Sargento Cabral [C5]), con la participación de 7 efectores de salud.

Con un total de 22 manzanas recorridas, 460 viviendas visitadas y 315 (68,5 %) viviendas efectivas (entendidas como aquellas donde se pudo preguntar por la presencia de tos y expectoración durante 15 días o más), se encuestó a 326 sujetos, entre los que se encontró un total de 30 SR (9,2 %): 23 en C2, C4 y C5, y 7 en S1. Del total de SR, 28 (93,3 %) produjeron la primera muestra de esputo al instante, y en 10 de ellos (35,7 %) se pudo obtener la segunda muestra (matinal). Del total de muestras tomadas, 23 (76,7 %) fueron aptas para ser evaluadas por BK por el laboratorio de referencia. No se detectaron casos positivos de TB entre los SR evaluados por BK. La Tabla 5 resume las características de los SR captados por BAC.

**Figura 1:** Georreferenciación de los casos de TB notificados al SNVS, radios censales y porcentaje de NBI por radio censal. Ciudad de Santa Fe, trienio 2015-2017. Identificación de zonas calientes (C) y zonas silenciosas (S)



Fuente de elaboración propia.

**Tabla 4:** Distribución de casos de TB notificados en la ciudad de Santa Fe (N=74), del 01 de mayo de 2018 al 01 de mayo de 2019; según sus principales características clínico-epidemiológicas.

| Variable                 | Distribución: n (%)   |
|--------------------------|---|
| Sexo                     | Varones: 50 (67,2)<br>Mujeres: 24 (32,8)  |
| Grupo etario (en años)   | 15 y más: 67 (93,1)   |
|                          | 15-44: 53 (71,6)<br>45-89: 21 (28,3)  |
| Casos de TBp (≥ 15 años) | <b>Total de casos de TBp: 59 (80,0)</b>   |
|                          | <b>Motivo de consulta</b><br>SR: 55 (93,2) -- [BPC]<br>Contacto de CI: 4 (6,8) -- [ICH]   |
|                          | <b>Confirmación bacteriológica:</b> 54 (91,2)<br>Baciloscopia positiva: 47 (78,9)<br>Positivo y (+): 28 (60,0)<br>(++) y (+++): 19 (40,0)<br>Cultivo con información de resultado: 37 (63,2)<br>Cultivos Positivos: 37 (100)<br>Resistente: 1 (2,8) [MSR]<br>Sensible: 27 (73,0)<br>Sin Información: 8 (21,6) |
|                          | <b>Rx con información de resultado:</b> 36 (61,4)<br>Unilateral con caverna: 11 (31,4)<br>Unilateral sin caverna: 5 (14,3)<br>Bilateral con caverna: 8 (22,9)<br>Bilateral sin caverna: 3 (8,6)<br>Pleuresía: 4 (11,4)<br>Sin Lesiones: 3 (8,6)<br>Miliar: 1 (2,7)6   |
|                          | <b>Tipo Paciente al ingreso del tratamiento</b><br>Nuevos y recaídas: 55 (93,2)<br>Con antecedente de tratamiento previo: 4 (6,8)   |
|                          | <b>Resultado del tratamiento</b><br>Abandono: 2 (3,4)<br>Éxito (Curado + Tratamiento Completo): 6 (10,2)<br>En tratamiento: 15 (25,4)<br>Fallecido: 1 (1,7)<br>Sin información: 35 (59,3)   |
| Co-infección TB-VIH      | Cobertura del test: 18,9% (14/74)<br>Prevalencia co-infección: 5,4% (4/74)  |

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos del Programa de Control de la Tuberculosis de la Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud de la Nación. Periodo 2018-2019.

**Tabla 5:** Características de los SR (n=30) captados durante la BAC en la comunidad entre el 01 de mayo de 2018 y el 01 de mayo de 2019 en la ciudad de Santa Fe, Argentina.

| Variable                               | Distribución: n (%)   |
|--|---|
| Sexo                                   | Varones: 15 (50,0)<br>Mujeres: 15 (50,0)  |
| Grupo etario (en años)                 | 15-24: 4 (13,3)<br>25-44: 13 (43,3)<br>45-64: 5 (16,7)<br>65-89: 8 (26,7)   |
| Promedio de convivientes               | 3 [1-6]*  |
| Grado/nivel de educación alcanzado     | Nunca asistió: 1 (3,3)<br>Primario incompleto: 11 (36,7)<br>Primario completo: 13 (43,3)<br>Secundario incompleto: 1 (3,3)<br>Secundario completo: 3 (10,0)<br>Terciario incompleto: 1 (3,3)<br>Terciario completo: 0 (0,0) |
| Condición laboral                      | Ama de casa: 12 (40,0)<br>Pensionado/jubilado: 8 (26,7)<br>Desocupado: 5 (16,7)<br>Trabajador no asalariado: 2 (6,7)<br>Trabajador asalariado: 2 (6,7)<br>Estudiante: 1 (3,3)   |
| Atención médica                        | Sector Público: 26 (86,7)<br>Obra social de jubilados y pensionados: 4 (13,3)   |
| Otros síntomas                         | Sí: 19 (63,3)<br>Fiebre, debilidad muscular, cansancio o decaimiento, pérdida de peso o apetito, dolor torácico, dificultad para respirar.<br>No: 11 (36,7)   |
| Mediana duración de síntomas (en días) | 20 [12-120]*  |
| Antecedente de tratamiento previo      | Sí: 5 (16,7) [10 años atrás o más, en todos los casos]<br>No: 25 (83,3)   |
| Vacuna BCG                             | Sí: 25 (83,3)<br>No: 2 (6,7)<br>NS/NC: 3 (10,0)   |
| Familiar o contacto con TB             | Sí: 8 (26,7)<br>[fallecidos, en todos los casos]<br>No: 19 (63,3)<br>NS/NC: 1 (3,3)   |
| Factores de riesgo / comorbilidades    | Sí: 21 (70,0)<br>Tabaquismo: 9 (30)<br>Diabetes: 4 (13,3)<br>Embarazo: 1 (3,3)<br>Otros: 8 (26,7) [hipertensión: 3; hipertiroidismo: 1; artrosis: 2; trombosis: 1; Parkinson: 1]<br>No: 9 (30,0)                            |

NS/NC = no sabe/no contesta;

\*Valores correspondientes a medidas de tendencia central y dispersión, no a frecuencias absolutas y relativas [n(%)].

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos recabados en terreno, tras la BAC llevada a cabo en zonas calientes y zonas silenciosas de la ciudad de Santa Fe. Periodo 2018-2019.

## Análisis de efecto: Segunda Etapa

Los resultados del análisis de impacto en el control de la TBp para la población  $\geq 15$  años, realizado a través de Indicadores de Captación e Indicadores de Impacto, se muestran en la Tabla 6. Los mismos se estimaron a partir de los datos obtenidos de las fuentes detalladas en la Sección Metodología, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones particulares:

- Para la estimación de los SRid, se asumió que todas aquellas personas con al menos una atención registrada en SICAP constituyen la población usuaria del sector público de salud, la cual fue utilizada como denominador.
- Para la estimación del porcentaje de Contactos con BK(+), se construyó el denominador multiplicando un número teórico de contactos íntimos por caso de TB igual a 2, por el total de SR diagnosticados con TBp, notificados al SNVS, durante el periodo de estudio. El número teórico de contactos íntimos se estimó sobre la base del promedio de personas convivientes por vivienda, obtenido a partir de los datos poblacionales del INDEC (2010) en la ciudad de Santa Fe (3,3 convivientes/vivienda).

En la Tabla 6, se marcan en verde aquellos resultados cuyos valores entraron dentro del rango esperado (meta), en anaranjado aquellos resultados cuyos valores cayeron fuera del rango esperado, y en celeste, aquellos resultados para los que no se pudo producir u obtener información (S/I).

**Tabla 6:** Indicadores estimados para el análisis de impacto, al 01 de mayo de 2019, para las tres estrategias de búsqueda de casos de TB evaluadas en la ciudad de Santa Fe, Argentina.

| Tipo de Indicador        | Nombre de Indicador                        | Meta (resultado esperado)      | BPC                      | BPC+ICH                   | BPC+ICH+BAC |
|--------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------|
| Indicadores de captación | Porcentaje de SRid                         | 4% [2-10%]                     | 6,50                     | 6,50                      | 6,52        |
|                          | Porcentaje de SRev                         | 100%                           | 9,70                     | 10,05                     | 10,29       |
|                          | Porcentaje de SRev (o contactos) con BK(+) | 4% [1-8%]                      | 4,35                     | 4,66                      | 4,66        |
|                          | Promedio de BK por SRev                    | 2 [2-3]                        | 1,60 (BPC)               | 1,60 (ICH)                | 1,30 (BAC)  |
| Indicadores de impacto   | Incidencia (I) TBp ciudad de Santa Fe      | < a la I de los 5 años previos | 2015: 16,3<br>2019: 17,3 | 2015: 16,6<br>2019: 18,6  | S/I         |
|                          | Incidencia (I) TBp zonas de estudio        | < a la I de los 5 años previos | 2015: 87,2<br>2019: 92,5 | 2015: 91,8<br>2019: 102,9 | S/I         |
|                          | Letalidad por TBp ciudad de Santa Fe       | < a la I de los 5 años previos | S/I                      | 2015: 9,8 %<br>2019: 8,9% | S/I         |

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos recabados de las fuentes especificadas en la sección de Metodología.

## Análisis de costo-efectividad

En lo que se refiere al análisis de costo-efectividad, el número esperado de casos verdaderos de TBp en  $\geq 15$  captados por BPC en un año fue de 55 para el total de habitantes  $\geq 15$  de la ciudad de Santa Fe (17 por 100.000  $\geq 15$ ), a un costo medio de USD 2625,62 por caso.

Para la estrategia BPC+ICH, el número esperado de casos verdaderos de TBp en  $\geq 15$  fue de 59, a un costo medio de USD 4523,70 por caso.

Para la estrategia BPC + ICH + BAC, la cantidad continuó siendo de 59 para la ciudad (ya que no se encontraron casos nuevos mediante BAC en la comunidad), a un costo medio de USD 4725,52 por caso (Figura 2).

Respecto al costo-efectividad incremental, el beneficio adicional de la BPC comparado con la no intervención fue de 55 casos de TB a un costo unitario de USD 2625,62. El beneficio de sumar la ICH a la BPC fue de 4 casos, a un costo de USD 9518,62 por caso adicional detectado.

Al sumar la BAC a la BPC + ICH, no hubo beneficio adicional en términos de casos encontrados, aunque su aplicación implicó un costo incremental de USD 139,26 (Tabla 7).

En lo referente al análisis de sensibilidad, cuando la probabilidad de casos confirmados de TBp a partir de los SR evaluados por BK se varió a su valor plausible más bajo (3 %) y más alto (5 %), sobre la base de estimaciones del Departamento de Diagnóstico y Referencia del INER para los últimos 15 años a nivel nacional, el CEI fue de USD 5617,61 y USD 10 321,14, respectivamente, para BPC + ICH, que se mantuvo, así como una estrategia costo-efectiva.

**Tabla 7:** Costo y efectividad total esperados, y costo-efectividad incremental para las tres estrategias de búsquedas de casos de TB analizadas. Ciudad de Santa Fe, Argentina.

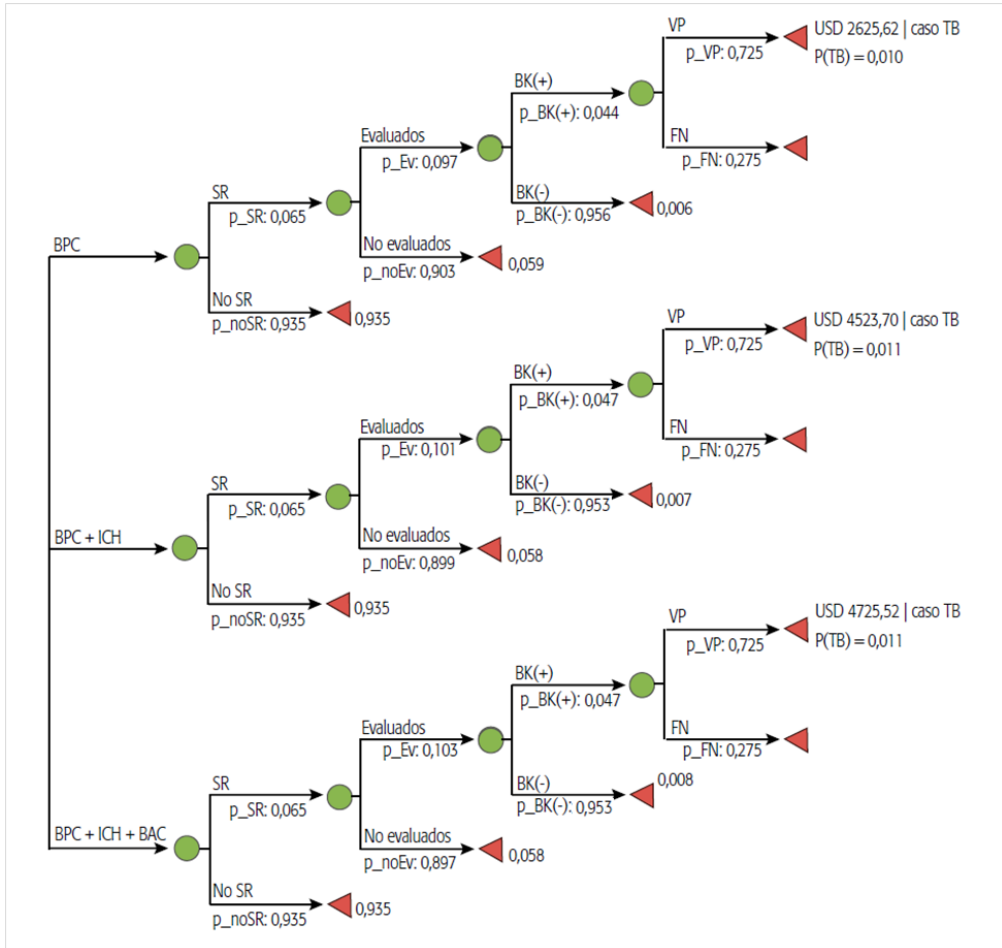
| Estrategia      | Costo total (USD) | Costo incremental (USD) | Efectividad total (casos) | Efectividad incremental (casos) | CEM por caso (USD) | CEI por caso (USD) |
|-----------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| BPC             | 1.312,81          | 1.312,81                | 0,5                       | 0,5                             | 2.625,62           | 2.625,62           |
| BPC + ICH       | 3.121,35          | 1.808,54                | 0,7                       | 0,2                             | 4.523,70           | 9.518,62           |
| BPC + ICH + BAC | 3.260,61          | 139,26                  | 0,7                       | 0,0                             | 4.725,52           | NC                 |

Abreviaturas: BPC: Búsqueda Pasiva de Casos; ICH: Investigación de Contactos en el Hogar; BAC: Búsqueda Activa de Casos; CEM = costo-efectividad medio (costo total/efecto total: costo medio por caso); CEI = costo-efectividad incremental (costo incremental/efecto incremental: costo por caso adicional detectado); NC = no calculable.

Cotización del dólar estadounidense al 1 de mayo de 2019, de acuerdo con el Banco de la Nación Argentina (1 USD = \$ 44,21).

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 2:** Modelo de árbol de decisiones utilizado para evaluar los costos y la efectividad de las tres estrategias de búsqueda de casos de TBp, para el periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2018 y 01 de mayo de 2019. Ciudad de Santa Fe, Argentina



Abreviaturas: TBp: Tuberculosis pulmonar; BPC: Búsqueda Pasiva de Casos; ICH: Investigación de Contactos en el Hogar; BAC: Búsqueda Activa de Casos; SR: Sintomático Respiratorio; BK: Baciloscopia; VP: Verdaderos positivos; FN: Falsos negativos; p\_SR y p\_noSR: proporción de SR consultante y no consultante de los efectores de salud públicos, respectivamente; p\_Ev y p\_noEv: proporción de evaluados y no evaluados por BK, respectivamente; p\_BK(+) y p\_BK(-): proporción de BK positivas y negativas, respectivamente; p\_VP y p\_FN: proporción de verdaderos positivos y falsos negativos, según la sensibilidad de la prueba, respectivamente; P(B): probabilidad condicional de casos de TB positivos esperada.

\*Cotización del dólar estadounidense al 1 de mayo de 2019, de acuerdo con el Banco de la Nación Argentina (1 USD = \$ 44,21).

Fuente: Elaboración propia con el uso del software TreeAge Pro 2018®.

## Discusión

El presente estudio se propuso comparar la estrategia estándar de BPC con aquellas que incorporan a la ICH y la BAC en la comunidad, desde el punto de vista de su impacto y costo-efectividad en la detección oportuna de casos de TBp, en grupos poblacionales de mediano a alto riesgo.

Entre el 1 de mayo de 2018 y el 1 de mayo de 2019 se notificaron al SNVS un total de 74 casos de TB en la ciudad de Santa Fe, los cuales estuvieron predominantemente agrupados a lo largo del cordón oeste de la ciudad, donde los porcentajes de NBI son los más altos (con un máx. De 57,0 %). Esta distribución espacial de casos no es casual, pues la TB es, sobre todo, una enfermedad que la pobreza y las carencias sociales acentúan y se obstinan en mantener (Lönnroth, 2008; OMS, 2014).

Del total de casos  $\geq 15$  años notificados durante el periodo de estudio en la ciudad, el 80,0 % fueron de TBp, porcentaje 5 puntos por debajo del observado a nivel nacional (INER, 2020). De dichos casos, el 93,2% consultó en un efector de salud como SR, captándose a través de BPC, y el 6,8% fueron contactos de CI, captados a través de ICH.

Sobre la base de los resultados bacteriológicos y radiológicos, casi el 50 % de los casos captados por BPC llegaron a la consulta médica con un TB avanzada o de gravedad. Este dato no menor abre el interrogante en torno a la demora en el diagnóstico (imputable al paciente y/o a los servicios de salud) y a sus posibles factores asociados (demográficos, socioeconómicos, culturales, clínicos, etc.) (Zerbini, 2008; Zãoa, 2019).

El aumento de los casos notificados de TBp en los últimos años en la ciudad, la falta de impacto sobre los grupos jóvenes y en los grupos infectantes, y las tasas de incidencia superiores al promedio local y provincial en zonas específicas de la ciudad con una alta densidad poblacional, configuran un escenario actual de trasmisión sostenida de la TB en la comunidad.

En el marco de los objetivos propuestos, la BAC en la comunidad tuvo un porcentaje de viviendas efectivas visitadas del 68,5 % y un rendimiento de 9,2 % de SR entre el total de encuestas efectivas. La zona caliente que concentró la mayor proporción de SR (60 %) fue la que, a su vez, tuvo la mayor tasa de incidencia de TB para el trienio 2015-2017 (118,9 casos por 100.000 habitantes). El rendimiento de la BK entre los SR captados fue del 76,7 %. El 55 % del total de SR no evaluados residía en la zona silenciosa.

Tanto el porcentaje de SR evaluados para el diagnóstico del total de identificados, como el promedio de muestras de esputo tomadas por SR para las tres estrategias de estudio, estuvieron por debajo de los valores sugeridos por las normas y la literatura.

El 63,3 % de los SR tuvo asociados, además, otros síntomas como fiebre, debilidad muscular, cansancio o decaimiento, pérdida de peso o apetito, dolor torácico y dificultad para respirar; y el 70 % tuvo asociado algún factor de riesgo o comorbilidad, con el tabaquismo en el primer lugar (30 %) y la diabetes en el segundo (13,3 %).

No se detectaron casos de TBp entre el total de SR captados por BAC y evaluados por BK.

En términos estrictos de efectividad, medida como casos de TBp detectados sobre el total de SR evaluados, este estudio arrojó una efectividad del 4,4 % para la BPC, del 4,5 % para la BPC + ICH y del 4,4 % para la BPC + ICH + BAC.

Según los antecedentes en otras regiones del mundo, la efectividad de la BAC varía considerablemente tanto en los países de baja como de alta prevalencia. En cambio, la opinión sobre la ICH respecto a la BAC en la comunidad muestra un amplio consenso: el rendimiento puede ser hasta cinco veces mayor entre los contactos cercanos de casos de TB en comparación con la población general (Claessens, 2002; Morrison, 2008; Fox, 2010, 2011).

En su estudio realizado en una población de alta prevalencia de TB en Lima (Perú), Becerra (2005) obtuvo un rendimiento de casos casi tres veces mayor entre los contactos mediante la estrategia BPC + ICH que con la BPC sola ( $p < 0,05$ ), mientras que la estrategia BPC + BAC entre vecinos de la zona no aumentó el rendimiento de casos de forma significativa ( $p = 0,25$ ).

Esta diferencia entre la ICH y la BAC se observó también en otros estudios, encontrándose un rendimiento del 9 % de casos captados por ICH en Callao (Perú) (Saunders, 2019) versus rendimientos de 2,3 % y 3,9 % de casos de TB captados por BAC en las ciudades de Gorgán (Irán) y Puducherry (India), respectivamente (Hoseinpoor, 2017; Mani, 2019).

Se debe tener en cuenta, de todos modos, que la ICH es menos común como estrategia de control de la TB en países de alta prevalencia y bajos ingresos, dada la suposición de que sus limitados recursos se gastan primero en mejorar la calidad del tratamiento de los pacientes identificados convencionalmente por BPC (Fox, 2011; Begun, 2013).

En el presente estudio, para entornos de moderada a alta incidencia, el costo medio por caso de TBp  $\geq 15$  años captado a través de la BPC fue de USD 2625,62, a través de la BPC + ICH fue de USD 4523,70, y a través de la BPC + ICH + BAC fue de USD 4725,52.

En la literatura, estos costos medios son distintos según el entorno. En su evaluación desde la perspectiva del sistema de salud en entornos de alta prevalencia, Azman (2014) encontró un costo medio aproximado por caso de TBp  $\geq 15$  años captado por BAC de USD 1200,0 en India, USD 3800,0 en China y USD 9400,0 en Sudáfrica. Los

resultados de distintas evaluaciones económicas refieren que los costos asociados a la BAC, generalmente y en gran medida, dependen de los costos de laboratorio y mano de obra, los cuales varían significativamente entre países (Fox, 2010).

Como último resultado del análisis, se obtuvo que el beneficio adicional de la BPC respecto a la ausencia de intervención de cualquier tipo fue de 55 casos de TBp a un costo unitario de USD 2.625,62. El beneficio adicional de sumar la ICH a la BPC fue de 4 casos de TBp, a un costo de USD 9.518,62 por caso adicional captado; mientras que, al incorporar la BAC a la BPC + ICH, no se obtuvo beneficio adicional en términos de casos encontrados aunque su aplicación implicó un costo incremental parcial de USD 139,26.

Usando como referencia el umbral de decisión establecido en este estudio sobre la base del PBIpc del país, tanto la BPC como la BPC + ICH calificaron como muy costo-efectivas, mientras que la BPC + ICH + BAC quedó en el plano de una intervención menos efectiva y más costosa.

Estudios realizados en población  $\geq 15$  años en entornos de alta prevalencia de Uganda y Vietnam, que también han utilizado como umbral de decisión el PBIpc de cada país, reportaron resultados similares en términos de costo-efectividad de ambas estrategias, calificando la BPC + ICH como costo-efectiva, pero no así la BAC (Sekandi, 2015; Lung, 2019).

Los hallazgos sobre el costo-efectividad de la BAC son variados. Mientras hay estudios que concluyen que la BAC puede ser una herramienta poderosa y rentable en la lucha contra la TB, pudiendo complementar las estrategias actuales con casos adicionales de TB en entornos de alta prevalencia (Sculpher, 2000; Morrison, 2008; Marseille, 2015), otros concluyen que, en entornos similares, complementar la BPC con la BAC no resulta una estrategia costo-efectiva, como sí resulta complementarla con la ICH (Marseille, 2015; Sekandi, 2015; Lung, 2019; Saunders, 2019).

Finalmente, la robustez de los resultados obtenidos tras la aplicación del modelo de árbol de decisión se pudo confirmar mediante el análisis de sensibilidad realizado; para el cual ante las variaciones plausibles del porcentaje de casos de TBp detectados a partir de los SR evaluados por BK, tanto la BPC como para la BPC + ICH se mantienen como estrategias muy costo-efectivas, excepto cuando el porcentaje de SR evaluados fue el máximo, en cuyo caso la BPC + ICH resultó costo-efectiva.

Entre las principales limitaciones de este estudio, se debe tener en cuenta que, si bien la BAC en la comunidad se realizó en zonas urbanas con tasas medias de 80 casos por 100.000 habitantes, la OMS recomienda su implementación en entornos con tasas de 100 casos por 100.000 o más, entre personas que buscan atención médica y entre quienes pertenecen a grupos de riesgo determinados (OMS, 2013; Zerbini, 2013).

Por otro lado, como parte de la metodología se utilizó un modelo estático para estimar el número de casos verdaderos de TB detectados y, por lo tanto, no fue posible considerar la transmisión continua de la TB y los beneficios futuros, como los nuevos casos y muertes que se evitarían al implementar cada una de las estrategias. Es decir, se podrían estar subestimando los beneficios de salud a largo plazo que se derivarían de la detección temprana de casos, no sólo en términos de salud individual, sino de salud colectiva y pública.

En cuanto a la principal fortaleza del proyecto, la misma tiene que ver con la relevancia de estudios de este tipo para las políticas e intervenciones sanitarias. Ante los limitados antecedentes centrados en la rentabilidad de las estrategias activas de detección de casos de TB, en general, y en el entorno local, en particular, este estudio de costo-efectividad es potencialmente útil para planificar y priorizar las políticas y prácticas sanitarias dirigidas al control de la enfermedad. Se trata de algo especialmente necesario en un sistema sanitario que sufre permanentes limitaciones presupuestarias y que obliga a priorizar acciones que permitan maximizar el beneficio de prevenir nuevos casos con los recursos económicos disponibles para mejorar la salud de los grupos más vulnerables que son, a su vez, los más afectados.

## Referencias bibliográficas

- ALCÁNTARA F., BAYONA J., CEGIELSKI P., HERRERA C., HOLMAN JAVE H. O., *et al.* (2011). *Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud. Módulo 8: indicadores para evaluar el manejo de la tuberculosis*. Ed. Socios en Salud-Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- AZMAN A. S., GOLUB J. E., DOWDY D. (2014). How much is tuberculosis screening worth? Estimating the value of active case finding for tuberculosis in South Africa, China, and India. *BMC Medicine* 12:216.
- BECERRA M. C., PACHAO-TORREBLANCA I. F., BAYONA J., CELI R., SHIN S. S., YONG KIM J., *et al.* (2005) Expanding tuberculosis case detection by screening house-hold contacts. *Public Health Rep.*; 120:271-277.
- BEGUN M. (2013). Contact Tracing of Tuberculosis: A Systematic Review of Transmission Modelling Studies. *PLoS One.*; 8(9): e72470.
- CLAESSENS N. J. (2022). High frequency of tuberculosis in households of index TB patients. *Int J Tuberc Lung Dis.*; 6(3):266-269.
- CUBIDES MUNEVAR A., DAZA ARANA J., GARCÍA PUERTA M., ZAPATA OSSA H., ARENAS QUINTANA B., PALACIO S. (2018). Sintomáticos respiratorios desde un enfoque poblacional. *Rev Cubana Salud Pública*; 44(4):153-168.
- DARNAUD R. M. H., DATO M. I., PRIETO V. G. (2010). *Organización de la Estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) para el Control de la Tuberculosis en las Unidades de Atención Primaria de la Salud*. 4ta Ed. INER. ISBN 978-987-24092-8-9.
- DAZA ARANA J. E., CUBIDES MUNEVAR A. M., LOZADA RAMOS H. (2016). Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali. *Hacia promoc. salud*; 21(1): 63-76.
- FOX G. J., DOBLER C. C., MARKS G. B. (2011). Active case finding in contacts of people with tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.*; 9:CD008477.
- FOX G., MARKS G. (2010). Active case finding for increasing case detection of tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4:CD008477.
- GARCÍA-GONZÁLEZ R., CERVANTES-GARCÍA E., REYES-TORRES A. (2016). Tuberculosis, un desafío del siglo XXI. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*; 63 (2): 91-99.
- HOSEINPOOR R., KARAMI M., MOHAMMADI Y., SOLTANIAN A. (2017). Evaluation of active case finding (ACF) of tuberculosis in slums population in North of Iran. *Int J Pediatr.*; 5(5):4867-4875.

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (INER). (2020). *Mortalidad por tuberculosis, Argentina 2018*. PRO.TB.DOC.TEC. 19/20 INER-ANLIS-MSAL.
- LÖNNROTH K., CORBETT E., GOLUB J., GODFREY-FAUSSETT P., UPLEKAR M., WEIL D., Y RAVIGLIONE M. (2013). Systematic Screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(3), 289-298.
- LUNG T., MARKS G. B., VIET NHUNG N., THU ANH N., HOA N. L. P., NGOC ANH L. T., *et al.* (2019). Household contact investigation for the detection of tuberculosis in Vietnam: economic evaluation of a cluster-randomized trial. *Lancet Glob Health*; 7:e376-384.
- MANI M., RIYAZ M., SHAHEENA M., VAITHIYALINGAM S., ANAND V., SELVARAJ K., *et al.* (2019). Is it feasible to carry out active case finding for tuberculosis in community-based settings? *Lung India*; 36:28-31.
- MARSEILLE E., LARSON B., KAZI D. S., KAHND J. G., ROSENBERG S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bull World Health Organ*; 93:118-124.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). (2014). *Enfermedades infecciosas: Tuberculosis. Guía para el equipo de salud Nro. 3*. Segunda Ed. <https://goo.gl/iAwkh8>
- MORRISON J., PAI M., HOPEWELL P. C. (2008). Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*; 8(6):359-368.
- NILVA G. (2024). *Análisis de impacto y de costo-efectividad de tres estrategias de búsqueda de casos de Tuberculosis en la ciudad de Santa Fe, en el período de un año*. [Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Rosario <https://hdl.handle.net/2133/26846>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de Tuberculosis - Rev.* <https://goo.gl/W3tV8a>
- (2014). *Documentación para la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra. [http://apps.who.int/gb/eb-waha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/eb-waha/pdf_files/WHA67/A67_11-sp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019*. ISBN: 978-92-75-32273-4. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2008). *Monitoreo Rápido de Coberturas*. Lima, Perú; 2008. <http://www.paho.org/per/images/stories/PER/inmunizacion/monitoreo%20r%C3%A1pido%20coberturas.pdf>

- OTTAMANI S., SCHERPBIER R., CHAULET P., PIO A., VAN BENEDEN C., RAVIGLIONE M. (2004). *Respiratory Care in Primary Care Services - a Survey in 9 Countries*. World Health Organization (WHO)(WHO/HTM/TB/2004.333).
- PRIETO L., SACRISTÁNA J. A., ANTOÑANZAS F., RUBIO-TERRÉSC C., PINTO J. L. Y ROVIRA J. (2004). Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Med Clin (Barc)*; 122(13):505-10.
- SAUNDERS M. J., TOVAR M. A., COLLIER D., BALDWIN M. R., MONTROYA R., VALENCIA T. R., et. al. (2019). Active and passive case-finding in tuberculosis-affected households in Peru: a 10-year prospective cohort study. *Lancet Infect Dis.*; 19(5):519-528.
- SCULPHER M., FENWICK E., CLAXTON K. (2000). Assessing Quality in Decision Analytic Cost-Effectiveness Models. *Pharmacoeconomics*; 17(5):461-477.
- SEKANDI J. N., DOBBIN K., OLOYA J., OKWERA A., WHALEN C. C. Y CORSO P. S. (2015). Cost-Effectiveness Analysis of Community Active Case Finding and Household Contact Investigation for Tuberculosis Case Detection in Urban Africa. *PLoS ONE*; 10(2): e0117009.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide*. <https://goo.gl/xWQ3kF>
- ZÃA I., RIBEIRO A.I., APOLINÁRIO D., DUARTE R. (2019). Why does it take so long? The reasons behind tuberculosis treatment delay in Portugal. *Pulmonol.* 2019; 25(4):215-222.
- ZERBINI E., CHIRICO M. C., SALVADORES B., AMIGOT B., ESTRADA S., ALGORRY G. (2008) Retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en cuatro provincias de Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 12: 63-8.
- ZERBINI E. (2013). *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Normas Técnicas 2013*. 4ta Ed. Santa Fe: INER. ISBN 978-987-29970-0-7.

# La formación de las y los médicos generalistas en centros de salud de la ciudad de Rosario

## *The training of general practitioners in health care centers in the city of Rosario*

**Mg. Lucas de Candia**

Medicina General y Familiar. UNR.

### Resumen

La formación médica de grado y posgrado estuvo basada en el trabajo hospitalario, la clínica sin contexto y la biomedicina. Actualmente los sistemas de salud necesitan profesionales aptos para el pensamiento crítico, abordajes contextualizados y la interdisciplina. La propuesta de formación en Centro de Salud (CS), adoptada por la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar (MGyF) de la Universidad Nacional de Rosario, pretende revisar críticamente el modelo biomédico, complejizando el proceso educativo y generando oportunidades de exposición a situaciones de sufrimiento en su cotidianidad. Este trabajo explora las estrategias educativas que despliegan tutores y médicos en formación de posgrado de MGyF para resolver la distancia identificada entre las diversas formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico en CS de Rosario. Se realizó un abordaje exploratorio basado en metodología cualitativa, con entrevistas semiestructuradas a actores claves. Las principales estrategias educativas fueron el consultorio con los tutores y tener población adscripta a cargo. El intercambio con tutores y los espacios de trabajo interdisciplinarios aparecieron como fundamentales. El encuentro con el sufrimiento de personas singulares se destacó como posibilidad de pensamiento crítico. Los encuentros de trabajadores, de tutores entre sí y con médicos en formación emergen como centrales para la reflexión crítica y contextualizada, y como metodologías de aprendizaje.

### Palabras clave

Medicina General y Familiar - Biomedicina - Tutores

### Abstract

Undergraduate and postgraduate medical training was based on hospital work, decontextualized clinical practice, and biomedicine. Nowadays health systems require professionals with critical thinking skills, contextualized approaches, and interdisciplinary work. The training proposal at the Health Center, adopted by the Postgraduate Specialization in General and Family Medicine at the National University of Rosario, pretends to be a potential call to critically review the biomedical model, making the educational process more complex and generating opportunities for exposure to situations of suffering in everyday life. This work explores the educational strategies implemented by tutors and postgraduate trainees in GFM) to address the gap identified between various forms of suffering and the biomedical protocols in health centers in the city of Rosario. An exploratory approach based on qualitative methodology was designed, using semi-structured interviews with key actors. The main educational strategies were consultations with tutors and having a registered population under their care. Interaction with tutors and interdisciplinary workspaces emerged as fundamental. Encountering the suffering of individuals was highlighted as an opportunity for critical thinking in all interviews. Professional meetings, meetings among the tutors and with the doctors in training emerged as fundamental topics for a critical and contextualized reflection as well as a learning methodology.

### Keywords

General and Family Medicine - Biomedicine - Tutors

## Introducción

Esta publicación presenta resultados parciales de la tesis de Maestría en Salud Pública titulada: “Educación médica de posgrado para una clínica humanizada. El caso de los centros de salud de Rosario” (de Candia, 2020), presentada en el año 2020 para obtener la titulación de Magíster en Salud Pública.

Históricamente, la formación médica de grado y posgrado estuvo basada en el trabajo hospitalario, la clínica descontextualizada y la biomedicina. Las actuales necesidades de los sistemas de salud exigen graduados y postgraduados con otras aptitudes: pensamiento crítico, abordajes contextualizados y trabajo interdisciplinario (Frenk, 2010; Mezzich, 2019; Morán Barrios, 2019; López Espinosa, 2018; Skochelak, 2021). Algunos autores proponen la deshospitalización de los espacios de formación para transformar la educación médica. Las tradicionales instancias de enseñanza aprendizaje basadas en rotaciones hospitalarias favorecen un perfil de médico con capacitaciones centradas en procedimientos en donde prevalece la lógica instrumental (Peixoto, 2019; Silva, 2011; De Gauna, 2015; Ruiz, 2012). En el campo de la educación médica, Flexner y otros, favorecieron la consolidación del modelo biomédico y la centralidad de los hospitales como espacios de prácticas de los médicos (Flexner, 1910; Gutiérrez, 2022; Schrewe, 2013; Spinelli, 2018).

La biomedicina es el modelo hegemónico en la práctica y en la educación médica. En oposición, Merhy propone pensar el trabajo en salud como trabajo vivo en acto: entendiendo la clínica como encuentro (Merhy, 2021). La construcción de problemas contextualizados surge de la relación entre la escucha y el saber técnico del médico y la propia experiencia de sufrimiento del paciente. La intersubjetividad es clave en este encuentro y, por lo tanto, es un trabajo que demanda espontaneidad y creatividad. La clínica existe como posibilidad de cuidado y de diálogo entre individuos. En el modelo biomédico, las experiencias de sufrimiento son “lo que queda afuera” de los protocolos. Son lo que no puede sistematizarse y, en los trabajadores, motivo de malestar o mecanismos de resistencia. Una consecuencia frecuente de la biomedicina es la alienación y la reproducción de una clínica deshumanizada y deshumanizante (Engel, 1992; Menéndez, 2020; Westerhaus, 2015).

Sin embargo, desde la Salud Colectiva (SC) se propone incorporar elementos de las ciencias sociales para construir los problemas y reconocer las múltiples determinaciones de los procesos de salud-enfermedad-atención (Nogueira, 2009, 2014; Breilh, 2013). Este movimiento se articula con el lanzamiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia para ofrecer mayor equidad y poner el foco en

sujetos (Rovere, 2018). Rovere identifica al primer nivel de atención como el espacio estratégico para abordar la complejidad de los problemas y señala que la organización de los sistemas de salud como redes se presenta como un desafío ineludible. Por lo tanto, los sistemas de salud requieren profesionales especializados en el trabajo interdisciplinario, en la atención contextualizada, en el seguimiento longitudinal y en la lectura crítica de la información (Rovere, 2012).

Históricamente, se observaron tensiones entre las residencias médicas y los servicios que, como espacios de formación, asumen doble función: aprendizaje y asistencia. Frecuentemente, esto deriva en pobre acompañamiento, sobrecarga de tareas y atención fragmentada (Dure, 2015). A partir de los 90, las carreras de posgrado, sumaron el aporte académico de las universidades a las residencias médicas, pero adoptaron una visión mercantilista con bajo interés por las necesidades de las poblaciones (Spinelli, 2015).

En Argentina, desde el 2003, el Estado Nacional propuso la APS como estrategia de organización del sector salud y se aumentó la designación presupuestaria para residencias que sustentan la APS como MgyF (Rovere, 2016).

En 2005, Borrell identificó los problemas de las residencias médicas a partir de las perspectivas de docentes/instructores en el ámbito hospitalario en tres provincias: Salta, Mendoza y Santa Fe (Borrell Bentz, 2005). Destacó que la visión del aprendizaje predominante era la del “adiestramiento en la práctica” con un aumento excesivo de la carga asistencial y el enfoque biomédico en el marco hospitalario fue el dispositivo pedagógico predominante en la resolución de problemas.

En 2012, Abramzón y Col, analizaron la articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención en Rosario y Buenos Aires (Abramzon, 2012). Utilizaron el análisis de Planes de Estudio y entrevistas a actores clave. Encontraron que la “perspectiva de APS y a una visión de la salud más allá de los aspectos exclusivamente biomédicos” estaba presente en los Planes de Estudio. También, observaron que la presencia de tutores como intervención educativa superadora del clásico formato de autoaprendizaje o de aprendizaje entre residentes. La Carrera de Medicina General y Familiar (MGyF) presentó como particularidades: completamente organizada con perspectiva integradora, compromiso con la estrategia de APS e incorporación de docentes-tutores con tareas de acompañamiento y supervisión. Como puntos críticos, señalaron la dificultad en la integración de los residentes a un equipo de CS y el marcado perfil internista de la formación de grado. En consecuencia, los CS son espacio de rotación, se perciben como contacto con otra realidad y aparecen limitaciones para la aplicación del conocimiento técnico-científico dadas por el contexto. En síntesis, Abramzón y

Col sostienen: “Los resultados refuerzan la importancia de centrar estos procesos de formación en las necesidades de salud de las personas y de las poblaciones, desde la perspectiva de la atención primaria”.

En los 90, Rosario inició un proceso de transformación del sistema de salud, donde los CS tuvieron un rol protagónico. Se creó la Dirección de APS para coordinar los CS y gestionar poniendo el foco en las poblaciones. Se generaron equipos interdisciplinarios con la articulación de la residencia de medicina general. La estrategia de APS de Rosario se caracterizó por adoptar directrices como la equidad, la clínica contextualizante y la participación; y por una gestión descentralizada asumiendo al CS como institución eje del sistema, y al sistema de salud, como red. La adscripción en CS se implementó para acercar los servicios de salud a los sectores más vulnerables (Rovere, 2005).

Los programas de formación de posgrado tradicionales, fundamentalmente organizados en hospitales, tienden a reproducir una clínica descontextualizada, mecanizada y centrada en procedimientos. La articulación de los servicios de salud y los espacios de educación, especialmente en equipos de APS de la red pública, posibilita minimizar las distancias entre las instancias de enseñanza y la realidad social de las poblaciones (García, 2001; Rao, 2020).

En coincidencia, Schön critica el abordaje meramente instrumental de los problemas de la práctica profesional. Plantea que la racionalidad técnica, como epistemología de la práctica, separa los medios de los fines y el saber del hacer. Define como “sobre-aprendizaje” a una práctica profesional repetitiva y rutinaria en la que ya no se piensa al actuar, se descarta todo aquello que no encaja en la una teoría incorporada y donde la técnica esta arriba de las necesidades reales de las personas. Como propuesta superadora, propone una epistemología de la práctica reflexiva basada en la inseparabilidad del saber y el hacer. Por consiguiente, los problemas y los fines no se encuentran dados sino que se construyen en una situación problemática contextualizada (Schön, 1998).

Merhy y Col propusieron la educación permanente en salud (EPS) que identifica como disparador del aprendizaje, la incomodidad que generan las dificultades concretas del trabajo cotidiano con situaciones-problema contextualizadas. Partir de las incomodidades, dialogar con lo acumulado y producir sentido son las claves para el aprendizaje. Proponen ubicar el proceso de trabajo como objeto de reflexión y aprendizaje para los propios trabajadores de salud, recuperando la micro política del trabajo vivo en acto. La finalidad es la constitución de colectivos que, a partir de reflexiones sobre su propio trabajo, puedan ser coautores en la transformación de las instituciones de salud (Merhy, 2006).

La propuesta de formación en CS, adoptada por la Carrera de Posgrado de Especialización en MGyF de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), se presenta como una potencial convocatoria a revisar críticamente el modelo biomédico dominante, complejizando el proceso educativo y generando oportunidades de exposición a situaciones de sufrimiento en su cotidianidad. En consecuencia, se considera pertinente interrogar en el contexto particular de la red de salud pública de Rosario, ¿qué estrategias educativas despliegan en CS los tutores y los médicos en formación de posgrado para resolver la distancia entre los protocolos de la biomedicina y las experiencias de sufrimiento de las personas?

## Metodología

El presente trabajo se propuso explorar las estrategias educativas que despliegan tutores y médicos en formación de posgrado de MGyF para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico en CS de Rosario. Partiendo del supuesto de que el trabajo en CS favorece una clínica humanizada y contextualizante. Se realizó un diseño de abordaje exploratorio basado en metodología cualitativa, utilizando entrevistas semiestructuradas a actores claves.

“El trabajo en salud está centrado permanentemente, en el trabajo vivo en acto, un poco a semejanza con el trabajo en educación” (Merhy, 2021). Se destaca que el marco epistemológico que propone la centralidad del encuentro intersubjetivo es central en lo que Merhy describe como trabajo vivo en acto. En consecuencia, el abordaje utilizado fue el cualitativo dado que pretendió recuperar las perspectivas de los actores en contexto del encuentro clínico y del encuentro educativo.

Desde una perspectiva teórica de análisis hermenéutico-dialéctico, la relación entre las representaciones del actor y su contexto es de central relevancia. Por lo tanto, los actores seleccionados se desempeñaban como tutorxs o médicos en formación e integraban equipos de CS de la Municipalidad de Rosario que eran CS formadores de la Carrera de posgrado en MGyF. Se exploraron las estrategias educativas desplegadas y se propuso el análisis del material haciendo eje en dos aspectos: 1- concepción del trabajo en salud; y 2- concepción del proceso educativo.

Se realizó una guía para las entrevistas al modo de conversación con finalidad. Se buscaron disparadores que permitan abordar diferentes dimensiones del objeto ampliando la comunicación y favoreciendo la emergencia de la perspectiva del entrevistado/a. El objetivo fue comprender el punto de vista de los actores sociales. Por

lo tanto, la misma fue puesta a prueba y modificada *in situ* acorde a lo emergente en el diálogo para permitir flexibilidad y absorber nuevos tópicos o dimensiones no previstas. Se utilizó el criterio de saturación de la muestra para definir la cantidad de entrevistas necesarias para la exploración buscada (Minayo, 2009).

Como dimensión temporal, se estableció la fecha 1 de marzo de 2020 para establecer los criterios de selección de actores-informantes claves:

- tutores/as que a esa fecha tengan al menos 1 año en la función;
- médicos/as que hasta esa fecha hayan completado la formación práctica;
- médicos/as en formación que a la fecha especificada hayan realizado al menos un año de formación en CS.

Todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado. El presente artículo es parte de una investigación mayor que fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (De Candia, 2020).

Se realizaron 14 entrevistas a actores claves a quienes se le asignaron nombres ficticios (ver Tabla 1).

Tabla 1: Actores-informantes clave entrevistados/as

| Nombre ficticio | Edad | Condición           | Antigüedad                          |
|-----------------|------|---------------------|-------------------------------------|
| Andrés          | 40   | Tutor               | Desde 2014                          |
| Beatriz         | 40   | Tutora              | Desde 2009                          |
| Brisa           | 29   | Médica en formación | Cursando tercer año                 |
| Cristian        | 32   | Médico en formación | Cursando tercer año                 |
| Daniela         | 41   | Médica              | Completó formación práctica en 2019 |
| Esperanza       | 32   | Médica              | Completó formación práctica en 2019 |
| Gastón          | 38   | Tutor               | Desde 2013                          |
| Laura           | 45   | Médica              | Completó formación práctica en 2018 |
| Mónica          | 45   | Tutora              | Desde 2007                          |
| Nadia           | 44   | Tutora              | Desde 2016                          |
| Patricia        | 35   | Tutora              | Desde 2013                          |
| Sandra          | 34   | Médica en formación | Cursando tercer año                 |
| Sonia           | 36   | Tutora              | Desde 2015                          |
| Tamara          | 38   | Tutora              | Desde 2015                          |

Elaboración propia

## Resultados

### - Características de la formación en CS y la necesidad de cuidado integral

Las representaciones sobre el trabajo en CS en las entrevistas marcan un claro posicionamiento de crítica a la biomedicina como modelo dominante de la práctica clínica. Aparece la necesidad de desarmar la hegemonía de la biomedicina y adecuar el saber y las herramientas técnicas a las características singulares de las personas y sus contextos de vida. La necesidad de ampliar la mirada aparece ligada al encuentro entre los médicos y usuarios. Lo relacional es central: *aprende a poder escuchar, aprender a priorizar acordando con el otro*. En contraposición a la captura que implica el trabajo hospitalario, se sostiene que *contextualizando aprende a salir del protocolo. Salir del deber ser médico*.

*Es trabajo en territorio con una clínica singularizada y contextualizando las intervenciones. Es un trabajo que está atado a las condiciones objetivas de existencia de los usuarios. Está relacionado con las posibilidades reales de la persona.* (Nadia, tutora MGyF).

*Como residente, nuestro trabajo está ligado al trabajo con la comunidad, siempre teniendo en cuenta al paciente en el contexto en que se encuentra. ...buscamos entender los procesos de atención de las personas de manera integral.* (Brisa, médica en formación MGyF).

*Uno aprende a poder escuchar (se emocionó).* (Daniela, médica generalista).

*En comparación con el hospital, en el CS el residente aprende a hacer un trabajo más interdisciplinario, a adaptar la guía clínica al paciente real... Contextualizando aprende a salir del protocolo. Salir del deber ser médico. Aprender a priorizar acordando con el otro.* (Patricia, tutora MGyF).

### - El tutor como guía y el aprendizaje problematizador

El rol del tutor se define como guía en el aprendizaje y tiene la función de acompañar en dos líneas claras: desarmar la biomedicina como modelo hegemónico de la práctica y desarrollar la capacidad de reproducir una clínica humanizada y contextualizada. La tarea de los tutores está ligada a despertar el interés por el trabajo contextualizado y ofrecer posibilidad de exposición a múltiples experiencias de sufrimiento. La pregunta respecto a experiencias singulares de sufrimiento son estrategias educativas propuestas. Se aspira a aceptar no saber para subsumir el conocimiento biomédico a la realidad concreta de las personas. El saber no está dado ni se trasmite sino que se construye en el marco del encuentro clínico. Además, emerge la dimensión política del trabajo educativo. Y, por último, se presentó como incuestionable el respeto por las perspectivas singulares.

*Acompañar desde la experiencia particular... Ayudarlos a adecuar el conocimiento biomédico al contexto. Ayudarlos a entender que la clínica será más efectiva si se pone en contexto de los pacientes. (Andrés, tutor MGyF).*

*El rol del tutor es dar herramientas que no te da la facultad. Hacerte pensar, analizar tu práctica y hacerte ver que hay otras formas de intervenir más allá de los protocolos. Te ayuda a cuestionar los protocolos y a ponerlos en contexto. (Daniela, médica generalista).*

*Trasmitir que pueden trabajar con el no saber. Construir día a día. Lo importante es que puedan llevarse herramientas para entender que la clínica es singular. La tarea del tutor es tranquilizar. Manejar la ansiedad del no saber. Está bien no saber, a veces. (Beatriz, tutora MGyF).*

*...la tutoría siempre la pienso como un tutor de una planta. Algo así como un palito. Algo que va ayudando a que el residente crezca. En cuestiones que tengan que ver con la visión territorial y la complejidad clínica, con cuestiones sociales y culturales que están atravesadas en relación a la clase. Ir acompañando ese proceso sería la función. En algún punto, la misma que como gestora. Para mí, lo de promover valores que instituyan prácticas es tanto para la gestión política del CS como para la gestión del proceso de aprendizaje de los residentes. (Mónica, tutora MGyF).*

*Las estrategias de aprendizaje son singulares con cada residente. El objetivo es que la residencia sea un cimbronazo en su vida, que vivan, acompañados por sus tutores, la angustia y la incertidumbre de ver más allá del modelo biomédico. Después, cada uno elige qué camino tomar en su vida profesional. (Nadia, tutora MGyF).*

#### - Estrategias para el aprendizaje

Las estrategias educativas puestas en juego parten de la integración a un equipo de CS durante los tres años de formación práctica. En ese marco, se destacan dos estrategias principales: el consultorio con tutor en primer año y gestionar población adscrita en segundo y tercero. La primera estrategia supone la posibilidad de observar el ejercicio clínico desenvuelto por los tutores. La distancia entre las experiencias singulares de sufrimiento y los protocolos biomédicos aparece potentemente y tiene impacto en los médicos en formación: *me partió la cabeza... me dio vértigo*. El consultorio con los tutores es la primera estrategia para visualizar dicha distancia. La mediación de los tutores resulta clave para que la experiencia pueda disparar reflexiones. A partir del segundo año, los médicos en formación de posgrado asumen una responsabilidad que supone otra estrategia educativa principal en el CS: tener población adscrita a cargo. La adscripción de pacientes implica asumir responsabilidad, como agentes del Estado, para garantizar el derecho a la salud. Los equipos de CS se constituyen en actores que trabajan para identificar problemas de salud de la población y para favorecer su acceso oportuno a las intervenciones pertinentes. Por lo tanto, adscribir

población implica un ejercicio complejo. Los entrevistados destacan esta modalidad de trabajo como una estrategia fundamental en el aprendizaje.

*El residente de primero arranca a mi lado en el consultorio. Muestro y pongo palabra a cada atención con cada paciente. Explico por qué hago cada intervención. (Nadia, tutora MGyF).*

*Se aprende estando al lado del tutor, viéndolo trabajar. Pensando con otros. Especialmente, de otras disciplinas. Todo el transcurrir del residente en el CS puede generar aprendizaje. La pregunta en el momento ante situaciones con pacientes es un modo de aprender. (Tamara, tutora MGyF).*

*Aprende lo que se ofrece y lo que busca. Esta todo ahí. El acompañamiento es variado: depende de cada uno. A mí, ese periodo de formación en el CS me generó preguntas, me partió la cabeza, me corrió de donde venía desde la facultad. Me sacó "pie", me dio vértigo. Un vértigo que supe potenciar. (Laura, médica generalista).*

*Los residentes de segundo y tercero tienen población a cargo. Los interpelo cuando preguntan. Intento siempre acompañar en las situaciones más complejas donde, a veces, se desbordan. Intervengo para que descubran su propio límite. (Nadia, tutora MGyF).*

#### - La reflexión crítica en la práctica clínica

Los espacios de retrabajo de situaciones complejas se presentan como espacios reflexivos de gran valor en las entrevistas. Se describen como dispositivos pedagógicos que invierten el abordaje positivista: parten de una realidad concreta para reflexionar sobre la utilidad de teorías y conocimientos. Desde la perspectiva biomédica, el trabajo médico se reduce a la aplicación de técnicas desarrolladas previamente (*Genera frustración ir de lo académico a la realidad porque nunca encaja*). El trabajo en CS se presenta como modo de repensar el conocimiento y las prácticas a partir de situaciones concretas: *Aprende en contexto, eso me parece que es lo más interesante. Aprende haciendo.*

La propuesta de práctica reflexiva de Schön, en cercanía a la EPS, tiene por objeto tomar la incertidumbre, el malestar y la dificultad del trabajo como elemento de análisis: reflexionar a partir de "lo que no cierra" en la práctica cotidiana. Dicha reflexión busca desarrollar nuevos conocimientos y herramientas a partir de situaciones particulares. Mónica presenta la idea de la reflexión espontánea, como una *cachetada* en el trabajo cotidiano que te despierta. Andrés señala tres espacios reflexivos: 1- reunión de equipo: para reflexionar sobre la organización local; 2- reuniones de casos complejos, para una reflexión interdisciplinaria de situaciones clínicas; y 3- gestión de población adscrita: momento en que los residentes revisan problemas de las familias adscritas a su cargo. En todas las entrevistas, emerge lo indispensable de estos espacios, pero al mismo tiempo, se presenta el problema de

su discontinuidad: aparece la perspectiva del tiempo como limitante en la posibilidad de parar y pensar. Este punto es crítico dado que el *cachetazo* o el *cimbronazo* del trabajo en el CS puede suponer una crisis en el profesional en formación. Ese encuentro con las experiencias singulares de sufrimiento que no encajan moviliza la propia posición política frente al trabajo, el modelo que fundamenta la práctica y las herramientas aprehendidas. Entonces, el malestar asociado a esta sensación de perder certezas (*me sacó pie, me dio vértigo*) requiere acompañamiento que guíe y contenga, y una metódica reflexión de la práctica clínica. Una reflexión que se constituya en oportunidad de construcción de nuevos saberes para una clínica superadora, humanizada y contextualizada. Una preocupación es la dificultad para disponer de espacios periódicos de reflexión. En todas las entrevistas, se destacan el trabajo en CS como movilizador, pero podría resultar desestabilizante si no está acompañado por espacios reflexivos. La diversidad de experiencias de sufrimiento se presenta como un elemento de aprendizaje y problematización crítica. Sin embargo, lo cotidiano y diverso se puede presentar también como una dificultad en la posibilidad de reflexionar. *Lo cotidiano nos pasa por encima*, dice Laura. Aparece el tiempo como limitante en la posibilidad de reflexión. Lo que se considera un punto crucial dado que la transformación de la práctica clínica que puede inducir el trabajo en CS, no es un proceso espontáneo. Estimular la permanente actitud indagatoria es un pilar del aprendizaje, pero exige el compromiso ético de los tutores y requiere tiempo. La exposición a múltiples experiencias de sufrimiento sin un acompañamiento tutorial contenedor y reflexivo podría inducir un malestar sin orientación. El vértigo de quedarse sin bases requiere apoyo, guía, tutor.

Otro punto interesante en las entrevistas fue el lugar que ocupan espacios colectivos como las reuniones de equipo que ofrecen posibilidad de reflexión sobre acuerdos institucionales, organización y sentido del trabajo en cada equipo de salud.

Además, los tutores señalan como un espacio de retroalimentación y reflexión sobre la práctica clínica y la práctica educativa a la reunión tutores. Es interesante la referencia a la reunión de tutores como espacio para superar la alienación, no perder el sentido transformador de la práctica educativa y revisar el rol tutorial. El encuentro con pares aparece como espacio de reafirmación de proyectos, objetivos y argumentos.

*Genera frustración ir de lo académico a la realidad porque nunca encaja, en lugar de hacer lo opuesto: partir de la realidad del paciente. (Sonia, tutora MGyF).*

*Aprende en contexto, eso me parece que es lo más interesante. Aprende haciendo. Y aprende muchas cosas. Muchas cosas de la vida misma... Tiene la oportunidad de enfrentarse a situaciones que ponen en cuestión sus saberes, todos los que trae de la vida, por una cuestión de*

*clase muchas veces, y los que trae de la facultad, porque la facultad no nos prepara para cuando el paciente se nos sale de los protocolos.* (Mónica, tutora MGyF).

*Y a mí me parece que trabajar en un CS "te da un cachetazo" y te hace reflexionar sobre las posiciones que uno trae, sobre lo que te cuenta el libro y lo que implica que el paciente se te sale del protocolo. Yo creo que ya estar en el CS, y mezclarte con la gente, ir a visitarlos a su domicilio y participar en una reunión de la vecinal, por ejemplo, te enfrenta a tu clínica.* (Mónica, tutora MGyF).

*Habitualmente, se puede dar una revisión de la práctica en tres espacios: reunión de equipos (para repensar prácticas en general), la reunión de casos complejos (que suele ser interdisciplinaria) y el espacio de gestión de población a cargo de los residentes. Este último es autogestionado por los residentes, se estimula que puedan hacer una revisión de los pacientes que atienden y tienen a cargo, que puedan revisar, críticamente, para adecuar su trabajo a la realidad particular de su población a cargo y a la coyuntura.* (Andrés, tutor MGyF).

*Una dificultad es el poco tiempo en el CS, sobre todo durante algunas rotaciones en las que tenemos mucho tiempo en el hospital. Y esto te deja con poco para el retrabajo de situaciones con el tutor o con el equipo.* (Daniela, médica generalista).

*El retrabajo interdisciplinario de situaciones dispara el pensamiento crítico. Ponés en contexto las situaciones de pacientes reales y en discusión con compañeros de otras disciplinas. Así van complejizando la mirada y al mismo tiempo, superando lo bilógico más duro.* (Patricia, tutora MGyF).

*No está garantizada esa reflexión. Se hace en el uno a uno en el consultorio. No hay espacio formal de revisión de situaciones entre residentes. Lo cotidiano nos pasa por encima.* (Laura, médica generalista).

*Últimamente, me está costando mucho tener ese tiempo. La demanda te lleva y a veces, no hay posibilidad de parar y pensar.* (Beatriz, tutora MGyF).

*Revisamos situaciones complejas. Complejas por el paciente, por la patología, por la situación en su contexto o por lo que implica para nosotros abordarla. Esta bueno contar con tutores que tienen experiencia y te dejan pensando. Pero, muchas veces, nos quedamos cortos de tiempo para retrabajo de situaciones.* (Brisa, médica en formación MGyF).

*Lo cotidiano, también, puede ser una dificultad dada la gran cantidad de casos que atenta contra la posibilidad de ampliar. Limita la capacidad de reflexión. Es decir, ver más pacientes te enriquece con esa experiencia, pero, si es mucho te limita la posibilidad de discutir, de preguntar, de ampliar, de tener espacio de búsqueda.* (Laura, médica generalista).

*También, está la reunión de equipo para reflexionar sobre problemas complejos del barrio, modos de organización del equipo y otros temas comunes.* (Sandra, médica en formación MGyF).

*El resto del equipo puede constituirse en dificultad en el trabajo y en el aprendizaje. Esto se da cuando otros trabajadores no comparten el sentido del trabajo en salud: no entienden que nuestra tarea es garantizar acceso a una atención integral. Hacen una práctica reducida por especialidades. (Tamara, tutora MGyF).*

*La reunión de tutores me sirve para no alienarme. Para no bajar los brazos y repetir lo que hacen compañeros que se resignan a no transformar nada de la realidad de los servicios de salud. También, para afianzarme y recordar por qué sigo siendo tutora. (Beatriz, tutora MGyF).*

## Discusión

Recuperando las reflexiones de Merhy, el trabajo en salud, como proceso intersubjetivo, no puede perder absolutamente su autonomía y su capacidad de asombro. Aun en el marco de una biomedicina dominante, en instituciones complejas y con limitadas posibilidades para reflexionar sobre el cotidiano, el saber práctico y la creatividad de los trabajadores y usuarios no se deja capturar del todo por la rigidez de los protocolos.

Las principales estrategias educativas descritas fueron el consultorio con los tutores en el primer año y tener población adscripta a cargo en segundo y tercero. El intercambio y la pregunta con los tutores y los espacios de trabajo interdisciplinarios aparecieron como fundamentales.

Entre los entrevistados, ninguno realizó señalamientos que den cuenta del trabajo de CS como disparador de mecanismos de resistencia. El encuentro con el sufrimiento de personas singulares fue destacado como posibilidad de pensamiento crítico en todas las entrevistas. El carácter dialógico del trabajo clínico y del trabajo educativo emerge de diferentes maneras en la perspectiva de los actores. Los encuentros de trabajadores, de los tutores entre sí y con los médicos en formación emergen como fundamentales para la reflexión crítica y contextualizada, y como metodologías de aprendizaje. En consecuencia, las estrategias descritas para comprender el sufrimiento singular de las personas en su cotidianidad pueden favorecer el aprendizaje significativo y el desarrollo de saberes orientados a una práctica clínica más humanizada y humanizante.

## Referencias bibliográficas

- ABRAMZÓN, M., y otros (2012). "Articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral: análisis en dos escenarios: Ciudad de Buenos Aires y Municipio de Rosario." Recuperado el 01 de junio de 2025 de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iiguba/20121107040720/dt62.pdf>
- BORRELL BENTZ, M. R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa* (1a ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- BREILH, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- DE CANDIA, L. F. (2020). *Educación médica de posgrado para una clínica humanizada*. [Tesis de Maestría]. Recuperado el 01 de junio de 2025 de <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/19414>
- DE GAUNA, P. R., MORO, V. G., & MORÁN-BARRIOS, J. (2015). Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educación Médica*, 16(1), 34-42.
- DURÉ, I. (2015). Residencias médicas en Argentina 2015. *Revista Argentina de Medicina*, 3(5), 2-4.
- ENGEL, G. L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317-331.
- FLEXNER, A., PRITCHET, H., & HENRY, S. (1910). Medical education in the United States and Canada (*Bulletin number four: The Flexner Report*). The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- FRENK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z. A., COHEN, J., CRISP, N., EVANS, T., et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- GARCÍA, M. A. A. (2001). Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface*, 5(8), 89-100.
- GUTIÉRREZ, A. O. (2022). Abraham Flexner, la educación médica 113 años después. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(1), 5-6
- LÓPEZ ESPINOSA, G. J., et al. (2018). Principios de las ciencias médicas o ciencias de la educación médica en educación de posgrado. *Edumecentro*, 10(4), 197-204.
- MENÉNDEZ, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect*, 16, e2615.

- MERHY, E. E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Universidad Nacional de Lanús.
- MERHY, E. E., CAMARGO MACRUZ, L., & CECCIM, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*, 2(2), 147.
- MEZZICH, J. E. (2019). Educación médica centrada en la persona en el siglo XXI. *Diagnóstico*, 58, 29-33.
- MINAYO, M. C. D. S. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.
- MORÁN BARRIOS, J. (2019). Competencias del médico del siglo XXI: un cambio necesario. *Revista Científica Cienc. Salud*, 1, 58-73.
- NOGUEIRA, M. I. (2009). As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med*, 33(2), 262-270.
- NUNES, E. D. (2014). Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colect*, 10(1), 57.
- PEIXOTO, M. T. (2019). Formación médica en la atención primaria de la salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface - Comunicação & Saúde*, 23.
- RAO, R., HAWKINS, M., ULRICH, T., GATLIN, G., MABRY, G., & MISHRA, C. (2020). The evolving role of public health in medical education. *Frontiers in Public Health*, 8, 251.
- ROVERE, M. (2005). *Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad*. Recuperado el 01 de junio de 2025 de [https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia\\_Salud\\_Rosario.pdf](https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf)
- (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327-342.
- (2016). El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estrategias y opacidades. *Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social*, 12, 23-41.
- (2018). La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 315-327.
- RUIZ, P., MORO, V., & ALFONSO, M. F. (2012). Una formación en ciencias de la salud basada en la lógica social de las competencias: ¿profesionales comprometidos o técnicos? *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 10(1), 95.
- SCHÖN, D. A., & SALVADOR, C. (1998). *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós Ibérica.
- SCHREWE, B. (2013). From history to myth: productive engagement with the Flexnerian meta-narrative in medical education. *Advances in Health Sciences Education Theory & Practice*, 18(5), 1121-1138.

- SILVA, J. A. M. DA, & PEDUZZI, M. (2011). Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc*, 20(4), 1018-1032.
- SKOCHELAK, S. E., LOMIS, K. D., ANDREWS, J. S., HAMMOUD, M. M., MEJICANO, G. C., & BYERLEY, J. (2021). Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. *Medical Teacher*, 43(Suppl 2), S1-S6.
- SPINELLI, H. (2018). Máquinas y arte-sanos. *Saúde Colet*, 14(3), 483-512.
- SPINELLI, H., ALAZRAQUI, M., FEDERICO, L., & ARAKAKI, J. (2015). *Los posgrados en Argentina*. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.
- WESTERHAUS, M. M., FINNEGAN, A., MONA, M. D., ARTHUR, M., JOIA, M. D. P., & PAUL, M. D. P. (2015). The necessity of social medicine in medical education. *Academic Medicine*, 90(4), 565-568.

# Cultura organizacional: profesionalismo e ilusión en el trabajo de médicos y enfermeros de Neonatología de una maternidad pública de Rosario, 2018

## *Organizational Culture: Professionalism and idealism in the work of Neonatology Doctors and Nurses at a Public Maternity Hospital in Rosario, 2018*

**Mg. Natali Soledad Córdoba**

Magíster en Salud Pública, CEI - UNR

### Resumen

Las organizaciones de salud tienen un conjunto de creencias y valores compartidos. Las formas en que los trabajadores dan vida a estos valores y cómo interactúan unos con otros, conforman el sistema nervioso de la institución. Por esta razón, es crucial que todas las transformaciones que se van iniciando en el interior de las instituciones, las transiten conjuntamente todos sus miembros. El objetivo del estudio consistió en conocer como parte de la cultura organizacional, la percepción en cuanto al profesionalismo e ilusión en el trabajo de los médicos y enfermeros del área de UCIN de una maternidad pública de Rosario.

La vía de acceso al conocimiento de dicho estudio fue a través de un abordaje cualitativo, tras un tipo de estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal. La información se obtuvo de entrevistas semiestructuradas a la población de estudio, a través de un muestreo no probabilístico, por disponibilidad. Se realizó un análisis inductivo a partir de los relatos, utilizando el paquete de software NVivo 12.

Los resultados obtenidos reflejaron sentimientos negativos, en cuanto al profesionalismo predominó la fragmentación del trabajo en el equipo interdisciplinario y la impronta del modelo biologicista y del proceso medicalizador. Así como el desinterés, la inequidad, falta de autonomía en la toma de decisiones como parte de la ilusión en el trabajo. Lo que da cuenta de niveles contrapuestos de satisfacción laboral asociados a la cultura organizacional.

### Abstract:

Healthcare organizations have a set of shared beliefs and values. The ways in which employees embody these values and how they interact with each other shape the institution's nervous system. For this reason, it is crucial that all the transformations that begin within these institutions be navigated jointly by all their members. The objective of this study was to understand, as part of the organizational culture, the perception of professionalism and enthusiasm for work among the physicians and nurses in the UCIN area of a public maternity ward in Rosario. The knowledge for this study was obtained through a qualitative approach, following an exploratory, descriptive, cross-sectional study. Information was obtained from semi-structured interviews with the study population, using non-probability sampling based on availability. An inductive analysis was conducted based on the stories using NVivo 12 software.

The results showed negative sentiments regarding professionalism. The fragmentation of work within the interdisciplinary team and the influence of the biological model and the medicalization process predominated. Disinterest, inequity, and a lack of autonomy in decision-making were also part of the enthusiasm for work. This reflects contrasting levels of job satisfaction associated with organizational culture.

### Palabras Claves

Cultura Organizacional - Médico - Enfermero - UCIN

### Keywords

Organizational Culture - Physician - Nurse - NICU

## Introducción

Esta publicación es un recorte de la tesis de maestría en Salud Pública (Córdoba, 2020), cuyo objetivo general fue conocer la relación entre la cultura organizacional y la satisfacción laboral desde la percepción de los médicos y enfermeros del área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de una maternidad pública de Rosario durante el año 2018. En esta oportunidad, se presenta un recorte centrado específicamente en el análisis de dos subcategorías de la categoría apriorística *cultura organizacional*: profesionalismo e ilusión en el trabajo, con el propósito de profundizar en cómo esta se percibe y se manifiesta en el contexto particular de una maternidad pública. Por ello, comprender que, en el interior de la Salud Pública, la necesidad de alcanzar nuevos y mayores logros en la atención de la salud de las personas y de incrementar la satisfacción de la población y de los propios trabajadores de las instituciones de salud con el servicio que se brinda, obliga a repensar métodos transformadores que permitan identificar todo lo que influye, de forma positiva o negativa, sobre el desempeño de las personas en el trabajo (Segredo Pérez, 2013).

Para conocer qué sucede dentro de la organización, es necesario conocer la cultura que atraviesa a la misma. Como plantea Schein (1985), la cultura organizacional, es la forma en que la institución ha aprendido a manejar su ambiente, una mezcla compleja de supuestos, conductas, relatos, mitos, metáforas y otras ideas que definen lo que significa trabajar en una organización en particular.

Actualmente, la cultura organizacional es estudiada como los valores, creencias y supuestos que los miembros de una organización tienen en común, considerando que la misma tiene un efecto significativo sobre las actitudes de los empleados, impactando en su desempeño, salud, entusiasmo, compromiso y flexibilidad (Vásquez, 2016). En este sentido, por ejemplo, la cultura de clan mantiene correlaciones más fuertes con resultados organizacionales positivos, que las culturas jerárquicas.

Las instituciones públicas de salud tienen una demanda creciente a la espera de una atención impecable que garantice salud y bienestar (Rivas, 2006). Esta es una realidad que requiere poner mayor atención en los procesos organizacionales, en los que hay dos protagonistas centrales: la organización laboral y el recurso humano que la conforma, el cual debe tener una importante satisfacción y agrado con su ámbito de trabajo, para poder brindar cuidados y atención de la calidad que se pretende.

En estas concepciones, la satisfacción del personal de salud es crucial tanto a nivel individual como organizacional, lo que equivale a que contar con empleados comprometidos y motivados favorece el rendimiento de la institución (Prieto, 2018).

Garantizando lo que Sousa Campos (2001) plantea, como clave para lograr calidad en salud, combinando dos elementos: autonomía profesional y definiciones de responsabilidad para los trabajadores, vinculada al reconocimiento, valoración de la capacidad y el trabajo profesional.

El supuesto hipotético del que partió la investigadora consistió en que la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud de la UCIN de la maternidad, se encuentra afectada negativamente por una cultura organizacional rígida y jerárquica que la atraviesa, generadora de hábitos y rutinas que son incompatibles con los objetivos que se proponen los propios trabajadores.

## Material y métodos

Se llevó a cabo el estudio desde un abordaje metodológico cualitativo, como medio para lograr una mejor descripción de la problemática delimitada. El diseño fue de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

La población fue seleccionada tras un muestreo no probabilístico, por disponibilidad, conformada por 10 trabajadores de salud, enfermeros y médicos pediatras, con un mínimo de un año de antigüedad en el servicio y condición contractual de planta permanente. Quedando excluidos, el personal con funciones en gestión e informantes claves.

Para la recolección de datos, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, conformada por dos categorías: cultura organizacional y satisfacción laboral. Y cinco subcategorías: profesionalismo; ilusión en el trabajo; compromiso; comunicación; mejora continua, que oficiaron de guía en el desarrollo de la entrevista. También se incluyó una pregunta abierta asociada a la satisfacción laboral, dirigida al sentimiento que despierta el desempeño en el ámbito laboral como trabajador de la salud. En esta oportunidad, tal como se mencionó a priori se presentarán los resultados asociados a las subcategorías profesionalismo e ilusión en el trabajo consideradas ejes centrales en el interior de la cultura que conforman y desarrollan las instituciones.

A posteriori, se llevó a cabo un análisis de discurso, inductivo, a partir de los relatos arrojados en la entrevista, tras una transcripción textual de la grabación de cada entrevista. Se realizó un proceso de reducción llamado segmentación, a través del cual se dividieron los diversos discursos en fragmentos que contenían una misma idea. A cada idea se le asignó un código, para luego poder agrupar cada segmento a la categoría apriorística correspondiente.

Referente a los aspectos éticos, se entregó el consentimiento informado a cada participante al momento de realizar la entrevista. De igual modo, se explicó verbalmente en qué consistía la investigación, el objetivo y su finalidad, así como el deseo voluntario de participar o de retirarse cuando así lo desee, dejando establecido que su identidad no sería revelada, asegurando respetar su anonimato.

## Resultados y discusión

Los sujetos entrevistados fueron en su mayoría de sexo femenino y predominó la participación voluntaria de los enfermeros por encima de los médicos, coincidentemente con las características del servicio de Neonatología, conformado principalmente por personal femenino, siendo enfermería quien representa el mayor porcentaje de trabajadores dentro de dicho sector. Por otra parte, la participación según edad predominó hacia los más jóvenes, reconociéndolos como la nueva generación de profesionales, a la que hacen referencia en varias oportunidades los consultados.

En toda organización, cada integrante es variable, inestable, por su propia existencia como individuo y por el comportamiento y recompensa que empleen las organizaciones para incrementar sus contribuciones. Entonces, se puede afirmar que la cultura es la estructura profunda de las organizaciones, estando inevitablemente arraigada a los valores, creencias y premisas de los miembros que la sostienen y que guían las interacciones que se establecen entre pares, jefes y el público objetivo.

Teniendo en cuenta esta concepción al indagar en la subcategoría apriorística: “profesionalismo”, los relatos obtenidos de las entrevistas reflejaron una fragmentación del trabajo en el equipo interdisciplinario, un trabajo de desarrollo más individualista o por grupos “*médicos, trabajan, por un lado, y los enfermeros por otro*”. La vida de las personas está conformada por una infinidad de interacciones con otras personas y con organizaciones. El ser humano es eminentemente social e interactivo, no vive aislado, sino en convivencia y en relación constante con sus semejantes, viéndose obligados a cooperar unos con otros, formando organizaciones para lograr ciertos objetivos que, con la acción individual, aislada, no podría alcanzar. Por lo tanto, es complejo pensar en el desarrollo del profesionalismo dentro de una cultura individualista por encima del trabajo colectivo, donde se mantienen lazos más débiles, confiando más en sí mismos que en el grupo de pertenencia (Revillas, 2015).

El individualismo y el aislamiento van acompañados de conductas agresivas, egoísmo y fragmentación de lazos sociales, aspectos que impactan negativamente

en el sentimiento de satisfacción laboral. Asociado a esta subcategoría, emergen por sobre todo del personal de enfermería, el predominio de la decisión del médico, mediante una impronta del modelo médico hegemónico bajo el sentimiento de que "...la palabra de enfermería no es tenida en cuenta...", lo cual genera sentimientos de desvalorización y falta de reconocimiento por el resto de los integrantes del equipo.

En términos negativos, este modelo contemporáneo es un proceso social, ideológico y culturalmente impuesto. Si bien se intentan incorporar nuevos modelos de atención, continúa predominando el biologicismo y el proceso medicalizador. Esta problemática se vincula a la formación de los profesionales, donde se visualiza una importante fragmentación en las múltiples instituciones formadoras, que suelen operar como escenarios de enfrentamientos de fuerzas internas. Estos espacios de poder fragmentado están muy instalados en la realidad, por tal motivo es contradictorio pensar en una lógica de planificación estratégica en el funcionamiento de las instituciones de salud con estos escenarios presentes en las instituciones formadoras. Se debería reflexionar sobre toda la estructura decisoría.

Por otra parte, en lo que respecta a la subcategoría "ilusión en el trabajo" predominaron en gran medida el desinterés, la inequidad, el "*no quiero venir a trabajar a este lugar*", "*...se vive un ambiente de trabajo muy denso*", "*...siempre hay conflictos, desacuerdos...*". Estos sentires conllevan la pérdida de interés y motivación de la mayoría de los trabajadores. Indudablemente, el clima "es creado" por los que gestionan, los empleados simplemente trabajan dentro de un clima, pero "no lo crean". Otro aspecto que surgió fue la desmotivación por la falta de autonomía, de toma de decisiones y de formación continua. Esto sin duda afecta la implicancia de los sujetos, por lo tanto, resulta ser muy importante conseguir la autodeterminación en el trabajo y el reconocimiento social y de sus pares. Un reclamo casi a "gritos" por parte de los enfermeros.

No se debe olvidar que el capital humano es el recurso fundamental de los hospitales públicos y son precisamente los médicos y enfermeros en el acto asistencial, quienes toman las decisiones más importantes para los usuarios y el prestigio del hospital, considerándolos como los auténticos gestores de los servicios prestados por el centro, tanto en su efectividad (mejora de la salud), como en su eficiencia (al menor costo) y calidad (Lemus, 2014).

Sin dudas, la valoración que el trabajador realiza sobre su lugar de trabajo impacta directamente en sentimientos de satisfacción o insatisfacción debido a encontrarse signada por componentes afectivos. Por lo tanto, si los trabajadores tienen sentimientos agradables y positivos en el trabajo sus actitudes hacia el mismo serán definidas en términos favorables. Por tal motivo, los resultados del estudio permitieron concluir

que los médicos y enfermeros de neonatología de la maternidad pública abordados en este estudio, tienen sentimientos negativos en el trabajo, desagregados de una cultura institucional percibida como rígida y jerárquica, tal cual plantea el supuesto hipotético del cual se partió.

## Conclusiones

Los relatos evidencian una cultura organizacional caracterizada por un clima laboral tenso, de conflictos, con relaciones interpersonales limitadas, que conllevan a sentimientos de desgano, desmotivación y aislamiento, pese al compromiso con las buenas prácticas. Se detecta un impacto negativo en la satisfacción laboral, más allá de los recursos disponibles.

Por lo expuesto, se llegó a la conclusión de que, en los sujetos entrevistados, a pesar de la creciente disponibilidad de recursos humanos y materiales, la curva de insatisfacción en vez de decrecer, crece, generando niveles contrapuestos de satisfacción laboral. El grado de compromiso no está anclado a la cantidad y calidad de los recursos sino al conocimiento que tienen los individuos con los objetivos altruistas propuestos en los grandes enunciados de las políticas públicas de salud para el sector.

La percepción de incomodidad y la insuficiencia que genera insatisfacción debería ser de algún modo la condición para que cualquier persona u organización comience a decidir realizar cambios en sus prácticas. Es decir, se debe comenzar a pensar y actuar desde un enfoque que promueva espacios de mayor autonomía y democratización, espacios de diálogo y de intercambio de saberes, para que así los obstáculos se superen y los procesos se transiten de una manera más saludable. Considerando algunas alternativas básicas que hacen a este enfoque, puede pensarse a la planificación como un campo interactivo de actores, proyectando “con los otros”, en lugar de “para los otros”, estableciendo objetivos a largo plazo, futuristas, que motiven y den sentido a la cotidianidad de la práctica, e incorporando la autocrítica como generadora de nuevas alternativas. Esta realidad se ha ido reflejando en un aspecto más global, observando cómo los hospitales públicos y los programas sanitarios, entre otros, se han ido desmoronando ante los ojos de un país individualista enfocado en determinados intereses políticos.

Para concluir, la transformación organizacional debe orientarse hacia modelos más horizontales, participativos y humanizados, que fomenten el sentido de pertenencia, la motivación y el desarrollo profesional del equipo de salud.

De lo antes expuesto, surge el aporte que desea realizar la investigadora en el campo de la Salud Pública. Como se fue planteando en el desarrollo de esta reflexión, dicho aporte tiene que ver con la importancia de pensar en instituciones más flexibles, dóciles, por fuera de la burocracia, rigidez, jerarquía y departamentalización. Sería importante afrontar cambios de paradigmas en la conducción, relacionados a miradas y enfoques horizontales en el funcionamiento de las organizaciones. Sin duda, esta propuesta mejoraría el grado de participación y compromiso de los equipos con la Institución como un todo, sosteniendo un personal con sentimientos creadores de modelos, participativo, con compromiso, con ilusión de crecer y desarrollarse en el lugar de trabajo, motivado, generador de un clima agradable de trabajo, lo que garantiza su satisfacción y realización profesional, y sobre todo algo infrecuente hoy en día, tanto en el sector público como privado, que tiene que ver con el sentimiento de pertenencia y amor al ámbito laboral.

## Referencias bibliográficas

- CÓRDOBA, N. S. (2020). *La cultura organizacional y la satisfacción laboral de los trabajadores médicos y enfermeros de UCIN de una maternidad pública de la ciudad de Rosario, Argentina año 2018* [Tesis de Maestría]. Repositorio Digital UNR.  
<https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/7c8f48a8-9894-41cf-afde-b98479343a38/content>
- LEMUS, J., ARAGUEZ Y AROZ, V., & LUCIONI, M. (2014). *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de salud* (2.ª ed.). Buenos Aires: Corpus.
- PRIETO, M. E. P., ROJAS, B. S. S., & CAMARGO, K. S. (2018) Clima organizacional y su relación con el desempeño laboral en el Hospital Universitario de Sincelejo, Colombia. *Diálogo de saberes desde Ciencias Económicas, Administrativas y Contables*, 10.
- REVILLAS, M., SANTANA MONDRAGON, R. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalario. *Rev. SanidMillitMex*, 5.
- RIVAS, C. A. (2006). *Determinar el grado de motivación de los empleados del servicio de pediatría y puericultura del Hospital Vargas de Caracas* [Disertación Doctoral].
- SCHEIN, E. H. (1985). *Cultura organizacional y liderazgo: una visión dinámica*. Jossey-Bass Publishers.
- SEGREDO PÉREZ, A. M. (2013). Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Revista cubana de salud pública*, 39(2), 385-393.
- SOSA CAMPOS, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- VÁSQUEZ RIVERA, O. I. (2016). La cultura organizacional desde sus paradigmas de estudio: Una aproximación a la perspectiva interpretativa-simbólica. *Entramado*, 12(1), 66-80.

# Estrategias de vacunación con *Candid #1* en la Fiebre Hemorrágica Argentina: de la evidencia local a la agenda sanitaria nacional

## *Vaccination Strategies with *Candid #1* for Argentine Hemorrhagic Fever: From Local Evidence to the National Health Agenda*

**Mg. Anabel Sinchi**

Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas – INEVH Dr. Julio I. Maiztegui

### Resumen

*Candid#1*, es la única vacuna licenciada contra un arnavirus, agente causal de la Fiebre Hemorrágica Argentina. Este artículo resume la primera investigación cualitativa integral sobre las estrategias de vacunación –tesis de maestría defendida en 2021– y cómo sus hallazgos redefinieron políticas posteriores. Entrevistas a responsables de inmunizaciones en provincias afectadas y análisis documental revelaron factores limitantes: (1) cadena de frío: requiere  $-20^{\circ}\text{C}$ , pero en vacunatorios se conserva a  $2-8^{\circ}\text{C}$ , reduciendo su vida útil de 9 años a 30 días; (2) registros nominales dispersos que dificultan estimar coberturas y planificación; (3) producción intermitente y pérdidas por viales multidosis a descartar 12h después de reconstituidos; y (4) barreras regulatorias que impiden coadministración con otras vacunas y uso en menores. La tesis propuso optimizar logística, unificar registros, estabilizar la producción y avanzar hacia monodosis, coadministración y uso pediátrico. Desde 2021, se reactivó la planta del INEVH, se centralizó la distribución, se estableció el registro nominal nacional, se planificaron ensayos clínicos y se sostuvo el financiamiento. Estos avances fueron posibles gracias a un Programa Nacional de Control consolidado, hoy modelo para otras zoonosis emergentes. Los próximos hitos, presentación monodosis y ensayos clínicos de coadministración y uso pediátrico, definirán la agenda futura y consolidarán al país como referente en el manejo de estas enfermedades.

### Palabras clave

*Candid#1* - Fiebre Hemorrágica Argentina - política de vacunación

### Abstract

*Candid#1* is the only licensed vaccine against an arnavirus, the causative agent of Argentine Hemorrhagic Fever. This article summarizes the first comprehensive qualitative research on vaccination strategies –a master’s thesis defended in 2021– and how its findings redefined subsequent policies. Interviews with immunization officials in affected provinces and document analysis revealed limiting factors: (1) cold chain: requires  $-20^{\circ}\text{C}$ , but in vaccination centers it is stored at  $2-8^{\circ}\text{C}$ , reducing its shelf life from 9 years to 30 days; (2) dispersed nominal records hindering coverage estimates and planning; (3) intermittent production and losses from multidose vials to be discarded 12 h after reconstitution; and (4) regulatory barriers preventing coadministration with other vaccines and use in minors. The thesis proposed optimizing logistics, unifying records, stabilizing production, and moving toward single-dose vials, coadministration, and pediatric use. Since 2021, the INEVH plant was reactivated, distribution centralized, a national nominal registry established, clinical trials planned, and funding sustained. These advances were possible thanks to a consolidated National Control Program, now a model for other emerging zoonoses. Upcoming milestones –single-dose presentation and clinical trials for coadministration and pediatric use– will define the future agenda and consolidate the country as a reference in the management of these diseases.

### Keywords

*Candid#1* - Argentinian Hemorrhagic Fever - Vaccination Policies

## Introducción

La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), descrita a mediados del siglo XX en las llanuras agrícolas del centro del país, tiene una letalidad cercana al 30% cuando el paciente no recibe tratamiento con plasma inmune dentro de los primeros ocho días de enfermedad (Enria *et al.*, 2008). La vacuna Candid #1, resultó ser la primera herramienta preventiva específica y demostró una eficacia mayor al 95% en ensayos clínicos (Maiztegui *et al.*, 1998; Enria *et al.*, 2010). En 2007, el Ministerio de Salud la incorporó al Calendario Nacional de Inmunizaciones para las personas de quince años o más que residieran o transitaran el área endémica de la enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación, 2008), delimitada por el norte, centro y sur de la provincia de Buenos Aires, el sur de Santa Fe, el sureste de Córdoba y noreste de La Pampa.

El camino que condujo a esa incorporación empezó en 1978, con la creación del Instituto Nacional de Estudios sobre Virosis Hemorrágicas, actual INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”. Su primera misión fue la de organizar un Programa Nacional de Lucha contra la FHA. Concebido como un programa de control y no de erradicación, por tratarse de una zoonosis con reservorio animal, articuló desde el inicio una sólida red interjurisdiccional e interinstitucional que lideró desde entonces las acciones destinadas a reducir la morbi-letalidad de la enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación, 2007). Bajo ese paraguas, un proyecto colaborativo internacional liderado por el INEVH culminó en el desarrollo y producción de Candid #1 (Ambrosio *et al.*, 2006), vacuna segura, inmunógena y altamente eficaz (Enria *et al.*, 2010).

La vacuna Candid #1 es una vacuna viva atenuada, que mantiene su potencia por hasta 9 años si se mantiene liofilizada a temperatura de freezer (-20° C). La vida útil de la vacuna cae a 30 días cuando es conservada a temperatura de heladera (4-8°C), y una vez reconstituida, debe descartarse al término de 12 horas (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Estas particularidades, así como la imposibilidad de aplicarla en simultáneo con otras vacunas, representan desafíos adicionales a los de otras vacunas de calendario.

Con el propósito de describir las estrategias de vacunación que las jurisdicciones implementaban en sus territorios, así como el de desentrañar puntos críticos de la cadena de frío e identificar potenciales limitantes de la vacunación, se desarrolló una investigación cualitativa. El estudio, defendido como tesis de maestría en 2021 (Sinchí, 2021), proporcionó una primera radiografía sistemática de la vacunación con Candid #1 en la era posterior a su incorporación en calendario y, como se verá, contribuyó a orientar las reformas adoptadas a partir de 2022.

## Objetivos y marco metodológico de la tesis

El objetivo general consistió en caracterizar la organización y el desempeño de las estrategias de vacunación con *Candid #1* desde su incorporación al calendario. Para lograrlo, se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas a referentes de inmunizaciones de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, La Pampa y Santiago del Estero, así como a integrantes del Programa Nacional de Control de la FHA. Las conversaciones se grabaron con consentimiento informado y se transcribieron íntegramente. La información, complementada con lineamientos técnicos y memorias operativas se analizó mediante codificación temática en NVivo 12 hasta alcanzar saturación teórica en febrero de 2021.

## Resultados de campo (2007-2021)

### Estrategias en territorio

El estudio reveló que las estrategias empleadas para la vacunación con *Candid #1*, se podían incluir dentro de lo que se denominan estrategias para la inmunización sistemática (Organización Mundial de la Salud, 2017). Las estrategias descriptas se correspondían con acciones de vacunación permanente, dado que todas las jurisdicciones implementaban tácticas de vacunación de manera regular. Estas actividades se realizaban en la modalidad “intramuros”, en los puestos fijos de vacunación del sistema de salud, pero también en la modalidad de vacunación “extramuros”, con el empleo de tácticas que involucran brigadas o equipos móviles, vacunación en microconcentraciones, escuelas y canalización, haciéndose énfasis en la vacunación institucional. También, en algunas situaciones puntuales, se realizaban acciones de vacunación intensiva. Con el objetivo aumentar las coberturas de vacunación en periodos cortos y complementar las deficiencias de la infraestructura del sistema de salud, se identificaron tácticas de vacunación casa por casa o campañas locales que se realizaban para aprovechar la sensibilidad instalada en las comunidades a partir de la aparición de casos de la enfermedad. El estudio no encontró evidencia de estrategias de bloqueo o barrido destinadas a interrumpir cadenas de transmisión, debido a que *Candid #1* confiere protección recién a los 15-30 días y la transmisión interhumana de la FHA es inusual (Sinchi, 2021).

## Cadena de frío y distribución

El eslabón más frágil apareció, sin sorpresas, en la logística. Cada jurisdicción debía viajar a Pergamino a retirar las vacunas en conservadoras con hielo seco; algunas, como Santiago del Estero o La Pampa debían efectuar una escala previa en Rosario para abastecerse del refrigerante, insumo ausente en buena parte del interior. El trayecto exigía coordinación estricta, pues el hielo seco se sublima con rapidez. Una vez almacenadas a  $-20^{\circ}\text{C}$  en los depósitos provinciales, las dosis se distribuían hacia los vacunatorios en conservadoras a  $2-8^{\circ}\text{C}$  y se almacenaban en heladeras; lo que reducía la vida útil de nueve años a sólo treinta días (Sinchi, 2021).

## Coberturas y sistemas de registro

Ninguna jurisdicción pudo cuantificar con precisión la cobertura lograda en la población objetivo. El registro nominal, piedra angular de cualquier programa de vacunación, permanecía disperso. Algunas provincias utilizaban planillas en papel; otras, bases de datos locales desconectadas. Sólo una fracción de la información se volcaba en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. La consecuencia era doble: por un lado, resultaba imposible calcular coberturas confiables; por otro, no se podían identificar “bolsones” de susceptibles para dirigir operativos focales (Sinchi, 2021).

## Factores limitantes de la vacunación

La investigación permitió identificar una serie de factores que actuaban como limitantes para la vacunación, que se detallan a continuación:

- Factores limitantes asociados a la población: El estudio identificó varios obstáculos vinculados con características de la población destinataria. La condición adulta (vacuna indicada a partir de 15 años) implica un menor contacto con servicios preventivos y menor percepción de riesgo en comparación con la vacunación infantil, en concordancia con lo descrito para otras vacunas de calendario (Vizzotti *et al.*, 2018). El sexo masculino se constituyó como otra barrera: los hombres, históricamente más afectados por la FHA, presentaban potencialidades de captación relativamente inferiores que el femenino. Los lugares de residencia y trabajo también resultaron factores influyentes: comunidades rurales dispersas presentaban acceso irregular o ciudades grandes como Rosario mostraron menor sensibilización. Además, se describieron dificultades

relativas a trabajadores migrantes, personas indocumentadas y grupos con temor a la inseguridad durante los operativos.

- Factores limitantes del sistema de salud: Entre las limitaciones identificadas, se enumeran el déficit crónico de recursos del sector, déficit de recursos humanos específicos, rotación de personal, que condiciona a su vez la formación regular y escasa inversión en campañas de comunicación. La baja incidencia reciente de la enfermedad contribuyó a reducir la prioridad política y financiera, aspecto reflejado en la percepción de algunos decisores de que la FHA era un problema ya controlado.
- Factores limitantes asociados a las características de la vacuna y su manejo: Las particularidades técnicas de *Candid #1* influyen significativamente en la planificación y ejecución de las estrategias de vacunación. La presentación en frasco multidosis y la obligatoriedad a descartar la vacuna 12 horas después de reconstituida, desalienta su apertura cuando se presentan pocos candidatos para vacunar. El requisito de cadena de frío a  $-20^{\circ}\text{C}$  y la limitación de su uso a solo 30 días tras la descongelación restringen el almacenamiento en los vacunatorios locales, lo que restringe la disponibilidad regular de dosis en los servicios. Adicionalmente, la vacuna no puede coadministrarse con otras del calendario, de modo que cada consulta exige priorizar entre distintas indicaciones. La suma de todos estos condicionantes generan innumerables oportunidades perdidas de vacunación (Sinchi, 2021).
- Factores limitantes asociados a la producción y disponibilidad de dosis: La investigación documenta una progresión limitada pero ascendente en la producción de *Candid #1* hasta 2017. En 2018, la planta solo pudo cumplir con el 25 % de lo planificado; y en 2019, cesó la producción por falta de partidas presupuestarias suficientes para el mantenimiento y la renovación de equipamiento (Riera *et al.*, 2019). Durante ese período, la vacunación se sostuvo con stock remanente hasta que, recién en 2021, se pudo elaborar un nuevo lote (Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, 2021). La cantidad de dosis disponibles siempre fue y continuaba siendo insuficiente para cubrir a toda la población en riesgo, estimada ya en ese entonces, en más de cinco millones de personas (Feuillade *et al.*, 2004; Sinchi, 2021).

## Conclusiones de la tesis: un norte para las reformas

El trabajo concluyó que las estrategias provinciales se inscribían dentro de la inmunización sistemática, y que incorporaban una combinación de tácticas intramuros y extramuros para alcanzar a la población objetivo. Sin embargo, su eficacia resultaba

mermada por los nudos logísticos y la ausencia de datos nominales unificados que permitiesen monitorear coberturas en tiempo real. También permitió identificar de manera clara otra serie de limitaciones que necesitaban ser tenidas en cuenta para la optimización de las estrategias a futuro.

Para contrarrestar estas barreras y limitaciones, propuso una serie de acciones. En primer lugar, la necesidad de repensar y optimizar la logística de la cadena de frío, identificada como el talón de Aquiles de toda la estrategia. Propuso además analizar la factibilidad de envases menores, idealmente monodosis, con el fin de disminuir las pérdidas asociadas a los frascos multidosis. En materia de información, subrayó que todas las aplicaciones deberían registrarse en el Registro Federal Nominalizado de Vacunación NOMIVAC para disponer de indicadores reales y guiar la toma de decisiones nacionales y locales. En el plano productivo, sostuvo que el INEVH requiere ciclos de fabricación regulares respaldados por financiamiento continuo asegurado; ya que sin un flujo estable de dosis no se pueden planificar campañas sostenidas. Finalmente, la obra señaló dos estudios imprescindibles para completar el andamiaje técnico: el ensayo de coadministración de *Candid #1* con otras vacunas del calendario, que permita su aplicación simultánea y elimine la ventana de treinta días entre vacunas, y el ensayo clínico para la evaluación de seguridad e inmunogenicidad en menores de quince años, que resulta en la mayor inequidad identificada durante el trabajo (Sinchi, 2021). Estas recomendaciones, sustentadas en evidencia etnográfica, intentaron constituir una hoja de ruta para las reformas posteriores a 2021.

### **De la evidencia a la acción (2022-2025)**

En septiembre de 2021, el INEVH reanudó la fabricación de *Candid #1* y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) liberó un lote inicial de setenta y siete mil dosis, hito que restableció el suministro nacional (Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, 2021).

En 2022, el Ministerio de Salud en coordinación con el Programa Nacional de Control de la FHA (PNCFHA) y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI), publicó lineamientos técnicos actualizados que recogieron las recomendaciones centrales del estudio (Ministerio de Salud de la Nación, 2022; Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, 2022). Entre otras medidas, se dispuso la obligatoriedad de registrar cada aplicación en el Registro NOMIVAC o en sistemas provinciales interoperables, y se inició una planificación conjunta para simplificar la logística y la cadena de frío (Programa Nacional de Control de la Fiebre

Hemorrágica Argentina, 2022). Ese mismo año, la provincia de Buenos Aires también publicó un documento operativo propio donde reconocía los principales obstáculos señalados en la tesis y buscaba reforzar las estrategias de vacunación jurisdiccionales (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

En 2023, se consolidó un nuevo esquema de distribución centralizada. Las jurisdicciones comenzaron a solicitar las dosis a través del Sistema de Monitoreo de Insumos Estratégicos (SMIS), integrado al Sistema de Información Sanitaria Argentino (SISA). Un operador logístico nacional asumió el transporte bajo protocolos de cadena de frío, eliminando los viajes provinciales a Pergamino y homogeneizando el control de temperatura (Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, 2023 y 2024). Ese mismo año, en la Reunión Anual del PNCFHA, se presentó por primera vez los avances para la implementación del proyecto de ensayo de coadministración de *Candid #1* con otras vacunas del calendario (Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, 2023); que actualmente se encuentra en fase preparatoria y a la espera de la evaluación ética y regulatoria para su puesta en marcha. Los resultados de este estudio serán determinantes para la redefinición de estrategias en el futuro.

En 2023 y 2024, se logró sostener la producción de la vacuna sin interrupciones, gracias a la continuidad del financiamiento y al funcionamiento regular de la planta del INEVH (Riera *et al.*, 2023; Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, 2024). Finalmente, el ensayo en menores de quince años, dirigido a evaluar seguridad e inmunogenicidad en este grupo, se planifica para después de contar con los resultados de la coadministración, de modo que esa evidencia oriente el lugar más apropiado de *Candid #1* dentro del calendario infantil, donde confluyen múltiples vacunas.

## **Desafíos inmediatos y horizonte futuro**

Aunque el Programa llega a 2025 con la producción ya reactivada, la distribución centralizada y los registros nominales en funcionamiento, mantiene desafíos cruciales. El primero es garantizar la cadena de frío a  $-20^{\circ}\text{C}$  en localidades alejadas de las capitales provinciales. El segundo consiste en avanzar hacia una presentación monodosis, capaz de reducir la presión logística y las pérdidas por frascos multidosis. Por último, los ensayos pendientes, coadministración con otras vacunas y aplicación en menores de quince años, serán determinantes para establecer un nuevo marco regulatorio y consolidar las estrategias futuras.

## Reflexión final

La trayectoria de Candid #1 demuestra dos verdades ineludibles. Por un lado, poseer una vacuna segura y altamente eficaz no basta por sí solo para garantizar su impacto poblacional: las brechas logísticas, la dispersión de los registros, la intermitencia en la producción y la limitación de recursos pueden conspirar para diluir los esfuerzos. Por otro lado, la experiencia argentina revela el poder que tiene la continuidad institucional: durante más de cuarenta años, el Programa Nacional de Control de la FHA sostuvo reuniones anuales, preservó la vigilancia epidemiológica y mantuvo activa la vacunación aun en los momentos de mayor escasez. Esa perseverancia permitió contener la enfermedad y sentó las bases técnicas y operativas sobre las que pueden construirse las reformas.

La reactivación de la producción, los cambios en la logística, las mejoras en el registro nominal y la decisión de avanzar en los ensayos clínicos pendientes, muestran que la evidencia generada por la investigación puede traducirse en política eficaz. El desafío inmediato es consolidar lo logrado: asegurar la cadena de frío en todo el territorio, avanzar hacia una presentación monodosis que reduzca pérdidas y completar los ensayos de coadministración y uso pediátrico para integrar Candid #1 al calendario sin restricciones.

Si el Programa mantiene el compromiso político, un financiamiento estable y el diálogo técnico que lo caracterizaron desde su origen, Argentina no solo protegerá a los expuestos, sino que seguirá ofreciendo al mundo un modelo de control sostenible para otras enfermedades emergentes. Candid #1 es mucho más que un hito científico nacional: continúa siendo la prueba de que la alianza entre evidencia rigurosa, instituciones perseverantes y ciudadanía comprometida puede mantener a raya a un virus altamente letal.

## Referencias bibliográficas

- AMBROSIO, A. M., SAAVEDRA, M. C., RIERA, L. M., & FASSIO, R. M. (2006). La producción nacional de vacuna a virus vivo atenuado (Candid#1) anti-fiebre hemorrágica argentina. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 40, 5-17.
- ENRIA, D. A., AMBROSIO, A. M., BRIGGILER, A. M., FEUILLADE, M. R., CRIVELLI, E., & Grupo de Estudio de la Vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina. (2010). Vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina Candid#1 producida en la Argentina: Inmunogenicidad y seguridad. *Medicina (Buenos Aires)*, 70(3), 215-222.
- ENRIA, D. A., BRIGGILER, A. M., & SÁNCHEZ, Z. (2008). Treatment of Argentine hemorrhagic fever. *Antiviral Research*, 78(1), 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2007.10.010>
- FEUILLADE, M. R., BRIGGILER, A. M. Y ENRIA, D. A. (2004) "Fiebre Hemorrágica Argentina", *Boletín Epidemiológico Periodico*, pp. 5-7.
- MAIZTEGUI, J. I., MCKEE, K. T., BARRERA ORO, J. G., HARRISON, L. H., GIBBS, P. H., FEUILLADE, M. R., ENRIA, D. A., BRIGGILER, A. M., LEVIS, S. C., AMBROSIO, A. M., HALSEY, N. A., & PETERS, C. J. (1998). Protective efficacy of a live attenuated vaccine against Argentine hemorrhagic fever. *The Journal of Infectious Diseases*, 177(2), 277-283. <https://doi.org/10.1086/514211>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina* (4.ª ed.) [Manual en PDF]. Repositorio Institucional INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", Pergamino, Argentina.
- (2008). *Resolución 498/2008: V actualización de Normas Nacionales de Vacunación*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anmat\\_resolucion\\_498-08.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anmat_resolucion_498-08.pdf)
- . Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. (2022). *Lineamientos técnicos: Vacunación contra la Fiebre Hemorrágica Argentina (Candid #1)*. Recuperado de [https://web.archive.org/web/20221006023535/https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-09/Lineamientos\\_FHA\\_20-9-2022.pdf](https://web.archive.org/web/20221006023535/https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-09/Lineamientos_FHA_20-9-2022.pdf)
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Implementación de vacunación para Fiebre Hemorrágica Argentina en municipios de riesgo en la provincia de Buenos Aires* (Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles). <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/09/IMPLEMENTACION-DE-VACUNACION-PARA-FHA.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP): documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258600/9789243510101-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina. (2021). *Informe para la XXXV Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui".
- (2022). *Informe para la XXXVI Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui".
- (2023). *Informe para la XXXVII Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui".
- (2024). *Informe para la XXXVIII Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui".
- RIERA, L., SAAVEDRA, C., LEVIS, S., BOTTALE, A., BRIGNONE, J., MAIZA, A., SINCHI, A., FOSSA, S., GAMBOA, G., CALDERÓN, G., GARCÍA, J., MARTIN, M., CÉCCOLI, C., SEN, C., MOGETTA, H., & BRIGGILER, A. (2019). El control de la fiebre hemorrágica argentina (FHA) como problema de salud pública. La importancia de sostener la producción nacional de la vacuna Candid#1. En *XIX Simposio Internacional sobre Enfermedades Desatendidas* (p. 145). Buenos Aires: Fundación Mundo Sano.
- RIERA, L., SAAVEDRA, M. C., BOTTALE, A., MAIZA, A., FOSSA, S., CÉCCOLI, C., MOGETTA, H., CASCARDO, E., ARIAS, A., MINGO, N., GIOVANONNI, N., ÁBALOS, M., GAMBOA, G., AMICI, J., & CASTRO, M. (2023, 3-6 de octubre). Modernización y adecuación de la planta de producción de vacuna Candid #1 [Presentación en congreso]. *12ª Exposición y Congreso para la Ciencia y Tecnología Farmacéutica, Biotecnología y Veterinaria (ETIF 2023)*, Buenos Aires, Argentina.
- SINCHI, A. (2021). *Estrategias de vacunación con Candid#1 en la población del área endémica de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio Hipermedial UNR.  
<https://rephip.unr.edu.ar/items/417a7d25-addb-4cc7-8484-d35465fa7c5a>
- VIZZOTTI, C., KATZ, N., STECHER, D., AQUINO, A., DEL VALLE JUÁREZ, M., & URUEÑA, A. (2018). Evaluación del uso en adultos de cuatro vacunas: una encuesta poblacional en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 78(2), 76-82.

# Perspectiva de pacientes trasplantados sobre la provisión de inmunosupresores del Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante entre 2018-2021

## *Transplant patients' perspective on the provision of immunosuppressants from the National Post-Transplant Follow-up Program between 2018-2021*

**Mg. Graciela Bosch**

Instituto de Trasplante de la Ciudad, CABA

### Resumen

La presente investigación tiene como objetivo explorar desde la perspectiva de los pacientes trasplantados (PTx) la provisión de medicación inmunosupresora (MI) por parte del programa en una institución pública de la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2018-2021.

El estudio se sostiene en un abordaje cualitativo utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. Desde el 11/21 al 01/22 incluido, se incorporaron al estudio 17 PTx. En total, se entrevistaron diez varones y siete mujeres.

Los hallazgos muestran la falta de provisión de medicamentos inmunosupresores en algunos bimestres de los años 2018 y 2019 por parte del programa. La discontinuidad en la provisión de MI es una cuestión problemática y angustiante para los pacientes trasplantados (PTx), puede producir rechazo, repercute en su calidad de vida, necesidad de reinternaciones, retrasplante y diálisis. Por otro lado, se reconoce al Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante (PNSP) como una política pública de salud del Estado.

### Abstract

This research aims to explore, from the perspective of transplant patients (PTx), the provision of immunosuppressive medication (IM) by the program in a public institution in the City of Buenos Aires during the period 2018-2021.

The findings show the lack of provision of immunosuppressive medications by the program during certain two-month periods in 2018 and 2019. The discontinuity in the provision of IM is a problematic and distressing issue for transplant patients (PTx) and can lead to rejection, impact their quality of life, and require readmissions, retransplantation, and dialysis. Furthermore, the National Post-Transplant Follow-up Program (PNSP) is recognized as a public health policy of the State.

The study is based on a qualitative approach using semi-structured interview techniques. From November 21st to January 22nd, inclusive, 17 PTx were incorporated into the study. In total, ten men and seven women were interviewed.

### Palabras clave

trasplante - medicación inmunosupresora - política pública

### Keywords

transplant - immunosuppressive medication - public policy

## Introducción

El presente trabajo retoma y desarrolla algunos de los ejes abordados en el marco de mi tesis de Maestría en Salud Pública (Bosch, 2023). Los interrogantes que lo motivaron surgieron de mi experiencia como farmacéutica en la Farmacia del Ente Autárquico Instituto de Trasplante (EAIT), organismo jurisdiccional del INCUCAI en el ámbito del Ministerio de Salud de CABA, donde acompañé a PTx en el acceso a la MI provista por el PNSP. A lo largo de los años, comprendí la complejidad de vivir con un trasplante y su impacto en la vida cotidiana. Esta experiencia profesional me permitió observar de cerca las dificultades del sistema y la necesidad de garantizar un acceso sostenido, equitativo y humanizado a la salud, especialmente en contextos adversos, con una mirada centrada en los derechos de los pacientes.

El trasplante de órganos ha sido considerado uno de los avances más significativos de la medicina moderna. En la mayoría de los casos, ha demostrado una mejoría absoluta en la expectativa de vida de los pacientes receptores de trasplante frente a otras modalidades de tratamiento como también una mayor calidad de vida. El trasplante ha ido incrementando progresivamente su eficiencia brindando a los receptores condiciones de vida cada vez más favorables.

En nuestro país, el financiamiento de este tratamiento puede tener diferentes formas de cobertura. Hay una parte de la población cuyo financiamiento será a través de las obras sociales nacionales, provinciales, prepagas o mutuales. Otra porción de la población, cerca de un 58 % (Canel *et al*, 2021), cuenta con cobertura del Sistema Público de Salud quién se hará cargo de financiar esta práctica. A través del “Programa de sustentabilidad de servicios de trasplante en establecimientos públicos”, aprobado por Resoluciones del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), se financian los costos variables generados por cada implante realizado a pacientes con cobertura pública. El INCUCAI, organismo que impulsa, normaliza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina, actúa a nivel nacional en colaboración con los 24 organismos jurisdiccionales del país para garantizar un acceso transparente y equitativo asegurando la calidad y seguridad a los trasplantes.

Por otra parte, los medicamentos inmunosupresores (MI), son esenciales para el éxito del trasplante y deben usarse de por vida, ya que inhiben el sistema inmunológico, previniendo el rechazo del órgano trasplantado (Feng, 2017). En Argentina, este avance tecnológico llega a través de políticas públicas a pacientes con cobertura pública y beneficiarios de INCLUIR SALUD a través del Programa Nacional de

Seguimiento Postrasplante (PNSP) que proporciona la medicación inmunosupresora a este grupo de pacientes. Si su provisión falla, se pone en riesgo la adherencia terapéutica y la viabilidad del órgano, por lo que el programa debe garantizar continuidad (Bosch, *et al*, 2020).

La Ley 24.193 (luego actualizada y derogada por la Ley 27.447) establecía la provisión de medicación postrasplante para personas sin cobertura. En este marco, el PNSP fue creado por el Decreto N° 1071/07, designando al INCUCAI como responsable de su gestión y distribución (Resoluciones MS N° 1676/07 e INCUCAI N° 448/07).

## Problema de la investigación

El trabajo se centra en la provisión de MI desde la perspectiva de los PTx del EAIT. A través de sus opiniones y percepciones, se busca comprender las fortalezas y debilidades del programa con el fin de aportar a la mejora de su gestión. Se toman como disparadores diferentes interrogantes acerca de la misma rescatando opiniones y percepciones de los PTx tratados con estos medicamentos desde una institución pública de CABA. Para Furtado Pereira (2001), integrar la perspectiva de los pacientes es esencial para explicar la provisión de medicamentos.

El circuito de acceso a la MI es burocrático y exige corroborar que el paciente no tenga cobertura de obra social o prepaga. El ingreso puede darse tras un trasplante reciente o por pérdida de cobertura. La prescripción se realiza desde el equipo de trasplante, el ingreso al programa y la solicitud de la MI se gestiona en la Farmacia del EAIT.

Problemas detectados:

- Falta de comunicación con el Operador Logístico.
- Escasez de personal capacitado.
- Demoras ante cambios de prescripción o ingreso de nuevos pacientes.
- Ausencia de stock inicial.
- Medicación faltante y estrategias alternativas desde la Farmacia.
- Sistema informático obsoleto.

Desde 2018, se evidencian faltantes de MI, inaccesibilidad a formas farmacéuticas de liberación prolongadas, entrega de medicamentos con vencimiento próximo y cambios de marca sin comunicación adecuada, se ha incumplido con las recomendaciones en cuanto a sustitución de genéricos de drogas inmunosupresoras de la European Society for Organ Transplantation. Estas situaciones obstaculizan el acceso y generan incertidumbre tanto en pacientes como en profesionales. La MI es esencial para la sobrevida del injerto. Su alto costo y las dificultades de articulación

entre niveles de gestión afectan su disponibilidad. Si el acceso se interrumpe, se pone en riesgo la adherencia terapéutica.

Otras barreras:

- Altos precios.
- Demoras en licitaciones.
- Lógica de lucro de la industria farmacéutica.
- Falta de articulación entre el PNSP, INCUCAI, Ministerio de Salud y organismos jurisdiccionales.

Aunque en 2020 hubo un cambio en la dirección del programa, muchas de estas dificultades persistieron. Esta situación genera preguntas en los PTx: ¿Cómo afecta el cambio de medicación? ¿Recibiré la medicación a tiempo? ¿Por qué cambian de marca? Reconociendo que los PTx son el fin último del programa, comprender sus experiencias es clave a los fines de fortalecerlo a través del conocimiento y la comprensión para mejorar su funcionamiento.

El PNSP, como política pública focalizada, gestiona centralmente la provisión. A 14 años de su creación, se hace necesario indagar: ¿Qué opinan los pacientes sobre la provisión de medicamentos? ¿Conocen el programa? ¿Reciben información adecuada? ¿Qué impacto tiene la disponibilidad de MI en la adherencia?

### **Objetivo general**

Explorar la experiencia de los PTx respecto a la provisión de MI por parte del PNSP en una institución pública de CABA entre 2018 y 2021.

### **Objetivos específicos**

- Indagar la opinión de los PTx sobre la disponibilidad de MI.
- Describir el conocimiento sobre el programa y la información recibida.
- Analizar el impacto de los cambios de presentación en la adherencia al tratamiento.

## **Lineamientos teóricos:**

### **Acceso a medicamentos de alto precio.**

El derecho a la salud incluye el acceso a medicamentos. Este principio, consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y sostenido por la OMS, obliga a los Estados a garantizar medicamentos esenciales. Estos deben estar disponibles

en todo momento, en cantidad suficiente, forma adecuada y a precios asequibles. La MI está incluida en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007).

Existen diferentes motivos que contribuyen a que una gran parte de la población no pueda acceder a los medicamentos que requiere:

- Oferta insuficiente para determinados medicamentos, como es el caso de los llamados medicamentos huérfanos, definidos como aquellos medicamentos de reconocida acción terapéutica que dejan de ser producidos por los laboratorios farmacéuticos debido a su baja rentabilidad. (Isturiz, 2011)
- Patentes: conjunto de derechos concedidos por un Estado al inventor de un nuevo producto o tecnología farmacéutica para explotar en exclusiva la invención patentada, puede dificultar el acceso a medicamentos de alto precio. Durante el período de exclusividad de una patente, el laboratorio goza del derecho exclusivo de fabricar el producto, comercializarlo, licenciarlo, importarlo y exportar (Maceira, 2010).
- Presentación de “patentes secundarias” para extensión de privilegios sin innovación real.
- Sistema de distribución ineficiente, esto puede dificultar el acceso a medicamentos. Esta cadena de distribución puede verse afectada por problemas logísticos, retrasos en la entrega, falta de disponibilidad en determinadas regiones.
- Falta de información sobre disponibilidad y alternativas terapéuticas, esto puede llevar a decisiones inadecuadas en el tratamiento y limitar las opciones de los pacientes.

Estas situaciones descritas fundamentan la necesidad de una intervención activa por parte del Estado en el sector de la salud, como requisito para generar las condiciones que aseguren el acceso de la población a los bienes y servicios necesarios. En este aspecto, suele identificarse tres tipos de políticas o roles a ejercer por el Estado (Maceira, 2010):

1. Regulación: fijar precios y promover prescripción por genérico.
2. Producción directa: asegurar oferta oportuna y de calidad.
3. Financiamiento: que consiste en aportar fondos para proveer parcial o totalmente a ciertos grupos sociales o ciertas patologías específicas, de modo de reducir las brechas de equidad y amortiguar gastos excesivos. Se garantiza el acceso mediante compras públicas.

El PNSP se inscribe en este último rol, proporcionando MI a una población vulnerable, desplazando al mercado como canal de acceso y reafirmando el derecho a la salud. Representa una respuesta redistributiva y un reconocimiento de derechos ciudadanos.

## Programas de cobertura de medicamentos postrasplante

### Intervención del estado

Los derechos humanos, inherentes a la persona, son la base del Estado de derecho (Tenzer, 1992; Levin, 2004). Se sustentan en la noción de una sociedad de individuos libres e iguales, donde la ciudadanía asegura el trato equitativo (Levin, 2004). Esta ciudadanía se construye a partir de derechos civiles, políticos y sociales, estos últimos orientados a garantizar condiciones básicas como salud, educación y trabajo (Levin, 2000). Desde un enfoque de derechos, la salud es un bien social que debe ser garantizado por el Estado mediante políticas públicas que aseguren acceso equitativo y universal, reconociendo a las personas como titulares de derechos exigibles, y no meros beneficiarios (Abramovich, 2006).

La política social es una acción deliberada del Estado para redistribuir recursos y garantizar derechos como salud, educación y vivienda, buscando reducir la exclusión y vulnerabilidad de sectores específicos (Delgado Gutiérrez, 2002). El avance del neoliberalismo en las últimas décadas profundizó desigualdades estructurales, generando pobreza, desempleo y precarización laboral, lo que impacta negativamente en el acceso equitativo a servicios esenciales con marcadas brechas regionales (Golbert, 2013).

Ante este escenario, el Estado debe asumir un rol activo, desarrollando estrategias innovadoras y eficaces para enfrentar las múltiples formas de exclusión. En salud pública, esto implica garantizar el acceso universal a servicios de calidad, fortalecer la equidad y priorizar la inversión pública como herramienta de justicia social (Rovere y Siede, 2001).

### Ciudadanía social

En Argentina, la ciudadanía social, definida como un vínculo de integración construido mediante el acceso a derechos sociales que permite la contención y el desarrollo humano (Levin, 2000), se configura en un contexto complejo donde coexisten políticas sociales y asistenciales, muchas veces aplicadas mediante programas focalizados. Desde una perspectiva técnica y política, los planes y programas son herramientas que permiten ejecutar políticas públicas y su orientación ha variado según los modelos estatales: liberal, de bienestar o post-social. Cada transición, marcada por crisis económicas y sociales, ha afectado el acceso a derechos, especialmente en salud (Belmartino, *et al*, 2001).

Las políticas sociales buscan garantizar el bienestar colectivo a través del financiamiento estatal, promoviendo el acceso universal, equitativo y sostenido a servicios esenciales como la salud. A diferencia de las políticas asistenciales —más puntuales y dirigidas a poblaciones excluidas—, las sociales apuntan a la inclusión estructural.

## **Programa nacional de seguimiento postrasplante:**

### **Experiencia en Argentina**

El Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante (PNSP) es una política de inclusión federal que coopera con las provincias para garantizar la cobertura de la MI a PTx con cobertura pública exclusiva y beneficiarios del Programa Federal INCLUIR SALUD (ex PROFE) (Res. MS N° 974/09). El PNSP coordina, gestiona y monitorea la provisión de medicamentos, garantizando su acceso gratuito, permanente, equitativo y de calidad.

El programa se basa en el principio de que el Estado Nacional debe garantizar el acceso a medicamentos de alto precio como parte de su función política. La inaccesibilidad a estos tratamientos profundiza las brechas sociales, ya que los sectores más pobres deben destinar una mayor proporción de sus ingresos a medicamentos. Esto refuerza las inequidades en salud y dificulta la adherencia a tratamientos esenciales como la inmunosupresión postrasplante.

La provisión de MI a través del PNSP es una estrategia de salud pública que busca superar barreras económicas y garantizar el acceso equitativo a grupos vulnerables al sistema de salud y reducir los efectos regresivos del gasto en medicamentos. Requiere financiamiento público, criterios de costo-efectividad y mecanismos transparentes de compra, protocolos de prescripción, uso racional y eficiente de recursos. En definitiva, el PNSP es una herramienta clave de la política sanitaria nacional que fortalece el acceso universal a la salud y protege a poblaciones vulnerables frente a enfermedades crónicas complejas. Refleja cómo el Estado implementa decisiones para regular, financiar y garantizar la provisión de tratamientos, reduciendo barreras de acceso al sistema de salud y contribuyendo a disminuir la inequidad.

## Metodología

Debido a la escasa bibliografía nacional sobre el PNSP como política pública, esta investigación es exploratoria y cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas a pacientes. Se realizó en la Farmacia del EAIT, donde se atiende a pacientes del programa.

### Diseño General

Esta investigación exploratoria apunta a la reconstrucción de un proceso específico mediante una estrategia cualitativa basada en fuentes textuales y orales. La guía de entrevistas se elaboró en función de objetivos definidos. Este enfoque permite recoger datos descriptivos a partir de las palabras y conductas de las personas, facilitando una aproximación más directa de sus valoraciones sobre el programa (Taylor y Bordan, 1996).

### Criterios de selección de los entrevistados:

- Permanencia en el Programa en relación con el tratamiento con MI (pacientes sin interrupciones y/o con interrupciones esporádicas- generadas por indicación y supervisión médica).
- Esquema de tratamiento de MI asignado (sin cambios en su esquema, con cambios-por criterio clínico).
- Incorporación de Tratamiento con medicamentos de alto precio (drogas no incluidas en el Vademécum del PNSP).

En el momento de realizar las entrevistas se informa la finalidad de la investigación y si están de acuerdo, firman el consentimiento informado. En el caso del único paciente menor de edad, fue firmado por su progenitora. Para el análisis del material obtenido, se construye una matriz de datos.

### Ejes temáticos de las entrevistas

Las entrevistas a los 17 casos son consideradas individualmente como una unidad informante. Los ejes propuestos son:

- Valoración, conocimiento e información disponible sobre el PNSP (respecto a qué se conoce de la propuesta programática: su normativa y alcances. La información que dispone, cómo la obtuvo, qué rol les cupo a los profesionales en el efector).
- Continuidad en la provisión de la MI (refiere a la toma de la MI en relación con las posibles interrupciones en la provisión programática de la misma).

## Resultados

Cada entrevistado se incluye en, por lo menos, dos de los criterios establecidos para la selección, quedando así todos los criterios propuestos cubiertos. El análisis de la información producida se ajusta a los ejes determinados.

En la Farmacia, se realiza el seguimiento de 170 pacientes bajo programa, 113 (66,5 %) Trasplantados Renales, 38 (22,3 %) trasplantados hepáticos, 9 (5,3 %) trasplantados cardíacos, 3 (1,8 %) trasplantado reno pancreáticos y 9 (4,1 %) trasplantados de médula ósea.

Se realizaron 17 entrevistas, representando el 10 % de los pacientes bajo programa, con participantes de entre 11 y 73 años (10 varones y 7 mujeres, todos ambulatorios). La inclusión se cerró al alcanzarse la saturación teórica, es decir, "la información recogida resulta sobrada en relación con los objetivos de investigación. Esto es, nuevas entrevistas no añaden nada relevante a lo conocido" (Vallés 2009, p. 68).

### Valoración, conocimiento e información disponible sobre el Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante

Los entrevistados tienen un conocimiento limitado y fragmentado del PNSP, mayormente asociado a la atención médica y la entrega de medicación. Solo una minoría reconoce su existencia en el ámbito jurisdiccional. Esto plantea interrogantes clave: ¿el programa busca empoderar al paciente como sujeto activo de su tratamiento o lo reduce a un mero receptor de medicación?

- "No, no lo conozco el programa"
- "Es el seguimiento entre el médico y la medicación"
- "No conozco el programa, sé que nos dan la medicación por estar trasplantados".
- "Sé que ustedes nos dan la medicación".

Los entrevistados, que, en mayor o menor medida, tienen algún registro de un accionar programático, la mayor parte de las veces remite a la intervención jurisdiccional porque es el espacio donde se resuelven sus demandas, ya sea sobre MI hasta problemáticas sociales.

Los pacientes reconocen en la Farmacia del EAIT un interlocutor válido a quien pueden acercar sus necesidades y problemáticas de diferente índole, brindándoles un espacio donde sus inquietudes son escuchadas y atendidas de manera efectiva.

- "Sí, conozco el programa".
- "Gracias a ustedes que me dan la medicación"
- "¿El programa? Sí, sí, es este que entrega la medicación".
- "Conozco el programa, su funcionamiento, su desarrollo..."
- "Ustedes me entregan la medicación"

Los entrevistados reconocen la accesibilidad a su MI gracias a la pertenencia al programa, más allá de que se cuente con información específica sobre su accionar. La cuestión del alto precio de la MI siempre está presente:

- "El programa me ayuda con la entrega de la medicación".
- "El programa entrega la medicación en forma gratuita a pacientes con cobertura pública".
- "No sé quién compra la medicación, es muy cara".
- "El programa me entrega la medicación, yo no podría comprarla, es muy cara".
- "Es medicación de alto costo, la compra una Dirección del Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires".
- "Es medicación muy costosa, la compra el Estado".
- "La medicación la financia el Estado".
- "Supongo que la medicación la financia la Ciudad de Buenos Aires".
- "Los costos de los inmunosupresores no sé cómo se cubren, quién se encarga, supongo que Nación..."

La valoración de la presencia del Estado en la adquisición de estos medicamentos de alto precio es confusa. Parece haber una falta de comprensión o percepción clara por parte de los entrevistados sobre el papel del Estado en este proceso. No identifican al programa como una respuesta del Estado que permite la accesibilidad al MI con equidad y justicia distributiva.

- "Recibí material escrito de información sobre los medicamentos inmunosupresores (trípticos confeccionados por los farmacéuticos del EAIT) y también información escrita sobre la ley de protección (Ley 26928, material informativo del INCUCAI) que me dieron ustedes y en el hospital (médicos) me informaron oralmente sobre esta ley, sobre todos sus beneficios".
- "Me entregaron folletos con información sobre la ley de protección (Ley 26928, material informativo del INCUCAI) y sobre los inmunosupresores (trípticos confeccionados por los farmacéuticos del EAIT) acá en la Farmacia".
- "Nunca recibí información escrita sobre el programa".

- “Me entregaron un folleto con información sobre los inmunosupresores (trípticos confeccionados por los farmacéuticos del EAIT) pero ninguno sobre el programa”.
- “Soy muy curiosa y siempre miro la folletería, pero sobre el programa en particular no vi, me dieron información sobre inmunosupresores (trípticos confeccionados por los farmacéuticos del EAIT) y también información escrita sobre la ley de protección (Ley 26928, material informativo del INCUCAI) acá en la Farmacia”.

Las entrevistas evidencian la carencia de materiales informativos del INCUCAI sobre el PNSP dirigidos a los usuarios.

Se observa que la información proporcionada se basa principalmente en transmisión oral por parte de personal calificado (médicos y farmacéuticos) sobre la Ley 26.928, ley que crea el sistema de protección para personas trasplantadas y en lista de espera. Se destaca el valor de la guía de MI elaborada por farmacéuticos del EAIT, orientada a la educación sanitaria y al empoderamiento de pacientes trasplantados.

En este contexto, se plantea la necesidad de cuestionarse la modalidad y el contenido de la información sobre el programa que se brinda a los PTx desde el equipo de salud.

- “Me siento totalmente agradecida, si no me entregaran la medicación no sé qué sería de mí”.
- “Contar con la medicación, saber que está el programa y nos sostiene, es muy importante para nosotros”.
- “Es importante que me den la medicación sino no vivo, la medicación me mantiene vivo para poder estar con mis hijos”.
- “El programa nos sirve a todos”.
- “Es importante la existencia del programa para nosotros los pacientes, siempre encuentro atención y contención. Me siento tranquila de saber que tengo la medicación”.
- “Es importante que el programa nos entregue la medicación, no siento incertidumbre por si algún día faltara, pienso que el Estado tendría que estar muy mal para abandonarnos”.

Este agradecimiento tiene un significado en cuanto a la respuesta y compromiso que esperan.

### **Irregularidades en la provisión**

La continuidad en la provisión de MI es un tema crítico que afecta tanto a PTx como al equipo de salud. Las interrupciones generan preocupación y angustia, al comprometer la adherencia, la eficacia del tratamiento y la sobrevida del implante. Los PTx conocen experiencias de interrupción en la provisión del tratamiento y lo que esto significa,

aun cuando no siempre los afectó directamente. Las interrupciones en la provisión suelen deberse a dificultades del programa para adquirir MI, especialmente cuando laboratorios con condición monopólica fijan precios superiores a las posibilidades programáticas que limitan la capacidad del programa para la compra, licitaciones que quedan desiertas ya que no se presentan oferentes; otras veces, atraso en las diferentes etapas administrativas de las licitaciones. Estos retrasos también pueden deberse con problemas de logística de los mismos laboratorios farmacéuticos como de los operadores logísticos. Esta situación puede generar dificultades para garantizar una provisión continua y oportuna de MI.

- “Hubo en el 2018, una falta, unos meses difíciles, para los pacientes, para los padres... Yo venía y venía, insistía, me daban para pocos días. Yo sabía lo que pasaba si mi nene no tomaba la medicación. Un día vino una paciente que trajo medicación que le habían cambiado, ese día salí llorando de acá porque ya ese día no tenía para darle medicación a mi nene y agradecí a esa paciente un montón porque me pude llevar para unos días. Es muy angustiioso, estresante”.
- “Sé que faltaron en un momento, pero no los que yo tomaba. Siempre tuve los medicamentos cuando fui a buscarlos”.
- “Una vez tuvieron demora y me suplantaron por otro, tuve que tomar más comprimidos por día”.
- “Muy raras veces no hubo medicamentos, cuando no hubo más XL, me cambiaron por otro. Tenía que tomar más veces por día y más cantidad de comprimidos”.
- “Una vez hubo faltante de medicación, el programa no la entregaba, no sé si no la compraba o qué pasaba, me daban para pocos días. Sufrí muchísimo ese tiempo”.
- “Nunca tuve problemas de falta de medicación porque ustedes hacen de todo para poder entregármela”.
- “Hubo una vez, el programa no entregaba, desconozco si porque no la compraba o si el Estado no la compró, pero faltó. Me entregaban para pocos días, tuve que ir más veces a buscar”.
- “Cuando faltó la medicación, ustedes me daban para pocos días y me suplantaron por otro. Siempre están pendientes para que no nos falte la medicación”.

Algunos entrevistados atribuyen la falta de suministro de la MI a dificultades económicas del Estado o del programa, mientras que otros no comparten esta valoración. La discontinuidad en el suministro obliga a modificar esquemas terapéuticos, si bien mantiene la eficacia clínica, puede afectar la adherencia debido a cambios en dosis o frecuencia de las tomas que generan confusión y dificultades para adaptarse a las nuevas indicaciones.

## Discusión

Los pareceres volcados en las entrevistas por los PTx nos reflejan su mirada y sentir acerca de su experiencia de vivir con un trasplante y la necesidad de sostener el tratamiento inmunosupresor.

Los entrevistados opinan con conocimiento respecto al PNSP, indicando problemáticas puntuales en la provisión de MI, como la no inclusión de determinada presentación de uno de los inmunosupresores, el cambio de una forma farmacéutica a otra que conlleva mayor número de tomas diarias y lo que esto los afecta, la falta de uno de los medicamentos inmunosupresores, el no contar con la medicación indicada en el momento necesario. La insuficiencia en la provisión de MI puede afectar la adherencia, lo cual constituye un problema relevante de salud pública (Cipolle, *et al*, 2004).

El alto costo de la MI genera preocupación entre los entrevistados, aunque no hay cuestionamientos sobre quién debe garantizar su provisión ni sobre el marco legal vigente. Se cree necesario el empoderamiento colectivo de los pacientes tomando parte en Organizaciones No Gubernamentales, promoviendo su participación en las políticas, leyes y toma de decisiones que afectan sus derechos y necesidades (March Cerdá, 2015).

Aunque los pacientes reconocen al PNSP como garante del acceso, señalan la ausencia de información clara sobre el programa, sus normativas y responsabilidades estatales. En este contexto, el empoderamiento individual y colectivo se vuelve fundamental.

Se destaca la necesidad de fortalecer la participación institucional de los pacientes, con herramientas que les permitan incidir en decisiones sobre políticas sanitarias. La presencia del Consejo Asesor del Paciente (CAP) sería una vía importante.

El tratamiento inmunosupresor es un aspecto relevante en la existencia de los PTx. Opinan basados en experiencias propias o por otros pacientes cercanos a ellos, los obstáculos en la continuidad o sostenimiento en el tiempo en la toma del tratamiento inmunosupresor.

Las interrupciones en la provisión, especialmente entre 2018 y 2019, generaron preocupación. La adherencia no siempre está en manos del paciente: requiere acceso oportuno, continuidad y apoyo profesional (Hotz, *et al*, 2003). La Farmacia del EAIT cumple un rol esencial, no solo dispensando medicamentos sino también acompañando, escuchando y resolviendo.

Vivir con un trasplante implica reorganizar la vida cotidiana en torno al tratamiento. Las enfermedades crónicas, como esta, exigen un sistema de salud accesible, sensible y sostenido. El PNSP debe garantizar la continuidad de la MI, con mecanismos eficientes, participación activa de los pacientes y una mirada integral desde la salud pública.

## Conclusiones

Este trabajo exploró la provisión de MI por parte del PNSP desde la mirada de los PTx en el EAIT durante el período 2018-2021 con el propósito de conocer su perspectiva sobre el tratamiento inmunosupresor gestionado por el programa desde su condición de vivir con un trasplante y la necesidad de contar con esta medicación en forma crónica. De acuerdo con los resultados hallados en este trabajo, se reconoce al Programa Nacional como una política pública de salud del Estado, garante de acceso y ejercicio de derechos para una población vulnerable. Desde una perspectiva técnica (y también política), los planes, programas y proyectos son pensados como instrumentos que operativizan o permiten la puesta en acción de las políticas atendiendo determinadas necesidades de un sector de la población. Surge de la investigación que el PNSP ha sufrido interrupciones en la provisión de la MI en diferentes períodos entre los años 2018 y 2019, si bien el programa fue preservado no hubo inyección de recursos ni inclusión de innovaciones.

Se destaca en las opiniones de los pacientes, teniendo en cuenta las características de la MI, al ser vital para el funcionamiento y mantenimiento del injerto, que no puede interrumpirse su suministro por cuestiones económicas ni políticas. La discontinuidad en la provisión de la MI es una cuestión problemática y angustiante, los pacientes conocen experiencias de interrupción en el suministro del tratamiento y lo que esto significa, aun cuando no siempre los afectó directamente.

Los PTx muestran de una u otra forma su preocupación y conocimiento del alto precio de la MI, este representa una barrera para la accesibilidad al tratamiento por parte del PTx si no existiese el PNSP. El PNSP es una herramienta de transformación que reduce la inequidad en un sistema de salud fragmentado.

Este trabajo espera aportar a la mejora de las políticas públicas en salud, inspirar nuevas investigaciones y contribuir a una atención más humanizada, equitativa y centrada en los derechos de los pacientes trasplantados.

## Referencias bibliográficas

- ABRAMOVICH, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35-50.
- BELMARTINO, S., LEVÍN, S. Y REPETTO F. (2001). Políticas y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso. *Revista Socialis*, 5, pp 53-83. Universidad de Buenos Aires.
- BOSCH, G., RODRÍGUEZ, Y. Y ROJAS, D. (2020) Adherencia terapéutica: Un desafío. *Revista Argentina de Trasplante III*, pp135-138. Argentina.
- BOSCH, G. (2023). *Perspectiva de los pacientes trasplantados sobre la provisión de medicación inmunosupresora por parte del Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante en el Ente Autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2018-2021*. [Tesis de maestría]. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Univ. Nacional de Rosario.
- CANEL, O., SORATTI, O., JAIME, C. (2021). *Actuarial perspective on the immunosuppressive medication costs and coverage for transplant recipients in the Argentines public System: 2009-2021*. INCUCAI.
- CIPOLLE R, STRAND L, MORLEY P. (2004). *Pharmaceutical Care Practice*. Mc Graw-Hill. New York.
- DELGADO GUTIÉRREZ, A. (2002). *Las Políticas Sociales en la perspectiva de los derechos y la justicia*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL.
- FENG, S. (2017). Tolerance after liver transplantation: ¿Where are we? *Liver Transpl, Dec*; 23(12):1601-1614.
- FURTADO PEREIRA, J. (2001) Un método constructivista para la evaluación en salud. *Ciencia y Salud Colectiva*. 6 (1). Río de Janeiro.
- GOLBERT, L. (2013). Políticas sociales. *Revista Voces en el Fénix*. Año 4 N° 22.
- HOTZ, S., KAPTEIN, A., PRUITT, S. Y SÁNCHEZ-SOSA, J. (2003). Behavioral Mechanisms Explaining Adherence: What Every Health Professional Should Know. En WHO (Ed.), *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action* (pp. 157- 171). Geneva: Author [WHO/MNC/03.01].
- ISTURIZ, M. (2011). La producción estatal de medicamentos en Argentina. *Revista Voces en el Fénix*, N° 7. Cátedra abierta Plan Fénix. Argentina.
- LEVIN, S. (2000). La ciudadanía social en Argentina en los umbrales del siglo XXI. *Revista Kairos*, vol.4.
- LEVIN, S. (2004) Los desafíos de la ciudadanía en las sociedades contemporáneas. *Revista SAAP* Vol. 2, N°1, 35-68.

- MACEIRA, D. (2010). *Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos*. CEDES. Buenos Aires.
- MARCH CERDÁ, J. (2015). Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 30. Núm. 1; 1-3 (enero - febrero 2015).
- ROVERE, M. Y SIEDE, M. (2001). *La agencia social. Aportes al debate sobre las políticas sociales en Argentina*. Secretaría de Política Social y Unidad de Financiamiento Internacional del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.
- TAYLOR, S.J. Y BORDAN, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós. México.
- TENZER, N. (1992) *La sociedad despolitizada*. Editorial Paidós. Barcelona.
- VALLÉS M. (2009). *Cuadernos Metodológicos*. Núm. 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines (2007: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2007). *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS: 15a lista, marzo de 2007*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/70657>

### **Legislación:**

- Ley 21541. Primera Ley regulatoria de la actividad de trasplante. Creación del CUCAI.
- Ley 23464. Modifica Ley 21.541, sobre ablación e implantes de órganos y materiales anatómicos.
- Ley 23885. Creación del INCUCAI y del Fondo Nacional de Trasplante.
- Ley 24193. Trasplante de órgano y material anatómico humano.
- Ley 26066. Modificatoria de la ley 24193. Ley del donante presunto.
- Ley 26928. Ley de Protección para personas trasplantadas.
- Ley 27447. Ley de trasplante de órganos, tejidos y células.

### **Resoluciones:**

- Resolución Ministerio de Salud N° 1676/07.
- Resolución INCUCAI N° 448/07.
- Resolución Ministerio de Salud N° 974/09.

### **Decreto:**

- Decreto N° 1071/07. Reglamentación Artículo 14 de la Ley N° 26.066.

# El perfil de morbilidad de la población como organizador de la atención médica ambulatoria: Aplicación del sistema de clasificación de pacientes CRG

## *The population's morbidity profile as an organizer of outpatient medical care . Application of CRG system for patient classification*

**Mg. Ramiro Huber**

Círculo Médico del Departamento General López

### Resumen

Que los servicios ambulatorios de salud tengan la capacidad de organizar activamente su oferta de atención ajustándola a las diversas necesidades de salud de la población, es un paso incuestionable para lograr mayor eficiencia en la asignación de los recursos, mayor calidad técnica y más equidad.

El Clinical Risk Groups (CRGs) es un Sistema de Clasificación de Pacientes, de base poblacional, que asigna a cada individuo a un grupo de perfil de morbilidad semejante, definido por su estado de salud y por su nivel de gravedad. Esto permite ajustar cápitas según riesgo, y segmentar a la población según su carga de morbilidad, adecuando la oferta de atención a los diferentes perfiles de necesidades.

El presente artículo muestra los resultados parciales de su aplicación como experiencia piloto en Argentina, en un territorio (Departamento General López), en una población (beneficiarios de la Obra Social IAPOS), durante un período de tiempo (dos años). Se concluye en que el conocimiento del perfil de morbilidad de una población es una fuente de información capaz de ser aplicada y que puede ser de utilidad para adecuar el modelo de atención al perfil de necesidades.

### Abstract

The fact that outpatient health services have the capacity to actively organize their care offer, adjusting it to the diverse health needs of the population, is an unquestionable step to achieve greater efficiency in the allocation of resources, greater technical quality and more equity.

Clinical Risk Groups (CRGs) are a population-based patient classification system that assigns each individual to a group with a similar morbidity profile, adjusted for their severity level. This allows for capita adjustments based on risk and segmentation of the population according to their disease burden, tailoring the care offering to different needs profiles.

This article presents the partial results of its implementation as a pilot experience in Argentina, in one territory (General López Department) in one population (beneficiaries of the IAPOS Social Insurance Program), over a period of two years. It concludes that knowledge of a population's morbidity profile is a source of information that can be applied and can be useful for adapting the care model to the population's needs profile.

### Palabras clave

Perfil de morbilidad - atención ambulatoria - primer nivel de atención

### Keywords

Morbidity profile - outpatient care - first health care level

## Introducción

La organización y la gestión de los servicios de salud ambulatorios es un tema de mi interés, ya que el suministro de servicios de salud ambulatorios es uno de los factores que más puede contribuir al mejor desempeño de los sistemas de salud (Berman, 2000; Starfield, 2001). Como ejemplo, la configuración de redes de atención por niveles crecientes de complejidad, le otorga a los servicios ambulatorios una responsabilidad suprema en cuanto a la caracterización de la población a cargo, y a garantizar el acceso oportuno a la atención de la salud (Huber, 2005).

En mi tesis de Maestría en Salud Pública (Huber, 2008), abordé la caracterización de un modelo de atención ambulatoria desarrollado como experiencia piloto en los Departamentos Garay y San Javier en la Provincia de Santa Fe, donde se definieron como primer nivel de atención a equipos de salud con población a cargo, procurando que organicen y programen su atención reconociendo las necesidades de salud de estas personas.

Para organizar el modelo de atención basado en perfiles de morbilidad, es fundamental comprender la distribución de enfermedades y condiciones de salud en la población. Esto implica analizar datos de morbilidad para identificar patrones y agrupar a las personas según sus necesidades de atención. Este enfoque permite una atención más personalizada y eficiente, optimizando los recursos y mejorando los resultados en salud.

A fines de los años 90, se desarrollaron diversos sistemas de clasificación de pacientes orientados precisamente a resolver estas necesidades de información. Entre los más conocidos, se encuentran los Adjusted Clinical Groups (ACG) y los Clinical Risk Groups (CRG).

Los sistemas ACG en EEUU y CRG en países europeos comenzaron hace más de una década a ser aplicados con la intención de ajustes de cápitales según la carga de morbilidad, y también se experimenta su utilización para la organización de la atención ambulatoria (García Goni, 2006).

El Clinical Risk Groups (CRGs) es un Sistema de Clasificación de Pacientes, de base poblacional que utiliza códigos clínicos de pacientes y los relaciona con sus características históricas y demográficas para asignar a cada individuo un grupo de perfil de morbilidad semejante, ajustado por su nivel de gravedad (Inoriza *et al.*, 2006).

Se requieren unos pocos datos identificatorios de cada persona (DNI, fecha de nacimiento, sexo y código postal) y datos clínicos ambulatorios (diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos), acumulados a lo largo del tiempo, para agrupar a toda la población mediante un algoritmo informatizado según el *Estado de Salud y Nivel de Gravedad*.

Profundizando el interés en este campo, elaboré este trabajo en el que se reflejan los resultados parciales de la aplicación de una herramienta informática para segmentar la población y organizar los diferentes servicios de salud ambulatorios de acuerdo al perfil de morbilidad, con la finalidad de ofrecer la mejor oferta de servicios de salud posible.

Se presenta la experiencia de utilización de los Grupos de Riesgo Clínico (Clinical Risk Groups) como sistema de medida de la morbilidad de la población de aproximadamente 30.000 beneficiarios de la Obra Social Provincial (IAPOS), atendida en la red de prestadores médicos asociados al Círculo Médico del Departamento General López, en la Provincia de Santa Fe, Argentina, durante el bienio 2017/2018, como primera experiencia piloto de su aplicación en Argentina.

## Método

Fue durante mi gestión como Gerente del Círculo Médico del Departamento General López, que pudimos contar con acceso al uso del Sistema CRGs, para aplicar en la población de algo más de 30.000 beneficiarios de IAPOS (Obra Social Provincial) que habitan el Departamento General López, comprometiendo a los médicos asociados al Círculo Médico (y por ello prestadores en el convenio con IAPOS), por el lapso de dos años, a cargar en el sistema de autorización *on line*, las consultas con diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos ambulatorios, para contar con los datos requeridos por el sistema.

El Sistema Informático CRG fue alimentado inicialmente con la carga del padrón de afiliados activos de la Obra Social Provincial que registraban domicilio en alguna de las 31 localidades que conforman el Departamento General López, en el extremo sur de la Provincia de Santa Fe, Argentina. También se nutrió con el padrón de médicos radicados en la misma región y asociados al Círculo Médico, a quienes se les proveyó del listado de diagnósticos y procedimientos que utilizaron para la carga luego de cada consulta realizada.

El propio sistema CRG, alimentado por la carga de diagnósticos y procedimientos de las consultas médicas fue segmentando a la población, ubicando a cada individuo en el cuadrante que le correspondiera por su perfil de morbilidad, según su estado de salud y nivel de gravedad.

Fue así que, a las herramientas informáticas, que ya se utilizaban desde la perspectiva de la gestión de los consumos, se agregaría un sistema que permitiría una mirada desde la perspectiva de las necesidades de salud de la población, al poder captar y caracterizar el perfil de morbilidad de cada persona.

## Resultados

Luego de varios meses de carga de los datos administrativos que identifican a cada beneficiario de IAPOS y de la carga de sus diagnósticos principales y secundarios, se obtuvieron los primeros resultados.

En la Tabla N° 1, se pueden visualizar la cantidad total de individuos agrupados según el estado de salud y el nivel de gravedad. Así es que los individuos “sanos” (aquellos que durante el periodo de dos años no consultaron o lo hicieron como conducta preventiva) fueron 21.571, mientras que —por ejemplo— 2.246 individuos fueron caracterizados como “portadores de una enfermedad crónica dominante única, con nivel 1 de gravedad”.

En la siguiente Tabla (ver tabla N° 2) podemos observar que el grupo “sanos” representa al 68,8 % de la población total, mientras que —siguiendo con el mismo ejemplo— en el grupo “portadores de una enfermedad crónica dominante única, con nivel 1 de gravedad” se encuentra reunido el 7,16 % de la población.

Ahora bien, si tenemos en cuenta el peso medio de morbilidad que a cada una de las categorías le asigna el sistema (ver tabla N° 3), la carga de morbilidad de los individuos del grupo “sanos” es inferior (0,16 %) a la carga de morbilidad de los individuos del grupo “portadores de una enfermedad crónica dominante única, con nivel 1 de gravedad” (1,48 %).

Finalmente, teniendo en cuenta la cantidad de individuos en cada categoría (que resulta de considerar el estado de salud y el nivel de gravedad), se obtiene el porcentaje del peso total de morbilidad que representa cada grupo (ver Tabla N° 4).

**Tabla N° 1**

CRGs – Perfil de morbilidad de la población IAPOS en el DGL  
Cantidad de individuos según estado de salud y nivel de gravedad.

|   |  | Individuos          |      |     |     |    |   |    |
|---|--|---------------------|------|-----|-----|----|---|----|
|   |  | Niveles de Gravedad |      |     |     |    |   |    |
| Estado de Salud (Des)                               |  | 0                   | 1    | 2   | 3   | 4  | 5 | 6  |
| Sanos (Incluye No Usuarios)                         |  | 21571               |      |     |     |    |   |    |
| Historia De Enfermedad Aguda Significativa          |  | 1874                |      |     |     |    |   |    |
| Enfermedad Cronica Menor Unica                      |  |                     | 2923 | 337 |     |    |   |    |
| Enfermedades Cronicas Menores En Diferentes Organos |  |                     | 316  | 37  | 61  | 11 |   |    |
| Enfermedad Cronica Dominante Unica                  |  |                     | 2246 | 560 | 480 | 92 |   |    |
| Dos Enfermedades Cronicas Dominantes                |  |                     | 332  | 219 | 109 | 76 | 8 | 15 |
| Tres Enfermedades Cronicas Dominantes               |  |                     | 1    | 1   | 1   | 1  |   |    |
| Enfermedad Neoplastica Metastasis                   |  |                     | 40   | 22  | 5   | 1  |   |    |
| Enfermedades Catastroficas                          |  |                     | 12   |     | 2   |    |   |    |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 2

CRGs – Perfil de morbilidad de la población IAPOS en el DGL  
 Porcentaje de la población según estado de salud y nivel de gravedad.

|   |  | % Individuos        |       |       |       |       |       |       |
|---|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   |  | Niveles de Gravedad |       |       |       |       |       |       |
| Estado de Salud (Des)                               |  | 0                   | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     |
| Sanos (Incluye No Usuarios)                         |  | 68,80%              |       |       |       |       |       |       |
| Historia De Enfermedad Aguda Significativa          |  | 5,98%               |       |       |       |       |       |       |
| Enfermedad Cronica Menor Unica                      |  |                     | 9,32% | 1,07% |       |       |       |       |
| Enfermedades Cronicas Menores En Diferentes Organos |  |                     | 1,01% | 0,12% | 0,19% | 0,04% |       |       |
| Enfermedad Cronica Dominante Unica                  |  |                     | 7,16% | 1,79% | 1,53% | 0,29% |       |       |
| Dos Enfermedades Cronicas Dominantes                |  |                     | 1,06% | 0,70% | 0,35% | 0,24% | 0,03% | 0,05% |
| Tres Enfermedades Cronicas Dominantes               |  |                     | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |       |       |
| Enfermedad Neoplastica Metastasica                  |  |                     | 0,13% | 0,07% | 0,02% | 0,00% |       |       |
| Enfermedades Catastroficas                          |  |                     | 0,04% |       | 0,01% |       |       |       |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 3

CRGs – Perfil de morbilidad de la población IAPOS en el DGL  
 Peso medio de morbilidad según estado de salud y nivel de gravedad.

|   |  | Peso Medio          |      |       |       |       |       |       |
|---|--|---------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   |  | Niveles de Gravedad |      |       |       |       |       |       |
| Estado de Salud (Des)                               |  | 0                   | 1    | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     |
| Sanos (Incluye No Usuarios)                         |  | 0,16                |      |       |       |       |       |       |
| Historia De Enfermedad Aguda Significativa          |  | 0,50                |      |       |       |       |       |       |
| Enfermedad Cronica Menor Unica                      |  |                     | 0,87 | 2,22  |       |       |       |       |
| Enfermedades Cronicas Menores En Diferentes Organos |  |                     | 1,49 | 2,01  | 2,17  | 3,52  |       |       |
| Enfermedad Cronica Dominante Unica                  |  |                     | 1,48 | 3,05  | 4,09  | 8,48  |       |       |
| Dos Enfermedades Cronicas Dominantes                |  |                     | 2,99 | 4,94  | 6,56  | 9,02  | 11,32 | 16,45 |
| Tres Enfermedades Cronicas Dominantes               |  |                     | 7,33 | 11,86 | 13,36 | 17,80 |       |       |
| Enfermedad Neoplastica Metastasica                  |  |                     | 3,35 | 7,78  | 12,71 | 20,99 |       |       |
| Enfermedades Catastroficas                          |  |                     | 8,42 |       | 17,50 |       |       |       |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 4

CRGs – Perfil de morbilidad de la población IAPOS en el DGL  
 Porcentaje del peso total de morbilidad

|   |  | % Peso Total        |        |       |       |       |       |       |
|---|--|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   |  | Niveles de Gravedad |        |       |       |       |       |       |
| Estado de Salud (Des)                               |  | 0                   | 1      | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     |
| Sanos (Incluye No Usuarios)                         |  | 16,35%              |        |       |       |       |       |       |
| Historia De Enfermedad Aguda Significativa          |  | 4,60%               |        |       |       |       |       |       |
| Enfermedad Cronica Menor Unica                      |  |                     | 12,48% | 3,66% |       |       |       |       |
| Enfermedades Cronicas Menores En Diferentes Organos |  |                     | 2,30%  | 0,36% | 0,65% | 0,19% |       |       |
| Enfermedad Cronica Dominante Unica                  |  |                     | 16,21% | 8,34% | 9,58% | 3,81% |       |       |
| Dos Enfermedades Cronicas Dominantes                |  |                     | 4,85%  | 5,28% | 3,49% | 3,35% | 0,50% | 1,20% |
| Tres Enfermedades Cronicas Dominantes               |  |                     | 0,04%  | 0,06% | 0,07% | 0,09% |       |       |
| Enfermedad Neoplastica Metastasica                  |  |                     | 0,65%  | 0,84% | 0,31% | 0,10% |       |       |
| Enfermedades Catastroficas                          |  |                     | 0,49%  |       | 0,17% |       |       |       |

Fuente: Elaboración propia

## Discusión

La gestión de los servicios ambulatorios de salud tiene cada vez mayor relevancia en la búsqueda de mejorar la eficiencia asignativa, la calidad técnica y la garantía de acceso en relación a las necesidades de salud de los individuos.

La gran fragmentación del sistema de salud en Argentina dificulta sobremanera la disponibilidad de información sobre el estado de salud de las personas y complica la capacidad de organizar el suministro de servicios de salud adecuado a las necesidades.

La utilización de herramientas informáticas como el CRGs, que con datos muy simples de obtener, puede agrupar a la población según su estado de salud y nivel de gravedad, resulta muy útil y permite, entre otras bondades del sistema, el ajuste de cápitas según el perfil de morbilidad de la población a cubrir, así como también organizar la oferta asistencial diferenciando a:

- los grupos de individuos **sanos y con historia de enfermedades agudas significativas**, sobre los que se privilegiarán las acciones dirigidas a la promoción y prevención de las enfermedades;
- los grupos de individuos con **enfermedades crónicas de elevada prevalencia de mediana gravedad**, sobre los que se podrán desarrollar Programas de Gestión de Enfermedades;
- y los grupos de individuos con **enfermedades complejas, poco prevalentes, pero de elevada gravedad**, sobre los que se puede intervenir a través de Programas de Gestión de Casos.

## Conclusiones

La búsqueda de mayor eficiencia técnica y asignativa en los sistemas de salud es una premisa de gran inquietud para los responsables de la gestión de los servicios de salud, en especial en lo que se refiere a la atención ambulatoria.

La atención ambulatoria es particularmente cuantiosa al considerar el volumen de las consultas y prácticas que se gestionan en los sistemas de atención médica ambulatoria, requiriendo de la asistencia de sistemas informáticos que puedan procesar grandes cantidades de datos y traducirlos en información útil para la gestión.

En este artículo, se presentó el resultado de la utilización de un sistema (CRGs) para agrupar a los individuos que forman una comunidad de acuerdo a sus perfiles de morbilidad, convirtiéndose seguramente esa información en un elemento clave y central para lograr presupuestos suficientes, consumos de recursos adecuado a las necesidades y tasas prescriptivas ajustadas a las necesidades clínicas de cada grupo.

## Referencias bibliográficas

- BERMAN, P. (2000). Organizati3n of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the OMS*, 2000, 78 (6): 791-802.
- HUBER, R. (2005). Las reformas en el Sector Salud. Observaciones sobre Canad3 y Argentina. En D. Montero Contreras y R. Rodriguez (Eds.), *Los retos frente a la internalizaci3n, lo p3blico, lo privado y la identidad en Am3rica Latina y Canad3*. Editorial Felix Varela. La Habana. ISBN 959-258-833-3.
- (2008). *Organizaci3n y suministro de servicios ambulatorios. Caracterizaci3n de un modelo aplicado como experiencia piloto en Santa Fe*. [Tesis de Maestría en Salud P3blica] Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR. Disponible en <https://rephip.unr.edu.ar/items/91da8574-1da4-45e0-8c4b-d387c6a19002>
- INORIZA J., CODERCH J., CARRERAS M., VALL-LLOSER L., GARCÍA M-, LISBONA J., & IBERN P. (2008). La medida de la morbilidad atendida en una organizaci3n sanitaria integrada. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23(1):29-37.
- GARCIA GONI, M. (2006). Ajuste de riesgo en los mercados sanitarios. En: P. Ibern (Ed.) *Integraci3n asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; p. 187-208.
- STARFIELD, B. (2001). *Atenci3n Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Editorial Masson.

# La Seguridad Social en la República Argentina. Sobre la Creación del INSSJP-PAMI

## *Social Security in the Argentine Republic. On the Creation of the INSSJP-PAMI*

**Mg. Adrián Norberto de Paúl**

INSSJP-PAMI / UAI

### Resumen

Se presenta un trabajo de investigación cuyo enfoque es cualitativo y de diseño histórico-descriptivo. El eje temático del mismo se sustenta en rescatar los elementos centrales de la tesis de maestría de Salud Pública cuyo título es: "Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: un paso clave para el logro de la seguridad social de los trabajadores jubilados y pensionados de la República Argentina".

El propósito del trabajo consistió en problematizar la relación existente entre la seguridad social como derecho, y la creación y vigencia del instituto.

Para tal fin, se establecieron conexiones referenciales tomando en cuenta el contexto histórico que precedió a la creación del instituto con el contexto actual. Las conclusiones finales del trabajo son expuestas a modo reflexivo con el objetivo de repensar estrategias que permitan al campo sanitario y la política sostener los derechos adquiridos.

### Abstract

A research paper with a qualitative approach and historical-descriptive design is presented. The thematic axis of the same is based on rescuing the central elements of the master's thesis in public health whose title is: "Creation of the National Institute of Social Services for Retired and Pensioned Persons: a class step towards achieving social security for retired and pensioned workers in the Argentine Republic".

The purpose of this work was to critically examine the relationship between social security as a right, and the creation and current role of the institute.

To this end, reference connections were established taking into account the historical context that preceded the creation of the institute with the current context.

The final conclusions of the study are presented in a reflexive way with the objective of rethinking strategies that allow the health field and politics to sustain acquired rights.

### Palabras clave

seguridad social - creación del INSSJP/PAMI - derechos adquiridos

### Keywords

social security - creation of INSSJP/PAMI - acquired rights

## Introducción

En nuestro país, la República Argentina, separar lo concerniente a la Seguridad Social de la creación del INSSJP-PAMI<sup>1</sup> es simplemente imposible.

Cuando desarrollé mi trabajo de tesis de maestría (De Paúl, 2016), y aunque parezca increíble, uno de los aspectos que me resultó más complicado estuvo dado en plasmar el título del mismo.

Asumiendo como un supuesto lo dicho en el primer párrafo de esta introducción, opté como título de mi Tesis: *“Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: un paso clave para el logro de la seguridad social de los trabajadores jubilados y pensionados de la República Argentina”*<sup>2</sup>.

Teniendo en cuenta que garantizar la Seguridad Social<sup>3</sup> implica llevar adelante un sistema complejo de acciones que cumplan la mayor igualdad social posible al interior de una nación, y que dentro de las acciones estén fundados el pleno ejercicio del trabajo, los accesos universales a la salud y la educación, el derecho a una vivienda digna, entre otras medidas, y que el propósito general consiste en proteger a los sectores más vulnerables. La creación del INSSJP Ley 19.032 el 13 de mayo de 1971, convierte este hecho en un hito trascendental que va de la mano con los principios que engloba este tipo de políticas sociales, y cuya génesis estuvo precedido por un contexto enmarcado dentro de luchas sociales y reivindicativas tanto de los trabajadores como de los propios jubilados y pensionados.

Dicha obra social de los jubilados y pensionados, cuyo acrónimo “PAMI” significa *“Programa Asistencial Médico Integral”*, aborda estratégicamente la problemática de salud por medio de un enfoque de carácter social, que fuera pautado por el compromiso entre los diferentes actores: el Estado nacional; las jurisdicciones provinciales; las organizaciones sindicales; diferentes fuerzas políticas; organizaciones intermedias y eclesíásticas, entre otros.

Así como dijimos que resulta un hecho imposible, no entender a la Seguridad Social respecto a la creación del INSSJP/PAMI, también lo es el pretender intentar una lectura del presente de esta obra social, separada de los acontecimientos históricos, políticos y sociales que nos atraviesan hoy día.

Por este último motivo, en tiempos de crisis económicas y de reacción política que impulsa la pérdida de derechos conquistados, es necesario rescatar esa

1. Obra social de los trabajadores jubilados y pensionados creada el 13 de mayo de 1971, por Ley 19.032

2. La pertenencia institucional del autor es el INSSJP, siendo 2016 el año de defensa de la Tesis.

3. Conjunto de medidas y normas que los estados deben aplicar con el fin de asegurar una mejor calidad de vida, especialmente para los sectores más vulnerables.

génesis que dio motivo a la creación del INSSJP/PAMI, básicamente porque dicha creación fue el corolario de años de luchas que atravesó a todas las clases sociales y a sus distintas organizaciones. Desde esta perspectiva, el siguiente trabajo sigue el mismo lineamiento, haciendo hincapié en el rescate de los pilares sociales que dieron origen a la creación del INSSJP/PAMI, y que, por otro lado, los mismos nos sirvan para repensar nuevas estrategias que tengan como valor principal el derecho a la salud y la protección social.

Dicho de otra manera, el desconocer la historia no solamente nos condena a la ignorancia, sino que también nos desarma para enfrentar el presente y proyectar un futuro mejor para nosotros y las próximas generaciones.

## Desarrollo

Para poder comprender la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, de ahora en más INSSJP, es condición *sine qua non*, el poder esclarecer las distintas vicisitudes que, dentro de un marco político y social determinado gravitan como parte inseparable dentro de un proceso histórico, en donde además entran en juego distintas circunstancias teñidas por intereses de orden económico, políticos, sociales y sus actores respectivos.

Por todo esto, es necesario retrotraernos a ese pasado político y social, del cual nuestro sistema de salud hereda gran parte de su historia, y por ende de su conformación definitiva.

Bajo esta premisa, los servicios de salud en nuestro país han adquirido a lo largo del tiempo rasgos diferenciales en relación al de otros sistemas sanitarios, tanto sea respecto al de los países de América Latina, como de otros diferentes lugares del mundo.

Tomando en cuenta a Belmartino (2005), esta idiosincrasia, si se quiere particular o propia que caracteriza en Argentina a nuestro sistema de salud, está determinada por la acción política de un número importante de agentes sociales, no solamente de partidos u organizaciones políticas propiamente dichos, sino también, por muchos sectores ligados al trabajo profesional, a las comunidades extranjeras, a las organizaciones sindicales, el cooperativismo y el mutualismo, entre otros.

Bajo estos aspectos, propongo sistematizar una periodización histórica del proceso, teniendo presente tres grandes bloques: el Sistema de Salud dentro del Estado Liberal al cual lo podríamos delimitar entre 1861 y 1945; el Sistema de Salud dentro del

Estado de Compromiso<sup>4</sup>, contextualizado de 1945 a 1976; y el Sistema de Salud dentro de un período que se correspondería a un Estado Neoliberal, el cual lo podríamos establecer entre 1976 y el presente.

Queda claro que dentro de cada uno de los períodos históricos, las políticas públicas y por consiguiente sanitarias, quedaron supeditadas o más bien delimitadas a contextos más cortos o específicos, dentro de los cuales, la toma de decisiones se vio afectadas indudablemente.

En la Tabla presentada dentro del Apéndice, puede observarse las características centrales del Sistema de Salud argentino dentro de dicha periodización histórica, para cuya descripción hemos utilizado las variables del “Postulado de Coherencia” propuestas por Mario Testa<sup>5</sup>: a) Propósito, b) Método y c) Organización.

En dicha Tabla, el lector podrá apreciar el desarrollo del sistema de salud argentino en función de un contexto histórico determinado y los actores intervinientes.

Tal desarrollo sanitario fue virando circunstancialmente desde posiciones meramente biológicas a otras con un enfoque social, entendiendo que el patrón de comportamiento de las enfermedades es mucho más complejo, dinámico y claramente influenciado por la relación entre el hombre y el mundo que lo rodea (Laurell, 1982).

Dentro de este proceso histórico, en el cual el sistema de salud argentino es un simple eslabón, la figura de Ramón Carrillo<sup>6</sup> en el Ministerio de Salud de la República Argentina, marca un punto de inflexión hacia la necesidad de entender el carácter social de la enfermedad.

De esta manera, la organización sanitaria se transforma en la necesaria respuesta social que establece el Estado, para comenzar a brindar contención y solución a los problemas de salud de la población.

Estas políticas se enmarcan dentro de lo que se conoce como “Estado de Bienestar”, cuyo promotor fue el economista británico John Maynard Keynes. La idea principal de Keynes consistía en que el Estado, debía asumir el rol más importante dentro de una sociedad golpeada por la crisis del capital. Dicho rol se cumpliría jugando un papel rector en materia de políticas públicas, entre ellas la sanitaria.

Dentro de esta etapa histórica, son los trabajadores quienes ocupan un lugar destacado dentro de la sociedad, dentro de ese estado de bienestar, al convertirse en una fuerza organizada en relación a la cadena productiva, tanto industrial como agroindustrial.

---

4. Definición que brinda Susana Belmartino en su libro: *La atención médica en la Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, en relación a la instrumentación en nuestro país, de las políticas keynesianas a partir del primer gobierno del presidente Juan Domingo Perón.

5. Mario Testa (1925-2024). Médico sanitarista argentino. Autor de numerosos trabajos teóricos y de investigación.  
6. Primer ministro de salud de la República Argentina durante el primer mandato presidencial de Juan Domingo Perón.

Dicha fuerza permite conquistar espacios de poder y mantenerlos, a pesar de transitar períodos de gobiernos represivos como el encabezado por el General Juan Carlos Onganía<sup>7</sup> y sus sucesores.

La alternancia de gobiernos democráticos y golpes de estado en la República Argentina avizoraba en cierta medida, el agotamiento del estado benefactor, y las necesidades del capital para imponerse de forma más abrupta, atacando conquistas sociales y derechos obreros.

Bajo estas condiciones políticas, y antes que el estado de bienestar desaparezca completamente en nuestro país, surgen como producto de las luchas sociales dos grandes instituciones merced a las Leyes 18.610 (1970) y 19.032 (1972). La primera de ellas le dará una nueva fisonomía al Sistema de Salud: el INOS<sup>8</sup>. Dicho instituto se convertirá con el paso del tiempo en el tercer subsector del sistema sanitario tras ser incorporadas las diferentes Obras Sociales de los trabajadores al sistema.

Dos años más tarde, en 1972, la movilización de los trabajadores jubilados y pensionados arrancará una nueva conquista al gobierno militar: el INSSJP, más conocido por el acrónimo PAMI: Programa Asistencial Médico Integral.

Con la creación de estos dos institutos, el modelo de gestión sanitario argentino termina adquiriendo una fisonomía predominantemente social, puesto que, al subsector público ideado por Ramón Carrillo, se le suma el subsector de OS<sup>9</sup> y el PAMI; ésta última considerada como un cuarto subsector dentro del Sistema de Salud.

El golpe de estado cívico-militar del 24 de marzo de 1976<sup>10</sup> pone fin al período de bienestar que comenzara con el primer gobierno de Juan D. Perón, dando lugar a la apertura de un nuevo proceso histórico conocido como “neoliberalismo”.

En este sentido, se puede afirmar que desde 1976 a la fecha, existe una continuidad política con respecto a las políticas de ajuste y pérdida de derechos sociales, bien que dentro de estos períodos históricos, existen zonas grises que pueden considerarse una excepción a la regla. Períodos en donde los sectores sociales más perjudicados por este tipo de políticas logran recomponerse al menos en forma parcial.

Pues así, y en el marco de ajustes solicitados por los organismos financieros internacionales, el sector salud no queda al margen de estas políticas y, tanto el subsector público como el de la seguridad social se convierten en un blanco indiscriminado, al mismo tiempo que se inicia un proceso de concentración del capital en el campo de la salud, naciendo grandes grupos monopólicos que disputan el mercado entre

7. Encabezó el golpe militar del 1966 contra el gobierno democrático del radical Arturo Umberto Illia.

8. Instituto Nacional de Obras Sociales. Ley 18.610, creado el 23 de febrero de 1970.

9. Acrónimo de Obras Sociales, uno de los subsectores que componen el sistema de salud en la República Argentina.

10. Golpe cívico-militar autodenominado “Proceso de Reorganización Nacional”, encabezado por el General Jorge R. Videla, el Almirante Emilio Massera y el Brigadier Orlando R. Agosti. Su primer ministro de economía fue José Alfredo Martínez de Hoz.

sí, y perjudican con intereses comerciales la capacidad de respuesta de los demás sectores de salud.

Los gobiernos encabezados por Carlos Saúl Menem<sup>11</sup> profundizaron aún más las políticas del neoliberalismo iniciadas en 1976.

Es importante aclarar que el golpe cívico-militar implementó la intervención de todas las OO.SS. del país, siguiendo intervenida al día de la fecha, únicamente, el INSSJP-PAMI, transformándose en una “caja económica” de los gobiernos de turno, y trampolín político para el armado de listas partidarias.

Como parte de las políticas de ajuste, el PAMI padeció a lo largo de su historia innumerables intentos de privatización, incluso de disolución en favor de los intereses de la medicina privada. Tal como pretendió concretarse mediante los lineamientos de carácter estratégicos, mejor conocidos con el nombre de “Gerenciamiento”, durante el mandato presidencial de Carlos Menem. Para ello, vale mencionar los nombres emblemáticos de intervenciones privatistas a cuyo frente estuvieron Víctor Alderete, Matilde Menéndez y Eduardo Bauzá. Todos juzgados posteriormente por hechos relacionados con la corrupción.

Si hasta el presente no tuvo lugar tales objetivos, ha sido básicamente por dos motivos: el primero relacionado a las contradicciones del poder político, de sus disputas internas; el segundo, relacionado a la lucha emprendida durante estas décadas por los trabajadores activos y jubilados. Un ejemplo de ello fue la conformación del Comité de Lucha “Osvaldo Trinchero” en la ciudad de Rosario, en defensa de los Policlínicos Propios PAMI I y II<sup>12</sup>, en 1996, las movilizaciones de jubilados y pensionados encabezados por dirigentes como Norma Plá y Enrique Gigena, entre otros acontecimientos de lucha y resistencia al plan.

Igualmente, el ajuste surtió efectos negativos al imponerse privatización de servicios claves, y precarizando las condiciones laborales de sus trabajadores.

En este proceso, existe absoluta complicidad de los sectores políticos y gremiales que actúan dentro del INSSJP, a pesar de sus declamaciones y acciones que buscan publicidad. En este contexto, y tal como lo señala Testa (1997), el PAMI puede ser catalogado como una institución hipercompleja dado que en su interior conviven e interactúan multiplicidad de actores sociales, cada uno bregando por establecer sus propios intereses.

11. Gobernó la República Argentina en dos períodos presidenciales entre 1989 y 1999.

12. PAMI I ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Rosario. Comenzó a prestar servicios en 1975. Fue el primer efector propio con que contó la obra social, en tanto el PAMI II se incorpora a partir de 1980 por medio de consultorios externos, y desde 1982 en adelante a pleno como efector de salud polivalente.

En cierto modo se impone de hecho una gestión que raya con la anarquía política, plagada de directivas confusas, pocas veces acatadas, y total ausencia de un plan estratégico. La gestión actual no escapa a estas premisas.

## Conclusión

Resulta sumamente importante para cualquier trabajo de conocimiento, establecer un orden contextual sobre el cual gira nuestro objeto de estudio. De lo contrario, resultaría imposible poder comprender para nuestro caso, la génesis y el derrotero de la principal obra social no solo del país sino también de Sudamérica.

Dentro de este contexto histórico, político y social, qué dudas pueden haber del papel que juegan las organizaciones políticas, económicas, sociales y gremiales. Sin dudarlo, las mismas juegan un papel destacado para el decurso de los acontecimientos, especialmente en un país en el que está ausente una estrategia sanitaria, gobierne quien gobierne.

Justamente, la ausencia de una estrategia sanitaria es lo que permite provocar diferentes vaivenes políticos que impactan negativamente en la gestión y la administración de empresas y organismos, particularmente las relacionadas con el área estatal.

El INSSJP-PAMI se encuentra dentro de esta problemática política y las consecuencias están a la vista: carrerismo político, desvío de recursos económicos propios a otras áreas de la economía, utilización irresponsable de dichos recursos económicos, procesos de contratación dudosos, ausencia de concursos para ocupar cargos, personal precarizado, condiciones de trabajo por fuera del CCT<sup>13</sup>, organizaciones gremiales diluidas dentro de la propia gestión y otras problemáticas imposibles de enumerar para este trabajo debido a su extensión.

Ante las dificultades señaladas y la falta de credibilidad política de la sociedad respecto a sus dirigentes, tal vez, la herramienta más apropiada para recuperar los derechos perdidos sea la utilizada por nuestros mayores en aquellas jornadas de mayo de 1971: el reclamo a través de la movilización.

En base al contenido de la Tesis de Maestría en Salud Pública (MSP), se puede aceptar que aún quedan muchos “grises” por indagar, de cara a una sociedad que exige respuestas a sus problemas.

Es importante aclarar que se desprenden varios interrogantes que pueden servir de disparadores para futuras investigaciones, por ejemplo:

---

13. Convenio Colectivo de Trabajo de los trabajadores del PAMI, cuya vigencia data del año 2025.

A) ¿Cuál es la postura de los diferentes partidos políticos frente a la intervención histórica que sufre el INSSJP/PAMI?

B) El INSSJP-PAMI: ¿qué rol cumple en relación al subsector de las OS?

C) ¿Qué implicaría la descentralización de la estructura nacional del PAMI?

Por citar algunos ejes temáticos que ameritaría nuevos emprendimientos investigativos y que de seguro, contribuirían a enriquecer lo hasta aquí elaborado, tanto por el trabajo de Tesis, este artículo, y demás publicaciones que pertenecen a otros autores. Los aportes académicos pueden impulsar cambios en distintos ámbitos de la obra social y de los distintos espacios del sistema de salud.

## Referencias bibliográficas

- DE PAÚL, A. N. (2016). *Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. "Un paso clave para el logro de la seguridad social de los trabajadores jubilados y pensionados de la República Argentina"*. [Tesis de maestría]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2133/9034>
- BELMARTINO, S. (2005). *La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo XXI Editores. pp 138-153.
- LAUREL, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2 (1), 7-25.
- TEIXEIRA, S. F. (1991). Repensando la historia de las políticas de salud en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales* N° 55.
- TESTA, M. (1997). *AGIR EN SAÚDE, um desafio para o público*. Parte I: "Análisis de instituciones hipercomplejas". Buenos Aires. LUGAR EDITORIAL. pp 22-23.
- TOBAR, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud En: GARAY, O (Coordinador). *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires. La Editorial La Ley, 1-19.

## Apéndice

### Matriz de la evolución del sistema de salud argentino Una periodización histórica aplicando el método del “Postulado de Coherencia” de Mario Testa

| Periodización histórica del Sistema de Salud | PROPÓSITO  | MÉTODO  | ORGANIZACIÓN   |
|--|--|---|--|
| <b>Estado Liberal (1861/1945)</b>            | Dejar librado a las posibilidades económicas y culturales de la población, el acceso a la atención médica (profesión liberal), apartándose el Estado de dicha responsabilidad. La mayor parte de la población convive con la miseria y falta de atención sanitaria. Se propagan epidemias que causan estragos en los sectores más vulnerables.   | Presencia de servicios sanitarios de gestión privada, concentrados solamente, dentro de las grandes urbes como la Capital Federal, Rosario y Córdoba. Por el escaso desarrollo capitalista del país, las profesiones de corte liberal adquieren preeminencia social, entre ellas la figura del médico.  | Prevalencia de enfermedades infecciosas que azotan las condiciones de vida de la población. Unos pocos pueden describir su “buen vivir” a costa de la explotación y el sacrificio de las masas empobrecidas. Aparecen ante la ausencia del Estado, las primeras organizaciones obreras a modo de cooperativas y asociaciones mutuales, y por consiguiente, el germen de las primeras obras sociales de los trabajadores, organizados en principio por nacionalidad, y luego por oficios.             |
| <b>Estado de Compromiso (1945/1976)</b>      | La destrucción de FF.PP tras la finalización de la II GM, obliga a las burguesías mundiales hacerse cargo de la cobertura social, entre ellas las atinentes a la salud de la población, dando lugar al afianzamiento del Estado de Bienestar como parte de las políticas Keynesianas. Suplir con recursos y producción propia lo que no podía importarse, especialmente desde Europa. Cobran importancia los sistemas y servicios de salud sostenidos desde el Estado. | Se otorga jerarquía ministerial a la Secretaría de Salud de la Nación. Se amplía la capacidad instalada de los servicios de salud duplicándose el número de camas, el incremento de especialidades médicas y la incorporación de nuevas tecnologías. Se universaliza con ello el acceso a vastos sectores de la población, en particular de los más vulnerables. Una política acompañada de un nuevo modelo educativo y mayores posibilidades de empleo saludable, entendiéndose que todos estos aspectos repercuten favorablemente en una mejor salud (física y psíquica) para la población. | Descenso de la tasa de mortalidad infantil y mayor control sanitario sobre enfermedades infecciosas. Abordaje científico respecto a enfermedades de carácter endémico como el Chagas/Mazza; el paludismo; sarampión y la fiebre hemorrágica argentina. Se jerarquiza el trabajo de los enfermeros al ser contemplados jurídicamente como una nueva disciplina independiente de la actividad médica. Mediante los denominados “Planes Quinquenales”, se llevan a cabo grandes campañas de vacunación. |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p><b>Estado Neoliberal (1976/ actualidad)</b></p> | <p>Con la crisis económica desatada a mediados de la década del 70 del siglo pasado, cobran vuelo políticas conservadoras que favorecen la concentración del capital financiero, tomando impulso el desarrollo de grupos monopólicos dentro del sector salud.</p> | <p>Las políticas de ajuste económica se llevan adelante por medio de planes privatistas, y el aumento desmesurado de precios dentro del mercado de la salud. Justamente se habla de "mercado" entendiéndose que la salud dejó de ser un derecho para transformarse en mercancía. Se habla de valor "económico" y no de valor "social". Los grupos de salud tienden a concentrarse favoreciendo así la desaparición de empresas de salud más pequeñas, a la par que se debilita la función del Estado con el objetivo de vaciar el Subsector público. Se implementa la figura del "Hospital Público de Autogestión" (privatización encubierta y desvío de la función sanitaria del Hospital Público), haciendo retroceder las posibilidades de un mejor acceso a la salud.</p> | <p>Aumentan las desigualdades sociales, y con ello la pobreza y la vulnerabilidad. El acceso a los servicios de salud de parte de la población se hace mucho más difícil, tanto por razones económicas como tecnológicas, debida a que buena parte de los habitantes no cuentan con los recursos ni la información o conocimientos necesarios para acceder. Se manifiestan fuertes tendencias a la desintegración social como parte de una asimilación ideológica que premia el individualismo por encima de los valores éticos sustentados en una comunidad más justa y solidaria. Este período sella el ocaso de las profesiones liberales, transformando a quienes egresan del ámbito universitario en trabajadores asalariados.</p> |
|--|---|---|---|

Elaboración propia. Como referencias bibliográficas se utilizó a Belmartino (2005), Teixeira (1991) y Tobar (2012)

### Glosario de términos para la matriz

**Propósito:** aspectos estratégicos preestablecidos desde el Estado, en función del modelo sanitario de cara a los problemas de salud de la población, entendiéndose esto como la visión de la estructura necesaria.

**Método:** mecanismos jurídicos e instrumentos de gestión aplicados para cumplir a través de distintos objetivos con el Propósito trazado.

**Organización:** resultante socio-sanitaria tras la aplicación de los objetivos.

# Coliqueo, su tribu y la medicina: la salud en la frontera bonaerense a finales del siglo XIX

## *Coliqueo, his tribe and medicine: health on the Buenos Aires frontier in the late 19th Century*

**Mg. Jorge Enrique Herce Heubert**

Escuela de Gobierno en Salud "Floreale Ferrara". Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires

### Resumen

El texto que presentamos sintetiza la primera parte de la tesis "La interculturalidad posible: un recorrido por las fronteras del proceso salud-enfermedad-atención en Los Toldos (1862-1940)".

Describimos el proceso salud-enfermedad-atención en una zona de frontera de la provincia de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX. Hemos rescatado de la extensa trayectoria del cacique Ignacio Coliqueo y su tribu algunos episodios en los que coexisten la medicina occidental y la tradicional, en un territorio de tensiones pero también de diálogo entre culturas. Buscamos la salud pública en la historia, situándonos en un espacio fronterizo que fue territorio de transacciones interétnicas pero también intraétnicas. Las incipientes organizaciones sanitarias fueron parte del proceso de consolidación del Estado nación. Las concepciones científicas de la época se utilizaron muchas veces para explicar una supuesta inferioridad de los indígenas, su debilidad frente a ciertas enfermedades y para justificar campañas militares que dieron fin a una interculturalidad posible.

### Abstract

The text we present synthesizes the first part of the thesis "The Possible Interculturality: A Journey Through the Borders of the Health-Disease-Care Process in Los Toldos (1862-1940)".

We describe the health-disease-care process in a border area of Buenos Aires Province during the second half of the 19th century. From the extensive history of the cacique Ignacio Coliqueo and his tribe, we highlight some episodes in which Western medicine and traditional medicine coexist, in a territory marked by tensions but also dialogue between cultures.

We seek to identify public health within history, situating ourselves in a border space that was a site of interethnic transactions as well as intra-ethnic ones.

The emerging health organizations were part of the process of state-nation consolidation. Scientific concepts of the time were often used to explain the inferiority of indigenous peoples, their vulnerability to certain diseases, and to justify military campaigns that ended a possible interculturality.

### Palabras clave

Interculturalidad - Salud pública - Fronteras - Mapuches

### Keywords

Interculturality - Public health - Borders - Mapuche

## Introducción

A Coliqueo, que venía ya en un estado de no poder marchar,  
lo alzó en el carro y lo llevó a Rojas, donde lo dejó asistido  
por un doctor que Mitre había elegido para su asistencia,  
quien le volvió la vida.  
*Memorias*, Manuel Baigorria.

En este trabajo, proponemos una reconstrucción histórica del proceso salud-enfermedad-atención en una zona de la frontera de la provincia de Buenos Aires a fines del siglo XIX. El desarrollo de los sistemas de atención de la salud y la introducción de la medicina occidental en el interior bonaerense formó parte de los complejos mecanismos de intercambio en estos espacios.

Presentamos una síntesis de la primera parte de la tesis “La interculturalidad posible: un recorrido por las fronteras del proceso salud-enfermedad-atención en Los Toldos (1862-1940)”, realizada en el marco de la Maestría de Salud Pública y defendida en el año 2016 (Herce, 2016).

Intentamos dar cuenta de este proceso a partir de los contactos que establecieron el cacique Coliqueo y su tribu<sup>1</sup> con diferentes prácticas de curación y con el incipiente sistema de salud de la provincia de Buenos Aires. Este recorrido pretende hacer foco en las relaciones sociales generadas en este territorio teniendo en cuenta la diversidad política y cultural de su población en momentos que concluía la etapa de frontera y comenzaba el proceso de expansión estatal. Las organizaciones sanitarias formaron parte, junto con otras instituciones sociales y políticas, de los recursos para consolidar al Estado nación.

La concepción de una frontera que dividía a dos sociedades y culturas antagónicas oculta la complejidad de los vínculos interétnicos e intraétnicos. Diferentes autoras señalan la necesidad de evitar miradas polarizadas sobre la organización de la sociedad indígena (Bechis, 2006; de Jong, 2009).

No fueron únicamente los “indios amigos”<sup>2</sup> quienes vincularon culturas, otros intermediarios actuaron en estos espacios: refugiados, comerciantes, cautivos, viajeros. Encontraremos en el ámbito militar a los primeros médicos que actuaron en el

---

1. El término “Tribu” es utilizado en este trabajo con el sentido de “lugar” o “población”, sin pretender hacer referencia a una forma determinada de organización social. No obstante, debe reconocerse que una organización colectiva laxa, basada en relaciones entre familias emparentadas que otorgan autoridad a un cacique principal bajo el que se estructura una jerarquía de caciques y capitanejos menores, constituía la modalidad de agrupación de la población indígena pampeana en el siglo XIX (Bechis, [1989] 2008).

2. Se denominó “indios amigos” a grupos que a mediados del siglo XIX establecieron tratados con el Estado por los que se comprometían a proteger las fronteras de invasiones indígenas a cambio de raciones periódicas, sueldos y rango militar para los principales caciques.

interior provincial, territorio donde sacerdotes, exploradores y curanderos también aportaron abordajes de la enfermedad y de las prácticas de curación.

Hemos seleccionado algunos episodios que dan cuenta de la acción y de la mirada de estos actores, allí buscamos indicios para reconstruir e interpretar las formas de atención de la salud en un escenario definido por la diversidad.

## Coliqueo: de Huincul al primer hospital bonaerense

Ignacio Coliqueo nació en la región de Boroa (Chile) en 1796. Cruzó la cordillera en 1822 alejándose de la Guerra a Muerte, que enfrentaba a realistas con patriotas chilenos<sup>3</sup>. Se instaló inicialmente entre Guaminí y Epecuén junto a otras comunidades borogas, allí fueron atacados por Calfucurá. Se refugió entonces entre los ranqueles, primero en Turuú en el norte de La Pampa y luego a orillas de la laguna El Cuero, al sur de la provincia de Córdoba. Allí, conoció a Manuel Baigorria, un militar unitario que escapando de Facundo Quiroga también había encontrado protección entre los ranqueles. Coliqueo y Baigorria forjaron una alianza política y militar, que se consolidó en una relación de amistad y de parentesco (Hux, [1966] 1999).

Después de la batalla de Caseros (03/02/1852), Coliqueo se incorporó a la Confederación Indígena de Calfucurá como Cacique Segundo y Ministro de Relaciones Exteriores. Poco después firmó, junto con Baigorria, un tratado de paz con Urquiza. Tras la batalla de Cepeda (23/10/1859) rompieron este pacto para sumarse a las fuerzas que Mitre preparaba en Rojas para enfrentar a la Confederación Argentina<sup>4</sup>. En la batalla de Pavón (17/09/1861), los lanceros estuvieron al mando de Justo Coliqueo, el hijo mayor de Ignacio. El cacique estaba enfermo, internado en el hospital de Rojas (Hux, [1966] 1999).

En enero de 1862, Coliqueo le escribió a Mitre. Le contaba que había venido a Rojas para ser tratado por un buen médico porque en Junín no había progresado a pesar de haber gastado mucho dinero en facultativos. Mitre le respondió:

Me es muy sensible que se encuentre Ud. todavía enfermo y espero que se restablecerá pronto. Al efecto había dado, hace tiempo, todas las órdenes necesarias al Ministro de Guerra,

3. La Guerra a Muerte se desarrolló en territorio chileno entre 1819 y 1825, en ambos bandos participaron tribus mapuches, los borogas (de Boroa, denominación que proviene de "borohué" o "vorohue" —lugar de los huesos—) fueron aliados de los realistas (Hux, [1966] 1999; Literas, 2015).

4. Previo a la batalla, el ejército de Buenos Aires se había reunido y entrenado en una instalación militar denominada Cantón Loma Negra, cercano a la localidad de Rojas, ciudad cabecera del partido homónimo, está situada en el noroeste de la provincia de Buenos Aires, Argentina, a 240 km de la ciudad de Buenos Aires. La batalla de Pavón tuvo lugar en campos cercanos al arroyo Pavón, y a la actual localidad de Rueda (departamento Constitución, provincia de Santa Fe). (Leoni y Tamburini, 2020)

porque sea Ud. atendido del mejor modo posible, recomendando al médico que lo asiste que lo considere como el mejor de nuestros amigos. (citado por Hux, [1966] 1999, p. 94).

El médico designado era Caupolicán Molina, que había nacido en Tucumán en 1833 y estudiado medicina en la Universidad de Buenos Aires. Se desempeñó en la frontera durante nueve años. Luego participó en la Guerra del Paraguay y a su regreso estuvo al frente del Hospital Militar del Retiro durante la epidemia de cólera en 1867 (Guerrino, 1984). Actuó como presidente de la Comisión de Higiene de San Nicolás en la epidemia de fiebre amarilla que desoló Buenos Aires entre febrero y junio de 1871, falleciendo como consecuencia de esta enfermedad. Sus restos fueron despedidos por Bartolomé Mitre, quien en su extenso discurso recordó sus años en la frontera:

Apenas recibido su grado de doctor, abandonó la molicie de las ciudades y fue a la lejana frontera a compartir los trabajos y aliviar los dolores de los que en el linde del desierto sostenían con sus armas la línea de la civilización [...] él era el consuelo de los enfermos, y el ejemplo de los que desmayaban en la fatiga.

En las campañas de Cepeda y Pavón [...] marchó como cirujano del ejército siguiendo nuestra bandera para combatir a su vez contra la destrucción, restañando sobre el campo de batalla la sangre de amigos y enemigos durante la lucha, y que al amparo de sus cuidados se sentían doblemente hermanos al sobrevivir a la matanza. (Mitre, 1902, p. 127).

En el Hospital de Rojas se desempeñaron otros conocidos profesionales entre los que se encontraban Hilario Almeida, Manuel Fluguerto, Ramón Videla y Tomás Perón<sup>5</sup> (Oger, 2010).

El Hospital de Rojas fue el primer establecimiento sanitario estatal de la provincia de Buenos Aires. Había sido creado por el municipio y funcionó desde 1861 hasta 1911. Rojas sólo tenía 1.500 habitantes, por lo que la creación del hospital, que llegó a tener 40 camas, se explica por la presencia del campamento militar (Grau, 1954). Durante los años siguientes, fue un importante centro de referencia en la región. En 1867, la municipalidad dispuso subvencionar a un médico para atender a las familias de los Guardias Nacionales, extendiendo luego la atención "a todos los pobres en general" (Fernández, 1924, p. 252). El municipio contrató al médico italiano Abdón Viglieri para desempeñar estas funciones<sup>6</sup>.

El Hospital de Rojas será por casi una década el único hospital de la provincia de Buenos Aires. Le siguieron el Asilo de Caridad de Mercedes (1870), el Hospital San

5. Todos se graduaron en la Universidad de Buenos Aires y fueron médicos del ejército. Tomás Liberato Perón (1839-1889) fue legislador, colaborador de la *Revista Médico Quirúrgica*, se desempeñó en el campo de la farmacia y como docente de Medicina Legal (Sánchez, 2007).

6. La epidemia de cólera que azotó Buenos Aires en 1867 alcanzó Rojas al año siguiente. El Dr. Viglieri se encargó de organizar la prevención y la atención de los enfermos y fue una de las primeras víctimas fatales de la enfermedad (Fernández, 1924). En octubre de 1868 el cólera llegó a la Tribu de Coliqueo ocasionando un número no determinado de víctimas (Hux, [1966] 1999).

José de Pergamino (1872) y el San Roque de Dolores (1873). Grau (1954) sostiene que hasta las primeras décadas del siglo XX a los hospitales de caridad sólo concurrían “los muy necesitados o indigentes” pues había un mal concepto de la atención que se prestaba en estos establecimientos. Aquellos que tenían la posibilidad optaban por consultar en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires.

Ignacio Coliqueo fue uno de los primeros pacientes del hospital de Rojas. En julio de 1862, ya recuperado, emprendió el viaje para reencontrarse con su tribu en un paraje denominado “Tapera de Díaz” (hoy Cuartel II, del Partido de General Viamonte). Bartolomé Mitre les concedió más adelante estas tierras donde se radicaron definitivamente<sup>7</sup>. Manuel Baigorria ya se había alejado de la tribu de Coliqueo, aunque regresará varias veces a visitar al cacique (Hux, [1966] 1999).



Foto N°1: “Familia del cacique Coliqueo, ca. 1865”. Tomada en el paraje “Tapera de Díaz” frente a la vivienda del cacique y atribuida al fotógrafo italiano Benito Panunzi (Archivo P. Meinrado Hux, Los Toldos)

7. En 1866 a través de la Ley 474 se les concedieron dos leguas de tierra y en 1868 la Ley 552 agregó otras cuatro leguas cuadradas (sumando 16.000 hectáreas).

## Baigorria, un fenotipo de frontera

Baigorria era un ejemplo de aquellos individuos procedentes de la sociedad criolla que se guarecieron entre comunidades indígenas. Ratto (2005) los denominó “renegados” o “refugiados”, considerando que aportaron elementos culturales propios asumiendo, a la vez, prácticas del grupo que los cobijaba.

Su estrecha relación con Coliqueo, la evidencia de su participación como mediador en muchos conflictos entre los indios y la enseñanza de tácticas militares a los caciques lo vuelve un ejemplo de las articulaciones entre culturas que ocurrieron en la frontera.

Baigorria usó indistintamente la medicina indígena y la medicina occidental, mencionando en sus *Memorias* varias situaciones que requirieron prácticas de curación. Entre ellas relata que cuando enfermó bruscamente “quedando de la cintura para abajo muerto”, el cacique Llanquetruz ordenó que fuera atendido por varias ancianas. Estas juntaron “toda yerba, pasto y hojas de árboles” a las que luego encendieron, lo cubrieron entonces con un poncho para que aspirara los vapores y despidiera “sudor en abundancia”. Varios días hicieron el procedimiento hasta que se recuperó totalmente (Baigorria, 2006, p. 85).

Cuando fue herido del balazo que dejó la profunda cicatriz que le cruzaba la cara, estuvo inconsciente durante más de un mes, los indios que lo acompañaban habían lavado la herida con orina, lo vendaron prolijamente y le dieron agua y “huevos entrecruados” hasta que recuperó totalmente la conciencia (Baigorria, 2006, p. 90). También fue asistido por médicos militares, estando a cargo de la Frontera Sur en San Luis, relata que cayó gravemente enfermo, incluso pensó que eran sus últimos días, “no obstante lo asistía el médico del cuerpo, en quien tenía demasiada confianza”. Esta enfermedad lo obligó a retirarse de la vida militar activa en mayo de 1868 (Baigorria, 2006, p. 202). El acta de defunción de Baigorria consigna que falleció de sífilis.

Estanislao Zeballos lo describió, ayudando a completar el perfil del coronel:

Era capitán caballeresco de la horda salvaje y su botín consistía siempre en potros, libros y diarios. Coleccionaba especialmente libros en su casa, y como era querido de los indios, después de cada invasión, en que habían saqueado pueblos ó estancias, le llevaban regalos de abundantes impresos como cariñoso agasajo. [...] Tenía un ejemplar con falta de hojas del Facundo de Sarmiento, que era su lectura favorita [...]. La vida del Desierto le había impreso el aspecto de sus hijos. [...] Procedía sobre todo su apariencia indígena del pelo negro y duro, y de su cara casi lampiña; pero la boca, nariz y pómulos se ajustaban á las formas regulares del cráneo blanco. [...] su conversación fácil y de abundante palabra, desprovista de modismos campesinos, revelaba un fondo de primitiva cultura, que no lo había abandonado, y sobre todo, el predominio del habla

paterna sobre la lengua araucana, que, como es natural, conocía perfectamente. (Zeballos, 1890, pp. 157-158).

Zeballos describe un personaje. Un ejemplo de la articulación entre culturas. De alguna manera sintetiza a un fenotipo de frontera.



Foto Nº 2: Manuel Baigorria. Fotografía de autor desconocido que perteneció a la familia Coliqueo (Archivo P. Meinrado Hux, Los Toldos)

## Médicos en las fronteras

Ignacio Coliqueo murió en 1871 al caer de su caballo. Lo sucedió Justo, su hijo mayor. Mientras tanto, los enfrentamientos en la frontera continuaban. Estas tensiones concluyeron en la batalla de San Carlos el 8 de marzo de 1872, allí se enfrentaron las fuerzas de Calfucurá con los guardias nacionales a los que se habían sumado más de mil indios amigos de Catriel y Coliqueo. Calfucurá fue derrotado. Justo y Simón Coliqueo fueron felicitados por su actuación. Esta batalla ha sido considerada como el inicio de la decadencia de Calfucurá (de Jong, 2009).

El médico Juan Mateo Franceschi, cirujano de la Frontera Oeste, estuvo presente en la batalla. Escribió en su parte militar:

Entre las tropas del Ejército Nacional hubo sólo 14 muertos en el campo de batalla y 52 heridos. La mayor parte de estos heridos tenían ocho y diez lanzazos [...] Sin embargo los 52 heridos salvaron todos a pesar de los grandes y graves traumatismos [...]. Las condiciones vitales del natural de la Pampa argentina son muy favorables al éxito de las grandes operaciones quirúrgicas; así pues no he podido observar ni un sólo caso de erisipela traumática, ni de fiebre tifoidea, ni de podredumbre de hospital, ni de piohemía, ni de tétanos, a pesar de no haber observado estrictamente, no siendo posible por otra parte, los principios de la higiene moderna, antisepsia, temperatura ambiente, régimen, etc. (Parte de Franceschi, en Guerrino, 1984, pp. 56-57).

Resulta necesario señalar que en su informe no se mencionan las muertes ocurridas entre los indios amigos que actuaron junto al ejército. Justo Coliqueo, en su reporte de batalla, menciona 33 muertos entre sus lanceros (Hux [1966] 1999).

Franceschi había obtenido en París el título de "Officier de Santé"<sup>8</sup>, presentó reválida en Buenos Aires y se incorporó al Ejército. Actuó durante cinco años en la frontera. Su tesis para optar al Doctorado en la Universidad de Buenos Aires recogía su experiencia como cirujano militar. Publicó varios trabajos en la Revista Médico Quirúrgica en los que postulaba que la buena evolución de las heridas, el mejor envejecimiento y la mayor conservación de los dientes y del cabello en los indios se debía a la falta de hierro, mineral que consideraba escaso en el territorio pampeano. Simultáneamente sostenía que este déficit explicaba la debilidad estructural y la ineptitud para el trabajo intelectual de los habitantes de la pampa (Di Liscia, 2002a). Franceschi también argumentaba la necesidad del control étnico, basándose en que las uniones consanguíneas entre los indígenas eran la causa de descendencias defectuosas y de la mayor susceptibilidad a la tuberculosis. Aconsejaba "no casarse entre parientes y lo menos posible entre connacionales de antiguas generaciones americanas" (Franceschi, 1886, pp. 279-281).

Las opiniones de Franceschi se superponían con las de Paolo Mantegazza, pionero de la antropología médica que ejerció como médico en Argentina entre 1854 y 1858<sup>9</sup>. Recopiló información sobre semblantes indígenas basándose en conocimientos de antropometría, fisonomía, craneología y frenología del siglo XIX<sup>10</sup>.

8. El "officier de santé" consistía en una formación de 3 años (eran 6 años para un médico). Era una profesión independiente, limitada a prescribir medicamentos y realizar procedimientos de cirugía menor. La actividad fue eliminada en 1892.

9. Paolo Mantegazza (1831-1910) médico, neurólogo, fisiólogo y antropólogo italiano. Su obra es muy extensa, de su paso por Sudamérica podemos mencionar dos textos: *Cartas médicas sobre la América meridional* con prólogo de Gregorio Aráoz Alfaro) y *Viajes por el Río de la Plata y el interior de la Confederación Argentina*.

10. En el siglo XIX la fisiognomía se presentaba como una disciplina capaz de evidenciar la naturaleza humana. Mantegazza se basaba en los estudios de Samuel Morton y de Cesare Lombroso. La recolección de "materiales etnográficos" caracterizó a los científicos de la época. Tal vez el ejemplo más conocido sea el de Francisco Moreno, que reunió más de 1.000 cráneos y cuyas teorías sobre los tipos humanos americanos fue apoyada por Rudolf Virchow (1821-1902) padre de la medicina social y de la antropología física alemana (Quijada, 1998). Virchow, en 1879, presentó en una exhibición en Berlín a tres indígenas patagones y publicó *Die Feuerländer* (Los fueguinos)

### Mantegazza conoció a Ignacio Coliqueo:

Él estaba acostado sobre unas pieles con una de sus esposas, y apenas entré en su choza, hizo un movimiento imperceptible con los ojos para mirarme. El coronel Baigorria, que era el futuro marido de una de sus hijas, me lo presentó con palabras halagadoras, pero él no se movió; y cuando le hablé de sus acciones generosas, apenas se dignó a levantar la cabeza y apoyarla sobre un codo, respondiéndome con monosílabos, a pesar de saber el español.

Conocí también al hijo de Calfucurá [...] Él era aún más inmóvil que Coliqueo [...] Las estepas, que representan la Pampa en el viejo hemisferio, parecen generar pueblos poco efusivos. (Mantegazza, 1870, pp. 477-478).

Mantegazza acordaba con las teorías que sostenían que los indios eran poco sensibles a estímulos, incluyendo al dolor, “saben resistir de un modo singular a las lesiones traumáticas, y en América es popular el proverbio: duro para morir como un indio” (Mantegazza, 1916, p. 253).

La élite intelectual nacional coincidía con la idea de la resistencia física del indio y, a su vez, su inferioridad y su destino de extinción. La prestigiosa Revista Médico Quirúrgica avaló estas teorías y estimuló a los profesionales que actuaban en las fronteras a publicar sus experiencias. Estos argumentos fueron utilizados para justificar las acciones militares contra los pueblos originarios.

Una comisión de científicos notables acompañó a la “Campaña del Desierto”. Concluyeron que, gracias a la ciencia, la campaña militar se desarrolló “con la tranquila regularidad de un experimento de física, organizado en un laboratorio, para poner de manifiesto leyes conocidas” (Informe Oficial de la Comisión 1881, X).

## Pablo Savino, sacerdote y médico

Tras la Batalla de San Carlos, Calfucurá y Pincén atacaron a Coliqueo, mientras los jefes de frontera estimulaban los conflictos para quedarse con los campos y suspendían las raciones y los sueldos de los indios amigos. La tribu de Coliqueo atravesaba una situación de enorme pobreza.

En estos años, Federico Aneiros era Arzobispo de Buenos Aires<sup>11</sup>. Tenía un ambicioso proyecto de evangelización para el cual solicitó misioneros a Europa. El lazarista

---

donde sostenía la importancia de estas exhibiciones al permitir comparar los distintos grados de evolución del género humano, pretendiendo de esta forma demostrar la superioridad de la población europea (Ballester, 2011).  
11. Aneiros fue Arzobispo de Buenos Aires entre 1870 y 1884. Su plan consistía en “la conversión de los indios y su incorporación a la vida civilizada”. Inicialmente el plan se había consensuado con el Gobierno, pero luego este

Pablo Emilio Savino había nacido en Italia, era médico y músico, hizo su seminario en Nápoles y en 1875 fue destinado a la tribu de Coliqueo para desarrollar acciones de evangelización. Las autoridades de la tribu decidieron, tras un largo parlamento, permitir que Savino llevara adelante su tarea (Hux, [1966] 1999).

Existen indicios que Savino utilizó sus conocimientos de medicina para concretar acciones evangelizadoras. En cierta oportunidad, la esposa del pulpero Urquizo<sup>12</sup> pidió al sacerdote que atendiera a un niño que estaba enfermo, hecho que conocía pues habían concurrido a su negocio a buscar remedios. El cura diagnosticó una angina gangrenosa y explicó a la madre que el niño no sobreviviría, por lo que era necesario bautizarlo. El niño falleció al día siguiente, era hijo del cacique Justo Coliqueo. El episodio sintetiza el entrecruzamiento de concepciones sobre la salud y la enfermedad en la tribu: la capacidad de establecer el pronóstico de la enfermedad por el médico, el bautismo como mecanismo de salvación, la venta de remedios en la pulpería y la utilización de medicamentos occidentales por los pobladores mapuches (Hux, [1966] 1999).

Mientras estuvo en Los Toldos, Savino escribió el *Pequeño Manual del Misionero para evangelizar a los indios fronterizos*, con la colaboración en la traducción del capitanejo José Carranza Calfuñ. En la sección dedicada a la confesión de los pecados el sacerdote incluyó estas preguntas:

[...] 4. ¿Eres brujo? - ¿tienes oficio de Machí?

5. ¿Has ejercido el oficio de Machí con la gente? - ¿has chupado la gente?

6. ¿Te has hecho curar por los Machis? ¿te han chupado á ti?

7. ¿Cuántas veces? - ¿muchas veces? - ¿pocas veces? - ¿una vez? - ¿dos veces? etc.

(Savino, 1876, p. 43).

En una nota a pie de página explicaba que los machi eran los sacerdotes o sacerdotisas que presidían las ceremonias religiosas y que “pretendían curar á los enfermos” (Savino, 1876, p. 43). El manual de Savino se transformó en una herramienta de evangelización, fue utilizado por los religiosos que acompañaron la “Campaña al Desierto” y en posteriores misiones de los salesianos en la patagonia (Hux, [1966] 1999).

El conflicto entre poder religioso y científico es resuelto por Savino proponiendo la fe, pero requiriendo el abandono de las prácticas curativas tradicionales. No sólo es necesario identificar la machi “que pretende curar” sino también a quienes recurren a ella.

---

optó por la ocupación militar. No obstante las diferencias Antonio Espinosa, secretario de Aneiros, acompañó a Roca en la Campaña del Desierto (Copello, 1944).

12. Electo Urquizo era *bolichero* en la tribu, prosperó y se transformó en un importante comerciante de la zona. En los terrenos que rodeaban a uno de sus almacenes llevó adelante el proyecto urbanístico que es hoy la ciudad de Los Toldos. Escribió diversos textos que fueron recopilados por Meinrado Hux. Los originales de estos documentos se encuentran en el Archivo Hux de Los Toldos.

## Justo Coliqueo: rupturas y ataques cerebrales

El período en que el sacerdote Savino vivió en la tribu de Coliqueo coincidió con las disputas entre el cacique Justo, el mayor de los hijos de Ignacio, y sus hermanos.

Adolfo Alsina, Ministro de Guerra del presidente Nicolás Avellaneda, planificó diferentes acciones para avanzar la frontera. Varias tribus de indios amigos acordaron resistir y marchar tierra adentro. Justo junto con otros pobladores de la tribu coincidían con esta postura. Urquiza escribe en sus memorias que en esos tiempos “Don Justo Coliqueo se había puesto loco, loco de atar [...]. Quiso irse tierra adentro a pelear a los malones y después a pelear al Doctor Alsina” (Urquiza, [1907] 1983, p. 209).

Es un momento en el que las tribus de indios amigos se ven fuertemente amenazadas. Al avance de la frontera, se suman los incumplimientos de los pactos realizados con el gobierno, las maniobras de los jefes militares para quedarse con las tierras que ocupaban, la inminencia de la Conquista del Desierto, la extrema pobreza y brotes de cólera y viruela. Justo Coliqueo representa la tensión entre las tradiciones de su pueblo con la posibilidad de incorporarse a un estado que iba adquiriendo rasgos definitivos.

En los documentos pueden encontrarse referencias constantes a la “locura” de Justo como explicación de la conducta del cacique. Creemos que es una manera de evitar un análisis más profundo del contexto y la profundidad del desgarramiento de Justo, compartido por un número importante de integrantes de la comunidad. Definir la enfermedad de Justo como “locura” permite eludir la complejidad del proceso que atravesaba la tribu de Coliqueo, además de situar a la cosmovisión mapuche en las proximidades de la alienación mental.

En este período, el prestigioso médico Lucio Meléndez deseaba establecer el “alienismo indígena” como una nueva especialidad (Di Liscia, 2002b). Advertía un incremento del número de los enfermos mentales en zonas urbanas mientras no sucedía lo mismo en la población indígena, a pesar de las penurias y al desarraigo a los que era sometida. Meléndez se esperaba con que los médicos del ejército trajeran de las campañas militares la información que le permitiera encontrar una respuesta. La supuesta demencia de Justo no llegó al conocimiento de los alienistas de la época, pero sirvió para que autoridades militares y eclesiásticas sugirieran que la frontera también podría delimitar la razón de la locura<sup>13</sup>.

Durante la última década del siglo XIX fueron desapareciendo las condiciones que habían permitido la inserción y los vínculos de los indios amigos con la sociedad blanca. El nuevo contexto hizo difícil la continuidad de la organización interna de las

13. Puede mencionarse que el Arzobispo Aneiros solicitó que se nombre a Simón cacique mayor de la tribu pues “Justo Coliqueo estaba atacado de demencia” (Copello, 1944).

tribus amigas (de Jong, [2003] 2014). En este marco las enfermedades, y en especial las epidémicas que frecuentemente asolaron a la población indígena, fueron un factor coadyuvante en estos procesos de destrucción de las comunidades fronterizas. La viruela es tal vez el mejor ejemplo de esas enfermedades que fueron asociadas con conjuntos étnicos y sociales y que sirvieron de pretexto para instalar formas diferentes de articulación política y social entre grupos subalternos (Di Liscia, 2011). Viruela, alcohol y tuberculosis son las causas biológicas y evolutivas que aún hoy son invocadas como responsables de la extinción de los pueblos originarios, permitiendo de esta manera señalar a las enfermedades y no a las campañas militares y a las prácticas genocidas como la principal causa de muerte entre los indios.

## **A modo de conclusión**

El extenso recorrido de la tribu de Coliqueo y la complejidad de los territorios de la frontera bonaerense permite dar cuenta de las diferentes formas en las que fueron interpretadas y atendidas las enfermedades. Una mirada cronológica permite encontrar indicios de las disputas culturales y sociales que nos alejen de una “Historia de la Salud Pública” para ir en la búsqueda de “la salud pública en la historia” (Sacchetti y Rovere, 2007, p. 6).

Los indios amigos, como intermediarios culturales, fueron actores principales en la adopción de nuevos conocimientos por las comunidades indígenas. Otros personajes, ejemplificados aquí por el coronel Baigorria, facilitaron estos vínculos que hicieron de la frontera un territorio caracterizado por múltiples transacciones.

La medicina occidental arribó a estos espacios de la mano de los médicos de las fuerzas militares. También por esta vía es que se estableció el primer hospital de la provincia, origen diferente al de los hospitales de beneficencia que surgían en el país —y en toda América Latina— y que eran en esencia asilo-custodiales (García, 1994). Los médicos recogieron experiencias que después transmitieron a través de las primeras publicaciones científicas del país. La actuación de médicos y sacerdotes facilitó la introducción de interpretaciones y prácticas occidentales que confrontaron con las tradicionales con diferentes resultados: condenándolas algunas veces, ocultándolas otras y combinándose frecuentemente. Al mismo tiempo, viajeros circunstanciales y expedicionarios profesionales recogieron información que luego difundieron en un mundo académico ávido de pruebas “científicas” que demostraran la superioridad de las razas europeas. Sobre estas tesis se fundamentaron campañas militares de

ocupación y exterminio que dieron fin a una etapa en la que fueron posibles relaciones complejas entre sociedades y culturas.

La historia nos permite recuperar indicios para delinear una cartografía que nos acerque a una interculturalidad posible: aquella capaz de entramar el derecho a la identidad con el derecho a la salud.

## Referencias bibliográficas

- BAIGORRIA, M. (2006). *Memorias*. Edición y notas del P. Meinrado Hux. Ediciones El elefante blanco.
- BALLESTERO, D. A. (2011). Los ‘fueguinos’: Robert Lehmann-Nitsche y el estudio de los onas en la Exposición Nacional de Buenos Aires (1898). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(3), 789-810.
- BECHIS, M. ([1989] 2008). *Los lideratos políticos en el área araucano-pampeana en el siglo XIX: ¿autoridad o poder?* [Ponencia]. I Congreso Internacional de Etnohistoria, Buenos Aires, 1989 (revisada). En [http://etnohistoria.equiponaya.com.ar/hm/23\\_articulo.htm](http://etnohistoria.equiponaya.com.ar/hm/23_articulo.htm) (Acceso 30/06/25)
- (2006). La Organización Nacional y las Tribus Pampeanas en Argentina durante el Siglo XIX. *Tefros*, 4(2), 1-24.
- COPELLO, S. L. (1944). *Gestiones del Arzobispo Aneiros a favor de los indios hasta la conquista del desierto*. Editorial Difusión.
- DE JONG, I. ([2003] 2014). *Historia, etnicidad y memoria: el proceso de conformación de la identidad indígena en la tribu amiga de Los Toldos*. [Tesis de Doctorado en Antropología Social], Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. *Corpus* [En línea], 4(1). Disponible en: <http://corpusarchivos.revues.org/765> (Acceso 30/06/25).
- (2009). Armado y desarmado de una confederación: el liderazgo de Calfucurá en el período de la organización nacional. *Quinto Sol*, (13), 11-45.
- DI LISCIA, M. S. (2002a). *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas - Instituto de Historia.
- (2002b). Cuerpos para experimentar: objetivación médica, positivismo y eliminación étnica en Argentina (1860-1890). *Asclepio*, LIV (1), 183-200.
- (2011). Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), 409-422.
- FERNÁNDEZ, J.O. (1924). *El polígono de tiro General Alvear de Rojas en su vigésimo quinto aniversario*. Municipalidad de Rojas.
- FRANCESCHI, J.M. (1886). Uniones consanguíneas y connacionales: degeneraciones antiguas como causa de degeneración de las razas de la Pampa. *Revista Médico Quirúrgica*, XXIII (18), 279-281.
- GARCÍA, J. C. (1994). *Pensamiento social en salud en América Latina*. Nueva Editorial Interamericana - McGraw-Hill - Organización Panamericana de la Salud.

- GRAU, C. A. (1954). *La sanidad en las ciudades y los pueblos de la Provincia de Buenos Aires*. Dirección de Impresiones Oficiales.
- GUERRINO, A. (1984). *La medicina en la Conquista del Desierto*. Círculo Militar.
- HERCE HEUBERT, J. E. (2016). *La interculturalidad posible. Un recorrido por las fronteras del proceso salud-enfermedad-atención en Los Toldos (1862-1940)*. [Tesis de Maestría en Salud Pública] Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/items/13742d1d-6b16-4709-9946-21f0245b8652>
- Hux, M. ([1966] 1999). *Coliqueo, el indio amigo de Los Toldos*. Imprenta Giagante y del Olmo.
- Informe Oficial de la Comisión Científica agregada al Estado Mayor General de la Expedición al Río Negro (Patagonia)(1881). Realizada en los meses de abril, mayo y junio de 1879, bajo las órdenes del Gral. D. Julio A. Roca. Imprenta de Ostwald y Martínez.
- LEONI, J. B. Y TAMBURINI, D. (2020). Del campamento a la batalla: un abordaje arqueológico de la campaña de Pavón, 1861. *Cuadernos de Antropología* (23), 39-74.
- LITERAS RONDÓN, L. (2015). Indicios e hipótesis sobre la presencia boroga en las fuentes documentales durante la organización estatal argentina (segunda mitad siglo XIX). *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 20(2), 66-84.
- MANTEGAZZA, P. (1870). *Río de la Plata e Tenerife*. Viaggi e studi. Gaetano Brigola Editore.
- (1916). *Viajes por el Río de la Plata y el interior de la Confederación Argentina*. Universidad Nacional de Tucumán - Imprenta Coni Hermanos.
- MITRE, B. (1902). *Arengas*, t.II (3ª ed.). Biblioteca de "La Nación".
- OGER, I. (2010). *Primer Establecimiento Asistencial de la Provincia*. Disponible en <http://www.historiasderojas.com.ar> (acceso 26/01/10)
- QUIJADA, M. (1998). Ancestros, ciudadanos, piezas de museo Francisco P. Moreno y la articulación del indígena en la construcción nacional argentina (siglo XIX). *EIAL - Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 9(2). <https://doi.org/10.61490/eial.v9i2.1084> (Acceso 30/06/25)
- RATTO, S. (2005). Rompecabezas para armar: el estudio de la vida cotidiana en un ámbito fronterizo. *Memoria Americana*, (13), 179-207.
- SACCHETTI, L. Y ROVERE, M. (2007). *La salud pública en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos*. Editorial El Ágora.
- SÁNCHEZ, N. I. (2007). *La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943)*(1ª ed.). Sociedad Científica Argentina.

SAVINO, P. E. (1876). *Pequeño Manual del Misionero para evangelizar a los indios fronterizos, en el que se contiene un catecismo menor en castellano e indio, un confesionario indio con su correspondiente traducción castellana y por último un pequeño repertorio de frases usuales y exhortatorias que pueden ser de alguna utilidad para la conversión y el ejercicio del Ministerio Evangélico en Idioma Indio*. Editorial Pablo E. Coni.

URQUIZO, E. ([1907] 1983). *Memorias de un pobre diablo*. (Recopilación de M. Hux). Ediciones Culturales Argentinas.

ZEBALLOS, E. (1890). *Callvucurá y la dinastía de los Piedra*. 3a Edición. Casa Editora de J. Peuser.

### **Archivos consultados**

Archivo Padre Meinrado Hux. Monasterio Benedictino Santa María de Los Toldos.

Centro de Documentación en Salud. Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara". La Plata.

# Política del silencio y objeción de conciencia en la implementación del aborto legal\*

## *Politics of silence and conscientious objection in the implementation of legal abortion*

**Mg. María Flavia Del Rosso**

Asociación Civil "Palabras". Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario

### Resumen

El silencio en torno al aborto legal, que lo liga a la idea de clandestinidad, ha sido una estrategia desarrollada por grupos conservadores para impedir el acceso a la práctica. Sin embargo, en tanto productor de sentidos, el silencio también posibilita la resistencia y evita la confrontación de posturas antagónicas. En el marco de la implementación de una política de acceso al aborto legal, la objeción de conciencia tuvo una utilidad en la gestión de este silencio.

Este artículo tiene como punto de partida la investigación desarrollada por la autora para la tesis de Maestría en Salud Pública, sobre la implementación del aborto legal en la provincia de Santa Fe previamente a la sanción de la ley 27.610. Su finalidad es identificar contradicciones y ambigüedades que constituyeron una política del silencio, entramada en la legitimación sostenida en forma explícita por el Estado provincial. Tales elementos permiten además ampliar la mirada sobre el rol que tuvo la objeción de conciencia como parte de la implementación de esa política.

### Abstract

The silence surrounding legal abortion —often associated with the notion of clandestinity— has functioned as a strategic device employed by conservative groups to prevent access to that practice. Nonetheless, as a generator of meaning, silence also facilitates forms of resistance while circumventing the direct confrontation of antagonistic positions. In the context of implementing a policy guaranteeing access to legal abortion, conscientious objection functioned as a strategic tool in sustaining this silence.

This article draws on research conducted by the author for her master's thesis in Public Health, which examined the implementation of legal abortion in the province of Santa Fe prior to the enactment of Law 27.610. Its objective is to identify the contradictions and ambiguities that constituted a politics of silence, intricately woven into the explicit legitimization promoted by the provincial state. These elements further allow for a critical reflection on the role that conscientious objection played in the operationalization of this policy.

### Palabras clave

Aborto - Política pública - Objeción de conciencia

### Keywords

Abortion, Induced - Health Policy - Conscientious Objection

\* Agradezco al Dr. Matías Stival su colaboración en la escritura de una primera versión de este artículo que fue presentada en las XV Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural.

## Introducción

El silencio asociado a la idea de clandestinidad en relación al aborto, coloca a la interrupción legal del embarazo (ILE) en una situación que algunos autores han considerado como “paradoja de legitimidad” (Harris, 2011; Harris *et al.*, 2013), ya que menoscaba las sobradas evidencias de su efectividad para reducir la morbimortalidad de personas con capacidad de gestar. La clandestinidad opera, además, a modo de castigo social sobre los agentes de salud que proveen la práctica, dificultando su trabajo. En este sentido, ese silencio “habla” de la práctica y de quienes la implementan; puede por ello ser considerado no ya como ausencia de enunciación sino en sus términos productivos, como elemento constitutivo de una economía del poder. Hay un sentido en él, intraducible en palabras, que genera efectos simbólicos.

Molina y Vedia (1990) y Puccinelli Orlandi (2001, 2011) reflexionan sobre el silencio como productor de sentido, con efectos tanto limitantes como restrictivos. Molina y Vedia (1990) considera que la “política del silencio” se manifiesta en un *silencio productivo* propio del orden lingüístico, donde “toda denominación circunscribe el sentido de lo nominado” y en un “silencio local” (p. 141), vinculado a la censura, que prohíbe la circulación de algunos sentidos. Este último, a la vez que calla, genera significado en lo no-dicho operando aún sin ejercer censura directa. El sentido del silencio puede ser evidenciado sólo a través de los propios mecanismos de funcionamiento de los diferentes procesos de significación, ya que por definición el silencio no habla, “El silencio, es.” (Molina y Vedia, 1990, p. 142). En consonancia con esta autora, Orlandi (2011) identifica un *silencio fundante*, inherente al lenguaje y que lo posibilita, y una *política del silencio* que opera a través del *silenciamiento* delimitando marcos ideológicos regulatorios de qué, quiénes, desde dónde y con qué sentidos, pueden actuar dentro del campo de lo decible.

Por su lado, Diakité (2013) identifica al silenciamiento como parte de una política más amplia de exclusión estructural que define a las voces consideradas con autoridad para hablar. Más que una práctica discursiva, constituye un orden social que (des)legitima ciertas voces y se relaciona con la violencia epistémica. Así, el *silenciamiento* da cuenta de un problema de enunciación, una polémica entre actores subyacente a un conflicto discursivo entre formaciones ideológicas antagónicas. No representa la ausencia de palabras en general sino una disputa de sentido social por el cual la materialidad lingüística es omitida (Diakité, 2013).

Estos diversos usos del silencio signaron la implementación del aborto legal en la provincia de Santa Fe antes del 2020; algunos se cristalizaron en la objeción de

conciencia (OC) como opción que permitía abstenerse de dar el debate sobre un derecho consagrado por el marco legal vigente. A casi diez años de que comenzara a desarrollarse ese proceso de implementación, esto generaba algunos interrogantes: ¿Cuáles eran las voces legítimas para hablar sobre la implementación del aborto? ¿Qué (no) decían? ¿Cómo se constituía esta legitimidad? ¿Quiénes y cómo ejercían el poder de silenciar? ¿Quiénes se silenciaban? ¿Cuáles eran las razones detrás de estas prácticas? Algunos hallazgos y testimonios brindaron indicios para poder revisar cómo el silencio se esgrimía desde la ambigüedad para producir sentidos y efectos concretos.

Este artículo surge de la reescritura de uno anterior realizado por la autora, en el marco de la investigación desarrollada entre los años 2018 y 2019 para su Tesis de Maestría en Salud Pública titulada “Aborto legal en el hospital. La política de acceso a la interrupción legal del embarazo en dos hospitales generales del Gran Santa Fe: su implementación desde la perspectiva de equipos que realizaban la práctica en esos efectores al año 2018” (Del Rosso, 2021). En aquella oportunidad surgieron algunos elementos que daban cuenta de diversos usos del silencio en la implementación de una política de acceso al aborto voluntario, que serán revisados en este artículo.

Algunos de esos elementos surgieron en la información recabada en el trabajo de campo, a partir de los testimonios de dos equipos profesionales que venían acompañando la práctica de manera sostenida desde hacía más de dos años en dos hospitales de segundo nivel de las localidades de Rincón y Santo Tomé, pertenecientes al área metropolitana del Gran Santa Fe. Otros, en las respuestas de los tomadores de decisiones y profesionales objetores ante la invitación a participar de dicha investigación.

A lo largo de este artículo se utilizará el término “aborto” o “aborto legal” para referirse a la práctica de la interrupción voluntaria y legal de la gestación.

## **El silencio como enunciado “políticamente correcto”**

La provincia de Santa Fe ha desplegado de manera más o menos manifiesta, con mucha anterioridad a la sanción de la ley 27.610, una política pública que permite la realización de abortos legales en el sistema público de salud. Dicha política se estructuró a partir de diversas acciones estatales<sup>1</sup> con gran apoyo de las organizaciones

---

1. A partir del año 2007, el Ministerio de Salud provincial adhirió a los distintos protocolos del Ministerio de Salud de la Nación; también implementó capacitaciones con equipos de salud, creó un registro público de objetores de conciencia, y desarrolló la producción y distribución de misoprostol en el laboratorio provincial - Laboratorio Industrial Farmacéutico/ LIF (Del Rosso, 2021). A partir del año 2021 esta política se profundizó con la producción y distribución de mifepristona —también en el laboratorio provincial—, la oficialización de un mapa de efectores que realizan la práctica, y la elaboración de material de difusión propio sobre la ILE. Estos

feministas locales integrantes del Consejo Asesor en Salud Sexual<sup>2</sup>. Sin embargo, dos situaciones que se suscitaron al momento del trabajo de campo durante el 2018, dejaron en evidencia una *política del silencio* que formó parte de la trama discursiva estatal durante dicho proceso.

Una de las manifestaciones quedó en evidencia al momento de solicitar el apoyo del área ministerial desde donde mayormente se impulsó la implementación de esta política<sup>3</sup>, para profundizar una investigación que venía desarrollándose con el aval de la Comisión Nacional de Investigación para la Salud desde el 2016<sup>4</sup>. Esta pesquisa, que se enfocaba en las condiciones de acceso al aborto voluntario en efectores de salud, contaba además con el respaldo de una organización integrante del Consejo Asesor, y de profesionales que realizaban la práctica.

Si bien en principio se otorgó el aval y se acordó la colaboración desde la gestión, aquel fue retirado informalmente a los pocos días. Tal denegación obstaculizó la llegada a otros actores que en un principio habían recibido con gran predisposición la propuesta de investigación, quienes solicitaron no participar “por orden de la autoridad inmediata” o directamente no respondieron más las llamadas. Sorpresivamente, algo similar ocurrió con los objetores de conciencia a quienes se invitó a participar de esta investigación: si bien en un principio aceptaron coordinar un encuentro, posteriormente no respondieron más las llamadas.

Por otra parte, en el caso de los hospitales de tercer nivel sólo se obtuvo la respuesta formal de uno de los Comités de Docencia, que rechazó la invitación a participar del estudio *“debido a las consecuencias que han originado y que aún se están tratando internamente respecto de la interrupción de los embarazos”*. Lamentablemente, en la comunicación no fueron mencionadas dichas consecuencias, el modo o ámbito en que estas fueron tratadas, y tampoco los motivos que hacían contraproducente su explicitación en el marco de esta pesquisa.

El silencio como gesto “políticamente correcto”, también fue identificado por quienes participaron de la investigación, en la actitud de las autoridades para con la coordinación política territorial. Ante el pedido de respaldo para la referencia al hospital de mayor complejidad, de los abortos complicados o de edades gestacionales

---

recursos se pueden consultar en la página oficial del Ministerio de Salud de Santa Fe (disponibles al 8/8/2025 en [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/139666/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/139666/(subtema)/93802))

2. Entre ellas, la Asociación Civil Palabras/ Multisectorial de Mujeres de Santa Fe, y la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

3. Dirección Provincial por la Salud de la Niñez, Adolescencia y Sexual y Reproductiva en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

4. Un antecedente de este trabajo es “Oportunidades y barreras para ILE en el primer nivel de atención del Gran Santa Fe, años 2015-2016”, que fue respaldado por la Comisión Nacional de Investigación para la Salud con la beca Carrillo-Oñativía (NRU 2189) y avalado por esa Dirección durante el mismo gobierno.

avanzadas, “el coordinador no podía gestionar con nadie; (...) nadie le contestaba los teléfonos, no podía salir de ahí” (Santo Tomé).

## **El silencio como resistencia en un contexto hostil: “si algo pasaba, nadie te apoyaba”**

El silencio también fue una estrategia político-discursiva utilizada por profesionales que acompañaban abortos seguros, para poder realizar la práctica mucho antes de la sanción de la ley 27.610. A pesar de que el Código Penal permitía la interrupción por causales<sup>5</sup>, fue necesario sortear las ambigüedades en el posicionamiento estatal y ausencia del tema en la formación de grado y posgrado, para mantener un *estado de cosas* que evitara la confrontación en el ámbito institucional. Esta política del silencio permitió construir activamente lo que se podía decir para hablar de la práctica y proveerla en el ámbito público.

En un contexto de escasa claridad legal<sup>6</sup>, el silencio permitió facilitar un acceso oportuno al aborto, protegerse de hostigamientos, y generar paulatinamente una red de profesionales “amigables”. Por otro, preservó el orden institucional frente a la resistencia de grupos de poder institucionales<sup>7</sup> ante la implementación de la práctica.

En ese momento (...) alojábamos ciertas demandas que llegaban a nuestro consultorio, pero bueno, después no podíamos salir de ahí. Éramos todos muy temerosos. (Santo Tomé).

Hace tres, cuatro años, cuando toma auge la problemática o la temática de la interrupción, se le empieza a abordar más abiertamente. Ahí se empieza a poner en evidencia a la salud pública: se empieza a ver que existe y hay gente que le repele el tema, y había otros que sí (lo abordaban) (Recreo).

En ese contexto, el silencio sirvió para suspender los sentidos en relación al tema, pero también para producir la resistencia (Branca-Rossof, 1996; Molina y Vedia, 1990).

5. Anteriormente a la Ley 27.610, el aborto estaba permitido por el Código Penal de la Nación ante riesgos para la salud (causal salud) o en casos de abuso sexual (causal violación); en ese momento se lo enunciaba como Aborto No Punible (ANP).

6. Las personas entrevistadas mencionaban también que la idea de ilegalidad en relación a la práctica se instaló con fuerza a partir del 2003, debido a una resolución firmada por el juez Bondesio que obligaba a lxs medicxs a denunciar a las mujeres que asistían al hospital con complicaciones de aborto.

7. En los medios locales se refleja cómo, incluso al año 2018, los jefes de los servicios de Ginecología de los dos hospitales de tercer nivel de la capital provincial, mostraban posicionamientos claramente hostiles a la práctica (“Aborto legal: las posturas en los hospitales de Santa Fe”; diario *El Litoral*, 15.6.2018. Consultado al 8/8/2025 en [https://www.ellitoral.com/area-metropolitana/aborto-legal-posturas-hospitales-santa-fe\\_0\\_XjDg67JWkB.html](https://www.ellitoral.com/area-metropolitana/aborto-legal-posturas-hospitales-santa-fe_0_XjDg67JWkB.html))

Aún en condiciones de “clandestinidad” vinculada a la falta de apoyo institucional, el acceso a la práctica se fue afianzando en la privacidad del consultorio.

Veníamos trabajando en nuestros consultorios y nos iba bastante bien: el firmar consentimiento nos daba una resistencia. Pero cuando hubo algo que salió afuera, ‘los muchachos’ vinieron y nos denunciaron a todos. La clandestinidad estaba instalada: si algo pasaba, nadie te apoyaba (Santo Tomé).

Desde esta perspectiva podemos comprender por qué, a pesar del avance en la visibilidad, ante un campo discursivo ambiguo, *“muchos acompañan, pero no se animan a blanquearlo”* (Recreo). La enunciación de la decisión de acompañar abortos era más un posicionamiento político personal orientado a superar la clandestinidad, que una toma de postura explícita a nivel institucional.

No se nombra que hacemos abortos: hay algo de esto, del ‘pacto’. Esto tiñe muchos años, incluso tiñe hoy nuestras propias prácticas. El movimiento de salir de la clandestinidad pasa ahora, es como muy reciente: cuando empiezan los debates por la ley cuando vienen las pacientes con los pañuelos verdes atados; sentir que si alguien te va a sostener van a ser las pacientes. Eso tiene que ver con la militancia que tratamos de hacer, el posicionamiento de estar saliendo de la clandestinidad. Porque en un momento nos sentíamos clandestinos por más que estábamos garantizando y era lo que correspondía; y está bien poder salir de eso. (Santo Tomé).

Tanto en Santo Tomé como en Recreo, el silencio permitió desarrollar y mantener consensos institucionales en pos de la organización del proceso de atención, evitando la confrontación con parte del personal que se enfrentó a esta política. *“Hoy día nos encontramos en el patio y hablamos de cualquier otra cosa; por supuesto que de esto no, pero de cualquier otra cuestión, y hablamos normalmente. Somos compañeros, digamos”* (Recreo). El avance en la implementación implicó además una inversión del lugar de la clandestinidad: *“De última ‘los que se tienen que esconder son ustedes (los objetores) y no nosotros; los que no están garantizando un derecho son ustedes, no nosotras’ y con ese posicionamiento, la gente fue tomándolo”* (Santo Tomé).

## **El rol de la objeción de conciencia en la gestión del silencio: “algún acuerdo de no agresión”**

En los momentos iniciales de la implementación del aborto no punible, se desarrolló en la provincia de Santa Fe un Registro de Objetores de Conciencia (ROC). Su objetivo explícito era que las personas cuyo credo o creencias entraran en contradicción con la práctica, pudieran abstenerse de realizarla; y que las usuarias del sistema de

salud evadieran la consulta con estas personas (Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, 2010).

En términos de Ramón Michel y Ariza (2025), dicho registro tuvo, para aliados y oponentes, “una alta dosis de expresividad política” (100), ya que permitió poner en palabras y formalizar algunas de las tensiones que generaba la realización del aborto en el sistema de salud.

Sin embargo, la gestión de la objeción de conciencia implicó diversas acciones —e inacciones— que propiciaron el sostenimiento del silencio en relación al aborto. Por un lado, el formulario de declaración jurada lo incluía entre otras prácticas vinculadas a la salud sexual no reproductiva pasibles de ser realizadas en el sistema de salud: esto actuó en principio como legitimador. El aborto fue ampliamente objetado y mayormente por motivos inválidos, lo cual instaló además la necesidad de actualización de los conocimientos técnico-normativos y la discusión de los valores en que se fundamentaban las objeciones al aborto seguro.

La reflexión colectiva durante el proceso de revisión de las objeciones de conciencia permitió identificar situaciones que interpelaban la sensibilidad personal; e integrar a estas trabajadoras, desde y con sus posibilidades, al proceso de atención. Esto a su vez puso en tensión las lógicas verticalistas del sistema de salud, ya que exigió el replanteo de roles profesionales; por ejemplo, ante la necesidad de ver el material expulsado, como parte del control clínico. De ese modo, el instrumento jurídico de la OC consolidó un acuerdo que preservaba la moral individual frente a la obligación legal.

Era una obligación (constatar la expulsión del embrión o feto), hasta que, bueno, se fue puliendo. (...) ¿Por qué? y ahí empezamos que ¿hasta dónde llegamos? ¿Hasta dónde llega el médico? ¿Hasta dónde llega la enfermera? ¿Es necesario ver o no? Si es una práctica que la paciente voluntariamente incluso podría hacerla en el domicilio: ¿es necesario tener que constatar? ¿O si vos le explicás, es suficiente su relato? (Recreo).

En un sentido contrario, la inacción estatal se manifestó en la ausencia de sanciones a quienes obstaculizaban el acceso al aborto apelando a la objeción de conciencia, y en la ausencia de pautas claras para la reorganización de los circuitos de atención; lo cual redundaba en un exceso de trabajo de quienes —a gran costo personal— realizaban la práctica. Como consecuencia, presentaron su objeción tanto aquellas personas que no estaban dispuestas a aceptar el marco normativo vigente, como quienes no conocían cómo realizar la práctica, o incluso quienes querían evitar una sobrecarga laboral. Esas objeciones se hicieron mayormente de manera informal o aduciendo motivos no válidos.

Hay gente que objeta por desconocimiento y otros por comodidad: no quieren escuchar, no dan lugar a que les lleguen las pacientes, son expulsivos. Los objetores ¡ni pinchan

ni cortan' pero tampoco tienen una consecuencia por no hacerse cargo: tampoco les interesa, salvo que sea alguien responsable más allá de que no acompañe la práctica. (Santo Tomé).

En un contexto social e institucional de penalización parcial del aborto, el hecho de definirse objetor/a, aún "de palabra", permitía mantenerse al margen de las capacitaciones, discusiones, y —en última instancia— desligarse de las responsabilidades profesionales en el proceso de atención. Esta ambigüedad discursiva del motivo de la objeción, reforzó la legitimidad del silencio en relación al aborto, y habilitó diversas formas de violencia obstétrica.

Nos pasó con una enfermera que se negó a darle analgesia a una paciente, que si lo escribís en google dice tortura: ¿qué hacemos con ella, como accionamos, como actúa la dirección? O el caso de esta compañera que es ginecóloga y que ella deliberadamente no nos manda las pacientes, les dice que no puede hacer nada. (Santo Tomé).

Aun así, en el ámbito institucional, el conflicto ideológico subyacente a la implementación de la práctica pudo, aunque precariamente, estabilizarse mediante una política del silencio frente a los grupos opositores, respetando los límites discursivos (y operativos) para la convivencia laboral. La evasión del tema aún ante su explicitación como política pública, evitó la confrontación abierta entre el poder fáctico y el formal. En tanto punto de fuga, el silencio permitió que la palabra continúe su curso y los sujetos puedan dialogar más allá de —y con— sus diferencias identitarias a través de las fronteras del sentido.

Nosotros no vamos a entrar en guerra con nadie, no es nuestra forma. Si no hay acuerdo, no vamos a ir a una confrontación abierta de mi postura sobre la tuya: llegamos a algún acuerdo de no agresión. Nosotros vamos a seguir adelante con esto a pesar de que vos no estés de acuerdo, no te vamos a participar. (Recreo).

En ese sentido, no era la OC *per se* el eje del conflicto entre quienes acompañaban y quienes no. La verdadera dificultad radicaba, en cambio, en la no problematización de los obstaculizadores, cuya intención —a diferencia de los objetores "de buena fe"— era entorpecer la práctica y confrontar con quienes la garantizaban.

Hubo una confrontación, no solo de objetores, sino que hay una militancia 'provida'<sup>8</sup>, en contra de la legalización del aborto; una obstrucción. En esa militancia generaron no solo agresividad hacia los compañeros, sino también hacia los pacientes o usuarios del hospital. (Recreo).

La laxitud de criterios percibida en relación a los motivos considerados válidos para la objeción y la falta de definición de responsabilidades por parte de la autoridad,

8. Nombre genérico con el cual se identifican las organizaciones laicas subvencionadas por el conservadurismo religioso, que consideran a "la" vida como un hecho meramente del orden biológico y obstaculizan activamente las políticas de implementación del aborto.

se interpretó como *“una desresponsabilización (sic) por parte de la gestión en lo que son las sanciones a los funcionarios públicos por incumplimiento de deberes”* (Santo Tomé). El silencio de la gestión en relación a esas situaciones constituía un hecho ambiguo y polisémico, producto de una política del silencio donde *“lo no formulable (o lo no formulado), significa”* (Orlandi, 2001, p. 258). La materialidad del silencio develaba un componente ideológico de la palabra que no residía en ocultar una verdad sino en borrar, apagar, ciertas condiciones y actores político-sociales (Orlandi, 2001).

Si siempre estamos diciendo ‘que el objeto haga su vida’, no funciona de esa forma. El objeto no hace su vida, el objeto hace todo para complicarle la vida al otro. No es que se aísla y no pasa nada. El mejor objeto que te puede tocar es el que se aísla, si se aísla y no te jode. El problema es el obstaculizador, es un deportista de ponerte palos en la rueda: esas personas están actuando activamente para impedir el proceso. (Santo Tomé).

Álvarez Gálvez (2017) diferencia a la objeción de conciencia de la desobediencia civil en que, mientras aquella se basa en una actitud privada e individual orientada a defender la integridad moral individual, esta última reviste un carácter público, político y más o menos colectivo, que cuestiona leyes específicas y pretenden provocar un cambio en las políticas públicas. Estas diferencias son constatables en el testimonio de las personas entrevistadas, que consideraban las acciones de los *“obstaculizadores”* como actos de *“desobediencia civil”* ya que pretendían desarticular la política de acceso al aborto. A diferencia de los objetores *“de buena fe”* que *“se llamaban a silencio”*, los *“obstaculizadores”* procuraban limitar la acción de quienes acompañan abortos y desafiaban a las autoridades; por ejemplo, violando la confidencialidad, negándose a realizar ecografías, análisis bioquímicos o administración de medicamentos, o utilizando cartelera para desalentar a las gestantes. Los *“obstaculizadores”* utilizaron la objeción de conciencia como *“Caballo de Troya”* (Ariza Navarrete y Ramón Michel, 2018) para ejercer violencia obstétrica e institucional: *“lo que se consagró como una garantía para proteger la integridad moral de las personas, resulta siendo un instrumento para negar derechos a las gestantes y desconocer su integridad y agencia moral”* (p. 21).

## Conclusiones

Analizar el silencio permitió, en términos de Orlandi (2011), *“problematizar las nociones de linealidad, literalidad, y completud”* (p. 46) en la implementación de una política en relación al aborto legal. A lo largo de la investigación y en diferentes contextos y oportunidades, el silencio se manifestó en la experiencia de *“clandestinidad”* de

las participantes, pero también en sus posibilidades de acción; y en la negativa de los objetores y autoridades a poner en palabras —y, por tanto, someter a interpe-lación— las propias acciones y límites. La laxitud en relación a obligaciones y sanciones, y la autoexclusión de la arena discursiva, permitió una doble clausura de la problematización: tanto de la oposición a esta política, como de los derechos que esta oposición vulneraba. La política del silencio sostenía un “pacto” destinado a mantener un cierto “estado de cosas”, una estabilidad paradójica y precaria capaz de ser rota por la puesta en palabras. En ese contexto, la discusión de los motivos de las objeciones al aborto legal, parece haber generado una redistribución de los usos del silenciamiento.

La ambigüedad de ese silencio “políticamente correcto” evidenció un desplazamiento del poder para implementar esta política, desde la autoridad formal (la gestión político-institucional) hacia la fáctica (los individuos que deciden —o no— realizar la práctica) propiciando el mantenimiento de un *statu quo* vinculado a la clandestinidad del aborto y los equipos que lo garantizaban.

El silencio vinculado a la desregulación de la OC permitió legitimar el desacuerdo con algunos aspectos de esta política —capacitación, atención o evaluación de la práctica—, o con su totalidad. En términos de Álvarez Gálvez, la desregulación de la OC permitió violentar tanto a las mujeres como a quienes acompañaban la decisión de abortar, generando en última instancia, una “desregulación de la discriminación” (Álvarez Gálvez, 2017, p. 132). Quedaron así en evidencia las contradicciones entre objetivos explícitos e implícitos: la voluntad explícita del Estado provincial de garantizar el acceso al aborto como derecho ciudadano, se vio silenciada por el discurso moral implícito en relación a la práctica, manteniendo a la palabra “confiscada por la ideología al servicio del poder” (Rall, 1992, p. 174).

Sin embargo, el silencio también permitió articular consensos; a propósito de la discusión sobre la OC, poner al aborto en palabras no necesariamente facilitó el acuerdo entre posicionamientos contrarios, pero brindó un soporte racional, de efectos ambiguos pero eficientes, para la gestión del conflicto ideológico subyacente. En ese sentido, iluminó dos perspectivas: por un lado, una mirada antagonista que alentaba la polarización “amigo-enemigo” obstruyendo el acceso a este derecho. Por otro, la de una *confrontación agonista* (Mouffé, 2016 y 2021) donde los acuerdos de “no agresión” legitimaron a los adversarios en términos discursivos, paradójicamente, en un silenciamiento mutuo.

Como conclusión, la decisión de no responder y la sustracción a la discusión, generaron encrucijadas político-discursivas en las que aparentemente confluían tanto quienes respaldaban esta política como quienes intentaban obstaculizarla. Tanto el

silencio de los objetores como el de quienes acompañaban la práctica puede ser leído como una actitud defensiva, en un contexto de transición política desde una mirada tutelar, a un enfoque de derechos. En el caso de aquellos últimos, las contradicciones pudieron ser sorteadas gracias a las alianzas, afectos, y procesos previos representados por una trama de afinidades que posibilitaba un flujo de sentido “en paralelo” al dominante, contruidos desde la situación de clandestinidad. Este silencio permitió en última instancia la convivencia institucional y la preservación —y fortalecimiento, en el caso de la ILE— de los procesos de atención, en una instancia previa a la sanción de la ley 27.610.

## Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. (2017). Algunas notas sobre el concepto de objeción de conciencia. *Ate-nea*, 516, 121-134. Recuperado el 20 de junio de 2025, de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-04622017000200121](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-04622017000200121)
- ARIZA NAVARRETE, S., & RAMÓN MICHEL, A. (2018). *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Ipas. Recuperado el 20 de junio de 2025, de [https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Una\\_vuelta\\_de\\_tuerca\\_a\\_la\\_objecion\\_de\\_conciencia.pdf](https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Una_vuelta_de_tuerca_a_la_objecion_de_conciencia.pdf)
- BRANCA-ROSSOF, S. (1996). Eni Pulcinelli-Orlandi, Les formes du silence. Dans le mouvement du sens. *Langage et Société*, 77 (1), 101-105. Recuperado el 20 de junio de 2025, de [https://www.persee.fr/doc/lsoc\\_0181-4095\\_1996\\_num\\_77\\_1\\_2754](https://www.persee.fr/doc/lsoc_0181-4095_1996_num_77_1_2754)
- DEL ROSSO, M. F. (2021). Aborto legal en el hospital: La política de acceso a la interrupción legal del embarazo en dos hospitales generales del Gran Santa Fe: Su implementación desde la perspectiva de equipos que realizaban la práctica en esos efectores al año 2018. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario. <https://rephip.unr.edu.ar/items/53f0025e-2274-455d-bbb0-c509c383927f>
- DIAKITÉ, M. (2013). L'analyse de la silenciation ou silence en discours. *Liens*, 17, 72-89. Recuperado el 20 de junio de 2025, de [https://www.researchgate.net/publication/303989842\\_L'ANALYSE\\_DE\\_LA\\_SILENCIATION\\_OU\\_SILENCE\\_EN\\_DISCOURS](https://www.researchgate.net/publication/303989842_L'ANALYSE_DE_LA_SILENCIATION_OU_SILENCE_EN_DISCOURS)
- HARRIS, L. (2011). The "legitimacy paradox" in US abortion provision. *Contraception*, 84 (3), 307.
- HARRIS, L., MARTIN, L., DEBBINK, M., & HASSINGER, J. (2013). Physicians, abortion provision, and the legitimacy paradox. *Contraception*, 87 (1), 11-16.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2010). Resolución N° 843/2010, Registro de Objetores de Conciencia. Recuperado el 20 de junio de 2025, de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/126199/623653/file/Res%20843%20-%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>
- MOLINA Y VEDIA, S. (1990). Silencio y sentido. En E. Pulcinelli-Orlandi (Ed.), *Tierra a la Vista. Discurso de la confrontación: Viejo y Nuevo Mundo* (pp. 101-105). Cortes Editora. Recuperado el 20 de junio de 2025, de <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/59728/52670>
- MOUFFE, C. H. (2016). *Política y pasiones: El papel de los afectos en la perspectiva agonista*. Editorial Universidad de Valparaíso.

- (2021). *Afectos, política agonista y prácticas artísticas*. Conferencia en el marco del programa Argumentos organizado por Fragmentos, Espacio de Arte y Memoria y la Dirección de Patrimonio Cultural de la Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 28 de junio de 2025, de <https://fragmentos.gov.co/revista/Chantal-Mouffe/Paginas/conferencia.aspx>
- PUCINELLI ORLANDI, E. (2001). Rumeurs et Silences. Les trajets des sens, les parcours du dire. *Dans Hypothèses* 2001/1, (4), 257-266. Recuperado el 20 de junio de 2025, de [https://shs.cairn.info/article/HYP\\_001\\_0257?lang=fr&ID\\_REVUE=HYP&ID\\_NUMPUBLIE=HYP\\_001&ID\\_ARTICLE=HYP\\_001\\_0257](https://shs.cairn.info/article/HYP_001_0257?lang=fr&ID_REVUE=HYP&ID_NUMPUBLIE=HYP_001&ID_ARTICLE=HYP_001_0257)
- (2011). *As formas do silêncio no movimento dos sentidos*. Editora Unicamp. Recuperado el 8 de agosto de 2025, de [https://presencial.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/518762/mod\\_resource/content/1/As%20formas%20do%20sil%C3%A2ncio%20-%20Eni%20Orlandi.pdf](https://presencial.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/518762/mod_resource/content/1/As%20formas%20do%20sil%C3%A2ncio%20-%20Eni%20Orlandi.pdf)
- RALL, D. (1992). Funciones del silencio. *Estudios de Lingüística Aplicada*, (15/16), 172-181. Recuperado el 20 de junio de 2025, de <https://ela.enallt.unam.mx/index.php/ela/article/view/212>
- RAMÓN MICHEL, A., & ARIZA, S. (2025). Ensayar como principio: El registro de objeción de conciencia sobre salud sexual y reproductiva en la provincia de Santa Fe. *Revista Latinoamericana de Sociología Jurídica*, 9, 9-130. Recuperado el 20 de junio de 2025, de <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4795/1/RevLatSocJur2025%2c6%2c9%2c90-130.pdf>

# El VPH desde una mirada cualitativa: reflexiones a partir de una tesis de Maestría en salud pública

*HPV from a qualitative perspective: reflections from a Master's thesis in public health*

**Mg. Jeverson Mauro Zanutto**

Magister en Salud Pública, CEI - UNR

## Resumen

Escribir sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) desde una perspectiva cualitativa es uno de los retos en la producción del conocimiento científico sobre el tema. Ante diversos estudios que se centran en variables numéricas y enfoques epidemiológicos, la perspectiva de una mirada cualitativa sobre el VPH impone desafíos y presenta una nueva mirada a ser explorada. En este sentido, en estos 30 años de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario, esta tesis buscó discutir la temática desde las voces de los/las adolescentes. El estudio presentó resultados importantes, revelando que la prevención, si está aislada de la dimensión de promoción de la salud, no garantiza el conocimiento y el acceso de adolescentes a información calificada, capaz de influenciar la toma de decisiones. Se construye así un nuevo ángulo de investigación, capaz de sumar otros elementos y ampliar la dimensión de las políticas públicas desde su vinculación y significado para la comunidad.

## Abstract

Writing about the Human Papillomavirus (HPV) from a qualitative perspective is one of the challenges in the production of scientific knowledge on the subject. Given the diverse studies that focus on numerical variables and epidemiological approaches, a qualitative perspective on HPV poses challenges and presents a new perspective to be explored. In this sense, in these 30 years of the Master's in Public Health at the National University of Rosario, this thesis sought to discuss the topic from the perspective of adolescents. The study presented important results, revealing that prevention, if isolated from the dimension of health promotion, does not guarantee adolescents' knowledge and access to qualified information capable of influencing decision-making. This constructs a new angle of research, capable of incorporating other elements and expanding the dimension of public policies based on their connection and significance for the community.

## Palabras clave

VPH - Adolescentes - Investigación Cualitativa

## Keywords

HPV - Adolescents - Qualitative Research

## Introducción

La voz de la gente es la voz de la historia.  
José Martí

Es innegable que en el escenario actual, la investigación cualitativa viene adquiriendo cada vez mayor importancia en el área de la salud, considerando los elementos que aporta y los diferentes ángulos de interpretación de la realidad sanitaria.

Se observa también que las percepciones y las distancias entre el enfoque metodológico cuantitativo y el cualitativo se acercan constantemente y, en determinados momentos, se ven llamados a intervenir conjuntamente en la interpretación de los múltiples contextos y fenómenos.

Reforzando los aportes del enfoque cualitativo, algunas de las principales autoras en el campo en América Latina hacen observaciones pertinentes.

El universo de la producción humana, que puede resumirse en el mundo de las relaciones, las representaciones y la intencionalidad y es objeto de la investigación cualitativa, difícilmente puede traducirse en números e indicadores cuantitativos. Por tanto, no existe un “continuum” entre enfoques cuantitativos y cualitativos, como muchos proponen, situando una jerarquía en la que la investigación cuantitativa ocuparía el primer lugar, siendo “objetiva y científica”. Y los cualitativos estarían al final de la escala, ocupando un lugar auxiliar y exploratorio, siendo “subjetivos e impresionistas” (Minayo y Deslandes, 2007, p. 21).<sup>1</sup>

En otras palabras, abordar el enfoque cualitativo significa también contextualizar en el tiempo, en los contextos históricos y explorar las posibilidades de lectura de la realidad y sus aportes en la ciencia, de diferentes maneras.

Por ello, se considera un enfoque novedoso y flexible, el cual está influenciado directamente por la cultura y las relaciones sociales particulares, que hacen que la realidad subjetiva dependa de la comprensión y análisis del conocimiento de las formas de percibir, pensar, sentir y actuar, del sujeto cognoscente (Lisboa, 2018, p. 73).

En este sentido, al elegir un objeto central de análisis, en este caso el Virus del Papiloma Humano (VPH), se reconoce que ya se han realizado numerosos estudios basados en dimensiones cuantitativas. De hecho, un estudio de referencia distinta en el área demuestra que esta Infección de Transmisión Sexual (ITS) es agresiva y, en

---

1. (Traducción del Autor – versión original de la cita – Portugués). O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa difícilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos. Por isso não existe um “continuum” entre abordagens quantitativas e qualitativas, como muita gente propõe, colocando uma hierarquia em que as pesquisas quantitativas ocupariam um primeiro lugar, sendo “objetivas e científicas”. E as qualitativas ficariam no final da escala, ocupando um lugar auxiliar e exploratório, sendo “subjetivas e impresionistas” (Minayo e Deslandes, 2007, p. 21).

cierta medida, presenta riesgos letales, interrelacionados, por ejemplo, con el cáncer de cuello uterino. (Santos-López *et al*, 2015).

Así, sin dejar de reconocer el rol de la epidemiología en esta importante y reveladora cuestión de salud pública, es evidente que la dimensión cualitativa también puede calificar nuevas miradas, además de la dimensión numérica de la situación sanitaria subrayada.

Es innegable que el VPH representa un campo desafiante para la Salud Pública, ya que requiere de medidas preventivas y de promoción de la salud bien definidas para enfrentar un contexto de aumento de infecciones de transmisión sexual y de medidas de tratamiento complejas en situaciones donde el VPH se asocia al cáncer.

Por lo tanto, para avanzar en el tema, es necesario, preliminarmente, mencionar la Tesis de Maestría en Salud Pública (CEI-UNR) titulada *"El virus del papiloma humano en la voz del adolescente brasileño vacunado en un efector de salud de Barretos/San Pablo, en 2019: discursos y sentidos sobre la enfermedad desde la perspectiva del adolescente"* (que motivó la redacción de este trabajo que forma parte del Dossier 30 años), reconociendo fundamentalmente otras percepciones, más allá de la dimensión clínica y de los profesionales del ámbito sanitario, como la comprensión de la ITS, a partir de las voces de adolescentes vacunados.

El estudio, dentro de su marco conceptual y teórico, evaluó sucintamente los conceptos biomédicos que investigan la ITS y los potenciales impactos que puede enfrentar una persona infectada.

Los papilomavirus comprenden un grupo de virus pequeños, no envueltos con genoma de ADN de doble cadena, los cuales tienen afinidad por el tejido epitelial. Muchos de ellos están asociados con infección en humanos; producen lesiones en piel (verrugas) y en mucosas (condilomas), pero también están asociados con algunos procesos malignos en epitelio, especialmente con cáncer cervicouterino y otros tumores de tracto anogenital, así como de cabeza y cuello (Santos-López *et al*, 2015, p. 166).

Análisis y ensayos clínicos revelan que la problemática en cuestión ha llegado a requerir que los gobiernos y países cuenten con herramientas y propuestas efectivas para controlar el aumento masivo de la infección.

A su vez, el virus del papiloma humano afecta no sólo a las mujeres, sino también a los hombres, asociándose distintos tipos de cáncer, que han llegado a resultar al cáncer de boca, garganta, orofaringe, pene y ano. (Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, 2018).

A pesar del reconocimiento del problema y de su gravedad, a partir de nuevas posibilidades de abordar el tema (como a ejemplo, desde el análisis cualitativo), las investigaciones comenzaron a revelar una distancia entre las medidas preventivas

lanzadas por muchos países (la vacuna contra el VPH) y la comprensión de la población (una dimensión que involucra la promoción de la salud).

Una revisión integradora que buscó comprender el conocimiento de los adolescentes en edad escolar sobre el VPH trajo aspectos relevantes para pensar esta infección, desde la perspectiva de este público, reflexionando sobre características que son macrosociales.

Esta revisión proporcionó un estudio sobre el conocimiento de los adolescentes sobre el VPH, destacando las brechas en la información y la adherencia a las medidas preventivas, así como una mayor cercanía a cómo esto ocurre en diferentes regiones aclarando que no es sólo un problema de alcance nacional. Las medidas educativas son relevantes y necesarias para toda la población mundial (Pinheiro y Cadete, 2019, p. 640).<sup>2</sup>

Si la población no entiende sobre la infección, no hay impacto significativo en la prevención. Esto se evidencia en la disminución de las tasas de vacunación contra el VPH observada en Brasil en comparación con los datos de inmunización de la población en este aspecto.

La vacuna contra el VPH fue incluida en el Plan Nacional de Inmunizaciones en 2014. Al principio solo se ofrecía a niñas y adolescentes mujeres. Desde 2017, los chicos también se han sumado al público objetivo de la vacunación contra el virus, ya que pueden transmitir el VPH. Pero, según el Ministerio de Salud, la demanda de vacunación de los niños y adolescentes hombres siempre ha estado muy por debajo de las expectativas y ha empeorado con la pandemia. La tasa de vacunación de los chicos con la primera dosis cayó del 57,9 % al 55,5 % de 2020 a 2021. La tasa de la segunda dosis se mantuvo prácticamente estable, en un porcentaje muy bajo: 36 %. Sin esta dosis, la protección no es completa (Diario Nacional, 2022, p.1).<sup>3</sup>

De esta forma, el binomio prevención-promoción de la salud se lanza como un locus impulsor para el desarrollo de investigaciones y estudios en profundidad.

Comprender estas brechas entre las medidas sanitarias, el alcance/adherencia o distanciamiento de la población demandante puede convertirse en un objeto de

---

2. (Traducción del Autor - versión original de la cita - Portugués). Esta revisão proporcionou o estudo acerca do conhecimento dos adolescentes sobre o HPV, evidenciando falhas na informação, na adesão a medidas preventivas, além de mais proximidade com a forma como isso ocorre em diferentes regiões, clarificando que não é um problema apenas de amplitude nacional. Medidas educativas são relevantes e necessárias para toda a população mundial (Pinheiro e Cadete, 2019, p. 640).

3. (Traducción del Autor - versión original de la cita - Portugués). A vacina contra o HPV foi incluída no Plano Nacional de Imunizações em 2014. Nesse primeiro momento, era oferecida só para as meninas. Desde 2017, os meninos também entraram para o público alvo da imunização contra o vírus, isso porque eles podem transmitir o HPV. Mas, segundo o Ministério da Saúde, a procura pela vacinação de meninos sempre ficou bem abaixo do esperado e piorou com a pandemia. A taxa de vacinação de meninos com a primeira dose caiu de 57,9% para 55,5% de 2020 para 2021. Já a da segunda dose ficou praticamente estável, em um percentual muito baixo: 36%. Sem essa dose, a proteção não é completa (Jornal Nacional, 2022, p. 1).

estudio relevante para los enfoques cualitativos, y más allá de eso, la calificación y mejora de la salud pública en distintos territorios.

## **La adolescencia y sus intersecciones con el VPH: hallazgos de la tesis de maestría**

La Tesis de Maestría presentada planteó el Virus del Papiloma Humano como base de debate, pero no con énfasis en la perspectiva epidemiológica ni en la mirada de los profesionales. El reto y la provocación radicaron en comprender esta ITS desde la comprensión de los adolescentes vacunados contra el VPH.

Con eso, el estudio partió del reconocimiento de los avances legales en materia de la política sanitaria en Brasil, reforzados con el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), que a su vez reconoció en 2014 la vacuna contra el VPH como una responsabilidad a ser presupuestada y proporcionada por el Ministerio de Salud (Ms), garantizando la inmunización de forma gratuita y en territorio nacional.

Durante la implementación y los años de legitimación de la vacuna contra el VPH en el PNI, se produjeron varios cambios en las prioridades y audiencias de acceso a la vacuna, reconociendo a partir de 2017, no solo a niñas, sino también a niños y, en 2024, unificó el rango de edad, para niñas y niños de 9 hasta 14 años (Ministerio de Salud, 2022). Además, en 2024 los usuarios de profilaxis (PrEP) fueron reconocidos como elegibles para la vacunación contra el VPH (Ministerio de Salud, 2024).

En resumen, la vacunación contra el VPH es una de las medidas de gobernanza esenciales para abordar este problema de salud pública en Brasil y en el mundo.

Intercalando con la historicidad del VPH en el contexto brasileño y de las medidas sanitarias en el país, este estudio indagó la realidad de adolescentes vacunados contra el VPH, entre 12 y 15 años, sin distinción de género, en una ciudad del interior de San Pablo llamada Barretos.

Se desarrolló un proceso de vinculación con los sujetos de la investigación a partir de entrevistas semiestructuradas, desde la Estrategia Salud de la Familia (ESF) “Doctor Wilson Hayek Saigh” y en los domicilios de los adolescentes registrados en este efector de salud. Los adolescentes informaron que asistían habitualmente a sesiones de vacunación desde la infancia en esta Unidad.

Las entrevistas de campo se realizaron durante 51 días con visitas en la ESF y a los hogares facilitando el acceso de quienes, por algún motivo, no pudieron acceder al Efecto de Salud. Los entrevistados estaban debidamente matriculados en la

escuela, por lo que la planificación de las visitas requirió tomar en cuenta periodos fuera del horario escolar.

Hubo una preocupación, incluso en el diseño metodológico, en considerar para el abordaje cualitativo, adolescentes vacunados/as con las dos dosis, en el momento previsto para la inmunización contra el VPH.

Se partió del presupuesto de que estos adolescentes habían pasado por el recorrido de formación del Programa Salud en la Escuela (PSE) de Brasil, que se centra en trabajar con escolares sobre qué es el VPH, sus riesgos, formas de prevención y consecuencias.

De esta manera, el estudio reveló los siguientes puntos:

- Una brecha entre las Políticas de Salud y las de Educación, considerando que la Política de Salud trabaja con la medida preventiva de la vacunación y la Política de Educación con un tema informativo sobre el VPH, en las clases, pero al momento de la investigación y realidad estudiada, ambas políticas no tenían un flujo de trabajo actual e integrado, respecto al tema;
- Existe poco o ningún conocimiento entre los/las adolescentes entrevistado/as sobre el Virus del Papiloma Humano, y aunque pocos conocen algunos aspectos acerca de las ITS, la mayoría desconoce su existencia, sus riesgos y consecuencias para la salud individual y colectiva;
- Pocos o ningún espacio y estímulo para charlas reflexivas (sean por instituciones comunitarias o familiares) en las que los/as adolescentes discutan abiertamente sobre la sexualidad, expresen sus dudas, inquietudes y adquieran conocimientos que fortalezcan la toma de decisiones y la autonomía en la vida;
- Falta de funcionamiento de grupos de Educación en Salud en la ESF, que realicen acciones de prevención/promoción sobre el Virus del Papiloma Humano, además del cumplimiento de la medida preventiva por excelencia, es decir, la vacunación contra el VPH.

Desde un enfoque cualitativo, el trabajo de campo posibilitó captar matices del VPH vinculados a la comprensión de la comunidad, que sólo este tipo de abordaje permitiría recuperar en profundidad y con la riqueza acumulada en el ejercicio de abordar la vida cotidiana y valorar las voces de quienes acceden a los servicios públicos.

Los resultados presentados en la Tesis brindaron la oportunidad de mirar este problema de salud pública desde otras perspectivas, permitiendo que la política sanitaria local considere nuevas posibilidades de intervención capaces de aumentar la cobertura de vacunación y también mejorar el nivel de conocimiento sobre el VPH en su población.

## Desde una perspectiva cualitativa: ¿un nuevo momento para la ciencia?

El estudio presentado partió de un tema ampliamente discutido en el escenario contemporáneo, sin embargo, poniendo énfasis en la comprensión del VPH, no sólo desde la ventana epidemiológica y cuantitativa, sino a partir de los discursos de adolescentes que ya habían sido inmunizados.

Esta elección metodológica permitió abordar otra cara de esta temática compleja: la fragilidad de la Promoción de la Salud, frente a medidas poco difundidas en términos de reflexiones integradas, grupales y territoriales sobre lo que es el VPH, sus riesgos e impactos.

A pesar de la existencia de un Programa de Salud en la Escuela, en la realidad brasileña no se estaría garantizando que las discusiones acompañen de forma permanente las diversas etapas del desarrollo adolescente, lo que denota la fragilidad de un enfoque que considera intervenciones asistemáticas, considerando que escuchar y discutir el VPH en clases se torna insuficiente comparado al intenso proceso de desarrollo de la juventud.

De esta manera, la investigación cualitativa sobre el Virus del Papiloma Humano revela situaciones y problemas a discutir, pues la baja adherencia a la vacunación y las tasas de cáncer vinculadas con el virus crecen exponencialmente en diferentes contextos sanitarios.

En notas finales, esta investigación y su enfoque muestran que el discurso de los adolescentes sobre el VPH agregó otras perspectivas y percepciones que, de ser incorporadas al campo de la prevención y promoción de la salud en el VPH, pueden presentar grandes resultados en los indicadores de salud y, más que eso, posibilitar otras posibilidades de intervenciones de los equipos de salud involucrados en esta amplia y compleja agenda.

## Referencias bibliográficas

- CORONA LISBOA, J. L. (2018). Investigación cualitativa: Fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. Vivat Academia. *Rev de Comunicación*, nº 144, 69-76.
- Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências Farmacêuticas. (2018). *HPV: enfermidade e vacina*. Recuperado de [http://www.fcf.usp.br/arquivos/Boletins/BOLETIM%20INFORMATIVO%20-%20HPV\\_final.pdf](http://www.fcf.usp.br/arquivos/Boletins/BOLETIM%20INFORMATIVO%20-%20HPV_final.pdf)
- Jornal Nacional. (2022). *Taxa de vacinação contra o HPV está bem abaixo da meta*. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/05/23/taxa-de-vacinacao-contr-hpv-esta-bem-abaixo-da-meta.ghtml>
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (2007). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. *Rev. atual*. Petrópolis: Vozes, 108 p.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2022). *Saúde amplia vacinação contra meningite e HPV-entenda o que muda*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/saude-amplia-vacinacao-contr-meningite-e-hpv-entenda-o-que-muda>
- (2024). Ministério da Saúde anuncia a ampliação da vacina contra o HPV para usuários da PrEP. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/ministerio-da-saude-anuncia-a-ampliacao-da-vacina-contr-o-hpv-para-usuarios-da-prep>
- PINHEIRO, P. L. L, & CADETE, M. M. M. (2019). O conhecimento dos adolescentes escolarizados sobre o papiloma vírus humano: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 18(56), 603-663. Epub. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362881>
- SANTOS-LÓPEZ, G. *et al.* (2015). Aspectos generales de la estructura, la clasificación y la replicación del virus del papiloma humano. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(2), 166-171.
- ZANUTTO, J. M. (2023). *El virus del papiloma humano en la voz del adolescente brasileño vacunado en un efector de salud de Barretos/San Pablo, em 2019: discursos y sentidos sobre la enfermedad desde la perspectiva del adolescente*. [Tesis de Maestría inédita]. Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/items/6654336b-4a51-4f36-846a-7277a75f512b>

ISBN 978-631-90731-9-5



9 786319 073195



Maestría en  
**Salud Pública**  
*30 años*