

Argentina > futura

Informe

Foro Universitario del Futuro

Nuevo pacto por
la salud en la Argentina
postpandemia.

Autores: Jacinta Buriyovich (Coordinadora del Eje Salud, Prevención y Estrategia Sanitaria); Anahí Sy, Raquel Drovetta y Soledad Buhlman (Equipo de coordinación).



Jefatura de
Gabinete de Ministros
Argentina

Nuevo pacto por la salud en la Argentina postpandemia

Por Jacinta Burijovich (Coordinadora del Eje Salud, Prevención y Estrategia Sanitaria); Anahí Sy, Raquel Drovetta y Soledad Buhlman (Equipo de coordinación)

Eje: Salud, prevención y estrategia sanitaria.

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 4 |
| 1. Metodología de trabajo: prospectiva y construcción de escenarios | 5 |
| 2. Diagnóstico prospectivo..... | 8 |
| 2.1. Problemas estructurales, riesgos y desafíos | 8 |
| 2.2. La salud en el 2020: Pandemia e iniciativas de transformación | 9 |
| 2.3. Pandemia y después: un escenario de puja por la distribución de los recursos..... | 13 |
| 3. Construcción de escenarios..... | 15 |
| 3.1. La salud desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud colectiva | 15 |
| 3.1.1. Preguntas para la construcción de viabilidad de este escenario..... | 17 |
| 3.1.2. Fuerzas impulsoras de este escenario..... | 18 |
| 3.2. La salud desde la biomedicina, la biotecnología y la hiperespecialización médica...18 | |
| 3.3. Escenario pandémico/apocalíptico – postapocalíptico | 21 |
| 4. Temas críticos para la inclusión de la agenda a futuro en salud..... | 24 |
| 4.1. Cuestiones ligadas a la salud sexual reproductiva / no reproductiva..... | 25 |
| 4.2. Cuestiones ligadas a la salud de los pueblos indígenas | 29 |
| 4.3. Cuestiones ligadas a la salud mental y derechos humanos | 33 |
| 4.3.1. Problemática actual identificada..... | 33 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.3.2. | Propuestas para el fortalecimiento de un escenario comunitario, participativo e integral en salud mental..... | 37 |
| 5. | Nuevo pacto por la salud en la Argentina postpandemia..... | 43 |
| 5.1. | En el plano internacional: nuevo pacto por la cooperación en salud internacional. | 43 |
| 5.1.1. | Propuesta de política pública..... | 45 |
| 5.2. | A nivel nacional: Nuevo pacto por el derecho a la salud..... | 45 |
| 5.2.1. | Algunas reflexiones en torno al federalismo sanitario (Ase, I.) | 46 |
| 5.2.2. | Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud (Spinelli, H) | 47 |
| 5.2.3. | Es posible ambicionar una sociedad más sana (Mercer, H.)..... | 47 |
| 5.2.4. | Propuestas hacia una salud colectiva y territorial en la Argentina Futura (Baudino, S. y AP. Machinandiarena)..... | 48 |
| 5.2.5. | Salud: estrategias sanitarias participativas. Universidad, Derechos y Territorio (Carrera, AB.; A. Centeno; A. del Valle; V. Crivelli; C. Comedi; MB. Espeche; MD. González; G. Iglesias Correa; N. Jalil; A. Lascano; S. Mirkin y G. Sánchez)..... | 49 |
| 5.2.6. | Una ley general de salud debería contemplar los siguientes puntos:..... | 49 |
| 5.3. | Con los movimientos sociales: nuevo pacto de ciudadanía en salud..... | 52 |
| 5.3.1. | Participación ciudadana en salud..... | 52 |
| 5.3.2. | Problema identificado..... | 54 |
| 5.3.3. | Propuesta para pensar las políticas públicas | 54 |
| 5.3.4. | Propuestas para el sector salud | 55 |
| 5.3.5. | Propuestas para los medios masivos de comunicación | 56 |
| 5.3.6. | El lugar de las mujeres en las tareas de cuidado y salud | 57 |
| | Bibliografía..... | 61 |
| | Anexo. Propuestas recibidas a través del foro..... | 68 |

Introducción

El presente documento es resultado de un proceso amplio, participativo y dialógico. Tiene por objetivo imaginar futuros posibles y diseñar estrategias para aportar políticas públicas respecto a “Salud, Prevención y Estrategia Sanitaria” en el marco de la agenda en construcción para el 2020-2030.

En este, se mostrarán algunos de los conocimientos disponibles sobre el tema, las principales discusiones que se están desarrollando en el campo, los nudos problemáticos y alternativas que se avizoran para su abordaje en un contexto de gran incertidumbre que se ha visto reforzado por la pandemia del Covid-19.

Las instancias dispuestas para tal fin, fueron un desafío y al mismo tiempo, una oportunidad para fortalecer los procesos de discusión y construcción de soluciones posibles para las problemáticas sociales actuales. Tal como se plantea en la propuesta del Foro Universitario, el fin es aportar al desarrollo de políticas públicas que contribuyan a construir un futuro inclusivo, justo y democrático para la Argentina.

Acorde a los objetivos planteados para el desarrollo de los foros temáticos, se aspiró a promover el intercambio de ideas y el debate sobre el eje temático “Salud Prevención y Estrategia Sanitaria”. En tal sentido, y sumado a las instancias de diálogo y participación, contribuir con insumos para las áreas estratégicas de desarrollo integral de la Argentina.

En este trabajo, nos proponemos, a modo de un diagnóstico prospectivo, abordar la situación inicial de las políticas sanitarias de Argentina, cuyos elementos articulados abarcan mucho más que el campo específico de los servicios de salud. Posteriormente, se visibiliza la construcción de dos escenarios que se presentan como posibles, que coexisten y disputan entre sí. Por un lado, el escenario de derechos humanos y salud colectiva, (comunitario, participativa e integral), frente a otro de corte estrictamente biomédico, anclado en las tecnologías y la hiperespecialización médica. Cualquiera de ellos puede verse afectado por nuevas situaciones de epidemias y pandemias. Tal como lo describimos, cada uno de ellos se verá afectado de manera diferente ante una nueva emergencia sanitaria. En un tercer momento, se desarrollan algunos de los temas críticos actuales que deberían ser considerados para la inclusión en la agenda pensada para los próximos diez a veinte años en Argentina. A continuación, se analizarán las tendencias y escenarios futuros que pueden anticiparse; se identificarán las fuerzas impulsoras que pujan por la construcción y sostenimiento de la salud comunitaria, participativa e integral; y se elaboran una serie de interrogantes problemáticos que podrían aportar a la construcción de viabilidad para este escenario. Finalmente, se define una

propuesta hacia el futuro que incluye un pacto por la salud en tres planos, la salud internacional, el derecho a la salud y la ciudadanía en salud.

1. Metodología de trabajo: prospectiva y construcción de escenarios

El futuro es incierto, y esa incertidumbre exige prepararnos para diversos escenarios posibles, donde el desafío es contemplar las múltiples dimensiones que intervienen para habilitar la construcción creativa de un futuro deseable, esto es, un horizonte hacia donde proyectar (nos).

En la elaboración de este documento nos basamos en la **prospectiva** como disciplina encargada del estudio del futuro (estudio de causas científicas, técnicas, económicas, políticas, sociales y culturales). Se trata del diseño de horizontes futuros, esto es, horizontes de expectativas. Dado que el pasado y el presente condicionan el futuro, la prospectiva implica interrogar sobre los grandes problemas y desafíos que se presentan en la sociedad, así como explorar los futuros posibles (Tobar, 2020).

En este sentido, como lo plantea Mercedes Patrouilleau (2000) recurrimos al **método de escenarios** para responder a la pregunta sobre: qué puede ocurrir, ofreciendo un abanico de alternativas sobre los futuros posibles. Por un lado, aspiramos a que su dinámica y su plasticidad permitan articular múltiples variables, dimensiones y escalas de análisis en torno a diferentes narrativas. Por otro, proveer nuevos elementos para trabajar con la incerteza y sobre aspectos y dimensiones de la dinámica social difíciles de cuantificar.

Al referir a escenarios seguimos a Godet quien afirma: "...los escenarios no son la realidad futura, sino un medio de representación de esa realidad, destinado a iluminar la acción presente a la luz de los futuros posibles y deseables" (1993: p. 18). Entonces, a partir de la exploración sobre futuros alternativos, los escenarios aportan elementos para una visión estratégica, para ampliar la mirada sobre las alternativas de acción, para profundizar el conocimiento del sistema sobre el que se trabaja y para producir un conocimiento situado (contextualizado).

El método de escenarios que desarrollamos (siguiendo a Patrouilleau, 2000) incluyó tres etapas: **1) la elaboración de un diagnóstico prospectivo**, donde se busca dar cuenta de la situación en el presente del foco-problema (y de cómo se ha llegado a ella). En él se busca analizar factores de cambio, en las dinámicas con que se vienen desarrollando las principales variables que afectan al tema analizado, buscando dar cuenta de una "imagen en movimiento". **2) La identificación de los motores del cambio**: factores impulsores del futuro. Se clasificó las variables que intervienen, analizando de qué forma pueden llegar a intervenir en el futuro. **3) La construcción de los escenarios**:

la construcción de las narrativas que nos conducirán hacia distintos escenarios y la definición de las imágenes del futuro.

A lo largo de todo este proceso tomamos como fuentes de datos e información para su análisis: a) la revisión de artículos científicos; b) la sistematización de los intercambios producidos en los Foros del programa “Argentina Futura”; c) el análisis de las propuestas para el eje Salud, Prevención y Estrategia Sanitaria recibidas en el marco del foro. d) la revisión de documentos de organismos nacionales e internacionales sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-19.

A) La revisión de artículos científicos

Se realizó una revisión de la bibliografía que trabaja la construcción de una agenda prospectiva en salud. La estrategia definida para localizar, organizar, discernir y valorar la información relevante sobre el tema salud prevención y estrategias sanitarias, se adecuó a una revisión de carácter exploratorio. Este proceso permitió examinar el tema, de manera flexible, amplia y comprehensiva. También posibilitó identificar, analizar y sintetizar de manera crítica los resultados de estudios acerca del tema, para luego integrar los resultados en líneas de discusión/ tendencias/ problemáticas específicas presentadas (Guirao Goris, 2015).

La exploración se realizó en una sucesión de etapas o momentos interconectados y dialógicos entre sí. En la primera etapa de la revisión se elaboraron una serie de preguntas a modo de guía para orientar la búsqueda: ¿Cuál es el estado de situación en relación a la salud-prevención- estrategias sanitarias en Argentina?; ¿Qué se está discutiendo en relación a la salud en Argentina?; ¿Cuáles son los temas de agenda sobre la salud para el 2020-2030 en Argentina?; ¿Cuáles son los escenarios en los que se plantean la agenda 2020-2030 para el campo de la salud en Argentina?, ¿Qué se sabe y qué se desconoce sobre la materia?. A partir de las exploraciones realizadas, ¿Cuál es la prospectiva que se presenta en materia de salud-prevención y estrategias sanitarias para el 2020-2030 en Argentina?

En una segunda etapa se definieron los criterios de inclusión para la exploración: que sean artículos publicados entre 2017-2020; completos; de acceso libre en español; que aborden la temática de salud, prevención y estrategia sanitaria en alguna de sus dimensiones posibles; y que estén vinculados a la agenda futura, escenarios y prospectiva en el campo de la salud en Argentina. Se adoptaron como palabras claves para la búsqueda: Argentina - Prospectiva - Agendas futuras - Escenarios – Salud- Prevención- Estrategias Sanitarias; a las que luego se incorporaron otras combinaciones. Los principales motores de búsqueda utilizados fueron: Pubmed, Scielo, Lilacs, Repositorio Digital de la UNC; Repositorio Institucional CONICET Digital SEDICI (UNLA).

En un tercer momento se agruparon los artículos y se realizó una síntesis de cada uno de ellos, incorporando datos principales de cada estudio y discusiones respecto al tema. A partir de la revisión, se comenzó a delinear algunos de los ejes de discusión más frecuentes en el tema, las perspectivas a considerar y las dimensiones a construir.

B) La Sistematización de los intercambios producidos en los foros del programa “Argentina Futura”

Se sistematizaron propuestas y dimensiones de análisis que resultan de los intercambios producidos en diferentes foros desarrollados en el marco del programa “Argentina Futura” buscando ampliar la mirada y dimensiones que atraviesan al eje “Salud, prevención y Estrategia sanitaria”, como pueden ser los temas abordados en foros: “Hambre, pobreza e inseguridad alimentaria”, “Planificación urbana para ciudades resilientes. Vivienda y hábitat”, “Vigencia de las formas de discriminación, el odio y la violencia”, “Acceso al agua y a energías asequibles y fiables Innovadoras y sostenibles para todos”, “Derechos humanos” y, “Igualdad de género, diversidades sexuales y políticas del cuidado”. Ello permite identificar la intersección entre ejes y, en consecuencia, la complementariedad de las propuestas y la indivisibilidad de los derechos a los que se busca atender en cada caso, punto de partida para la producción de salud.

C) El análisis de las propuestas para el eje Salud, Prevención y Estrategia Sanitaria recibidas en el marco del foro

En el espacio del Foro realizado el día 28 de octubre de 2020, se contó con presentaciones disparadoras de la discusión a cargo de Laura Pautassi -Directora del Grupo Interdisciplinario Derechos Sociales y Políticos UBA-; Hugo Spinelli y Verónica Azpiroz Cleñan-del Instituto de Salud Colectiva UNLa-; e Iván Ase – de la Facultad de Ciencias Sociales UNC. Se incorporaron al documento los aportes expuestos. El foro se presentó como un espacio flexible, donde diferentes personas expertas en salud, así como colectivos de trabajadores y trabajadoras tuvieron la posibilidad de hacer sus aportes y propuestas al debate. En ese marco, además recibimos por escrito un total de 25 propuestas, las cuales se encuentran anexadas a este documento. También se incorporaron propuestas presentadas en otros foros vinculados al Foro Universitario del Futuro, entre ellos el encuentro "Desafíos Colectivos de la sociedad argentina, realizado el 20 de octubre de 2020 organizado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba y de la propuesta desarrollada en el Foro que tuvo lugar en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (ver en anexo: Silberman, Vallone y Congett 2020).

D) La revisión de documentos de organismos nacionales e internacionales sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-19

Se recuperaron los documentos producidos por diversos representantes de instituciones universitarias de Argentina que informan sobre el impacto social de la actual situación de pandemia, en el marco del Aislamiento social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Asimismo, se revisaron los documentos de diferentes organismos nacionales e internacionales (OPS-OMS, BID, entre otros) y las experiencias que fueron sistematizadas por diferentes organismos gubernamentales de diferentes países que transitaron la pandemia. En éstos se buscó identificar obstáculos y potencias para la construcción de una agenda prospectiva en salud, las lecciones aprendidas y políticas de salud propuestas para una transición hacia la post pandemia.

2. Diagnóstico prospectivo

2.1. Problemas estructurales, riesgos y desafíos

La política sanitaria incluye pensar un conjunto de elementos articulados que abarca mucho más que el campo específico de los servicios de salud. Las respuestas que se han ido implementando expresan perspectivas, intereses y concepciones diferentes en torno al rol del Estado, al tipo de prestaciones que deben brindarse, a los modelos de financiamiento y a la articulación entre los tres subsectores de salud (público, privado y obras sociales). Los interrogantes sobre la modalidad de intervención del Estado en los asuntos públicos y sus capacidades, particularmente en la provisión de servicios de salud, son materia de debate público cotidiano.

Algunos de los problemas identificados llevan muchos años: desigualdades territoriales, inequidad en el gasto, fragmentación, aumento sostenido de los costos, insatisfacción de usuarios/as, falta de regulación estatal, incorporación descontrolada de tecnología médica, respuestas sectoriales que no contemplan las determinaciones sociales, proyectos contradictorios al interior del propio Ministerio de Salud (seguros de salud vs sistema universal).

Nuestro sistema de salud sigue estando fragmentado y proporciona un acceso inadecuado a los servicios a las personas pobres que en ocasiones se ven obligadas a hacer importantes gastos de su propio bolsillo para compensar los largos tiempos de espera y la atención de baja calidad.

A su vez, el sistema de salud en Argentina tiene que encarar importantes desafíos en salud que están afectando a nuestras poblaciones:

- Riesgos: incremento de enfermedades crónicas, accidentes y violencia, riesgos ambientales, nuevas enfermedades infecciosas.
- Las enfermedades transmisibles como el dengue y la COVID-19 plantean toda una serie de nuevos desafíos para los sistemas sanitarios que deben ser más eficientes ante futuros brotes de estas enfermedades. A pesar del cambio en la morbilidad en lo que respecta a las enfermedades no transmisibles, la carga impuesta por las s transmisibles no ha desaparecido como ha demostrado la aparición del COVID-19
- Aspectos poblacionales: envejecimiento poblacional acompañado por multimorbilidad y dependencia. Fecundidad en descenso. Tasa de mortalidad infantil que se mantiene estable/no baja. Incremento notorio de la esperanza de vida.
- Barreras para el acceso a los servicios de salud: falta de protección financiera, inequidad y calidad deficiente de dichos servicios.
- Vigencia del modelo médico hegemónico/ hospitalocentrismo /hiperespecialización.
- Creciente incidencia de la corporación médica-farmacológica / Aumento exponencial de los costos en salud.
- Fragmentación del sistema de salud y debilidad regulatoria del Estado. Problemas de coordinación y articulación entre los subsectores.
- Insatisfacción de las personas usuarias/ Negacionismo científico.
- Condiciones de trabajo de los/as trabajadores/as, sumadas al desgaste psicofísico que deriva de la atención durante la pandemia.

La pandemia del covid-19 aparece como un “parteaguas”, que permite hablar de un futuro, a partir de las falencias que quedaron expuestas en el sistema de salud, en las instituciones, en la relación paciente-profesional de salud, en los modelos de atención, etc. La proyección post pandemia aparece como una oportunidad de analizar lo que queda por mejorar y transformar y qué cuestiones deberían captar la atención de la agenda 2020-2030.

2.2. La salud en el 2020: Pandemia e iniciativas de transformación

La declaración de la OMS a inicios de marzo de 2020 acerca de que la enfermedad del Covid-19 se había constituido como una pandemia, condujo al gobierno nacional a tomar la determinación de establecer normativas vinculadas al aislamiento social, denominado Aislamiento Social Preventivo y obligatorio (ASPO).

El Ministerio de Salud de la Nación y en particular los ministerios de cada una de las provincias estipularon sobre la marcha, medidas de índole tanto preventivas como paliativas, de la situación que había comenzado a instalarse en el contexto argentino. Los servicios de salud redirigieron sus recursos humanos y materiales a atender los requerimientos de la situación epidemiológica que demandaba el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Covid-19. Dentro de sus posibilidades, reorganizaron espacios físicos destinados a darles nuevos usos, acordes a los tiempos de tratamiento y necesidades de aislamiento de las y los pacientes con coronavirus (como el aumento de camas de terapia intensiva, adquisición de respiradores y otro material específico). También se determinaron cuáles serían las instituciones destinadas específicamente al tratamiento de la patología, algunas de las cuáles pronto se verían al borde del colapso.

Como contraparte, aquellos servicios de salud, especialmente privados, orientados a la atención de un espectro amplio de consultas de salud, debieron readecuarse a las demandas actuales. El servicio de atención de consultas con turno, la eliminación de prácticas propias de la cultura institucional como el sobre turno, la asistencia y permanencia en salas de espera, el acompañamiento de familiares a pacientes en internación, fueron algunos de los múltiples aspectos modificados o prohibidos. Se estipularon protocolos para que las y los usuarios se condujeran dentro de las instituciones de salud contemplando especiales cuidados.

En el imaginario social, las instituciones de salud se constituyeron como lugares a evitar, a excepción de presentar síntomas compatibles con el Covid-19. Varios factores interactuaron para que esta situación de reticencia se mantenga hasta hoy.

Inicialmente, en el primer nivel de atención, en muchos barrios donde se ubican los centros de atención a la salud se divulgó información errónea, donde, ante el estado de confusión inicial, se describía que estos centros estaban destinados exclusivamente a la atención de pacientes contagiados de Covid-19. Consecuentemente se supuso que otras consultas propias de la atención primaria en salud serían desestimadas.

Por otra parte, las dificultades y riesgos que suponía tomar el transporte público para el traslado hacia la institución de salud, la permanencia en las salas de espera y el contacto con los y las profesionales que trabajan en los centros de salud, comenzaron a ser vistos como lugares y personas que podían transmitir la enfermedad a pacientes sanos que concurrían a las consultas. El temor ofició como desaliento para promover la búsqueda de ayuda ante sintomatologías que no fueran de tipo respiratorias ni relacionadas con las que se presentan en caso de Covid-19. Al mismo tiempo, quienes mantenían prácticas habituales de realización de controles preventivos (los llamados *chequeos*) también suspendieron o pospusieron sus consultas, a la espera de que la

pandemia desapareciera y al menos los casos disminuyeran notablemente. En muchos casos se suspendieron y alteraron desde los calendarios de vacunación en menores, hasta el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (como hipertensión, diabetes y obesidad) entre otros ejemplos (Castro, 2020).

Por lo anterior es posible observar que, en los últimos meses, el Ministerio de Salud de la Nación ha estado abocado, fundamentalmente, a la atención de la pandemia. Sin embargo, y en paralelo a partir de un diagnóstico que sostiene la necesidad de reformas estructurales y de realizar la evaluación política de que este contexto abre una ventana de oportunidad para instalar la discusión de temas centrales del sector, pone en marcha las siguientes iniciativas que nos permiten identificar la orientación de sus políticas.

- Se estableció una agenda de articulación de estrategias entre el Ministerio de Salud de la Nación con las carteras de salud provinciales y las Obras sociales provinciales (articulación de redes perinatales, construcción de redes de cuidados entre prestadores públicos y privados, compras estratégicas y el financiamiento asociado a la mejora de la calidad y seguridad de los servicios).
- Ampliación del Programa Sumar que a través del financiamiento apoya la transformación del sistema: categorizar los establecimientos, protocolizar prestaciones y articular sectores. Se abre una nueva etapa del Programa Redes de Salud destinado a fortalecer la prevención, promoción y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, a toda la población sin obra social. Se prevén nuevas inversiones entre el 2020 y el 2023 que serán transferidos a las jurisdicciones con el siguiente criterio: un 60% corresponden a la mejora de los procesos priorizados y un 40% al cumplimiento de indicadores de calidad e integralidad en el cuidado de la salud de las personas. Se incluye la cobertura para las personas mayores de 64 años sin obra social, la ampliación de 20 líneas de cuidado de la salud vigentes y la inclusión de nuevas intervenciones para dengue, COVID-19 y EPOC, y la incorporación de más de 110 prestaciones médicas junto a otras modalidades de atención como el cuidado domiciliario, actividades de salud comunitaria y la telemedicina. Además de la ampliación para toda la población de la cobertura de intervenciones quirúrgicas para pacientes que sufren una cardiopatía congénita. Este plan de servicios en la actualidad incluye un listado de 800 prestaciones. Se gestiona en coordinación con las distintas jurisdicciones. Tiene por objetivo reducir inequidades y mejorar la calidad a través de realizar asignaciones estratégicas y equitativas de los recursos para lograr un acceso efectivo a cuidados de la salud.

- Se creó la Red Federal Impulsa que incorpora innovaciones tecnológicas y herramientas como la historia clínica digital, la receta electrónica, la telesalud, el portal del paciente y la conectividad de los establecimientos de salud para facilitar el acceso y brindar una atención de calidad en todo el territorio nacional. Se crea un canal a través del cual se conectan distintos sistemas de información de manera confidencial, asegurando la comunicación en un mismo lenguaje y haciendo posible que el equipo de salud acceda online a la historia clínica digital, independientemente del tipo de cobertura o del lugar donde se encuentre
- Se firmó un convenio de articulación de acciones con el Ministerio de Desarrollo Social que permitirá cruzar las bases de información del Programa SUMAR con la tarjeta ALIMENTAR, para poder realizar un seguimiento individual de la alimentación de niños y niñas y observar el desarrollo y crecimiento de esta población, a la vez de consolidar datos de inscriptos del programa SUMAR que no poseen la tarjeta del beneficio. Una de sus herramientas es el mapa nutricional creado sobre la base de la información del Programa Sumar, que es la plataforma del Mapa AccionAR que provee de información nominada y georreferenciada.
- Se presentó la nueva Matriz de Indicadores de Monitoreo de Acceso a Cuidados Esenciales de la Salud que se implementará en articulación con las obras sociales provinciales para monitorear el acceso a servicios preventivos en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud que promueve la cartera sanitaria nacional. Algunos de los indicadores utilizados abordan la salud materno infantil; la prevención de cánceres prevalentes como el de mama y cérvico uterino; el seguimiento de la salud de las personas con diabetes e hipertensión; la cobertura de vacunas y la salud mental.
- Se suscribieron convenios que articulan el trabajo de las Obras Sociales provinciales y los ministerios de Salud de las provincias, con el apoyo de la Nación. Estos convenios apuntan a consensuar una planificación estratégica, con una agenda común y operativa entre los distintos subsectores, a partir de la cual se puedan acordar las acciones específicas. Dentro de las acciones estipuladas en los convenios, se destacan la implementación de un modelo asistencial común -con foco en la prevención y promoción, y la salud comunitaria-; la equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población a partir de la explicitación de prestaciones priorizadas y garantizadas en cada provincia, con protocolos comunes y armado de redes de atención.
- Con el relanzamiento del Programa Remediar, el número de medicamentos esenciales a entregar por cada botiquín pasa de 34 a un promedio de 50 que cubren el 80 por ciento de las patologías. También se asegura la transparencia con una compra centralizada de

medicamentos y distribución directa a los centros de salud, que supone un ahorro del 75% respecto al precio de mercado. Con el programa se busca fortalecer al primer nivel de atención y el uso adecuado de medicamentos como así también consolidar un sistema federal de abastecimiento.

En síntesis, las acciones implementadas van en la dirección de la implementación de un modelo asistencial común -con foco en la prevención y promoción, y la salud comunitaria-; la promoción de la equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población a partir de la explicitación de prestaciones priorizadas y garantizadas en cada provincia, con protocolos comunes y armado de redes de atención. También acciones para instrumentar una agenda de salud digital tendiente a la integralidad y consistencia de los registros y la accesibilidad de la información clínica de los pacientes, y la puesta en marcha de estrategias de financiamiento conjunto.

2.3. Pandemia y después: un escenario de puja por la distribución de los recursos

La implementación de estas políticas es muy reciente por lo cual se hace muy difícil anticipar resultados. Solo nos va permitir prever algunas tendencias hacia el futuro. Algunas de estas medidas y las acciones de actores fundamentales del sector nos dan pistas sobre cuáles pueden ser los cambios de corto plazo que estarían apuntando a reformas más consistentes con la igualdad y el derecho a la salud de mediano y largo plazo.

Como ya se afirmara, el rasgo central del sistema de salud argentino es que genera desigualdades en el acceso a derechos. Si bien la única distinción que debería tener la atención en salud se deriva de las necesidades de la población, es posible constatar desigualdades según el ingreso, según la provincia o municipio donde se resida, según se trate de un área urbana, suburbana o rural, según pertenencia étnica o dado el carácter migrante y según la inserción laboral. Ciudadanos con iguales derechos garantizados por la Constitución Nacional reciben diferentes prestaciones según su capacidad de pago, el territorio donde vivan o el tipo de trabajo que tengan.

La pandemia ha tenido un impacto diferencial sobre los grupos más vulnerables de la sociedad, sin empleo formal, con muy bajos ingresos y habitando en barrios que no cuentan con servicios públicos de calidad. El crecimiento de la pobreza, la indigencia y las desigualdades son una muestra de la importancia de considerar la determinación social en los procesos de salud/enfermedad/atención.

En consecuencia, ya enfrentamos la crisis generada por el Covid 19 con desigualdades que se han agudizado, pero también con algunas importantes enseñanzas: un Ministerio de Salud de la

Nación fortalecido y con reconocimiento. Es necesario avanzar en esta dirección aún en un contexto de fuertes restricciones fiscales.

Un actor importante en el sector salud son las obras sociales sindicales. Las mismas han realizado reclamos por la merma en su recaudación. Los datos sobre la disminución del empleo formal permiten inferir el impacto sobre sus ingresos.

Estas demandas han sido escuchadas y compensadas mediante recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, pero distribuidos según los ingresos de los afiliados y no según las necesidades. De continuar con esta tendencia, un escenario de puja por los recursos públicos puede llegar a emerger si los dineros existentes en el Fondo Solidario de Redistribución no alcanzan y se requiere del uso de recursos de rentas generales para seguir subsidiando a las obras sociales en lugar de orientarlos al sector público.

Estos fondos deberían orientarse hacia el fortalecimiento de una política preventiva y para el acceso universal e igualitario para todos/as los/as ciudadanos/as. Los presupuestos públicos deberán estar dirigidos hacia la construcción de un sistema de protección social en salud que ponga en igualdad de condiciones a todos los hogares, con independencia de la relación de sus miembros con el mercado laboral.

Otro escenario de puja distributiva se plantea en relación a los recursos, estos deberían estar orientados hacia prácticas que mejoren el estado de salud de la población y no hacia medicamentos muy costosos y prácticas de alta complejidad. En los últimos años el gasto se orientó hacia los segundos generando así desprotección de amplios sectores poblacionales.

El tránsito de la pandemia a la post pandemia se realiza en un contexto donde los recursos disponibles son extremadamente escasos. Será necesario tener la capacidad para debatir y definir prioridades dentro de las medidas que se propongan. Es necesario que se generen espacios de cierta “autonomía relativa” de las presiones de las corporaciones. Las demandas de políticas de asistencia (con incrementos de recursos y reducciones impositivas) serán muy superiores a las posibilidades fiscales, por lo que el proceso de priorización será necesariamente complejo y conflictivo.

El fortalecimiento del rol coordinador del Estado nacional en el sector salud a través del financiamiento y ordenamiento de la provisión pública es fundamental para lograr mayor equidad. Sin embargo, no será suficiente si no se avanza hacia la regulación de la seguridad social y el debate con los sindicatos y el control de los costos y la incorporación de la tecnología con el sector privado. La dirección en la que se resuelva esta puja distributiva se orientará hacia un escenario donde se profundice la situación de derechos fragmentados o hacia otro que garantice el derecho a la salud a toda la población.

3. Construcción de escenarios

3.1. La salud desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud colectiva

Para la construcción de este escenario consideramos necesario la inclusión de dos perspectivas: la salud como derecho humano y la salud colectiva. Ambos enfoques nos permiten construir una narrativa de lo que se aspira a alcanzar. La imagen deseable futura es aquella que considera que la política debe ser coherente con un camino de reformas que tiendan a la consolidación de un sistema de salud más equitativo, que logre una cobertura universal, que democratice al sector, que incluya la determinación social en los procesos de salud/enfermedad/atención, que regule la incorporación de la tecnología y los avances de la investigación y que amplíe la oferta de servicios incorporando tratamientos y medicinas complementarias a las que se ofrece desde la biomedicina, que sean respetuosas de las concepciones y necesidades sentidas en cada contexto socio-cultural local.

En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos han fijado no solo las obligaciones negativas sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado. Esto significa que ha definido no solo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales (Abramovich, 2006).

En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos, que incluye, la atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales; la transformación de los determinantes subyacentes de la salud; la garantía de accesibilidad y la participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que ésta es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna.

- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Existe un amplio reconocimiento de que el ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados. Es decir, junto con el ejercicio del derecho a la salud se deberá tener el derecho a la libertad de elección, el derecho a la identidad cultural, el derecho a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas, entre otros. Esta visión de integralidad de los derechos estuvo presente durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. Un paso importante se dio con la Declaración de Viena de 1993 que afirmó la igualdad en importancia de todos los derechos humanos, declarando que eran universales, indivisibles e interdependientes.

A su vez, la salud colectiva en su crítica a la hegemonía biomédica pone el énfasis en la necesidad de cambiar la mirada desde la enfermedad a la salud, de la población como objeto a ser intervenido a las personas como sujetos dialogantes, de una perspectiva explicativa y utilitaria a una interpretativa, de una comprensión reduccionista y disciplinaria a una compleja y transdisciplinaria.

Un escenario diseñado desde la salud colectiva reconoce que este campo ha estado atravesado por la hegemonía biomédica que se presenta como el conocimiento científico verdadero. Es por esto que algunas de las propuestas de transformación del sector salud se enmarcan en estos principios:

- el principio de desmedicalización, en el sentido de que el sector salud no debe apropiarse de los problemas de las comunidades como si fueran solo problemas médico-sanitarios. El orden de lo social, de lo político, de la vida humana, no debe subsumirse al orden médico. Derivado de este principio, es la necesidad de desmedicamentar, es decir, no responder con medicamentos a problemáticas que no son del orden de lo patológico.
- el principio de desmercantilización: cualquier persona que necesite acceder a servicios de salud puede hacerlo y debe recibir una respuesta desde un abordaje integral. Al ser la salud un asunto de derechos, la prestación de servicios debe estar fuera del mercado, desmercantilizada, lo cual significa que su efectivización no depende de la capacidad de pago y debe ser sustraída de la esfera mercantil.
- el principio de desfamiliarización: que consiste en reducir las responsabilidades ligadas al cuidado de la salud de la unidad familiar, sobre todo asignadas a las mujeres. Indica el grado en que la política de salud pasa a ocuparse de la provisión de este servicio.

Si bien la existencia de un marco normativo internacional es un avance importante, su aplicación efectiva es de suma complejidad. El aumento progresivo de la atención a la salud y el disfrute pleno de este derecho guardará relación con las referencias y estándares que ofrece la categoría del más alto nivel posible de salud en cada ámbito local, la cual está vinculada a las distintas concepciones de salud que toma en consideración las maneras en que se entiende el bienestar y el orden social. Es necesario reconocer que el más alto nivel de salud posible está basado en la cultura que, paradójicamente, se enfrenta con el carácter transversal y universal de los derechos humanos. Una cultura cuyos cambios, además, no son siempre unívocos ni unidireccionales. Por lo tanto, se requerirá siempre de una ciudadanía organizada y crítica, atenta para evitar el retroceso en el nivel de garantías estatales alcanzadas en el terreno de los derechos sociales (Ase y Burijovich, 2009).

3.1.1. Preguntas para la construcción de viabilidad de este escenario

A partir de lo expuesto, emergen interrogantes sobre la construcción de viabilidad de un escenario desde la perspectiva de derechos humanos y la salud colectiva, centrado en el diseño de políticas y abordajes comunitarios participativos e integrales de la salud:

- ¿Qué estrategias se llevan adelante para favorecer la coordinación del sistema?
- ¿Cuál es el abordaje de los determinantes sociales?
- ¿Cuál es el grado de involucramiento y participación de las organizaciones y los movimientos sociales para garantizar el derecho a la salud?
- ¿Cuál es la participación de los otros sectores estatales para implementar un abordaje intersectorial?
- ¿Cómo diseñar servicios adecuados culturalmente a las necesidades diversas de salud?
- ¿Qué tipo de regulaciones estatales son necesarias para la incorporación de la tecnología y los avances de la investigación? ¿Cómo garantizar la equidad y el acceso a los avances tecnológicos?
- ¿Qué legislación y regulaciones son necesarias para garantizar sistemas de información en salud que contemplen a los sectores minoritarios y cuáles para la incorporación de medicinas complementarias a la biomédica?

3.1.2. Fuerzas impulsoras de este escenario

Independientemente de las orientaciones que dominaron su trayectoria y las situaciones críticas por las cuales ha atravesada la biomedicina, aún sigue en expansión. Las críticas al MMH, por su biologismo, pragmatismo e individualismo y por cumplir funciones no sólo preventivas y de curación, sino también de normatización, control y de legitimación, entre otras, también vienen acompañadas de propuestas que surgen como alternativas y/o complementarias a esta modelo (Menéndez, 2020). Entre ellas se encuentran:

- ✓ La medicina psicosomática, la medicina humanista, holística.
- ✓ La atención primaria integral
- ✓ El movimiento salud-mentalista
- ✓ La medicina social crítica
- ✓ Propuestas indigenistas latinoamericanas que nos proponen el buen vivir.
- ✓ La salud colectiva
- ✓ Las corrientes feministas, incluidas las perspectivas de género
- ✓ Las medicinas tradicionales
- ✓ El giro ecoterritorial. Proceso de ambientalización de las luchas en América Latina, en el cual convergen matriz indígena-comunitaria, lenguaje acerca de la territorialidad y discurso ambientalista.

Estas alternativas intentan modificar, en ocasiones radicalmente, las orientaciones biomédicas dominantes, aun así, resisten también a la desaparición o a la “apropiación”, incorporación de forma subordinada y redirigida al MMH (Menéndez, 2020).

3.2. La salud desde la biomedicina, la biotecnología y la hiperespecialización médica

Los innegables avances que ha alcanzado el conocimiento de la anatomía, la fisiología, la bioquímica entre otras disciplinas de la construcción biomédica han posicionado en los últimos años a la medicina occidental como ciencia única y verdadera.

Los éxitos que esta medicina ha logrado también han generado un aumento en los costos de mercado y un grave efecto sobre las desigualdades en el acceso. Además, ha demostrado incapacidad para afrontar las cuestiones sociales ligadas al proceso salud/enfermedad/atención.

No se puede negar los importantísimos avances en inteligencia artificial, genética, robótica, telemedicina, entre otros, los cuales han sido muy eficientes en el control de enfermedades que hasta

hace poco tiempo se consideraban incurables. Sin embargo, y al mismo tiempo, esto ha aumentado la incidencia de la corporación médico/química/farmacológica empresarial sobre el sistema de salud, ha contribuido a la generación de problemas ambientales y estimula la sobre medicalización y la adicción a los fármacos.

En este escenario se equipara el acceso a la salud con el acceso a la producción y distribución de los bienes del mercado producidos por la biotecnología médica. La práctica médica prescribe centralmente intervenciones tecnológicas sobre lo biológico. El modelo médico hegemónico opera dándole validez y legitimidad a estos conocimientos y, de esta manera, las ciencias de la salud justifican la prescripción terapéutica y el consumo de productos de la biotecnología.

Esta forma de enfrentar la enfermedad cruza al campo de la salud con el campo económico imponiendo así, este último, las reglas del mercado.

La práctica profesional médica se sustenta en proposiciones del pensamiento biomédico positivista descartando por conocimiento no científico todo otro tipo de saberes.

La profundización de los procesos de medicalización normatiza y normaliza los comportamientos de las personas. Al referir a “medicalización de la vida”, nos remitimos a desarrollos que provienen del campo de las Ciencias Sociales, Sociología y Antropología Médica y de las Ciencias de la Salud, donde se vienen analizando los procesos de medicalización de las sociedades actuales, desde fines de los 60 (Freidson, 1978), como un proceso por el cual gradualmente eventos, comportamientos y padecimientos que antes formaban parte de la vida cotidiana o del ciclo de vida de las personas, se han patologizado (convertido en enfermedad): por ejemplo las emociones -el duelo por la muerte de un ser querido, el dolor, la angustia o la ansiedad-, eventos del ciclo vital -el embarazo, el parto y el nacimiento, la niñez, los cambios hormonales en la adolescencia, la menopausia y el proceso de envejecimiento-, para nombrar sólo algunos.

La medicalización también supone que algo sea definido en términos médicos, descrito usando un lenguaje médico, entendido desde un marco de referencia médico y tratado desde la intervención médica -aunque no necesariamente todo este proceso ocurre en el ámbito de la investigación médica-. En el proceso de medicalización interviene la industria de los medicamentos, quién financia y qué se financia va a estar mediado por los laboratorios que producen ciertos medicamentos y necesitan la construcción de hechos científicos que avalen tal o cual tratamiento farmacológico (Sy, 2016). Pero antes también es necesario delimitar que tal o cual problema es “apto” o “necesario” de ser tratado médicamente. En esto, los medios masivos de comunicación cumplen un rol fundamental. La publicidad no solo va a instalar un medicamento, sino también una enfermedad, algunos autores como Conrad (1982) hablan del “marketing de la enfermedad”.

Un escenario sin regulación estatal en la incorporación de la biotecnología, sin control sobre los presupuestos públicos y sobre la incidencia de las corporaciones nos lleva a renunciar a principios universalistas e igualitaristas propias de un enfoque de derechos en salud. El riesgo es que desde el Estado se sostengan modelos minimalistas en la atención de la salud a través de la definición de un número limitado de prestaciones básicas y sólo dirigida hacia los grupos más desfavorecidos. El resto deberá ser adquirido en el mercado. Con esta política diferenciada, los más pobres se verán excluidos de los beneficios de los avances médicos y tecnológicos y sometidos a una “atención primitiva de la salud” (Testa, 1988).

La atención a la pandemia generada por el Covid-19 implicó cambios en la gestión de las políticas de salud: declaración de la emergencia sanitaria, reorganización de servicios, adquisición de nuevos equipamientos, protección de insumos críticos, protocolización de la atención, fortalecimiento de las Unidades de Terapia Intensiva, entre otros.

La reorganización que favoreció la atención y el tratamiento del coronavirus generó, a su vez, tensiones y contradicciones al interior de los propios equipos de salud. El sistema sanitario ha sufrido una grave sobrecarga. También ha puesto al descubierto históricas dificultades estructurales del sistema de salud: hospitalocentrismo, hegemonía biomédica, perspectiva reduccionista, escasa integración intersectorial y fragmentación. El foco puesto en los niveles de atención de mayor complejidad es un sesgo habitual de nuestro sector de salud. Mucho más en la asistencia a patologías como Covid-19 que reforzaron el paradigma médico/biologicista por su carácter "infeccioso".

Los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud establecieron una serie de recomendaciones y medidas específicas para los barrios populares a los fines de articular estrategias locales que evitaran la propagación del virus¹. Sin embargo, se tendió a homogeneizar los territorios desestimando, en algunos casos, las necesidades y demandas diferenciadas de la población. Esta invisibilización de realidades locales dificultó que se potenciara el trabajo comunitario que los equipos de salud ya tienen en algunas comunidades.

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) ha quedado relegada en el orden de prioridades a través de las cuales se afronta la pandemia. La prevención en el territorio y el trabajo comunitario son esenciales a la hora de acompañar las medidas dirigidas a lograr el aislamiento preventivo y el distanciamiento social.

El primer nivel de atención y el trabajo territorial y comunitario para la prevención pueden

¹ Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, “Guía de recomendaciones para evitar la propagación en barrios populares y el cuidado de adultos mayores”, publicado el 14 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/guia-de-recomendaciones-para-evitar-la-propagacion-en-barrios-populares-y-el-cuidado-de>

aportar al cumplimiento de las consignas “quedate en casa” y “el barrio cuida al barrio”. Se minimiza que las organizaciones sociales territoriales pueden ser un actor clave a la hora de lograr mayor efectividad en las acciones definidas y el rol que los equipos territoriales ocupan al contar con las cartografías de los actores locales.

Son muy escasos los equipos interdisciplinarios en los territorios que permiten el ejercicio pleno del derecho a una inclusión comunitaria. Esto expresa una debilidad de nuestro sistema para la atención de la pandemia. Hay una desarticulación entre la extensión y complejidad de las problemáticas de salud de las comunidades y la organización y el funcionamiento del sistema sanitario que se encuentra más abocado a la atención en el tercer nivel. A su vez, los déficit, inconsistencias y desarticulación de los programas de los gobiernos locales, provinciales y a nivel nacional generan desequilibrios y desigualdades territoriales que sufren las poblaciones.

Es preciso fortalecer el rol protector que ejerce el tejido comunitario y generar formas de atención no convencionales que permitan sostener un trabajo de proximidad y acercamiento, donde la distancia física no impida nuevas formas de lazo social (Buhlman, Burijovich, Heredia, Passini, Yoma, 2020).

3.3. Escenario pandémico/apocalíptico – postapocalíptico

Cualquiera de los escenarios previamente descritos puede verse expuesto al desarrollo de nuevas epidemias y pandemias (o rebrotes de las ya conocidas). La intervención humana en la naturaleza, que va desde el traslado de especies de un ecosistema a otro hasta la cría y reproducción en espacios artificiales, no incide únicamente en esas especies o en la calidad de los alimentos que consumimos –sean vegetales o animales- sino también en el espacio del que se extraen y en el espacio al que llegan; los mayores riesgos de producir, y no solo transmitir, sino también reproducir nuevas enfermedades reside en la forma que nos relacionamos con nuestro entorno y la forma en que producimos nuestros alimentos.

Mientras no se desarrollen alternativas a la explotación de la naturaleza (nuevas formas de producción de alimentos o energéticas, más sustentables), la posibilidad de crear nuevos virus de carácter pandémico estará presente. Sin esos cambios (que requieren de intervenciones regionales y mundiales) se asume un futuro plagado de riesgos con posibles nuevas pandemias y epidemias del tipo de las ya conocidas (en el mejor de los casos).

El coronavirus, como otras epidemias y pandemias recientes, de una u otra manera fueron anticipadas por la investigación científica, si bien en ningún caso se reparó en tales investigaciones

hasta que ocurrió lo que éstas predecían. Para poner un caso, respecto de la llamada Gripe AH1N1, la revista Science en el año 2003 había publicado un artículo sobre la mutación del virus de la gripe porcina y su relación con la forma de producción animal -concentrar un enorme número de animales en espacios muy reducidos- (Wuethrich, 2003); en enero de 2009, un artículo publicado en Science advierte que el virus A (H1N1) pasó de los cerdos a los humanos, entre noviembre de 2008 y enero de 2009, y pudo haber comenzado a infectar a gran cantidad de personas a partir de marzo (Fraser et al., 2009). Para el caso del coronavirus, ya se había publicado en el año 2016 en Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, un trabajo que señalaba la probabilidad de la ocurrencia de futuros brotes de coronavirus similares al SARS-CoV ya conocido, originado en murciélagos (Racaniello, 2016). A cuatro años de contar con dicha información, comenzaron los primeros casos con una propagación tan acelerada que hacía imposible prever las dimensiones y las consecuencias de algo que había sido pronosticado, si bien no fue tomado en cuenta a la hora de la formulación de políticas internacionales y de fronteras territoriales.

En el marco de una economía globalizada, mientras no se tome la producción de conocimiento científico como base para habilitar o limitar ciertas intervenciones y modos de manipular la naturaleza, también quedará librada al azar la posibilidad de desarrollar nuevas epidemias y pandemias.

En escenarios pandémicos también se puede avizorar el desarrollo de nuevos mercados, no solo el de medicamentos sino también de bioseguridad y de la seguridad en general. Todo es capitalizable, desde las necesidades más básicas como el hambre o la salud hasta las probabilidades de contagio o de terrorismo biológico (en el que se sustentan las teorías conspirativas sobre el origen de los virus pandémicos).

En relación con este puede plantearse para el área de la salud:

- ✓ Profundización de desigualdades sociales y del desigual acceso a la salud
- ✓ Agudización de problemáticas de salud crónicas
- ✓ Emergencia de nuevos padecimientos psíquicos y la profundización de otros
- ✓ Deterioro de las condiciones de vida de los sectores más vulnerables con la consecuente dificultad de acceso a una alimentación saludable.

Al respecto, las grandes cuestiones ecológicas y climáticas mundiales pueden hacer que los individuos se sientan pequeños e impotentes. Sin embargo, como lo plantea Bruno Latour (2020) la forma en que se han dispersado los virus pandémicos ha sido de boca en boca y persona a persona. Ese conocimiento puede devolvernos un poder enorme. Una de las principales medidas consensuadas para su prevención es el lavado de manos y el aislamiento. Garantizar que tales

medidas puedan ser cumplidas para toda la población es un punto de partida al que no se puede renunciar, no solo por esta pandemia o futuras, sino porque gran parte de las enfermedades endémicas de los diversos territorios de nuestro país pueden ser afrontados garantizando condiciones de vida saludables (con acceso a agua potable y vivienda sin hacinamiento).

Otro aspecto a considerar es el conocimiento local desarrollado (en base a experiencias que resultaron fallidas y otras exitosas) para el abordaje de este tipo de emergencias sanitarias. Un escenario de nuevas pandemias no debiera encontrarnos en el mismo lugar que 2020.

En relación a este escenario, en un contexto de hiperespecialización médica, puede preverse:

- desigual acceso a atención médica;
- focalización en la atención de casos agudos antes que en la vigilancia epidemiológica comunitaria;
- en áreas rurales, aislamiento y falta de acceso a los centros urbanos donde se concentra la mayor oferta médica de atención;
- medicalización de un problema de salud pública;
- escaso desarrollo de promoción, prevención y atención comunitaria (APS);
- gran capacidad de garantizar cuidado de casos agudos y graves en centros con tecnología adecuada a tal fin (aunque no accesible a la totalidad de la población).

Este escenario de nuevas pandemias en un futuro donde se haya instalado la APS como eje de la atención a los procesos de salud enfermedad comunitaria se espera que se desarrollen estrategias de APS conocidas y que resultaron exitosas en escenarios previos como el de la actual pandemia:

- prevención, educación y promoción de estrategias preventivas (con mensajes claros, adecuados a los contextos locales);
- testeos inmediatos;
- acceso a la atención de la salud garantizado por una red local de centros de salud;
- red de acceso a medicación o tratamiento para enfermedades pre-existentes como las crónicas o problemáticas de salud mental, entre otras.
- escasez de centros especializados para la atención de casos graves o agudos, con la tecnología necesaria.

La experiencia y el conocimiento actual en torno al mejor manejo de la emergencia sanitaria nos coloca en una situación diferente respecto del pasado, sin embargo, como medidas de corto plazo consideramos necesario:

- ✓ La conformación de un comité interdisciplinario de expertos que se encargue de estudiar y

comprender en profundidad las dimensiones biológicas, demográficas, territoriales, humanas y socioculturales que permiten explicar y comprender los resultados epidemiológicos de la pandemia del SARS-CoV-19 en nuestro país, en relación con países de la región y a nivel mundial.

- ✓ La sistematización del conocimiento local desarrollado (en base a experiencias sanitarias novedosas que resultaron fallidas/exitosas) para el abordaje de este tipo de emergencias sanitarias.
- ✓ La construcción de un observatorio de problemáticas socio-epidemiológicas, que requieren abordaje desde las políticas públicas.

Propuestas acordes a estos problemas y necesidades pueden leerse en los textos anexados de Gorla, David E (2020), Aponte, Agustina; Albri; Buthet, Lara Romina; Rinaldi, Nicolás; Vedelago, Sofía Ayelén ; Rey, Omar Alberto; Alonso, Laura; Barrera, Antonella (2020) Carrera, Ana Beatriz; Centeno, Alejandra del Valle; Crivelli, Viviana; Comedi, Catalina; Espeche María Belén; González María Dolores; Iglesias Correa Guadalupe; Jalil, Nicolás Daher; Lascano, Andrea; Mirkin, Sergio y Sánchez, Gustavo (2020) y Dománico, Alejandro; Sylvia Fischer; María Sol De Majo; Cristian Di Battista; Martin Diaz; Susana Bertolami; Mariela Biondini; Paula Blanco; Carolina Vanegas; Daniel Burgos (2020).

Con este conocimiento, el futuro hacia el que deberían orientarse las políticas es aquel de salud comunitaria, participativa e integral, sin perder de vista la necesidad de sostener el desarrollo de tecnologías médicas que sean accesibles a todos los sectores de la población, mediante la regulación de las corporaciones médicas y farmacéuticas.

4. Temas críticos para la inclusión de la agenda a futuro en salud

La articulación entre aspectos transversales, el estado del conocimiento y las propuestas recibidas respecto a cada tema crítico, permitieron recuperar algunos puntos centrales para su consideración y/o inclusión en la agenda a futuro en salud.

Algunos aspectos transversales que fueron considerados para analizar cada una de las cuestiones prioritarias identificadas son:

- El rol del estado y de la sociedad civil.
- La tensión entre el modelo médico hegemónico, sistema etnomédico y la salud de los pueblos originarios.

- Perspectiva de género.
- Determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.
- Vínculo entre las instancias individuales y colectivas (sociales, culturales, políticas) y el proceso salud- enfermedad- atención- cuidados.
- Barreras de acceso al sistema.
- Relación entre el equipo de salud y las personas usuarias.

4.1. Cuestiones ligadas a la salud sexual reproductiva / no reproductiva

La declaración de la OMS a inicios de marzo de 2020 acerca de que la enfermedad del Covid-19 se había constituido como una pandemia, condujo al gobierno nacional a tomar la determinación de establecer normativas vinculadas al aislamiento social, denominado Aislamiento Social Preventivo y obligatorio (ASPO).

El Ministerio de Salud de la Nación y en particular los ministerios de cada una de las provincias estipularon sobre la marcha, medidas de índole tanto preventivas como paliativas, de la situación que había comenzado a instalarse en el contexto argentino. Los servicios de salud redirigieron sus recursos humanos y materiales a atender los requerimientos de la situación epidemiológica que demandaba el tratamiento de pacientes con Covid-19. Dentro de sus posibilidades, reorganizaron espacios físicos destinados a darles nuevos usos, acordes a los tiempos de tratamiento y necesidades de aislamiento de las y los pacientes con coronavirus (como el aumento de camas de terapia intensiva, adquisición de respiradores y otro material específico). También se determinaron cuáles serían las instituciones destinadas específicamente al tratamiento de la patología, algunas de las cuáles pronto se verían al borde del colapso.

Como contraparte, aquellos servicios de salud, especialmente privados, orientados a la atención de un espectro amplio de consultas de salud, debieron readecuarse a las demandas actuales. El servicio de atención de consultas con turno, la eliminación de prácticas propias de la cultura institucional como el sobre turno, la asistencia y permanencia en salas de espera, el acompañamiento de familiares a pacientes en internación, fueron algunos de los múltiples aspectos modificados o prohibidos. Se estipularon protocolos para que las y los usuarios se condujeran dentro de las instituciones de salud contemplando especiales cuidados.

En el imaginario social, las instituciones de salud se constituyeron como lugares a evitar, a excepción de presentar síntomas compatibles con el Covid-19. Varios factores interactuaron para que esta situación de reticencia se mantenga hasta hoy.

Inicialmente, en el primer nivel de atención, en muchos barrios donde se ubican los centros de atención a la salud se divulgó información errónea, donde, ante el estado de confusión inicial, se describía que estos centros estaban destinados exclusivamente a la atención de pacientes contagiados de Covid-19. Consecuentemente se supuso que otras consultas propias de la atención primaria en salud serían desestimadas.

Por otra parte, las dificultades y riesgos que suponía tomar el transporte público para el traslado hacia la institución de salud, la permanencia en las salas de espera y el contacto con los y las profesionales que trabajan en los centros de salud, comenzaron a ser vistos como lugares y personas que podían transmitir la enfermedad a pacientes sanos que concurrían a las consultas. El temor ofició como desaliento para promover la búsqueda de ayuda antes otras sintomatologías que no fueran de tipo respiratorias ni relacionadas con las que presentan en caso de Covid-19. Al mismo tiempo, quienes mantenían prácticas habituales de realización de controles preventivos (los llamados *chequeos*) también suspendieron o pospusieron sus consultas, a la espera de que la pandemia desapareciera y al menos los casos disminuyeran notablemente. En muchos casos se suspendieron y alteraron desde los calendarios de vacunación en menores, hasta el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (como hipertensión, diabetes y obesidad) entre otros ejemplos (Castro, 2020).

Contrariamente a lo que las personas entendieron como conductas de preservación ante la posibilidad de contagio en centros de salud, las necesidades de atención y cuidado a la propia salud no se redujeron. Específicamente en el análisis del panorama de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, la atención en salud de la niñez, la adolescencia y las mujeres adultas, la pandemia y el aislamiento condujo a la agudización de algunas problemáticas socio sanitarias. Esto demostró que mantener los servicios de salud esenciales para la atención, sobre todo cuando estos no están universalizados, es un desafío mayor en el contexto de pandemia.

Específicamente las mujeres y personas gestantes vieron dificultado el acceso a los controles de embarazos, partos y pospartos; la elección y acceso a métodos anticonceptivos (MAC), a tratamientos para infecciones de transmisión sexual, a la interrupción legal del embarazo (IVE), a la hormonización de las personas transgénero y otras situaciones de vulneración de derechos vinculadas a los cuerpos y las sexualidades (Crosetto et al. 2020, ver en anexos). Nueve meses después de la declaración del inicio de la pandemia, muchos usuarios y usuarias no han regresado a la consulta ni retomado la normalidad de la relación médico-paciente.

A continuación, identificamos algunas problemáticas centrales de la atención a la salud sexual, reproductivas y no reproductiva de mujeres, niñas y personas trans, y describimos el

involucramiento de organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales, en la búsqueda de alternativas frente a las limitaciones de la acción del Estado. El objetivo es pensar la potencialidad de generar coaliciones entre estos sectores, que redunden en el bienestar de esta población.

Por ejemplo, las mujeres que cursan embarazos no planificados y contemplados dentro de las causales de no punibilidad establecidas desde 1921 en el Código Penal de la Nación, normalmente deben superar numerosos obstáculos antes de acceder a una interrupción voluntaria del embarazo en instituciones de salud (salvo escasas excepciones). En el contexto de pandemia, el acceso se torna aún más dificultoso. Especialmente complejo es el caso de aquellas niñas víctimas de violaciones y embarazadas, que, frente a la negativa o dilación del acceso al servicio, finalmente atravesaron un parto. Si bien se encuentran en vigencia los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación para la atención de estos casos, aspectos que hacen a la cultura institucional, así como la objeción de conciencia de profesionales, y la intervención de actores externos a la institución, obstruyen el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Desde hace algunos años diversas organizaciones feministas de mujeres y lesbianas ofrecen información sobre cómo realizar un aborto seguro utilizando misoprostol. Su trabajo se sitúa por fuera del Estado, no son profesionales de la salud, sino activistas voluntarios. Por ejemplo, Socorristas en Red (actualmente la organización más extensa en su tipo), ante las medidas de distanciamiento social, realizó una reorganización interna de los medios a través de los que transmitirían la información (ahora de manera virtual) e hizo posible que 7.350 mujeres accedieran a información sobre cómo auto gestionar un aborto seguro entre el 1 de marzo y el 30 de julio de 2020², y desde 2014 han documentado el acompañamiento a abortar a más de 30.000 mujeres. Otras interrupciones de embarazos se llevaron adelante en los servicios de salud donde profesionales y equipos de salud, en su mayoría vinculados a la Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir, posibilitaron la consulta pre-aborto, ofrecieron conserjerías, monitorearon un aborto medicamentoso ambulatorio y realizaron los controles postabortos (Drovetta, 2018). Esta organización es resultado del impulso de organizaciones feministas y su vinculación con profesionales de la salud comprometidos a realizar abortos no punibles.

Por otra parte, las mujeres que durante este período han sido madres, debieron afrontar mayores procesos de medicalización a los ya acostumbrados y denunciados como inapropiados. La violencia obstétrica es un problema persistente en las instituciones de salud. El propio Estado se ha involucrado en la búsqueda de soluciones mediante la sanción de la Ley de Parto Humanizado N° 25.929 en agosto de 2004 y su posterior reglamentación, en septiembre de 2015. Esta ley garantiza

² Información en www.socorristasenred.org

derechos a la mujer madre y la persona recién nacida, en relación con las prácticas que se llevan a cabo durante el parto, un derecho también contemplado en la Ley 26.485 de Protección Integral de la violencia hacia las Mujeres, de 2009. Si bien se trata de avances normativos, existen numerosos estudios que brindan evidencias acerca de la permanencia de situaciones enmarcadas como violencia obstétrica en las instituciones de salud, reflejando cómo los resguardos legales son invisibilizados en la práctica. Como contracara de esta problemática, diversos grupos que impulsan el movimiento por el parto humanizado brindan asesoramiento para la planificación de un parto en el hogar, acompañado por personal obstétrico y doula. El parto en domicilio parece evidenciarse como una estrategia de sectores sociales medios para evitar situaciones de violencia obstétrica en centros de salud. Sin embargo, la reglamentación respecto a los nacimientos en el hogar es casi inexistente, generando diversas complicaciones en la internación y/o control postparto.

Especialistas proponen la apertura de casas de asistencia/parto comunitarias, donde, entre otras múltiples actividades socio sanitarias, se promuevan los nacimientos con bajo riesgo, que acontecen en su mayoría en los hospitales y clínicas. Esto permitirá un doble beneficio: para las mujeres y sus hijos/as, ofrecerá la garantía de un trato profesional y respetuoso, acorde a la normativa internacional que protege a la díada madre-hijo de la violencia obstétrica. Por otra parte, señalan que el hospital podría redireccionar los recursos (humanos, espaciales, etc.) a quienes lo necesitan efectivamente, como las mujeres que cursan embarazos de alto riesgo (Rosemberg, et. al. 2020, ver en anexos).

Para aquellas mujeres o parejas que recurren a la reproducción asistida, en 2013 se sancionó en Argentina la Ley de Reproducción Médicamente Asistida, que regula su cobertura y acceso; y desde 2015 se reconocieron nuevas formas de filiación mediante TRHA con la reforma del Código Civil y Comercial (CCyC). Sin embargo, el Estado aún debe ofrecer respuestas sobre las consecuencias económicas, éticas, sociales y jurídicas que el vacío legal acerca de la diversidad de interpretaciones sobre el estatus del embrión in vitro (Johnson 2020, ver en anexos). La autora advierte además que esta disputa tiene efectos jurídicos a la hora de regular los derechos sexuales y reproductivos, como sucede en los debates por la legalización del aborto.

La demanda por el laicismo del Estado es transversal a las propuestas presentadas para encarar una agenda 2020-2030 en Argentina. Esto redundará entre otras cosas, en el acceso al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos consagrados en tratados internacionales y legislaciones nacionales con carácter de ley. El acceso a estos derechos es condición *sine qua non* para alcanzar una ciudadanía sexual, permitiendo equilibrar los factores de poder, así como los procesos que intervienen en la formación de los significados sociales (Di Marco, 2012).

Para finalizar, es preciso remarcar aspectos constitutivos a las expectativas de cambio en la atención a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en espacios de salud.

En primer lugar, es imprescindible adoptar una perspectiva interseccional para poder comprender y trabajar en la eliminación de las inequidades en salud que afectan a la población de mujeres, niñas y personas trans. Esto es, comprender el peso del género, la clase y la raza, entre otros factores, como herramienta para identificar las múltiples dimensiones de la opresión experimentada por las personas (Viveros Vigoya, 2016).

Por otra parte, en las situaciones enunciadas intervienen equipo de salud profesionales que requieren de capacitación dentro de los propios servicios de salud para la formación y actualización de conocimientos y habilidades con un marco teórico pedagógico orientado a construir y reforzar conocimientos y modificar actitudes, conductas y hábitos (Lourtau et al. 2020 ver en anexo). Pero además de entender el problema de la relación médico/a con las usuarias de salud como un problema de capacitación, es imprescindible comprenderlo en términos sociológicos, dando lugar así a la búsqueda de la modificación del *habitus médico*, e implementar reformas positivas desnaturalizando aspectos de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza, los que se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas "razonables" y de "sentido común" posibles en tanto profesionales (Castro, 2014).

Finalmente, se evidencia que la relación entre movimientos sociales por la salud y el campo de la salud, pueden establecer mejores diálogos, proponer acciones conjuntas y establecer acuerdos sobre las necesidades de las usuarias, quienes muestran un ejercicio activo de sus capacidades de demanda y colectivización, a través de lo que se podría denominar la *politización de la paciente*. Esto es, la organización de quienes atravesaron una experiencia en una institución de salud y se organizan para que el servicio mejore, basándose en sus propios conocimientos que, aunque legos, se hallan fundados en la experiencia.

4.2. Cuestiones ligadas a la salud de los pueblos indígenas

El convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)³ adoptado en Ginebra, Suiza, en la 76ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en 1989, y ratificado por la Argentina, por medio de la ley 24.071

³ Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (1989). Disponible en: <https://www.mop.cl/asuntosindigenas/Documents/convenio169.pdf>

en 1992⁴ establece que debe garantizarse el acceso a información, la participación y el diálogo entre el Estado y los Pueblos Indígenas, toda vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente, de modo que puedan participar activamente en los procesos de toma de decisiones.

En su Artículo 25:

- 1) Los gobiernos deberán velar por que **se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control**, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
- 2) Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. **Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta** sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus **métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales**.
- 3) **El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local** y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

La Argentina, habiendo ratificado el Convenio de la OIT concerniente a los Pueblos Indígenas y Tribales, se encuentra comprometida a cumplir las obligaciones establecidas en el Convenio y a ejecutar sus disposiciones de la manera más efectiva. A esto se suma, en Septiembre de 2007, la aprobación de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas⁵ que, si bien no tiene fuerza jurídica obligatoria, refleja el compromiso de los Estados por avanzar en una cierta dirección y respetar determinados principios. Así, en su Artículo 18 estipula que:

los pueblos indígenas tienen el derecho a participar en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten a sus derechos, por conducto de representantes elegidos por ellos de conformidad con sus propios procedimientos, así como a mantener y desarrollar sus propias instituciones de adopción de decisiones

Con esto se busca establecer medidas que permitan asegurar la efectiva igualdad en el acceso a derechos humanos de los pueblos indígenas y la sociedad en su conjunto.

Tales principios y legislaciones representan el punto de partida hacia una verdadera inclusión

⁴ Ley N° 24.071 (1992). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/470/norma.htm>

⁵ Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007). Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/issues/ipeoples/pages/declaration.aspx>

de las medicinas de los pueblos originarios. Para ello, se prevé la “consulta previa”, un derecho de los pueblos indígenas que se orienta a garantizar el acceso a información, la participación y el diálogo entre el Estado y los Pueblos Indígenas, toda vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente, de modo que puedan participar activamente en los procesos de toma de decisiones. El convenio 169 en su artículo 6° - Punto 1- establece que los gobiernos deberán:

consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;

establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernen; y

establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin.

Cabe señalar que, si bien se ha avanzado en materia de derechos de los pueblos indígenas, aún no se dispone de una legislación que reconozca, habilite y regule la medicina tradicional/ancestral indígena en la Argentina.

En ese contexto, cualquier propuesta que pueda realizarse debe partir de la base que la medicina tradicional indígena y el “buen vivir” en el que se fundamenta, dependen del acceso a los territorios ancestrales y, al mismo tiempo, de la conservación de su biodiversidad medioambiental. Al respecto, la situación en nuestro país no es homogénea y ha fluctuado a lo largo de la historia. El contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19 no ha hecho más que profundizar desigualdades estructurales que ya afectaban a las poblaciones que se reconocen pertenecientes a pueblos originarios. En el informe realizado en el marco del ASPO para relevar la situación de “Pueblos indígenas y COVID-19 en Argentina”⁶ (2020) se identifica entre las principales problemáticas relevadas aquellas vinculadas con el ámbito educativo, el económico-laboral, el de la salud, la conflictividad ambiental y territorial, el recrudecimiento de las situaciones de violencia y discriminación y los problemas de acceso a la información y la justicia. Este informe señala respecto a la salud, que la situación pandémica y las medidas de aislamiento han puesto de relieve las deficiencias estructurales del sistema sanitario en lo que refiere a la atención de los pueblos

⁶ Pueblos indígenas y COVID-19 en Argentina: principales lineamientos de un informe colaborativo. Lucía Aljanati ... [et al.]; prefacio de Mario Pecheny; prólogo de Alicia Barabas; Miguel Bartolomé. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2020.

indígenas, al mismo tiempo que permitió visibilizar, en los trabajos considerados esenciales, la extensa participación en atención y cuidados de profesionales y agentes de salud indígenas. A los problemas históricos de accesibilidad a las prestaciones de salud pública, se suma la falta de información con pertinencia cultural y en la lengua que se habla en el territorio de cada comunidad. Otra cuestión insoslayable es la falta de acceso a servicios de agua potable en cantidad y calidad suficiente, así como el hacinamiento en algunas localidades, lo que impide dar cumplimiento a las medidas de prevención más básicas y eficientes. Además, muchas comunidades se encontraban afectadas previamente por situaciones graves, como la pertenencia a regiones del país con situaciones epidemiológicas críticas, como tuberculosis, chagas y parasitosis; la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, anemia, gastroenteritis, malnutrición y/o desnutrición; a lo que se sumó el pico estacional del dengue.

A partir de tales consideraciones, y en base a la propuesta realizada en el foro por Verónica Azpiroz Cleñan (2020), representante de pueblos originarios, presentamos a continuación las propuestas para el fortalecimiento de un escenario comunitario, participativo e integral que respete diversidad étnica, cultural y lingüística que caracteriza al territorio argentino:

- Elaborar una Ley para el reconocimiento de la práctica de la Medicina Ancestral/Tradicional Indígena por parte del Estado Argentino, orientada a su legalización e interacción con el sistema público de salud. Al respecto, si bien en diferentes momentos y desde diversos sectores se han impulsado algunos proyectos, aún resta establecer ciertos consensos para avanzar en ese sentido. La legislación propuesta debe contemplar:
 - ✓ El Registro de Especialistas de la medicina ancestral indígena a partir de los protocolos intraculturales de cada pueblo originario.
 - ✓ La elaboración de un modelo de referencia y contrarreferencia entre la biomedicina y la medicina ancestral indígena, en el primer nivel de atención, para los servicios básicos en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).
 - ✓ La posibilidad de establecer centros de salud de medicina indígena, casas de parto respetado para facilitar el parto con identidad e identificar el duelo gestacional y muerte perinatal desde los protocolos culturales de cada uno de los pueblos originarios.
 - ✓ El reconocimiento de “farmacias vivas” en el territorio, eso implicaría además de la aceptación del valor de proteger la biodiversidad de especies (vegetales, animales, minerales y fúngicas) con valor medicinal, su paulatina incorporación a los procesos de aprobación de su uso por el ANMAT, como estrategia de APS y de formación de los equipos en el primer nivel de atención.

- ✓ La disminución de las barreras lingüísticas en el acto médico dentro en los centros de atención primaria, con la incorporación de un/a facilitador/a cultural y el reconocimiento salarial a los equipos de salud que hablen y/o aprendan lenguas indígenas en los territorios con mayor densidad poblacional de hablantes nativos (Chaco-Formosa-Salta-Neuquén-Río Negro –Chubut y Gran Buenos Aires)
- Establecimiento de un Plan Nacional de Comunicación en Salud con adecuación lingüística y pertinencia cultural para los 36 pueblos y 14 lenguas vivas del territorio argentino.
- La incorporación de la variable étnica en los registros de las estadísticas vitales y en el SISA, así como en los certificados de nacimiento y de defunción. Tal registro habilita la visibilización de la diversidad constitutiva de nuestro país, al tiempo que la identificación de las problemáticas de salud-enfermedad-atención que afectan especialmente a ciertos grupos poblacionales/territoriales.
- Promover líneas de investigación en etnoepidemiología y/o epidemiología sociocultural de cada uno de los pueblos originarios y diversidades culturales.
- Reglamentar el art. 18 del Código Civil y Comercial, con la Ley Nacional de Propiedad Comunitaria Indígena o de Territorios Comunitarios Indígenas. En ese marco:
 - ✓ Promover y sostener el Kúme Mogen (buen vivir) en los territorios indígenas como medida para garantizar acceso al agua.
 - ✓ Limitar los procesos de reducción territorial/ explotación y privatización de tierras comunitarias.

En cualquier caso, aplicar el Convenio 169 OIT, Consulta, Libre, previa e Informada para todo diseño de política sanitaria destinada a pueblos indígenas.

4.3. Cuestiones ligadas a la salud mental y derechos humanos

4.3.1. Problemática actual identificada

En la Declaración de Caracas (1990)⁷, se expresa la necesidad de producir en la región una reestructuración de la atención psiquiátrica, y con ello revisar críticamente el papel del hospital psiquiátrico por ser hegemónico y centralizador en la prestación de servicios. En su primer punto indica también que se deben revisar los modos de atención de la psiquiatría convencional, ya que impiden alcanzar una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y

⁷ Declaración de Caracas. Venezuela 14 de noviembre de 1990. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

preventiva.

En Argentina aún persiste un modelo basado en funciones de control social, transgresión de los derechos de las personas y altos índices de cronificación de personas que resultan internadas en hospitales y colonias. Esto, anclado en un modelo asilar o manicomial, sustentado y validado históricamente por la psiquiatría clásica, que anudó, en tanto “dispositivo de poder”, elementos heterogéneos (discursos, roles, estatutos, modos de tratamiento, medidas administrativas y leyes, criterios normalizadores, disposiciones reglamentarias, ordenamientos arquitectónicos, etc.) (Barraco, 2018). Los procesos de reforma psiquiátrica y desmanicomialización se han extendido y diversos países los han transitado (Italia, Inglaterra, Francia, España, Brasil). En Argentina contamos con valiosas experiencias de este tipo y con un importante movimiento por la salud mental, que a la vez se enfrentan a la presencia de históricas resistencias que impiden una plena transformación del campo.

Con la sanción de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010)⁸, y su decreto reglamentario 603/13⁹ Argentina dispone de un marco normativo que incorpora los diversos tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos, y compatibiliza con el modelo social de la discapacidad, destinado a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad psicosocial (CDPCD, ONU, 206)¹⁰. Por su parte, el Código Civil y Comercial de la Nación (2015), incorpora los lineamientos de la Ley 26.657 y apunta a consolidar a las personas afectadas por padecimientos psíquicos como ciudadanos/as con derechos (Buhlman, Burijovich, Heredia, Passini, Yoma, 2020).

Este constructo normativo insta a la adopción de un enfoque de derechos en las políticas públicas en salud mental en todo el territorio nacional, que avance hacia la concreción de un paradigma superador. La LNSM y en la definición de salud mental allí expresada (Art. 3, Ley 26657), propone un nuevo universo de significaciones desde el cual redefinir los abordajes en este campo. Se vincula a la salud mental con la determinación social y con los derechos humanos, contempla la protección del derecho a la salud mental de toda las personas y comunidades, no sólo de los usuarios/as actuales o frecuentes del sistema (Acosta, 2020; Buhlman, et al., 2020). Plantea la progresiva reestructuración de los hospitales psiquiátricos, su reemplazo por sistemas de atención

⁸Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

⁹ Decreto reglamentario 603/13. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

¹⁰ Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 206) Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

comunitaria, y garantiza derechos civiles a las personas (OPS/OMS, 2010)¹¹. Define contenidos esenciales y se constituye como una herramienta para impedir la vulneración de derechos para las personas con padecimiento subjetivos, ya que ubica al Estado como principal garante de estos derechos y protector de la salud mental de la población. Se establece la importancia del trabajo interdisciplinario y la democratización disciplinar para el diseño de abordajes integrales de la salud que brinden y garanticen a las personas una visión amplificada del padecimiento, haciendo confluir múltiples saberes clínicos-terapéuticos y sociales (Barraco, 2018; Art. 13 Ley 26.657).

La sanción de la LNSM dio lugar a numerosos cambios y adecuaciones progresivas del sistema de salud, las cuales se continúan hasta la actualidad y con resultados dispares en el territorio argentino (Ardila Gómez et al., 2016; Acosta, 2020; Fotia et al., 2017; Fotia y Assis, 2012; Rojas, et al., 2014; Rosales y Ardilla Gómez, 2017; Sabin Paz, et al., 2015; CELS, 2015).

Aunque generar condiciones y acciones tendiente a garantizar los procesos de externación estuvo descuidado y por fuera de las prioridades públicas establecidas durante años, hoy emerge como una urgencias a atender en el contexto de pandemia y post pandemia, no sólo por su gravedad, sino porque en el marco de los compromisos adquiridos por Argentina, el 2020 se estableció como fecha límite para la transformación definitiva de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por una red de dispersivos de anclaje comunitario (Buhlman, et. al., 2020).

Los datos del “Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental” realizado en Argentina en 2019¹², muestra que 12.035 personas aún permanecen internadas en hospitales psiquiátricos de Argentina. El tiempo promedio de internación es de 8,2 años en los subsectores públicos y privados, lo que asciende a 12,5 en el público; el 63,6 % de las personas se encuentran internadas sin presentar criterio de riesgo cierto e inminente, único criterio que justifica la internación según la LNSM; y el promedio de edad de las personas internadas es de 50 años, con un mínimo de 7 años y un máximo de 96 años de edad. Esto cobra particular relevancia en contexto de pandemia, la situación de internación en estas instituciones aumenta el riesgo de contagio para la población que las habitan, lo que redundará en mayor vulnerabilidad (ONU¹³,2020; Buhlman, et al., 2020). Un elevado porcentaje de las instituciones monovalentes en Argentina se encuentran dando

¹¹OPS/OMS-Comunicación del 21 de febrero 2011 sobre la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=629:argentina-promulgo-ley-nacional-salud-mental&Itemid=236

¹² Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Primer censo de personas internadas por motivos de salud mental (2019), Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf; http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/grafic/0000001537cnt-2019-08-01_informe-ejecutivo-censo-salud-mental.pdf

¹³ Organización de las Naciones Unidas, “Covid-19 y los derechos de las personas con discapacidad: directrices”, 30 de abril de 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

respuesta a problemáticas y situaciones sociales tales como falta de vivienda, trabajo o seguridad social, que deberían ser resueltas intersectorialmente y por medio de una red de dispositivos comunitarios que eviten la ruptura de lazos sociales, deterioro físico y emocional, dificultades para el pleno desarrollo de los procesos de inclusión social, entre otras (CELS, 2015 en Buhlman et al., 2020).

Por otra parte, si bien existe un creciente reconocimiento legislativo y gubernamental sobre la participación de las personas usuarias de servicios de salud mental en las políticas públicas, aún persiste los cuestionamientos sobre su “capacidad” para participar en dichos espacios y se enfrentan diversidad de barreras vinculadas principalmente a los prejuicios y estigmas que operan (Yoma, 2019). Barreras para la participación que también se encuentran en algunas asociaciones de usuarios/as (Ardila, et al., 2019).

En Argentina tanto a nivel de las prácticas como de las políticas vigentes para el abordaje de los padecimientos mentales, nos encontramos con el problema del diagnóstico en salud mental, esto conlleva: dificultad para conocer los números reales en el campo y diseñar políticas adecuadas, y fallas en el diseño de las estrategias terapéuticas (Barukel y Stolkiner, 2018).

Se identifican también problemáticas vinculadas al cuerpo y socialización en contextos de encierro que echan luz sobre la relación entre el cuerpo, identidad y los procesos institucionales en el campo de la salud mental (Rojas Machado, 2019); problemas vinculados a la deserción laboral en las guardias de salud mental en hospitales generales por las condiciones de precariedad laboral (López Steinmetz y Herrera, 2020). Se suma a esto, la judicialización de la salud y la persecución a los trabajadores y trabajadoras de la salud en algunas jurisdicciones; entre otros.

Actualmente, la psiquiatría tradicional se configura en el marco de las tecnociencias que convergen con la industria química-farmacéutica y la genética. Las corporaciones farmacéuticas, inscritas en el tecnocapitalismo, pasaron a ser de las actividades con mayor margen de renta del sistema. Esto también da lugar a la mercantilización del padecimiento (a través de la búsqueda de los orígenes genéticos, neuroquímicos y fisiológicos del comportamiento humano) y a neutralizar los efectos del atravesamiento que las prácticas sociales ejercen sobre las personas (Barraco, 2018; Menéndez, 2020).

Menéndez (2020) identifica que, este constante proceso de tecnificación de la biomedicina, relacionado con la aplicación de la inteligencia artificial, incluye una creciente robotización y computarización de actividades biomédicas, cuyos objetivos más próximos son solucionar problemas de salud específicos. Las futuras formas de atención y prevención biomédicas, traen también algunas cuestiones contradictorias o conflictivas entre sí. La medicina personalizada a través de la genética, propone adecuar el tratamiento médico a las características individuales de la persona asistida lo cual

permitiría identificar enfermedades y diseñar respuestas singulares y más seguras. Esto implicaría mayor eficacia y una fuerte reducción de costos (por la especificidad y la eliminación de efectos adversos del fármaco). Opera en términos de atención y preventivos, especialmente para las primeras causas de mortalidad (cardiovasculares y cancerígenas), y también en términos de diagnóstico y de atención (actualmente se está aplicando también a problemas de salud mental). Una de las barreras que presentan algunos tratamientos de este tipo son sus altos costos (prohibitivos para gran parte de la población mundial); a la vez que permite seguir incrementando las industrias de la enfermedad y de la salud.

4.3.2. Propuestas para el fortalecimiento de un escenario comunitario, participativo e integral en salud mental

Aspectos transversales para la transformación a futuro en salud mental:

El estado es el agente responsable de proteger, promover y garantizar los derechos a la salud/salud mental de la población (Ase, Burijovich, 2009). El campo de la salud mental es más que las políticas del sector, pero al interior del Estado es necesario: fortalecer la rectoría en salud mental; construir una intersectorialidad de alta intensidad (CoNISMA); construir un federalismo cooperativo que atienda las desigualdades regionales; diseñar políticas que produzcan un giro hacia los territorios y sostener políticas de proximidad; regular los avances de la biomedicina; promover políticas de salud mental que estén en todas las políticas; diseñar políticas de reparación patrimonial y simbólica para las “vidas arrasadas” por los manicomios; promover el control y monitoreo de las organizaciones sociales hacia las políticas públicas de salud mental (Burijovich, 2020). Por lo tanto, se propone:

- Diseñar políticas públicas de salud mental conforme los marcos normativos de salud mental y derechos humanos. A las iniciativas de acompañamiento y atención específicas, es necesario sumar políticas orientadas a garantizar el pleno goce de los derechos económicos, sociales y culturales por su interdependencia e indivisibilidad.
- Fin del encierro manicomial. Sustitución definitiva de los manicomios. Giro territorial. Abordaje comunitario. Políticas de proximidad.
- Incorporar la perspectiva del buen vivir de las corrientes interculturales latinoamericanas. Políticas de salud mental interculturales con incorporación del sistema etnomédico y la salud de los pueblos originarios para una vida digna.
- Incluir la perspectiva de género en todas las políticas de salud mental y cuestiones ligadas a la autodeterminación de los cuerpos. Establecer el derecho al cuidado. El manicomio ha

sido funcional al patriarcado. Por lo tanto, una acción global por el fin de los manicomios es aportar a una vida libre de violencia hacia las mujeres. Diseñar políticas y abordajes que promuevan la despatologización plena de las personas trans y de género diverso.

- Fortalecer el modelo social de discapacidad. Considerar los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados y producir análisis situados de las realidades locales para garantizar el acceso a derechos. Diseñar políticas públicas que resuelvan las barreras sociales existentes para el acceso al sistema de salud/ salud mental.
- Fortalecer los mecanismos de participación de la sociedad civil y organizaciones sociales para su inclusión efectiva en el proceso de elaboración, control y monitoreo de las políticas públicas de salud mental.
- Promover y acompañar la participación de las personas usuarias de salud mental en la producción, implementación, evaluación de las políticas públicas referidas a salud mental. Fortalecer las organizaciones de usuarios/as y los mecanismos para la participación plena y la toma de decisiones, brindando los apoyos para tal fin. Dar lugar a la palabra instrumentada: no solo escuchada sino efectiva. Desandar el déficit de credibilidad que portan las palabras de las personas usuarias de salud mental. Eliminar las barreras existentes para la participación.
- Erradicar toda forma de tortura, trato cruel inhumano y degradante. Ningún criterio sanitario puede justificar este tipo de acciones.

Aspectos centrales para la transformación a futuro en salud mental:

- Diseño de políticas públicas para la reconfiguración del sistema y un abordaje en salud mental con un modelo interdisciplinario, integral, intersectorial, con anclaje territorial.
- Aumento del presupuesto en salud mental hasta alcanzar el 10% del porcentaje total del presupuesto en salud, cuyas partidas se orienten a la creación de la red dispositivos sustitutos de base comunitaria, ampliación de equipos de salud mental del primer nivel de atención y la creación de servicios de salud mental en hospitales generales, con perspectiva de APS.
- Desarrollo de planes de adecuación provinciales para manicomios públicos y privados conforme los requerimientos de los marcos normativos nacionales y provinciales vigentes en salud mental. Hasta lograr la sustitución definitiva por la red de dispositivos comunitarios.
- Dotar de recursos económicos e institucionales para la promoción y creación de Órganos

de Revisión Locales que permitan monitorear, acompañar y promover el cumplimiento de la LNSM en todas las provincias.

- Fortalecer los mecanismos de coordinación interjurisdiccional entre la Dirección Nacional de salud mental y adicciones y las direcciones provinciales.
- Promover la adecuación de prestaciones de obras sociales y subsector privado hacia prácticas acordes con la LNSM.
- Diseñar políticas que salden las desigualdades existentes en las condiciones laborales de los/as trabajadores/as de la salud, en las carreras profesionales del sistema sanitario, las asimetrías salariales y de derechos laborales, y la exclusión de disciplinas “no médicas”.
- Intervención de instituciones nacionales y provinciales que se ocupen de la atención de la salud en sus intersecciones (a mujeres, géneros y disidencias; niños, niñas y adolescentes; personas adultas mayores, etc.).
- Garantizar el derecho a la continuidad de cuidados de las personas a través de políticas que promuevan prácticas interdisciplinarias e integrales de la salud en territorio, con apoyo de los diversos sectores y jurisdicciones implicadas. Fortalecer la promoción, prevención y abordaje temprano de la salud mental (acompañamiento en procesos de salud/enfermedad/cuidados).
- Diseñar Políticas públicas integrales, intersectoriales e interseccionales para garantizar el acceso a la vivienda, trabajo, seguridad social y educación de las personas usuarias de salud mental. Desarrollar medidas específicas (sistemas de cupos en trabajo o vivienda) para lograr la igualdad de hecho de las personas en proceso de externación o con discapacidad psicosocial.
- Generar políticas de comunicación que eviten la discriminación y la estigmatización. Fortalecer política integral que incorpore dinámicas de comunicación y producción de sentido desde una perspectiva de Derechos Humanos. Intervención de la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual en la garantía del tratamiento mediático responsable de las temáticas de salud mental en los medios de comunicación. Control de la publicidad comercial ajustada a criterios de veracidad, sobre todo aquellas que garantizan la felicidad y una vida libre de angustias.
- Desarrollo de estudios epidemiológicos amplios, críticos, participativos, longitudinales; como estrategia para evaluar el impacto que ha tenido la pandemia por el Covid-19 y las políticas implementadas en la salud mental de las personas; y para delinear acciones futuras.

- Promover relaciones democráticas, participativas, respetuosas entre el sistema, el equipo de salud y las personas usuarias. En particular, se debe: fortalecer los mecanismos de acompañamiento para el acceso a realizar denuncias administrativas o frente a la justicia en casos donde sus derechos se hayan vulnerado; fortalecer los mecanismos para demanda de prestaciones y servicios; garantizar las condiciones para ejercer su ciudadanía activamente, con voz y poder para decidir sobre su vida, sus tratamientos y ejercer plenamente su autonomía; garantizar el acceso a la información y a abordajes de la salud respetuosos de sus derechos (ser escuchados, adecuados procesos de consentimiento informados, incorporación de decisiones anticipadas, etc.); garantizar la vida independiente en comunidad; desarrollar o fortalecer las redes comunitarias que eviten la desafiliación. Brindar sistemas de apoyos que no anulen los proyectos; eliminar las barreras existentes; erradicar el encierro, la patologización y la medicalización de la vida cotidiana.
- Garantizar el acceso de las personas de salud mental a las mejores tecnologías disponibles para el cuidado de su salud (entre ellas las farmacéuticas), en igual de oportunidades e independientemente de cualquier otro determinante económico, social o cultural.
- Proteger los intereses de las personas por encima de cualquier interés mercantilizado y lucrativo de la salud (controlar la producción de enfermedades).
- Erradicar las barreras de acceso a derechos a las que se enfrentan las personas con discapacidad psicosocial e incorporar nuevos derechos para las personas usuarias (ej. derecho a la conectividad).
- Promover una ley de reparación patrimonial y simbólica para las personas internadas o que padecieron institucionalizaciones prolongadas, cuyas vidas han sido arrasadas por el manicomio.
- Promover la conformación de dispositivos tales como: Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) coordinados por expertos por experiencia (Robinson, A., 2020-ver propuesta anexa) y la gestión de instancias de divulgación e implementación de dispositivos socio-culturales en salud mental (Acosta, M. C., 2020- ver propuesta anexa).

Consideraciones para futuras pandemias: políticas de proximidad

Como ya lo informó la Organización de Naciones Unidas¹⁴ el Covid-19 está teniendo un impacto

¹⁴ Organización de las Naciones Unidas, "Covid-19 y los derechos de las personas con discapacidad: directrices", 30 de abril de 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

desproporcionado en instituciones psiquiátricas, instituciones sociales e instituciones para personas mayores, lo que provoca altas tasas de infección y muerte. Afirma que las personas institucionalizadas están más expuestas y con mayor riesgo de contraer Covid-19, por condiciones de salud subyacentes, por el impedimento de cumplir con el distanciamiento físico entre las personas internadas y trabajadores/as, lo cual se agrava con el riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humano (abandono, restricción, aislamiento y violencia).

La Pandemia por el Covid-19, evidenció la disputa entre paradigmas que aún se encuentran en pugna y en ese marco se profundizaron las dificultades preexistentes. Frente a esta situación, se considera necesario monitorear lo que sucede, recuperar testimonios y definir prioridades desde los derechos humanos, ligados a la protección de los/as más vulnerables y de los/as que menos tienen en la Argentina (Buhlman, et al., 2020). A partir de la experiencia se definen a continuación algunos lineamientos propositivos al respecto:

- Incorporar todas las anteriores. Acelerar y profundizar medidas para la sustitución del manicomio.
- Evitar las tensiones y sobrecargas del sistema sanitario.
- Atender a las dificultades estructurales del sistema de salud (hospitalocentrismo, hegemonía biomédica, perspectiva reduccionista, escasa integración intersectorial y fragmentación)
- Nutrir los Centros de Operaciones de Emergencia (COE) con la incorporación de representantes del campo de la salud mental.
- Fortalecer las estrategias del cuidado de la salud interdisciplinarios e integrales, en articulación con los diversos niveles, sectores y jurisdicciones.
- Diseñar recomendaciones y medidas específicas entre los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud para los barrios populares a los fines de articular estrategias locales que evitaren la propagación del virus, atendiendo a la diversidad territorial, necesidades y demandas diferenciadas de la población. Visibilizar las realidades locales posibilita el trabajo comunitario que los equipos de salud y salud mental ya desarrollan en algunas comunidades.
- Armonizar entre la extensión y complejidad de las problemáticas de salud mental de las comunidades y la organización y el funcionamiento del sistema sanitario ya que se encuentra más y mal enfocado a la atención en el tercer nivel. Los déficit, inconsistencias y desarticulación de los programas de los gobiernos locales, provinciales y a nivel nacional generan desequilibrios y desigualdades territoriales que sufren las poblaciones, las cuales

se profundizan en situaciones de emergencia.

- Priorizar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en salud mental para afrontar la situación crítica. La prevención en el territorio y el trabajo comunitario en salud mental son esenciales a la hora de acompañar las medidas de urgencia sanitaria. Además, son de fundamental importancia para acompañar los procesos de externación de las personas usuarias de salud mental, y contener los efectos subjetivos que podría provocar esta situación de emergencia sanitaria inesperada.
- Fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo territorial y comunitario ya que en términos de prevención pueden aportar al cumplimiento de las acciones diseñadas para tal fin en situaciones de urgencia sanitaria. El primer nivel de atención, es el de mayor complejidad social y capta la mayor cantidad de demanda por su proximidad territorial y complejidad de problemáticas que recibe.
- Fortalecer los equipos interdisciplinarios de salud mental en los territorios, ya que posibilita el ejercicio pleno del derecho a una inclusión comunitaria de las personas usuarias de salud mental.
- Articular acciones con las organizaciones sociales territoriales ya que pueden ser un actor clave a la hora de lograr mayor efectividad en las acciones definidas. Los equipos territoriales son esenciales ya que cuentan con la cartografía de los actores locales.
- Promover el diseño de dispositivos que generen encuentros y garanticen el "derecho a ser escuchados/as" y a expresar temores y necesidades de las personas usuarias de salud mental y de la comunidad en general. Acompañar procesos de prevención escuchando los relatos de las personas que están transitando la emergencia sanitaria. Disponer y poner a disposición espacios de salud que cuiden, cobijen y apoyen la elaboración de los posibles efectos que puede producir una situación disruptiva, y eviten el sufrimiento de las personas.
- Garantizar la continuidad de cuidados por motivos de padecimiento mental pre-existente o los que pudieran emerger durante la situación de crisis.
- Diseñar estrategias para la asistencia de problemáticas prioritarias (de salud sexual y reproductiva, la salud mental comunitaria, las enfermedades crónicas no transmisibles, violencia de género, consumos problemáticos de sustancias, entre otras).
- Fortalecer las estrategias de externación de manera que las personas puedan volver a la comunidad, donde se debería asegurar la prestación de apoyo a través de redes vinculares, familiares y/o informales, así como financiar los servicios de apoyo de

proveedores de servicios públicos o privados (ONU, 2020)

La ley de salud mental no es un punto de llegada, sino un avance importante en un camino que garantice derechos humanos. La pandemia apareció como un “parteaguas” que nos permite hablar de un futuro a partir de las falencias que quedaron expuestas. La proyección post pandemia aparece como una oportunidad de analizar lo que queda por transformar y qué cuestiones deberían captar la atención de una agenda que construya el derecho al futuro. Esto va a requerir un esfuerzo político organizado del Estado y del movimiento salud mentalista (Buriyovich, 2020).

5. Nuevo pacto por la salud en la Argentina postpandemia

La construcción de un escenario que garantice el derecho a la salud y que avance hacia formas de salud colectiva requiere nuevas maneras de interactuar entre los actores del campo. Cuáles son las alianzas necesarias y cómo pueden financiarse alternativas políticas que le construyan viabilidad son algunas de las preguntas centrales. El diálogo entre actores estatales y societales, la complementariedad de las organizaciones e instituciones, más allá de las propias responsabilidades y mandatos son una forma de hacer frente a los retos de salud del futuro.

Nuevos pactos en salud pueden plantear acuerdos beneficiosos con respecto a los complejos problemas de salud. Para esto es necesario revisar los viejos y contar con nuevos marcos políticos, jurídicos y financieros que posibiliten enfrentar los desafíos hacia adelante, para subsanar brechas y actuar en áreas donde los sistemas de salud han fracasado hasta el momento. Existen algunas experiencias que es necesario evaluar y documentar para extraer enseñanzas que permitan avanzar.

Para esto proponemos un Nuevo Pacto por la Salud a tres niveles: en el plano internacional, un nuevo pacto por la cooperación en salud internacional; en el plano nacional, un nuevo pacto por el derecho a la Salud; y a nivel de los movimientos sociales, un nuevo pacto de ciudadanía en salud.

5.1. En el plano internacional: nuevo pacto por la cooperación en salud internacional

En los últimos años, las respuestas de los países de América Latina a los problemas de salud de sus poblaciones, han sido por lo general unilaterales y aisladas. Se observa un debilitamiento de las estructuras de integración regional. La aparición del Covid 19 ha actualizado algunos debates y promovido intercambios entre los países. En este marco, la discusión sobre cómo garantizar el acceso

a la salud y la previsión sobre cómo encarar futuras crisis (escenarios de pandemias recurrentes) de manera conjunta es imprescindible. Los países de la región requieren de otros países para resolver los problemas de salud.

En esa dirección y en diferentes ámbitos (Reunión de Ministros de salud del MERCOSUR, Cumbre de Líderes del G20) Argentina expresó su voluntad de cooperación firmando acuerdos sobre diversos temas: salud ambiental y del trabajador, asistencia alimentaria a grupos vulnerables y refrendó su apoyo al Mecanismo COVAX –Fondo de Acceso Global para vacunas Covid-19¹⁵.

Estas iniciativas van en la dirección de ampliar la cooperación, fortalecer la solidaridad internacional, el compromiso para una distribución equitativa de las vacunas y para que “el ritmo de la innovación acompañe a la accesibilidad” ...“Argentina ha sostenido un sólido compromiso apoyando toda iniciativa regional o global destinada a facilitar el acceso universal y equitativo a medicamentos, tratamientos y vacunas, garantizando el acceso a estos bienes públicos globales, a través de licencias gratuitas o suficientemente asequibles.” (Ginés González García, 2020).

Argentina ha apoyado las iniciativas que proponen el acceso con un criterio de equidad en la investigación y desarrollo de diagnósticos, vacunas, tratamientos y productos médicos y ha instado en diferentes ámbitos internacionales a promover acciones que aseguren el acceso universal a estos bienes públicos globales. Ha propuesto una respuesta global y coordinada para combatir la pandemia y la creación de un fondo de emergencia

En el marco de la XLVI Reunión Ordinaria MERCOSUR los ministros de salud acordaron una declaración y se comprometieron a intensificar la cooperación horizontal con un enfoque multisectorial y de todos los niveles de gobierno con el fin de contener y controlar la pandemia de COVID-19 y mitigar sus efectos.

En la declaración, también se comprometieron a trabajar para remover las barreras de acceso a las vacunas y a tratamientos para COVID-19, entendiendo a las tecnologías sanitarias desarrolladas como bienes públicos globales.

A su vez, el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto creó la Unidad de Coordinación de Salud Internacional, la cual tiene por objetivo la asistencia en la formulación y coordinación de políticas relativas a la salud internacional y en la definición de la posición nacional en esta materia. A través de la Resolución 275/2020 se crea esta Unidad donde se destaca que “la salud pública es una política fundamental para el Estado Nacional que requiere de la elaboración de

¹⁵ El acelerador ACT es una iniciativa de colaboración mundial para acelerar el desarrollo y la producción de pruebas, tratamientos y vacunas contra la Covid-19 y garantizar el acceso equitativo. Covax está codirigido por la Alianza Gavi para las vacunas, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias y la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>

estrategias de mediano y largo plazo. Precisa también que se requiere de la definición de estrategias globales para promover el acceso universal a la salud y los medicamentos y el impacto del cambio climático en la salud de la población”¹⁶.

5.1.1. Propuesta de política pública

El contexto actual de pandemia habilita la discusión para repensar a futuro la cooperación en salud internacional, haciendo eje en la relación Sur-Sur y en la soberanía sanitaria. También es de importancia rediscutir el predominio de la biomedicalización de la salud internacional.

La Argentina puede liderar procesos de cooperación multilateral y fortalecer los ámbitos institucionales de articulación en salud internacional, en especial la cooperación latinoamericana y Sur-Sur que permitan:

- Rediscutir la agenda sanitaria internacional en base a las necesidades y las capacidades de los países.
- Incorporar la perspectiva decolonial, de soberanía sanitaria y de interculturalidad.
- Afrontar regionalmente las discusiones con las industrias farmacéuticas, garantizar una distribución equitativa de medicamentos, vacunas y tecnologías de diagnóstico a todas las poblaciones que los necesiten.
- Favorecer un esfuerzo conjunto para pensar sobre la producción y el acceso en gran escala a los resultados de las investigaciones biomédicas.
- Discutir el paradigma económico y elevar los medicamentos a la categoría de bien público.

Frente a emergencias globales la cooperación regional puede actuar como “escudo epidemiológico” para prevenir el avance de enfermedades y contribuir a su control.

5.2. A nivel nacional: Nuevo pacto por el derecho a la salud

La crisis sanitaria generada por la pandemia aparece como una oportunidad para reconsiderar el modelo actual y proponer un nuevo Pacto por el Derecho a la salud. El modelo vigente se ha visto agravado y ha puesto en evidencia sus problemas estructurales.

El sistema sanitario argentino, reiteradamente ha sido caracterizado como fragmentado, atomizado, desintegrado y segmentado, pero, además, atravesado por una lógica corporativa en su

¹⁶ Creación de la Unidad de Coordinación de Salud Internacional en el ámbito de la Cancillería. Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto - Argentina. Martes 24 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.cancilleria.gob.ar/es/actualidad/noticias/creacion-de-la-unidad-de-coordinacion-de-salud-internacional-en-el-ambito-de-la>

funcionamiento; todo lo cual impide que garantice el derecho a la salud de manera universal e igualitaria, se ha mostrado fuertemente “resiliente” a los intentos reformistas, a los climas de época políticos e, inclusive, a las crisis económicas. La fortaleza del “statu quo” y los costos políticos asociados a enfrentarlo ha hecho que finalmente los gobiernos hayan sacado al sector salud de su menú de reformas posibles. La gestión del orden existente se ha convertido lenta pero inexorablemente en el único camino viable posible. (Ase, 2020).

Frente a este diagnóstico, seguir proponiendo políticas aisladas es sostener “parches” que no contribuyen a su transformación. Es necesario elaborar planes de contingencia que nos permitan atender la emergencia, un debate a largo plazo con espacios institucionales que superen los acuerdos corporativos e impulsar la discusión sobre una ley general de salud. Avanzar con esta estrategia nos permitirá acercarnos al escenario que garantiza el derecho a la salud incorporando la perspectiva de la salud colectiva.

Para el debate de los temas centrales incluimos las propuestas recibidas que clasificamos en el eje Reformas estructurales, atención primaria de la salud y soberanía sanitaria. Las mismas identifican problemas en el sector salud y elaboran un conjunto de estrategias para superarlos. Las propuestas recibidas son las siguientes: Algunas reflexiones en torno al federalismo sanitario (Ase, I); Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud (Spinelli, H.), Es posible ambicionar una sociedad más sana (Mercer, H.); Propuestas hacia una salud colectiva y territorial en la Argentina Futura (Baudino, S. y AP. Machinandiarena) y Salud: estrategias sanitarias participativas. Universidad, Derechos y Territorio (Carrera, AB.; A. Centeno; A. del Valle; V. Crivelli; C. Comedi; MB. Espeche; MD. González; G. Iglesias Correa; N. Jalil; A. Lascano; S. Mirkin y G. Sánchez).

5.2.1. Algunas reflexiones en torno al federalismo sanitario (Ase, I.)

La pregunta que se hace el autor de esta propuesta es: ¿Es posible definir escenarios futuros en las relaciones intergubernamentales post-descentralización?

El eje está puesto en el federalismo sanitario. Señala las dificultades que tiene el sistema de salud en nuestro país para funcionar de una manera coordinada, integrada y eficiente, lo cual genera desigualdades sociales, regionales y etarias. El sector salud ha resistido toda propuesta de reforma por lo cual los últimos gobiernos han solo gestionado el “statu quo”.

La principal dificultad para la coordinación se encuentra en la relación Nación-Provincias adjudicado a las complejidades del federalismo sanitario. La organización federal en algunas circunstancias se ha convertido en un obstáculo, a partir de la Reforma de la Constitución Nacional de 1994 que incorpora el enfoque de derechos en su redacción. Es el Estado Nacional el responsable

del cumplimiento de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos que tienen rango constitucional.

Las políticas de descentralización de los servicios de salud han atomizado y segmentado el sistema de salud y otorgado el poder de decisión sobre la salud en las provincias y los municipios. Sin embargo, la reforma del 94 habilita una nueva discusión “sobre el diseño de nuestro sistema de salud, sobre la reconstrucción de la autoridad sanitaria federal y sobre la difícil tarea de lograr coordinación en materia sanitaria”. Para superar lo anterior es clave el desarrollo de capacidades estatales de coordinación.

La propuesta del autor es la construcción de un federalismo cooperativo que en el marco de una nueva Ley de Coparticipación Federal posibilite llegar a un gran acuerdo sanitario.

5.2.2. Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud (Spinelli, H)

El autor centra el problema en la crisis del hospital en tanto institución hegemónica y la falta de jerarquización de los centros de salud, a pesar de los múltiples estudios e investigaciones que dan cuenta de su importancia “...hace décadas mientras, por un lado, se escribe sobre la relevancia de la atención primaria de la salud (APS), por otro, se privilegia la construcción de hospitales en desmedro de los centros de salud, lo cual es evidente en América Latina”.

A diferencia de otros países, en Argentina el hospital conserva su centralidad. Esta atención hospital céntrica impide una mirada integral sobre el campo de la salud e incrementa el gasto en salud sin mejorar los indicadores epidemiológicos a nivel poblacional.

Para este problema el autor propone diseñar una nueva institucionalidad en torno a los centros de salud que considere dimensiones tecno-políticas en tres niveles: organizativas, políticas y de procesos de atención. Por último, el autor invita a reflexionar sobre la relación entre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, institucionalidades hegemónicas y los niveles de gasto en relación porcentual con el PBI.

5.2.3. Es posible ambicionar una sociedad más sana (Mercer, H.)

El autor se pregunta sobre cómo pensar políticas públicas que más allá del sector salud pongan en juego los valores de equidad, derechos, sustentabilidad ambiental, desarrollo económico inclusivo, paz y seguridad.

Para ello propone “devolver a la sociedad y a los conjuntos poblacionales que la integran (según género, ocupación, pertenencia étnica o cultural, etc.) la posibilidad de ser gestores individual y colectivamente de su condición de salud.” También propone fortalecer los centros de salud, ampliar la participación, devolver el sistema de salud a la población que no debe ser clasificada según su

capacidad de pago, sino que debe conocerse su perfil epidemiológico.

A su vez, se debe hacer eje en la promoción de la salud y responsabilizar a las universidades para la formación de profesionales comprometidos con los derechos humanos, la justicia y la igualdad social. Por último, resalta la necesidad de una profunda transformación en la estructura y condiciones de empleo de la fuerza de trabajo sectorial.

5.2.4. Propuestas hacia una salud colectiva y territorial en la Argentina Futura (Baudino, S. y AP. Machinandiarena)

Las autoras parten de un posicionamiento crítico y situado sobre el campo de la salud. Desde allí, proponen distintas iniciativas para acercarse a esa concepción de salud. En primer lugar, revalorizar la atención primaria de la salud con destino de recursos y acciones orientadas a: conformar equipos interdisciplinarios en territorio, capacitación acorde a las necesidades, equipamiento, mejoras en la comunicación con mecanismos institucionales de referencia y contrarreferencia.

La segunda propuesta es la transdisciplina en la formación académica y en servicio de profesionales de los equipos de salud que recupere diálogos y construya puentes entre las distintas profesiones alejándose de la hiperespecialización.

En tercer lugar, promover el enfoque de derechos en todas las prácticas y en todas las intervenciones en APS a partir de sostener el marco normativo en derechos humanos como por ejemplo en el cumplimiento de las siguientes leyes: como por ejemplo: Ley nacional 26061 Protección integral de los derechos de niñas y niños; Ley nacional de Salud Mental 26657; Ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673; Ley nacional N° 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, entre otras.

La cuarta propuesta es entamar la APS con los territorios, esto es equipos de salud que contemplen diferentes disciplinas, formados y comprometidos con el anclaje territorial de los procesos de salud, dispositivos de salud centrados en los procesos de cuidados de cada territorio respetando las singularidades de sus habitantes, presupuesto asignados a proyectos comunitarios, con amplia difusión y cobertura territorial en el país, promoción de instancias participativas con la población desde la construcción conjunta de modos de abordar los procesos de salud y enfermedad, fortalecimiento de la necesaria - pero compleja - construcción de la salud desde la intersectorialidad. fortalecimiento en el nivel central, Ministerios y Secretarías de Salud, de ámbitos de gestión interdisciplinaria de la APS en los espacios territoriales y reconocimiento y

fortalecimiento de redes a nivel zonal y local que recupere la palabra de los sujetos y sus procesos de salud – enfermedad.

La quinta propuesta es lo social en salud como necesaria mirada en los procesos de salud – enfermedad. mayor inclusión de profesionales del ámbito de las ciencias sociales en las instituciones de salud como parte de los equipos dado que suponemos habilitaría a abordajes más integrales e integrados al territorio.

La sexta propuesta - vínculos con universidades: fortalecer los vínculos de las universidades con los equipos de salud territoriales, que históricamente se han generado en las tres funciones centrales de la educación superior: Docencia; investigación y extensión.

5.2.5. Salud: estrategias sanitarias participativas. Universidad, Derechos y Territorio (Carrera, AB.; A. Centeno; A. del Valle; V. Crivelli; C. Comedi; MB. Espeche; MD. González; G. Iglesias Correa; N. Jalil; A. Lascano; S. Mirkin y G. Sánchez)

En el marco de la mayor catástrofe sanitaria que vive el mundo entero en más de una centuria, como es la pandemia generada por el COVID-19 se proponen reformas estructurales para el sector salud construyen una propuesta en torno a cuatro ejes: 1. Fortalecer y promover la soberanía sanitaria como parte de la construcción ciudadana. Se plantea la reconstrucción del concepto de “salud” desde el territorio, como parte del ejercicio ciudadano de la comunidad, pensada como forma de vida y convivencia, con participación política y compromiso social en la toma de decisiones, con perspectiva de género, diversidad y multiculturalismo, con identidad colectiva, es decir, propone la construcción de la “soberanía sanitaria”. 2. Reforzar la estructura de APS de la Provincia. Revertir la tendencia al hospitalocentrismo y trabajar en prevención de enfermedades y promoción de la salud. 3. Descentralización del Sistema de Salud la propuesta tiende a discutir la centralización administrativa y la descentralización operativa. Abrir el juego a todos los actores involucrados en la salud de los pueblos, sin centralizar las decisiones operativas en el sector médico solamente. 4. Formación pre grado y pos grado: la Argentina del futuro nos desafía a revisar y repensar los procesos de formación de los futuros profesionales, es por ello que es indispensable una formación integral, situada y basada en el respeto de los derechos humanos; ello implica revisar las curriculas de las carreras de grado y posgrado con incumbencias en salud, reconociendo que las mismas surgieron desde una perspectiva fragmentada y atomista que hoy quedan sin respuestas a las nuevas problemáticas.

5.2.6. Una ley general de salud debería contemplar los siguientes puntos:

- 1) **Fortalecimiento de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud:** la planificación y el control de la ejecución de las políticas públicas debe contar con un Estado con poder legal, económico

y político que le permita conducir las políticas sanitarias. Debe tener liderazgo y la capacidad de regulación del sistema. El sistema de salud quedó atomizado. En la actualidad, el subsistema público de salud es muy heterogéneo. Por esta razón, es importante implementar mecanismos de consenso y concertación más estables.

- 2) **Coordinación institucional:** Tiene que existir una herramienta de coordinación que permita trabajar en forma articulada a los diferentes actores del sector salud. El Ministerio de Salud debe tener injerencia efectiva y transparente sobre las prestaciones que se brindan. Debe arbitrar los mecanismos para la interacción de los subsectores que integran el sistema de salud y para la consulta y participación de las organizaciones, especialmente las conformadas por usuarios/as y familiares, vinculadas a la problemática sanitaria.
- 3) **Aumento de la capacidad de regulación del Estado:** confeccionar y actualizar un mapa de la oferta, la demanda y las necesidades sanitarias, acreditar competencias profesionales para desempeñarse dentro del sistema de salud, categorizar prestadores, evaluar tecnologías sanitarias, diseñar, implementar y supervisar sistemas de información en salud, evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Coordinación entre jurisdicciones para eficientizar el uso de aparatología del sector estatal.
- 4) **Coordinación intersectorial para abordar la determinación social de la salud:** los servicios sanitarios dan respuestas a los problemas de salud y consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades. Sin embargo, los dispositivos asistenciales no son el principal condicionante de la salud. Este aspecto hace referencia a la competencia del tema de salud de los distintos ministerios que refleje el carácter indivisible de los derechos. En síntesis, la búsqueda de la salud es una obligación del Estado, a través de la participación multisectorial, integral, intergubernamental e interdisciplinaria.
- 5) **Participación:** Los/as ciudadanos/as y los diversos actores sociales que componen el sistema de salud tienen derecho a ser protagonistas en las decisiones sobre planificación y control de los servicios y en el uso de los recursos, mediante espacios de participación social y concertación sectorial en las organizaciones e instituciones públicas. Se propone para tal fin:
 - a. mesas intersectoriales en los territorios y en los servicios.
 - b. gestión participativa involucrando a los/as trabajadores/as de la salud en la toma de decisiones.
 - c. creación de Comités Institucionales con representación de todos los sectores en cada uno de los efectores de salud
- 6) **Financiamiento:** Es fundamental eliminar el pago de bolsillo de las familias que se convierte

en barrera para el acceso en el momento de la prestación del servicio. Es necesario crear un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre los municipios más ricos y los más pobres que garantice cuidados homogéneos de calidad a la población, independientemente de su capacidad de pago y del lugar de residencia. La asignación de recursos desde el nivel central deberá tomar en consideración variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector en los respectivos municipios. Al mismo tiempo, la ley general de salud debe sugerir a los municipios que dispongan de una determinada partida presupuestal específica para el sector salud.

- 7) **Fortalecimiento de la producción de medicamentos, regulación y control de precios:** Producción pública de medicamentos orientada a los medicamentos esenciales y a las necesidades epidemiológicas de cada región.
- 8) **Monitoreo del cumplimiento de la ley:** creación de un órgano de revisión. Monitorear el cumplimiento de políticas de las diferentes jurisdicciones. Se deben establecer mecanismos de seguimiento sobre la rendición de cuentas de las acciones del Estado y la de brindar información acerca de las políticas públicas que ha implementado para cumplir con el derecho a la salud. También implementar canales y mecanismos públicos para promover la participación social y la veeduría ciudadana, especialmente la de aquellos sectores con dificultades históricas para acceder a las mismas.
- 9) **Establecimiento de un programa integrado de recursos humanos en salud:** que guarde pertinencia con los perfiles epidemiológicos de cada provincia. Identificar profesiones y especialidades críticas y ancladas en las necesidades regionales y estimular su formación. Estimular la permanencia de los profesionales en las regiones con vacancia. Construir una carrera sanitaria que acompañe el fortalecimiento de las instituciones.
- 10) **Fortalecimiento, desarrollo integral y optimización total de la Atención Primaria de la Salud:** Concebir a la APS desde una perspectiva que va más allá del primer nivel y que pretende garantizar una atención integral de la salud, del individuo, la familia y la comunidad en el marco de la APS renovada. Las políticas sanitarias deben sostener un nuevo modelo de atención, con una concepción de integralidad y continuidad de la atención, fomento de la intersectorialidad y participación social. Este enfoque es transversal a la asistencia, la promoción, la prevención, la educación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y con una planificación caracterizada por un abordaje territorial y comunitario. Conformar equipos con enfoque multiprofesional que aumente su resolutivez. Las obras sociales deben desarrollar una política específica para APS.

- 11) **Implementación de mecanismos efectivos de exigibilidad del derecho a la salud:** garantizar la posibilidad de acceso a mecanismos administrativos y judiciales de reclamo y protección del derecho a la salud. Es necesario involucrar al Poder Judicial en el debate.
- 12) **Comunicación en salud pública:** el Ministerio de Salud velará porque la información sobre salud dirigida al público sea veraz. Se realizará un control de la publicidad comercial para que se ajuste a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud, así como de recomendaciones públicas sobre la salud.

5.3. Con los movimientos sociales: nuevo pacto de ciudadanía en salud

5.3.1. Participación ciudadana en salud

Para pensar en un nuevo pacto de ciudadanía en salud, en principio resulta importante identificar desde qué concepciones de Estado, de política, de políticas públicas y de salud se construye dicho pacto.

Diversos autores reflexionan respecto al lugar que ocupa o debe ocupar la ciudadanía en el diseño de las políticas públicas (Oslak, 1982 y 2015¹⁷; La Serna, et al, 2007; Burijovich y Ase, 2016; Castillo Cubillos, 2017; Yoma, 2019, Franco y Kopitowski, 2020, entre otros). Claro está que, para construir a futuro en salud, es necesario incorporar la perspectiva de las personas usuarias del sistema y generar condiciones de participación ciudadana, lo cual se traducirá en más dignidad.

La salud es un derecho humano fundamental (OMS, 1948) y el Estado ocupa un lugar preponderante al momento de hacer efectivos estos enunciados. Como instancia máxima de poder político, debe officiar e intervenir frente a los intereses de ciudadanos/as que componen la sociedad, asegurando el ejercicio de sus derechos, obligaciones y garantías que figuran en la Constitución Nacional (Oslak, 2015). El acceso universal a la salud, pone en juego cuestiones -no solo- de tipo instrumental o prácticas (proveer servicios de salud para toda la población), sino también ciertos principios éticos (que toda la población pueda ejercer ese derecho). En este sentido, es sustancial no solo preguntarnos qué políticas se deben desarrollar en el ámbito de la salud, sino cómo se elaboran y desarrollan, cómo se evalúan y cambian (Pallares, 1988).

Diseñar políticas de salud, no puede ser tarea de una sola persona u organización, tampoco puede promoverse en forma tecnocrática, únicamente por “expertos” o instituciones especializadas; por el contrario, tienen que ser el conjunto de actores que interactúen y negocien, para obtener una

¹⁷ Entrevista realizada en la Universidad Nacional de Cuyo al referente en materia de estudios del Estado en la Argentina Oscar Oslak. Señal U Académico. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=kAnXBdRcEYQ>

política que logre beneficios convergentes a todos los/as involucrados/as. Los intereses ciudadanos muchas veces entran en conflicto con intereses de sectores o clases dominantes, por lo tanto, se requiere de decisión política, para dar lugar al efectivo ejercicio de salud colectiva. La persona usuaria, son entonces mandantes, ocupan un lugar de centralidad en la identificación de sus propias necesidades, intereses y representaciones (no son simples administrados/as).

Castillo Cubillos (2017) expresa que, bajo el panorama actual en el nuevo orden global, el Estado no posee el monopolio del conocimiento, la experiencia y los recursos necesarios para resolver los problemas y obtener oportunidades eficientemente por sí solo, por lo tanto, debe ingeniar y reinventar nuevas formas de gobernar en compañía de otros actores estratégicos, entre ellos la ciudadanía.

La agenda estatal debe construirse a partir de un diagnóstico participativo que identifique los principales problemas a los que se enfrenta la sociedad en materia de salud, y en función de ello definir las prioridades del campo. No es posible responder las demandas, sin identificar en principio los objetivos y destinatarios/as; capacidad estatal para qué-capacidad estatal para quién (Ase, 2011).

Garantizar dicha participación en la salud, implica también la apertura del Estado, movilizar los flujos de poder existentes (de autoridad, de información, de recursos), requiere de intercambio. A la vez, se debe cumplir con ciertas condiciones tales como la transparencia, la colaboración y participación efectiva. La relación es colaborativa y el intercambio es activo- se produce interacción (Oslak, 2015).

Los/as ciudadanos/as en un lugar central para la gestión de lo público en salud y en todos los niveles (elaboración de leyes, proyectos gubernamentales, formulación, ejecución, seguimiento, control y evaluación de las políticas), contribuye a resolver los problemas de salud pública a través de respuestas socialmente relevantes, efectivas, eficientes y exitosas (Castillo Cubillos, 2017). La incorporación de actores no estatales en el quehacer público debe presentarse como una participación autónoma, que emerge de manera informal, desde la misma ciudadanía «desde abajo» (Prieto, 2009).

Es necesario abrir espacios de diálogo y construir alianzas con los diferentes sub-sectores del sistema (público, privado, seguridad social), las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en su conjunto. Para esto, se requiere una sucesión de intercambios sostenidos en el tiempo entre actores que interactúan en escenarios formales e informales. Uno de los desafíos para las organizaciones sociales y no gubernamentales es contribuir a canalizar las necesidades de la población, traduciendo su organización en “voz” y soluciones (Ruíz López y Cárdenas Ayala, s.f.).

También se deben identificar y resolver las barreras sociales existentes que impiden dicha

participación, las ligadas a las condiciones socio-económicas, diversidad cultural, diversidad de género, y especialmente las ligadas al estigma y discriminación ejercido sobre las poblaciones consideradas más vulnerables.

La participación ciudadana efectiva remite a tres dimensiones: el ejercicio democrático, el impulso de los derechos humanos y civiles, y el desarrollo social (Castillo Cubillos, 2017). Este nuevo pacto de ciudadanía en salud, anclado en un escenario de derechos humanos y la salud colectiva, requiere entonces la construcción de políticas en diálogo permanente. En suma, pensar en nuevos pactos de ciudadanía en salud para fortalecer la gobernabilidad, la democracia y sus instrumentos.

5.3.2. Problema identificado

En tiempos actuales y a futuro es necesario democratizar la salud, lo que significa extender derechos a colectivos que no gozan de ellos y que se encuentran expuestos a situaciones de vulnerabilidad. Para ello se debe establecer un pasaje de una salud paternalista a una deliberativa-participativa. La participación debe ser formada e informada en la toma de decisiones respecto a su salud y los abordajes posibles, atendiendo a otros modos de cuidado no hegemónicos. Es necesario desarrollar estrategias que promuevan la autonomía personal, la desmedicalización y el reconocimiento de las identidades, subjetividades y colectivos con deseos, intereses y necesidades diferentes.

Para desandar el proceso de medicalización de la sociedad y su discurso médico hay que actuar sobre diversos sectores sociales, desde los/as usuarios/as del sistema de salud hasta los medios masivos de comunicación, la publicidad y el mercado que son quienes se apropian, recrean y crean un discurso biomédico (Sy, 2018).

La hegemonía de la medicina, lo que Menéndez (1978) llamó el Modelo Médico Hegemónico, hoy funciona en la sociedad con gran autonomía respecto de la autoridad médica (al menos de los/las profesionales médicos/as en la clínica). Las personas no son simplemente “objeto” pasivo de lo que recomienda el médico/a, sino que también buscan deliberadamente soluciones químicas para sobrellevar malestares cotidianos.

5.3.3. Propuesta para pensar las políticas públicas

Para pasar de una asistencia sanitaria paternalista y medicalizada a una que sea deliberativa y reflexiva se requiere la participación de la ciudadanía a todos los niveles.

En el *nivel micro*: la participación de las personas (previamente formada e informada) en la toma de decisiones que afectan a su salud, es esencial como fundamento de la asistencia sanitaria a

día de hoy. Esto es extensivo a familiares y/o referentes vinculados.

A nivel comunitario: recuperar el trabajo en territorios y diseñar políticas de proximidad. Revalorizar el trabajo sostenido por las redes formales e informales, dispositivos socio-culturales, laborales, recreativos, deportivos, y las distintas formas de organización comunitaria que aportan al cuidado de la salud, atendiendo a las diversidades territoriales, características socio-culturales, en sus intersecciones.

A nivel de los movimientos sociales: es necesario re-establecer un diálogo social que permita redefinir la agenda en salud en función de las problemáticas identificadas y posibles soluciones. Su participación activa y sostenida en el tiempo, lejos está de ser un obstáculo para la construcción de proyectos democráticos en temas de salud, y en ese sentido, es necesario desandar estigmas y prejuicios que han sido funcionales a modelos de salud individualistas y mercantilizados. Las trayectorias construidas en proximidad con las experiencias, necesidades y demandas, los define como actores ineludibles para problematizar sobre los temas críticos actuales, lo que se traduce en potencia para pensar a futuro. Entre ellos los movimientos que bregan por recuperar la ciudadanía sexual y cultural, por el reconocimiento de la medicina ancestral indígena (Azpiroz, 2020), por la autodeterminación de los cuerpos, por la reparación a las víctimas de la psiquiatría, por la responsabilidad compartida en los territorios, por el reconocimiento de los trabajos de cuidado en salud que realizan las mujeres, por un ambiente libre y saludable, entre muchos otros.

5.3.4. Propuestas para el sector salud

Estrategia de NO HACER:

Son medidas tendientes a evitar intervenciones innecesarias, que tienen efectividad escasa o nula que no son prioritarias y que contribuyen a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios. Este tipo de iniciativas ya se están llevando adelante en otros países como en España. Se refiere a aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Un nuevo pacto con la ciudadanía debe comprometerse a realizar una atención sanitaria orientada a lograr una mejor calidad de vida. En este propósito hay que involucrar la decisión, la experiencia, el deseo y la evaluación sobre los resultados de las personas involucradas. Esta estrategia de NO HACER debe ir acompañada de garantías explícitas sobre aquellas prácticas y prestaciones médicas de reconocida eficacia.

Para avanzar en la desmedicalización es necesario favorecer la desprescripción y potenciar otros tipos de tratamientos o soportes no farmacológicos. Numerosos grupos de usuarios/as de salud han desarrollado cuestionamientos sobre el uso de medicamentos. En muchos casos, la oferta

de servicios de salud es solo una oferta de estos. Se apunta a la falta de información sobre los fármacos que los médicos/as prescriben y la discusión sobre los efectos no deseados. Se propone posibilitar que las personas colaboren en la elección de alternativas para la atención de las enfermedades lo que incluye la elección de medicación y el acceso a las mejores opciones (Menéndez, 2020).

Entre las propuestas recibidas Franco y Kopitowski (2020) proponen “limitar las prácticas de bajo valor para contribuir a un sistema de salud sustentable, eficiente y equitativo” (ver anexo). Especifican propuesta de lineamiento de política pública, cuyas recomendaciones apuntan reducir los daños de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas identificadas como de “bajo valor”; e implementar una asignación de recursos eficiente y equitativa en salud, con énfasis en los determinantes sociales de la salud y las prácticas de alto valor.

Estrategia para la recuperación de experiencias en el sistema:

Una referencia al respecto puede ser la propuesta diseñada por la Fundación Economía y Salud de España (2020)¹⁸, que impulsa la creación de una historia clínica digital única. Las provincias y municipios de todo el país tienen a disposición de forma gratuita el desarrollo de una historia clínica digital, herramienta que permite contar con el almacenamiento del historial de salud de las personas de forma digital, segura y confidencial. De esta forma se pretende garantizar una mejor atención con calidad, oportuna y personalizada, con seguimiento adecuado conforme el estado de salud para todo tipo de consultas, estudios o medicación, e independiente del lugar dónde se presten los servicios. Proponen incluir las expectativas, opiniones, deseos de las propias personas usuarias en dicho instrumento, a lo que se podría incorporar, la inclusión de datos sobre la situación social de las personas que participan para contar con una información completa que permita pensar en estrategias integrales, interdisciplinarias, intersectoriales, interjurisdiccionales, y en todas las intersecciones de la salud. El valor de esto radica en recuperar la perspectiva en primera persona de los actores “expertos por experiencia”, que transitan por el sistema de salud.

5.3.5. Propuestas para los medios masivos de comunicación

Para la desmedicalización es necesario fortalecer una vocación democratizadora del campo de la comunicación en salud asociándose a la lucha por el derecho a la salud, por la democratización de la información y la comunicación, por la participación de todos los actores involucrados en las cuestiones socialmente relevantes. En la actualidad, la publicidad ofrece todo tipo de medicamentos con una fórmula muy similar a la que se ofrece cualquier producto y servicios de salud como si se

¹⁸ Fundación Economía y Salud (2020) 106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de Covid-19

tratar de hotelería. La salud de las personas está mercantilizada y como tal se publicita. En paralelo ocurre un creciente desarrollo científico-tecnológico que hace prescindir cada vez más del contacto directo del médico con sus pacientes.

El énfasis debe estar puesto en la necesidad de comprender la comunicación como un proceso de diálogo y reflexión crítica que posibilite la participación de grupos sociales diversos en el proceso de mejora de sus condiciones de salud, no solo como instrumento o herramienta de transmisión de información. Para lo anterior, se sugieren algunas de las siguientes medidas:

- Regulación de la información dirigida al público a través de los medios de comunicación.
- Control de la publicidad comercial de productos médicos/alimentarios ajustada a criterios de veracidad.
- Adecuación de la comunicación en cada contexto local, incorporando pautas que respeten la diversidad socio-cultural y lingüística de la Argentina.
- Una agenda de investigación en comunicación en salud vinculada con las políticas públicas en general, y sanitarias en particular para la mejora de las condiciones de vida de la población, especialmente de los sectores populares (Bruno y Demonte, 2015).

5.3.6. El lugar de las mujeres en las tareas de cuidado y salud

Las tareas de cuidado están conformadas por el conjunto de actividades indispensables para el mantenimiento de la vida de las personas. Estas pueden ocurrir en forma no remunerada, basada en lazos familiares o comunitarios, proveerse en el sector público o puede estar comercializadas y ser adquiridas en el mercado (Ministerio de las Mujeres, los Géneros y la Diversidad, 2020)¹⁹.

Las Ciencias Sociales con perspectiva de género, así como la producción teórica del feminismo, se han ocupado desde hace décadas en analizar las consecuencias que tiene para la vida de las mujeres, la desigual distribución en la realización del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Frecuentemente, estas tareas son paralelas al trabajo asalariado realizado fuera del hogar. Sin embargo, estas tareas no son consideradas como productivas ni se valora su aporte a la economía monetaria del país.

Lo que el feminismo denomina economía no monetaria, es lo que está posibilitando garantizar el tránsito de las personas por este contexto de emergencia sanitaria. Los datos de la Dirección de Economía, Igualdad y Género del Ministerio de Economía indican que en Argentina la producción del trabajo no remunerado alcanza el 15% del PBI. El informe señala también que, en tanto la mayoría

¹⁹ Ministerio de las Mujeres, los Géneros y la Diversidad. 2020. Documento "Hablemos de cuidados". Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>

de las actividades económicas cayeron por el aislamiento obligatorio, el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado aumentó hasta el 21,8% del PIB y se espera que durante el escenario post pandemia ese aporte llegue al 23% del PBI, conformado por aportes no remunerados llevados adelante fundamentalmente por mujeres (Ministerio de Economía de la Nación, 2020)²⁰.

Desde la declaración de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, numerosos estudios se concentraron específicamente en visibilizar cómo el tiempo destinado por las mujeres a la realización de estas tareas creció exponencialmente a partir del encierro y el traslado al hogar del trabajo y la educación de los hijos e hijas.

Sin embargo, la llamada “cuarentena” es vivida en cada contexto de manera específica, en tanto en los barrios populares, se condice con una práctica de tipo comunitaria (Cernadas et al., 2020) y no es vivida estrictamente puertas adentro. La enfermedad no tiene una manifestación homogénea en la población, sino que varía su incidencia según factores de género, raza, clase entre otros, dando como resultado la implementación de estrategias diversificadas en cada familia para atravesar este período crítico.

En este nuevo contexto, donde se apela permanente a la consigna “quedarse en casa”, la movilidad se vio restringida a la permanencia en el hogar y a las proximidades del domicilio para aprovisionamiento de alimentos. La convivencia de todos los integrantes de hogar en un mismo espacio contribuye al estrés y la sobrecarga en tareas como preparación de alimentos y limpieza.

Son fundamentalmente las mujeres quienes tienen a su cargo las tareas vinculadas a las acciones preventivas con el objetivo de disminuir las posibilidades de contagio en la familia. Se trata entonces, de tareas de cuidado subsidiarias del cuidado a la salud.

Se sumaron nuevas prácticas dentro del repertorio de las tareas de cuidado, como el control de la limpieza y desinfección de alimentos y de elementos utilizados en la vía pública, así como el registro de cambios o alteraciones en la salud de integrantes de la familia, fundamentalmente niños y niñas y adultos mayores. Estas actividades requieren esfuerzo físico y aumentan la carga mental que resulta de llevar adelante responsabilidades que son acordes con el mantenimiento de la salud de los y las integrantes de la unidad doméstica. Los convivientes también temen por la reducción o pérdida de ingresos, la inestabilidad laboral, o el despido de los y las trabajadoras aportantes de dinero al hogar.

La situación se ve agravada entre las jefas de hogar, y cuando en la familia conviven con

²⁰ Ministerio de Economía de la Nación. 2020. “Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto”. Elaborado por la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

personas denominadas como población “de riesgo”. Las tareas de acompañamiento en la educación en la virtualidad -cuando existen las condiciones básicas- son realizadas en más del 90% de los casos por las madres de los y las estudiantes menores de edad (Bidaseca et al., 2020).

Este fenómeno, identificado como una crisis de los cuidados en la pandemia, supone en las mujeres alteraciones en el estado de ánimo, especialmente preocupación y sobrecarga (Bidaseca et al., 2020). Las mujeres admiten haber visto reducido su tiempo dedicado al esparcimiento y recreación y aumentado notablemente las tareas de cuidado (Goren et al., 2020).

Que hoy se estén visibilizando los cuidados que conlleva la vida doméstica y reproductiva, no significa que dichas tareas se estén redistribuyendo entre los responsables de garantizar esa distribución. Esto incluye a adultos cuidadores de niños, niñas y adolescentes y personas mayores y al Estado.

Los datos de los estudios consultados, así como aquellos difundidos por las entidades oficiales pertinentes, señalan un aumento en los casos de violencia hacia las mujeres, durante la etapa de aislamiento (Bidaseca et al., 2020; Cernadas et al., 2020) y continúan aconteciendo feminicidios y travesticidios.

En las situaciones de violencia de género, la aplicación de los protocolos de denuncia y protección de la víctima se vieron obstaculizados al inicio del aislamiento. Como resultado, muchas mujeres y personas trans no pudieron contar con el acceso a la ayuda estatal prevista para estos casos (posibilidad de radicar la denuncia, contar con un lugar de acogida, obtención de botón antipánico, entre otras medidas). La situación comenzó a regularizarse a partir de abril, cuando las personas víctimas de violencia de género, quedaron exceptuadas del cumplimiento del aislamiento obligatorio y se activaron dispositivos de recepción, contención y asesoramiento de situaciones por violencia de género y se reforzó la línea 144 que funciona 24 hs. para reportar situaciones de violencia, además de la habilitación de otros canales de comunicación no presenciales (Chavez et al., 2020).

De lo expuesto se deduce la profunda interdependencia entre salud y cuidados no remunerados en salud. Consecuentemente, es imprescindible visibilizar el trabajo remunerado y no remunerado en salud de las mujeres si se planifican reformas al sistema de salud. Hoy ha comenzado a ser discutida a través del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad una reforma de la agenda de cuidados. Diversas iniciativas se han puesto en marcha, con el objetivo de modificar las desigualdades estructurales de género, como en la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (julio de 2020) y el Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad (2021- 2023).

Hacia el futuro, es indispensable que esta discusión se plasme hacia el interior del campo de la salud.

Según Pautassi (2020) es central considerar el concepto de indivisibilidad de derechos. Esto requiere trabajar sobre la obligatoriedad de la esfera de los derechos civiles, políticos, económicos y socioculturales. Es indispensable avanzar en la construcción de una agenda, considerando las condiciones que contribuyan a garantizar el trabajo remunerado en salud, así como el componente del derecho al cuidado, derechos que está todavía menos visibilizado, que es el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado. Deben pensarse garantías a este derecho en la salud y estar incluidos dentro de los nuevos sistemas de salud que se planifiquen a futuro.

Bibliografía

- Amaya, P. (10- 13 de noviembre de 2015). *Evaluar las políticas públicas: ¿quién está dispuesto a defender al Estado?* XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lima, Perú.
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/A84BC53F09B87CA305257F1C00788925/\\$FILE/amapa.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/A84BC53F09B87CA305257F1C00788925/$FILE/amapa.pdf)
- Ardila Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., Stolkiner, A., (2016) El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*.12(2), 265-278.
<https://doi.org/10.18294/sc.2016.1000>
- Ardila, S., Schembri, L., Alonso, R., Rojtenberg, C., Quercetti, F. y Fabbio, R. P. (2019). Perspectivas sobre las barreras para la participación en asociaciones de usuarios de servicios de salud mental. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-111/717.pdf>
- Ase, I. y Burijovich, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires, 5 (1): 27-47. Enero-abril 2009. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.229>
- Azcona, M. S. (2020). Acerca de la investigación del proceso salud/enfermedad/atención en la población indígena de la Argentina. *Papeles De Trabajo. Centro De Estudios Interdisciplinarios En Etnolingüística Y Antropología Socio-Cultural*, (37), 1-13. <https://doi.org/10.35305/v0i37.2>
- Azpiroz Cleñan, V., Slavsky, L. y Collipa, C. (2017). Reconstrucción del Machil en el Pwelmapu: saber y poder. *Ciencia E Interculturalidad*, 19 (2), 81-102. <https://doi.org/10.5377/rci.v19i2.3121>
- Barraco, A. (2018). Salud mental: el poder médico-psiquiátrico reconfigura su hegemonía. *Heterotopías*, 1(1), 1-9.
<https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/19983/23160>
- Barukel, A. y Stolkiner, A. El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde em Debate*, 42 (118), 646-655. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811808>
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011) Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (2), 96-108. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>

- Bidaseca, K., Guimarães Costa, M. A., Brighenti, M., y Ruggero, S. (2020). *Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de Covid-19*. Resumen Ejecutivo. MINCYT-CONICET. Disponible en https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/resumen_ejecutivo_mujeres_y_covid_-_mincyt-conicet_-_mingen.pdf
- Boy, M., Rodríguez, M. F., Basualdo, S.; Farji Neer, A. Newton, C. (2020). *Población travesti y trans: la potencia de las redes colectivas frente al COVID-19 en tiempos del ASPO*. En *Desigualdades en el marco de la pandemia II: reflexiones y desafíos* (57-63). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de José Clemente Paz. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111790>
- Bracamonte, E. Política, Estado y gobierno. *Revista Ciencia y Cultura*, (10), 73-78. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rcc/n10/a09.pdf>
- Bruno, D. y Demonte, F. C. (2015). Comunicación y salud en América Latina: un panorama de las perspectivas, los itinerarios teórico-prácticos y los desafíos actuales. *Actas de Periodismo y Comunicación*, 1 (1), 1-11. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/69795>
- Buhlman, S., Buriyovich, J., Heredia, A., Passini, M. y Yoma, S. (2020). *Covid-19 y el derecho a la salud mental: la urgencia de implementar lo necesario*. En Bohoslavsky (Ed.), *Covid-19 y derechos humanos: La pandemia de la desigualdad* (pp.215-233). Buenos Aires: Biblos.
- Buriyovich, J. y Ase, I. (2016). Presentación del Dossier: capacidades estatales para desarrollar políticas públicas con enfoque de derechos. *Revista de Administración Pública y Sociedad (APyS-IIFAP-UNC)*, 2, 3-4 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/APyS/issue/view/1390>
- Casali, R. (2017). Presentación dossier: Enfermedades y colonialidad. Poder y salud en situaciones de contacto interétnico en la América meridional. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 10 (11),3-33. https://www.academia.edu/34108665/Enfermedades_y_colonialidad_Poder_y_salud_en_situaciones_de_contacto_inter%C3%A9tnico_en_la_Am%C3%A9rica_meridional_pdf
- Castillo Cubillos, M. (2017) El papel de la participación ciudadana en las políticas públicas, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas. *Revista CS*, 23, 157-180. <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n23/2011-0324-recs-23-00157.pdf>
- Castro, A. PNUD-UNICEF (2020). *Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Serie de Documentos de la Política Pública (N° 19). <https://www.unicef.org/lac/media/16356/file/cd19-pds-number19-salud-unicef-es-003.pdf>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista*

mexicana de sociología, 76(2), 167-197.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-25032014000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. Buenos Aires, Argentina: CELS.
http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2007). Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe Sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina. Buenos Aires, Argentina: CELS
https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Chávez, G., Ferrero, L. (2020). Nuestra pandemia es otra: violencia de género y distanciamiento social, preventivo y obligatorio ante el COVID-19. En Pautassi, L. (2020). Exposición en el Foro “Salud, prevención y estrategias sanitarias” organizado por el Foro Universitario del Futuro. 28/10/2020. Disponible en <https://youtu.be/tviTHpz1gNE>
- Chiara, M. (2019). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas*, (4), 19-35.
<http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/issue/view/32/N%C3%BAmero%20completo>
- Colanzi, I. y Del Manzo, M. B. (2016). Modos de habitar el barrio: territorio de disputa y agencia colectiva. *Anuario Temas en Psicología*, (3), 135-157.
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/69125>
- Conrad, P. (1982). *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social Psiquiatría Crítica*. En: Ingleby D. (ed.). La política de la Salud Mental. Barcelona: Crítica. p. 129-154.
- Conrad P. (2007) *The Medicalization of Society on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad P. y Schneider J. (1992) *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Díaz, C.A. (11 de julio de 2020). *La epidemia de Covid 19, ¿es una oportunidad para el cambio del Sistema de Salud Argentino?* [saludbydiaz](https://saludbydiaz.com/2020/07/11/la-epidemia-de-covid-19-es-una-oportunidad-para-el-cambio-del-sistema-de-salud-argentino/). <https://saludbydiaz.com/2020/07/11/la-epidemia-de-covid-19-es-una-oportunidad-para-el-cambio-del-sistema-de-salud-argentino/>
- Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina. *Serviço Social*

e Educação, 14 (30) https://doi.org/10.26512/ser_social.v14i30.12830

- Drovetta, R. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. *Revista Salud Problema* 12 (24), 13-35. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/98264>
- Feo Azevedo, C. y Feo Istúriz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, 37 (96), 84-95. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/10.pdf>
- Fotia, G. D., y Assis, C. M. (2012). Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-072/286.pdf>
- Fotia, G. D., Cuello, M., De Lellis, C. M., Falk, F. M., Ibarra, S., Mancuso, P. M. y Pomares, L. (2017). Análisis del proceso de implementación de la ley nacional de salud mental n° 26657 en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Transformaciones en las representaciones y prácticas de los trabajadores en el período 2012-2017. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-067/348.pdf>
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Freidin, B., Ballesteros, M.S, Krausec, M. y Wilnerd, A. (2020). Estigmatización territorial y salud: experiencias de desigualdad social en la periferia de Buenos Aires. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 35 (1), 153-183. <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v35i1.1857>
- Fraser, C., Donnelly, C. A., Cauchemez, S., Hanage, W., P., Kerkhove, M. D. V., Hollingsworth, T. D., et al. (2009). Pandemic potential of a strain of influenza A (H1N1): early findings. *Science*, 324:1557-61.
- Giménez Béliveau, V., Irrazábal, G., Griera, M., (2018). Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa. *Salud Colectiva*, 14 (2), 153-159. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1958>
- Guirao Goris, Silamani J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. 9(2) <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002> Illich, I. (1975) [1973]. *Némesis Médica*.

- Barcelona: Ed. Barral.
- La Serna, C., Ase Iván, Buriyovich, J. (2007). *Manuales de Capacitación: programa de Capacitación en análisis e implementación de políticas de Atención Primaria de la Salud*. Córdoba, Argentina: PROAPS- IIFAP- UNC- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. 2007.
 - Latour, B. (2020) This is a global catastrophe that has come from within. The <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/06/bruno-latour-coronavirus-gaia-hypothesis-climate-crisis>
 - Levín, S. (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14 (3), 377-389. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2011>
 - López Steinmetz, L. C. y Herrera, C. R. (2020). Factores de deserción laboral de la primera Guardia de Salud Mental en un hospital general de Jujuy. *Facultad de psicología - UBA / secretaria de investigaciones / anuario de investigaciones*, 26, 63-70. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/109102>
 - Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina, *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 10 (11), 148-176. <https://estudiosmaritimosociales.org/remss/remss11/Lorenzetti.pdf>
 - Menéndez, E. (1978). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. En: Basaglia, F., compilador. *La salud de los trabajadores* (pp. 11-53). México DF: Nueva Imagen.
 - Menéndez, E., L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>
 - Menéndez, E. (1979). *EL. Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México DF: Nueva Imagen.
 - Menéndez, E., L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
 - Neer, A. F. (2018). Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280318>
 - Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud- Oficina Regional Para las Américas. (2017) *Salud en las Américas- Una visión prospectiva a la salud: introducción*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=1359&lang=es
 - Oszlak, O. (1982). Reflexiones sobre la formación del Estado y la constitución de la sociedad

argentina 1. *Desarrollo Económico*, 21 (84), 1-19.

https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/7%20Oszlak_FormacionEstado.pdf

- Pallares, F. (1988). Las políticas públicas: El sistema político en acción. *Revista de Estudios Políticos*, 62., 141 -162.
- Racaniello, V. (2016) Moving beyond metagenomics to find the next pandemic virus. *PNAS* 115, 113 (11), 2812-2814. <https://doi.org/10.1073/pnas.1601512113>
- Remorini, C., Palermo, M. L. y Schwartzman, L. (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). *Salud Colectiva*, 14(2), 193-210. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1506>
- Repetto, R., Adissi, G. (2020). La respuesta al COVID-19 desde la enfermería. Avances de investigación desde la Región V hacia el Conurbano Bonaerense. En Goren, N., Ferrón, G. (Comp.). *Desigualdades en el marco de la pandemia: reflexiones y desafíos* (127-139). José C. Paz: Edunpaz.
- Resett, S. y Putallaz, P. R. (2018). Cybervictimización y cyberagresión en estudiantes universitarios: problemas emocionales y uso problemático de nuevas tecnologías. *Psicodebate*, 18 (2), 38-50. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9288>
- Rojas Machado, M. (2019). Cuerpo y socialización: entre la cárcel y el hospital psiquiátrico. *Avá-Revista de Antropología*, 34, 75-100. <http://www.ava.unam.edu.ar/images/34/n34a04.pdf>
- Rojas Machado, M. (2018). Territorios, fronteras y permeabilidades. Un análisis espacial de las relaciones sociales dentro de un pabellón psiquiátricopenitenciario de la República Argentina. *Publicar en antropología y ciencias sociales*, 16 (25), 63-84
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/93841?show=full>
- Rojas, M. A., Santimaria, L., Fevre, M., Santimaria, G. (2014) Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de Investigaciones*. XXI, 131-137. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994057.pdf>
- Rosales, M. y Ardilla Gómez, S. (2017) El proceso de implementación de la ley nacional de salud mental: obstáculos y desafíos. ¿qué dicen los usuarios de servicios de salud mental?. Ponencia. Primer congreso de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/el-proceso-de-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-obstaculos-y-desafios-que-dicen-los-usuarios-de-servicios-de-salud-mental/>
- Sabin Paz, M., Ribeiro Mieres, S., Díaz Jiménez, R. M. y Giglia, (2015). El desafío de implementar

la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios. En *Derechos Humanos en Argentina Informe 2015*. Buenos Aires, Argentina: CELS. <https://www.cels.org.ar/web/capitulos/el-desafio-de-implementar-la-ley-nacional-de-salud-mental-avances-y-deudas-en-el-camino-hacia-el-cambio-de-paradigma-y-el-cierre-de-los-manicomios/>

- Sy, A (2016). La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2018, 23 (5), 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>
- Silva CD Cunha da (2015). Por uma filosofia do medicamento. *Ciênc. saúde coletiva*, 20 (9), 2813-2824.
- Stolkiner, A., Espinoza, E., Imaña, E. y Frizon Rizzotto, M.L. (2020). Lazos entre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y el Movimiento por la Salud de los Pueblos. *Saúde em Debate*, 44 (1), 142-146. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020s112>
- Testa, M. (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? De la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 75-90.
- Tobar, F. (2020). Análisis de tendencias y construcción de escenarios. *Medicina Global Médicos La revista de salud y Calidad de vida*. https://www.revistamedicos.com.ar/analisis_tendencias.htm
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Wuethrich, B. (2003). Infectious disease: chasing the fickle swine flu. *Science*, 299:1502-5.
- Yoma, S. M. (2019). Participación de las personas usuarias en políticas públicas de salud mental: una revisión integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2499-2512. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.14402017>
- Yoma, S., Buhlman, S., Burijovich, J. (16 octubre, 2019). No estamos todas: mujeres en hospitales psiquiátricos. *Redacción La Tinta*. <https://latinta.com.ar/2019/10/no-estamos-todas-mujeres-hospitales-psiQuiatricos/?fbclid=IwAR1j7ikWo74iaZp33RXgFdsnHps5AvbCm0aYV1EhK3-1ZX7i6awafcMTyt4>; y en <http://observatoriosmyddhh.org/no-estamos-todas-mujeres-en-hospitalespsiQuiatricos/>
- Zola I. (1972). Medicine as an institution of social control. *American Sociological Review*, 20, 487-504.

Anexo. Propuestas recibidas a través del foro

Reformas estructurales, Atención Primaria de la Salud y Soberanía Sanitaria

1. Algunas reflexiones en torno al Federalismo Sanitario (Ase, I)
2. Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud (Spinelli, H.)
3. Es posible ambicionar una sociedad más sana (Mercer, H.)
4. Propuestas hacia una salud colectiva y territorial en la Argentina Futura (Baudino, S. y AP. Machinandiarena)
5. Salud: estrategias sanitarias participativas. Universidad, Derechos y Territorio (Carrera, AB.; A. Centeno; A. del Valle; V. Crivelli; C. Comedi; MB. Espeche; MD. González; G. Iglesias Correa; N. Jalil; A. Lascano; S. Mirkin y G. Sánchez)

Prioridades en Salud, Desarrollo Sostenible y Soberanía en Ciencia y Desarrollo Tecnológico

1. El desafío de establecer prioridades en Salud Pública para organismos de ciencia y tecnología (Perandones, C.; FM. Chinnici y G. Rego)
2. Limitar las prácticas de bajo valor para contribuir a un sistema de salud sustentable, eficiente y equitativo (Franco, JV. y K. Kopitowski)
3. Foro “Salud, prevención y estrategias sanitarias” desarrollado en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (Silberman, M.; F. Vallone y C. Congett Coords.)
4. Optimización en la Formación y Capacitación del Recurso Humano en Salud. Lourtou, GM.; BG. Giménez; CG. Prieto; H. D´Amico; E. Ferrar; S. Romero; M. Domínguez; H. Elmo y R. Bianchi)
5. Aplicaciones de la Tecnología Nuclear en el ámbito de la Salud Pública (Aizcorbe, J.; N. Córdoba; C. López Bularte; G. Peña; C. Poch y L. Rogulich)

Control de vectores, Endemias y Epidemias

1. Monitoreo de poblaciones de *Aedes Aegypti* en zonas estratégicas del primer y segundo cordón urbano bonaerense (Dománico, A. S. Fischer, MS. De Majo, C. Di Battista, M. Diaz, S. Bertolami, M. Biondini, P. Blanco, C. Vanegas y D. Burgos)
2. Estrategia Nacional para el control de vectores de enfermedades humanas en Argentina (Gorla, DE.).

Salud Mental

1. Grupos de apoyos mutuos (Robinson, A.)
2. Implementación de prácticas de autonomía en políticas públicas de salud mental (Acosta, MC.)

Salud Sexual y Reproductiva

1. Políticas de salud y derechos sexuales: controversias y desafíos para la post pandemia (Crosetto, R.; MT. Bosio y C. Bilavcik)
2. Implementación de Casas de Asistencia / Parto Comunitarias para el abordaje integral de la salud sexual y salud reproductiva (Rosenberg, ML.; AB. Diaz y A. Pedrido)
3. Obstáculos en la implementación de una política pública sobre reproducción asistida en Argentina: la regulación del embrión in vitro como eje de disputa (Johnson, C.)

Salud en grupos poblacionales particulares

Niñas, niños y adolescentes

1. Alimentos industrializados: marketing y publicidad en niñas, niños y adolescentes (Elmo, M. G. Lourtou; M. Dunayevich y C. Berardi)
2. Pesquisa de Hipercolesterolemia Infantojuvenil a través de la oficina de farmacia con posterior intervención (Robledo, JA.; S. Palma y JP. Real)
3. Situación nutricional de niños, niñas y jóvenes en sectores sociales vulnerables de La Matanza post COVID- 19. La universidad en la comunidad (Areces, G.y G. Figueroa)

Adultos mayores

1. Termalismo para la ciudadanía (Baschini, M.)

Medicina tradicional indígena

1. Modelo de atención complementaria entre la biomedicina y la medicina ancestral/tradicional indígena en el sistema público de salud argentino (Azpiroz Cleñan, V.)

Trabajo y Salud

1. Salud y Seguridad en el trabajo en tiempo de pandemia: el papel de la participación de trabajadoras y trabajadores y de la ergonomía (Iturraspe Oviedo, F.)
2. Proyectos Actuales en Salud y Políticas Públicas, Villa María, Departamento San Martín, Córdoba (Aponte Albri, A.; LR. Buthet; N. Rinaldi; SA. Vedelago; OA. Rey; L. Alonso y A. Barrera)

Link de acceso a los documentos completos:

https://drive.google.com/drive/folders/1_y0-RYmhhr2Pm4r1233Q76QT48DGrHp6?usp=sharing

Argentina > futura



Jefatura de
Gabinete de Ministros
Argentina

 @OkFutura

 ArgentinaFutura@jefatura.gob.ar

 argentina.gob.ar/argentina-futura