

# MEMORIAS

---

DE LA

---

## JORNADA DE GESTIÓN INTERSECTORIAL PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

---

ABORDAJES TERRITORIALES DE PROBLMÁTICAS COMPLEJAS

---



9<sup>na</sup> Jornada de la Maestría en  
Gestión de Sistemas y  
Servicios de Salud

5<sup>to</sup> Encuentro del Nodo Argentina del  
Observatorio Iberoamericano de  
Políticas y Sistemas de Salud

---

ROSARIO, SANTA FE  
REPÚBLICA ARGENTINA  
SÁBADO 14 DE NOVIEMBRE  
DE 2015



Referencia sugerida para citar el libro

Yavich N, Báscolo E, Gil M, coordinadores. Memorias de la Jornada de Gestión Intersectorial para la Inclusión Social: abordajes territoriales de problemáticas complejas [libro electrónico]. Rosario: UNR Editora; 2015 [Consultado: 25 de enero de 2016]. 88 p. Disponible en: <http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2016/01/Memorias.pdf>. ISBN 9789877021448.

Referencia sugerida para citar un trabajo publicado en el libro

Yavich N, Báscolo E, Gotlieb V, Ceola I, Fernández F, Gil M, et al. Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina. En: Yavich N, Báscolo E, Gil M, coordinadores. Memorias de la Jornada de Gestión Intersectorial para la Inclusión Social: abordajes territoriales de problemáticas complejas [libro electrónico]. Rosario: UNR Editora; 2015 [Consultado: 25 de enero de 2016]. pp. 22-24. Disponible en: <http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2016/01/Memorias.pdf>. ISBN 9789877021448.

#### **ORGANIZADORES**

- Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario
- Departamento de Gestión en Salud, Instituto de la Salud Juan Lazarte
- Capacita Salud, Investiga Más Estudios de Salud y Sociedad

#### **PATROCINADORES**

- International Development Research Center (IDRC, Canadá)
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, Argentina)
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe (Argentina)
- Municipalidad de Rosario, Provincia de Santa Fe (Argentina)
- Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud (OIAPSS)

#### **COMITÉ CIENTÍFICO**

Natalia Yavich, Ernesto Báscolo, Gabriela Castiglia, Verónica Gotlieb, Isabella Ceola.

#### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Natalia Yavich, Ernesto Báscolo, Gabriela Castiglia, Verónica Gotlieb, Gabriela Maldonado, Mariano Gil, Judith Shapiro, Ezequiel Viceconte.



## Índice

<b><u>Presentación</u></b>	5	
<b><u>Agradecimientos</u></b>	8	
Listado de trabajos presentados ordenados por mesa, autores y título		
<b><u>Mesa “Conferencias inaugurales”</u></b>	9	
Adriana Clemente	<u>Políticas y determinantes sociales para el abordaje territorial de la salud</u>	9
Enio García	<u>Política pública de medicamentos e intersectorialidad</u>	11
Alice Taylor y Milena Do Carmo	<u>Experiencias de investigación innovadoras hacia la promoción de masculinidades no violentas</u>	12
<b><u>Mesa “Experiencias intersectoriales”</u></b>	15	
Cristina Gentile	<u>Centro de Orientación para el Abordaje de las Adicciones (COAA)</u>	15
Fernando Leva y Fabiana Pendino	<u>Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada (DISVA)</u>	18
Cecilia Nieto	<u>Plan ABRE</u>	20
Natalia Yavich, Ernesto Báscolo, et. al.	<u>Intervenciones Intersectoriales para la equidad en Salud en Argentina y América Latina</u>	22
<b><u>Mesa “Construcción de una comunidad de gestión intersectorial en salud”</u></b>	25	
Andrés Becker	<u>La Maestría en el fin del mundo: la gestión intersectorial para hacerlo posible</u>	25
Gabriela Castiglia, Natalia Yavich y Ernesto Báscolo	<u>Construcción de una Comunidad de Práctica: “Gestión Intersectorial en Salud”</u>	26
Paula Granda	<u>La importancia de fortalecer los espacios de trabajo y las políticas de Estado para garantizar el derecho a la salud</u>	29
Nicolás Rivas	<u>Problemáticas sociales y abordaje integral</u>	31
<b><u>Mesa “Presentación de publicaciones”</u></b>	33	
Walter Barbato	<u>Presentación del libro “Informe de actividades del Consejo Consultivo para el Crecimiento de Santa Fe. Segundo Período”</u>	33

Verónica Gotlieb, Natalia Yavich y Ernesto Báscolo	<a href="#"><u>Litigio judicial y derecho a la salud en Argentina</u></a>	36
Juan Herrmann	<a href="#"><u>Desnutrición Infantil Aguda Grave según condiciones de vida, niveles de ocupación y políticas sociales en el Aglomerado Gran Rosario entre 1998 y 2012</u></a>	39
<b><a href="#"><u>Mesa “Ponencias libres”</u></a></b>		40
Claudia Alonso y Ana María Pendino	<a href="#"><u>Detección y atención de Enfermedad Renal Crónica (ERC), Rosario, Santa Fe (República Argentina), 2011-2013</u></a>	40
José Berardo	<a href="#"><u>Mirada de los médicos del sistema de salud pública de la Provincia de Santa Fe sobre la producción pública de medicamentos</u></a>	42
María Natalia Echevoyembery	<a href="#"><u>Organización del trabajo Unidades Sanitarias Móviles de ACUMAR</u></a>	45
Ingrid Gabrielzyk	<a href="#"><u>Un ensayo de política intersectorial en la concreción de derechos de trabajadoras/es sexuales en Uruguay</u></a>	47
Mara Inés García	<a href="#"><u>Abordaje integral del embarazo en la adolescencia como estrategia para reducir la inequidad social</u></a>	49
Esteban Leguizamón y Lautaro Gómez Sepliarsky	<a href="#"><u>Evolución y composición del gasto social en la Provincia de Santa Fe (2007-2013)</u></a>	51
Carina Ronchi Virgolini y Gladis Casalis	<a href="#"><u>Dispositivo de emergencia hídrico “Desde el barro”. Centro de Salud Virgen de Guadalupe. Reconquista. Santa Fe. Enero 2015</u></a>	52
Liliana Vrech	<a href="#"><u>Capacitación sobre enfoque terapéutico de las adicciones, centro de salud Roque Coulin, Barrio Ludueña, ciudad de Rosario</u></a>	54
<b><a href="#"><u>Resúmenes de posters</u></a></b>		57
Isabella Ceola	<a href="#"><u>Caracterización de las intervenciones intersectoriales en Salud en la Provincia de Santa Fe y la ciudad de Rosario (diciembre 2007-marzo 2015)</u></a>	57
Gabriela Faguaga, Cecilia Bonaudi y Nicolás Ballarini	<a href="#"><u>Proyecto de investigación Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal del paciente de internación Domiciliaria. Salud Pública Rosario</u></a>	61

Florencia Fernández, Ernesto Báscolo, et. al.	<a href="#"><u>Proyecto de Investigación: Intervenciones Intersectoriales para el abordaje de Enfermedades Crónicas No Transmisibles</u></a>	64
Esteban Leguizamón y Lautaro Gómez Sepliarsky	<a href="#"><u>Evolución del gasto público en salud en América Latina y el Caribe, en el marco del acceso universal en salud y la cobertura universal en salud</u></a>	66
Julia Morel	<a href="#"><u>Violencia y maltrato infantil</u></a>	68
María Angélica Pascua	<a href="#"><u>Consultoría en adicciones en una escuela secundaria: una mirada intersectorial</u></a>	69
María Cecilia Saux	<a href="#"><u>Programa “Pago por prestaciones” y política pública de salud. Aproximaciones de una relación con tensiones en un municipio del Conurbano Bonaerense</u></a>	72
Mauro Scarpin	<a href="#"><u>Consecuencias del sistema de salud argentino para médicos/as especialistas en Medicina Generalista y de Familia</u></a>	74
Judith Shapiro y Natalia Yavich	<a href="#"><u>Análisis de la implementación del Certificado Universitario en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Servicios de Atención Primaria de la Salud</u></a>	76
Natalia Yavich y Ernesto Báscolo	<a href="#"><u>La influencia de los procesos políticos en la dinámica y el alcance de los cambios institucionales y organizacionales en tres sistemas de salud municipales</u></a>	79
Natalia Yavich, Ernesto Báscolo y Rosa Moses	<a href="#"><u>Comparación del desempeño de los sub-sistemas público, de seguridad social y privado en Rosario, Argentina</u></a>	81
	<a href="#"><u>Listado de autores</u></a>	83

## **Presentación**

En el marco del proyecto de investigación “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina” se llevó a cabo la *Jornada de Gestión Intersectorial para la Inclusión Social. Abordajes territoriales de problemáticas complejas*. La misma tuvo lugar el sábado 14 de noviembre, en el auditorio central del Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” de la ciudad de Rosario. Participaron más de 100 personas procedentes de diferentes puntos del país, motivadas por debates en torno a la inclusión social, la gestión de sistemas y servicios de salud desde una perspectiva enfocada en la equidad y los desafíos de las intervenciones intersectoriales en lo social, entre otras problemáticas.

Los diversos actores partícipes de experiencias intersectoriales tienen un papel fundamental en los procesos de producción y transferencia de conocimiento del sector de la investigación al desarrollo de políticas públicas. Este movimiento resulta fundamental en la articulación de nuevos modos de gobernanza, en el diseño de nuevas herramientas de gestión y en la producción de dispositivos pedagógicos que ayuden a consolidar la calidad, la equidad y la inclusión social. La Jornada se propuso como un espacio de encuentro y diálogo con el objetivo de reconocer y analizar intervenciones y prácticas intersectoriales orientadas a promover la inclusión social y la equidad.

A lo largo de la Jornada, hubo una gran variedad de aportes que analizaron diversas problemáticas. Participaron destacados académicos y trabajadores y gestores del ámbito de lo público especialmente involucrados en dispositivos estatales de intervención en lo social.

La apertura estuvo a cargo del Rector de la Universidad Nacional de Rosario, Dr. Héctor Floriani, y del Secretario de Salud de la Provincia de Santa Fe, Bioq. Miguel González, quienes destacaron la importancia de la intersectorialidad tanto en lo académico como en lo político, bregando por un intercambio cada vez más intenso entre ambos ámbitos. También participó en este espacio el Dr. Ernesto Báscolo, investigador principal del proyecto y Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (CEI/UNR).

En la mesa “Intersectorialidad en las políticas públicas” referentes académicos y políticos ahondaron la temática. Se destacó la presencia de la Directora del Centro de

Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI/UNR), Dra. Isabel Martínez de San Vicente.

En la Jornada se desarrollaron, además de las mencionadas mesas de apertura y de “Intersectorialidad en las políticas públicas”, otras mesas que se constituyeron en espacios de diálogo e intercambio.

Las conferencias inaugurales contaron con la participación de destacados académicos y decisores en el campo de las políticas públicas. Entre ellos, estuvo presente la Lic. Adriana Clemente, quien profundizó en el tema de políticas y determinantes sociales para el abordaje territorial de la salud, destacando la importancia de los abordajes integrales. También hicieron su aporte las investigadoras del Instituto Promundo (Brasil), Alice Taylor y Milena Do Carmo, a través de un video donde presentaron los principales lineamientos del proyecto de investigación “Ciudades seguras e inclusivas” que impulsa Promundo con el apoyo del IDRC. La mesa contó además con el aporte del Lic. Roberto Zampani, Secretario de Desarrollo Territorial del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, y del Mg. Enio García, Jefe de Gabinete de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

El equipo de investigación del proyecto “Intervenciones Intersectoriales para la equidad en Salud en Argentina y América Latina” coordinó la mesa de “Experiencias Intersectoriales” en la que participaron referentes de las tres intervenciones que están siendo analizadas en el marco de dicho proyecto.

Por parte del equipo expusieron Natalia Yavich, Verónica Gotlieb, Isabella Ceola y Ernesto Báscolo, quienes destacaron los objetivos, metodología y resultados parciales del proyecto. La Lic. Cecilia Nieto, secretaria técnica del Gabinete Social de la Provincia de Santa Fe, presentó la experiencia del Plan Abre como un esfuerzo de coordinación interministerial e intergubernamental inédito, con un abordaje novedoso que se centró en el territorio favoreciendo la integralidad de las intervenciones a escala micro barrial. La Psic. Cristina Gentile, coordinadora del Centro de Orientación en el Abordaje de las Adicciones (COAA), expuso acerca de los orígenes, principios y desafíos del dispositivo, surgido en el marco de la Mesa Intersectorial para el abordaje de las adicciones. Por el lado del Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada (DISVA), en primer lugar el Sub-secretario de Prevención y Seguridad Ciudadana de la Municipalidad de Rosario, abogado Fernando Leva, hizo referencia al proceso de constitución del dispositivo, sus objetivos, logros y desafíos.

Por su parte, Fabiana Pendino, coordinadora del DISVA, analizó a través de la exposición de un caso abordado, la mecánica y lógica de trabajo del dispositivo.

En el espacio “Construcción de una comunidad de gestión intersectorial en salud” se abordaron problemáticas relativas a la puesta en marcha de experiencias donde diferentes sectores están trabajando en conjunto en pos de construir políticas que impacten en la equidad en salud. La mesa fue coordinada por la Lic. Gabriela Castiglia, referente de la Comunidad de Práctica Intersectorial, quien brindó algunas precisiones sobre esa experiencia. Participaron también el Lic. Nicolás Rivas, Director de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, la Lic. Paula Granda, quien presentó las Diplomaturas en Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, y el Médico Andrés Becker, exponiendo sobre la experiencia de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, cohorte Ushuaia.

Posteriormente se llevaron a cabo presentaciones de publicaciones. Se destacó la presentación del libro del Dr. Juan Herrmann, titulado “Desnutrición Infantil Aguda Grave según condiciones de vida, niveles de ocupación y políticas sociales “alimentarias” en el Aglomerado Gran Rosario entre 1998 y 2012”. Se trata de un minucioso análisis de la problemática de la Desnutrición Infantil Aguda Grave en el Gran Rosario en dos períodos separados por la crisis de 2001-2002.

Por último se desarrollaron dos mesas de ponencias libres, en las cuales académicos y trabajadores de diferentes programas y dispositivos sociales se refirieron a temáticas vinculadas a la inclusión social y la equidad en salud, tales como políticas sanitarias, enfermedades crónicas no transmisibles, experiencias territoriales en centros de salud, abordaje integral del embarazo adolescente, producción pública de medicamentos, promoción de derechos de trabajadores/as sexuales, enfoque terapéutico de las adicciones y evolución del gasto social en la Provincia de Santa Fe.

Se realizó, paralelamente, una nutrida exposición de posters donde los autores presentaron avances de investigaciones, experiencias de capacitación y descripción de dispositivos e intervenciones sociales.

En la presente edición, presentamos los resúmenes de los trabajos agrupados por la mesa en la cual se expusieron, y ordenados según el orden alfabético del apellido de sus autores. También incluimos una sección donde presentamos los resúmenes de aquellos autores que participaron en la sesión de posters.



Se encuentra disponible una galería digital donde los interesados podrán conocer en detalle cada uno de los trabajos, accediendo a través del sitio [www.capacitalud.com/jornadas](http://www.capacitalud.com/jornadas).

### **Agradecimientos**

Al Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR).

Al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Al International Developmet Research Centre de Canadá (IDRC, Canadá) y al Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

A los equipos del Plan Abre, del Centro de Orientación en el Abordaje de las Adicciones (COAA) y del Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada (DISVA).

Al personal del Hospital de Emergencias Dr. “Clemente Álvarez” (HECA).

A todos los funcionarios, docentes, tutores y alumnos.

## Mesa “Conferencias inaugurales”

### Políticas y determinantes sociales para el abordaje territorial de la salud

Adriana Clemente

En la última década la disminución de la indigencia y la pobreza es la mejora más significativa experimentó la sociedad argentina. Salir de una situación de pobreza masiva como la que se vivió hasta mediados de la década pasada, permite reconocer un conjunto de fenómenos, que si bien están derivados de la situación anterior, requieren una atención diferenciada como son los problemas que se expresan generacionalmente y que aún con aumentos excepcionales del gasto social no se revierten fácilmente. Entre otros, el caso de los jóvenes pobres que han salido tempranamente del sistema educativo, la maternidad temprana, las adicciones en jóvenes y adultos son algunos de los problemas que se expresan más dramáticamente en los territorios urbanos más pobres. Se trata de familias que alimentan las estadísticas de pobreza y desocupación por más de dos décadas, lo que hace más difícil revertir las secuelas de las privaciones. Como tema de fondo, esta presentación problematiza sobre los *factores de accesibilidad* que operan en el campo de las políticas sociales y que impactan (como causa y/o consecuencia) en el campo de la salud y sus políticas, especialmente las que buscan impactar en el territorio y así tener efectos directos en los problemas que afectan a las familias pobres. Como premisa se establece que el “sitio” donde se expresa una problemática social es parte tanto del problema como de su posible solución. El propósito final de esta reflexión es seguir alimentando conceptualmente la orientación (enfoque e implementación) de las políticas sociales que llamamos de *reparación social*, cuya particularidad es actuar vez a vez en torno a los daños producidos en la historia reciente, especialmente en torno a aquellos problemas que el mercado tiende a profundizar.

Las inversiones en materia social (educación, salud, infraestructura y saneamiento, etc.) no tienen precedentes en la historia reciente, sin embargo hay problemas que persisten. Proponemos pensar el tema no sólo desde una perspectiva presupuestaria, sino multidimensional como nos propone la noción de accesibilidad. El acceso a las políticas sociales de carácter estructural se constituye en un campo problemático. La

*accesibilidad* es una categoría aún poco explorada. Los estudios en salud son fuente de problematización para otros sectores de la política social.

Actualmente los resultados de los programas de prevención del embarazo no deseado y del tratamiento de adicciones obligan a revisar el diagnóstico de las causas que intervienen en la reproducción de la problemática y su reversión. Los antecedentes que ofrecen los programas de subsidio buscan alcanzar una base de sustentación que dé certidumbre entre la población que se halla en situación de riesgo sanitario, social y/o educativo, más que en la que ya está dañada y/o fuera del sistema.

Como hipótesis postulamos que la complejidad de la pobreza y sus derivaciones no admite como única estrategia la transferencia monetaria ya que en el territorio convergen aspectos que están por fuera de la dinámica que puede darse la familia para su reproducción (simple y ampliada). La presentación también problematiza la noción de territorio y sus derivaciones en el quehacer de las instituciones, particularmente las de atención primaria de la salud que son las de mayor proximidad.

## **Política pública de medicamentos e intersectorialidad**

Enio García

En el marco del Encuentro Unidos y Organizados por la Salud, ocurrido el 29 de noviembre de 2014, bajo la consigna de la construcción de la “Soberanía Sanitaria”, se plantearon 4 ejes estratégicos y centrales para la política pública en materia de salud: fortalecimiento de la APS, financiamiento y articulación entre el subsector público y de obras sociales, política de recursos humanos incidiendo en la formación y creación de equipos multiprofesionales, política nacional de medicamentos.

Puntualmente en el campo de las políticas de medicamentos se trabajó durante el año 2015, desde el Ministerio de Salud de la Nación, con las siguientes acciones:

- Centralización de los procesos de negociación de precio al interior del ministerio apoyada en la consolidación de la información a través de un tablero de comando.
- Cambio en el Decreto 150/92 de ANMAT incluyendo a China e India en el anexo II permitiendo al Ministerio importar medicación de estos países en casos de desabastecimiento local y/o sobrepuestos en el mercado interno.
- Creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP).
- Trabajo en conjunto al Instituto Nacional de Propiedad Intelectual (INPI) con el objetivo de priorizar análisis de patentes de medicamentos considerados de relevancia para la salud pública.
- Negociaciones de precios realizadas en conjunto con la Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, aplicación de la Ley de Regulación de las Relaciones de Producción y Consumo a laboratorios farmacéuticos que practicaban precios abusivos en los procesos de compra del Ministerio de Salud.
- Creación del mecanismo de compra conjunta de medicamentos entre los países de la UNASUR.

## **Experiencias de investigación innovadoras hacia la promoción de masculinidades no violentas**

Alice Taylor y Milena Do Carmo (Instituto Promundo)

Esta ponencia comparte dos abordajes desarrollados en años recientes en el Promundo. Primero, introducimos una investigación sobre las conexiones entre masculinidades, género, violencia urbana, y los caminos hacia la no-violencia en miembros de bandas de tráfico de drogas (una adaptación de la Encuesta Internacional sobre Hombres e Igualdad de Género, IMAGES, por sus siglas en inglés). Basado en resultados de IMAGES, luego describimos experiencias programáticas que promueven la prevención de la violencia a través de la paternidad activa y el cuidado.

### **El Estudio IMAGES**

El estudio IMAGES originalmente fue desarrollado por Promundo y el International Center for Research on Women, y se ha llevado a cabo en 12 países, con más de 25.000 encuestas realizadas. Se ha convertido en una referencia internacional para las encuestas domésticas de este tipo, para la comprensión de actitudes y experiencias relacionadas con una serie de artículos sobre la igualdad de género, incluyendo experiencias y actitudes hacia la violencia, división de tareas domésticas, cuidados, y prácticas sexuales. Por primera vez IMAGES, con apoyo del IDRC, fue adaptado para entender las dinámica de género, masculinidades, (no)-violencia en contextos de violencia urbana.

En ciudades como Río de Janeiro y otras ciudades de América Latina, con altos niveles de violencia urbana crónica, los hombres son alarmantemente la mayoría de los perpetradores de violencia letal armada; también constituyen la mayoría de los actores de homicidios y víctimas directas. Entender cómo la socialización puede promover la violencia desde muy temprana edad - así como el vivir en un entorno marcado por la violencia y la desigualdad -, puede ofrecer estrategias para enfrentar la violencia urbana. ¿Qué hace que algunos miembros de bandas de narcotraficantes o policías disminuyan o pongan fin al uso de la violencia y desafíen estas normas “hipermasculinas”? ¿Qué factores promueven la adopción de trayectorias no violentas en los hombres y qué papel desempeñan sus familiares? A través de entrevistas de historias de vida en Río de Janeiro, la parte cualitativa del estudio busca responder a estas preguntas. El análisis

completo de estos resultados estará disponible en un informe final en el primer semestre de 2016.

### **Paternidad y Cuidado**

La campaña global MenCare (“Vos sos mi papá”, en español) - activa en 24 países - sobre paternidad y cuidado se inspira en los resultados del estudio IMAGES anteriores tanto como en esta adaptación reciente, que identificó la presencia de un vínculo entre la experiencia de violencia de los hombres durante la infancia y la práctica en la edad adulta. Por otro lado, la encuesta también mostró que los hombres que han visto a sus padres o cuidadores que comparten las tareas del hogar durante el mismo período tienen más probabilidades de adoptar un comportamiento similar en el futuro.

Así, fueron desarrollados mensajes para los medios de comunicación sobre el impacto positivo del cuidado para la igualdad de género y la no violencia, y los cambios en las normas sociales acerca de la paternidad. Estos mensajes buscan promover prácticas equitativas, como las vacaciones pagadas por paternidad, políticas laborales flexibles, legislación que apoya la presencia de los hombres en las consultas prenatales y en el parto, políticas de educación y cuidado de niños, y prohibiciones legislativas sobre el castigo corporal.

Otra metodología para involucrar a los hombres, sensibilizar a los profesionales y movilizar a las comunidades es el *Programa P: Manual para el ejercicio de la paternidad e del cuidado* que contiene una serie de referencias para estimular la participación de los padres desde el embarazo hasta la primera infancia de sus hijos e hijas. El Programa P, testeado e implementado principalmente a través de los sectores de salud en Brasil y en Chile (con un socio, Cultura Salud para hacer la versión en español) ha indicado cambios positivos en la vida de los hombres, de las mujeres y de los niños y niñas, incluso con la reducción de la violencia. Como las masculinidades dominantes muchas veces refuerzan el concepto que los hombres deben acceder a servicios de salud “para emergencias”, trabajar en el espacio de visitas prenatales ha sido una estrategia fundamental para llamar e incentivar a los hombres a cuidar de su propia salud, y de la salud de sus parejas y familiares.

La investigación, tanto como la implementación y evaluación de programas y campañas, tienen un papel fundamental en expandir el conocimiento y promover las masculinidades que favorecen el cuidado y la igualdad, en lugar de normas violentas y riesgosas frente a contextos de violencia urbana. Este trabajo para la transformación de normas involucra a los hombres en espacios que ellos frecuentan, recurriendo a la

colaboración intersectorial más allá de los sectores tradicionalmente ligados a la seguridad pública.

## **Mesa “Experiencias intersectoriales”**

### **Centro de Orientación en el Abordaje de las Adicciones (COAA)**

Cristina Gentile

En el año 2013 y mediante el Decreto N° 2213, el Gobernador de la provincia de Santa Fe formalizó un espacio de articulación intersectorial denominado Mesa Intersectorial para el abordaje de las adicciones.

El espacio en el marco del Gabinete Social provincial ha sido sostenido por representantes de los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, Salud, Educación, Desarrollo Social, Seguridad e Innovación y Cultura.

En cumplimiento con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 - reglamentada en el año 2013 - y lo que establece el Plan Integral para el abordaje de Consumos Problemáticos N° 26.934 - promulgado en el año 2014 - el proceso de atención en adicciones se realiza preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de atención primaria de la salud y orientado al reforzamiento, restitución y promoción de lazos sociales, por lo que trasciende el ámbito de la salud e involucra a otras áreas de Gobierno.

Para comenzar, los integrantes de la Mesa realizamos un documento conjunto en el que se dejaron sentadas las bases políticas, éticas e ideológicas después de un arduo trabajo de discusión y construcción del problema en pos de trabajar en la generación, implementación y fortalecimiento de políticas públicas.

Las adicciones que se presentan como un fenómeno complejo resultante de factores individuales y sociales requieren de un proceso de atención, orientación y asistencia que forman parte de una estrategia compleja que articula e integra distintas acciones que incluyen las diferentes instituciones existentes: sanitarias, educativas, culturales u otras organizaciones propias de la comunidad, teniendo en cuenta que ningún ser humano atravesado por la vulnerabilidad puede pensarse como tal si no se constituye como actor protagónico de su propio proyecto de vida.

El tema de las adicciones representa para gran parte de nuestra sociedad el gran y único problema causante de los males sociales actuales. La delincuencia, la peligrosidad, la



marginalidad (especialmente de jóvenes pobres) aparecen asociados directamente al consumo de sustancias penalizadas.

Necesitábamos trabajar especialmente las representaciones sociales asociadas directamente sobre el tema, sólo trabajando sobre nuestros supuestos podríamos desmontar nuestras creencias para construir el problema.

En este marco, las acciones concretas en las que pudimos avanzar resultaron en:

- Una capacitación destinada a 400 trabajadores de diferentes áreas y Ministerios en las ciudades de Rosario y Santa Fe. La ONG Intercambios, quien supervisó nuestro trabajo en la Mesa, se encargó de la propuesta en tres encuentros mensuales que finalizará con un cuarto encuentro y la acreditación de los concurrentes.
- Se pudo comenzar con un compilado virtual de todos los recursos territoriales existentes, a los fines de poder tener acceso desde una página de la provincia.
- El armado de una guía orientadora sobre los modos de intervención frente a personas con problemáticas de consumo ha sido nuestro último logro a presentar.

El Centro de Orientación en el Abordaje de las Adicciones (COAA) depende técnicamente de la Mesa Intersectorial y se encuentra funcionando hace 5 meses en la ciudad de Santa Fe. La conformación del COAA se realizó seleccionando profesionales de diferentes disciplinas y Ministerios que se encontraban trabajando en el territorio y contaban con una vasta experiencia en gestión y asistencia. Profesionales idóneos en la escucha quienes orientan, brindan información, gestionan, facilitan, ayudan, sostienen y acompañan las demandas de la ciudadanía y de los diferentes equipos o instituciones anclados en el territorio que alojan personas con situaciones de consumo pero que sienten que sus intervenciones resultan insuficientes

Las situaciones que han sido alojadas por el equipo han resultado de particulares y derivaciones desde distintos organismos del Estado: efectores de salud, escuelas, subsecretaría de Niñez, Secretaría de Derechos Humanos, Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes, equipos socioeducativos, Dirección de Salud Mental.

Los familiares de las personas que consumen manifiestan haber deambulado por diferentes efectores y no haber encontrado una solución a la problemática. Se intervino sosteniendo la situación hasta poder armar la red que sostenga territorialmente la situación. Evitar la deambulación de las personas para lograr una respuesta frente a las

problemáticas de consumo ha sido uno de los objetivos más importantes del Dispositivo.

En la realización de internaciones involuntarias el equipo acompañó el proceso articulando con el SIES, el centro de salud interviniente, la Justicia y las familias.

Además de las complejidades que se nos presentaron con las situaciones, nos aparecieron otras. No resultó sencillo reemplazar los profesionales que fueron seleccionados para formar el equipo, tampoco pudimos contar con insumos propios y nos quedó pendiente la posibilidad de constituir un equipo similar en Rosario. La estructura de la administración pública provincial no reconoce la articulación intersectorial.

De todos modos, continuamos sosteniendo que, a pesar de las dificultades, el trabajo es sobre la construcción del problema, destacando que en las situaciones que sintéticamente se han mencionado, el consumo ha sido sólo una parte dentro de complejidades mayores y afirmamos con convencimiento en cuanto a los resultados obtenidos en un corto tiempo, que las situaciones, aún asistidas desde lo singular, deben desplegar estrategias interdisciplinarias e intersectoriales donde se articulen saberes, recursos, espacios y lógicas de trabajo.

## **Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada (DISVA)**

Fernando Daniel Leva y Fabiana Alejandra Pendino

### **Orígenes del DISVA (Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada)**

El Dispositivo surge como un proyecto estratégico complejo, a manera de laboratorio o experiencia piloto, debido al acrecentamiento de situaciones de violencia armada entre jóvenes (mayoritariamente varones de entre 15 y 29 años) de la ciudad.

Intenta interrumpir, al inicio, el círculo de la violencia mediante el acercamiento personal al herido y/o su entorno internado en el efector municipal. Luego, orientar el seguimiento a través de los diversos programas e instituciones de los distintos niveles del Estado y la comunidad.

Asimismo, se origina sobre algunos interrogantes: acontecido un hecho de violencia armada, ¿dónde, cuándo, entre quién/es y cómo sucederá el próximo? ¿Es evitable? ¿Hubo algún abordaje previo del Estado?

Brinda de esta manera una señal de alarma de situaciones altamente riesgosas. Este "alerta" georreferenciado es comunicado a quienes deban intervenir según la singularidad de cada caso.

Comenzó a funcionar en enero de 2014 y a más de un año de labor ininterrumpida, en octubre de 2015, la Intendenta lo crea formalmente mediante decreto 2215/15.

### **Constitución**

Como todo dispositivo, está integrado por un conjunto heterogéneo de sectores y saberes que interactúan entre sí conformando una red o tejido donde se sustentan y, a su vez, son sustentados por la malla o trama que enlazados componen. Esta sinergia va generando acciones y nuevos conocimientos, potenciados por la articulación continua. Nos remitimos a mayor abundamiento al concepto de dispositivo de Michel Foucault.

En esta inteligencia, el sistema se forma con una línea horizontal intersecretarial compuesto por las Secretarías de Salud, Promoción Social y Gobierno, coordinadas por la Secretaría de Control y Convivencia a través de la Sub Secretaría de Prevención y Seguridad Ciudadana.

### **Características y objetivos**

Respecto a la dinámica de trabajo, al ingresar heridos de arma de fuego al Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, estos son abordados en forma personal por los agentes

del DISVA capacitados en mediación, facilitación, asistencia social y salud. Se pretende mediante la proximidad asistir, resguardar, y contener a la víctima y su entorno. Asimismo desentrañar, descorrer el velo para poder “visibilizar” lo oculto tras la apariencia y llegar al núcleo de conflicto.

En cuanto a los objetivos, en un primer nivel se actúa sobre la coyuntura que abre una situación de violencia armada, conteniendo al herido víctima/victimario y su entorno. Intenta evitar así, la circularidad de la violencia.

En un segundo nivel, se interviene en la estructura o contexto estructural con la finalidad de lograr la inclusión social de los afectados mediante los planes y programas municipales y provinciales.

### **Reflexiones finales: logros y desafíos**

Una primera reflexión amerita destacar que el DISVA es el primer y único dispositivo de estas características. Por el momento, no se conocen experiencias similares en Latinoamérica ni en el resto del mundo.

Un gran desafío sería lograr implementar en un futuro cercano el DISVA a "escala" de la ciudad, replicar unidades en la mayoría de los efectores municipales y provinciales, específicamente en aquellos donde ingresan pacientes producto de las violencias urbanas.

En suma, descentralizar el dispositivo, dotándolo de mayores recursos y mejor participación de los distritos. Quizás, atento al profundo conocimiento que estos poseen en el territorio, debería incluirse a la Secretaría General en el sistema para la implementación de estos objetivos.

Por fin, cabe preguntarse, este dispositivo tan útil en la producción de indicadores e información de calidad a los fines estadísticos, para análisis diversos, diagnósticos y sistematizaciones, ¿no deviene utópico en términos de seguridad y prevención? ¿No es una gota en el mar o un grano de arena en el desierto? Probablemente, pero tenemos la firme convicción de que cada intervención o abordaje salva vidas, y eso es motivo más que suficiente para seguir adelante con el proyecto.

## **Plan ABRE**

Cecilia Nieto

### **Introducción**

El Plan ABRE es un eje central de la gestión de gobierno de la provincia de Santa Fe y principal tarea de su Gabinete Social. Surge como un nuevo modo de abordar la complejidad creciente de la problemática social en grandes núcleos urbanos de la provincia de Santa Fe: Santa Fe, Rosario, Villa Gobernador Gálvez, Pérez y Granadero Baigorria.

Las principales problemáticas que se registraron en los territorios tienen que ver con la violencia interpersonal, la inseguridad en el barrio, el retraimiento de la participación, la escasez de espacios públicos para la convivencia, el debilitamiento de los lazos sociales, los problemas de infraestructura y las dificultades de accesibilidad a servicios públicos.

### **Descripción de la intervención**

Los objetivos de la intervención son mejorar la calidad de vida en los barrios, fortalecer las redes sociales de instituciones estatales y organizaciones sociales, implementar dispositivos interministeriales e impulsar la constitución de Mesas de Gestión Barrial.

El Plan ABRE depende del Gabinete Social de la provincia de Santa Fe compuesto por los ministerios de Desarrollo Social (que ejerce la coordinación), Gobierno y Reforma del Estado, Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Innovación y Cultura, Seguridad, Justicia y Derechos Humanos, Aguas, Servicios Públicos y Medio Ambiente, y la Secretaría de Estado del Hábitat. Articula además con la Mesa interministerial para el abordaje de las adicciones y con la Mesa interjurisdiccional para la prevención y lucha contra la trata de personas.

Se caracteriza por poner el foco en el territorio a través de una estrategia integral destinada a barrios priorizados y mediante una coordinación interministerial y entre provincia y municipios. Comprende dos ejes de trabajo: Infraestructura y hábitat, y Convivencia y participación.

### **Resultados**

Actualmente hay 65 proyectos de infraestructura estratégica en marcha y 36 finalizados, 57 proyectos relacionados a la mejora del hábitat en marcha y 72 proyectos de mejora en la provisión de servicios, con diferentes niveles de avance.

Se trabaja con 177 clubes. Más de 4000 jóvenes volvieron a la escuela, más de 60000 vecinos disfrutaron de eventos culturales en sus barrios y asisten a actividades estivales de deporte y recreación. 254 proyectos de Ingenia fueron seleccionados en los barrios del Plan ABRE. 541 emprendimientos fueron fortalecidos mediante capacitaciones y fondos.

La Policía Comunitaria está funcionando en 14 barrios y se han tramitado 38000 DNI en dispositivos móviles. Actualmente hay 36 mesas de gestión barrial en funcionamiento.

El Plan ABRE cuenta con un Sistema de Monitoreo y Evaluación que, a través de 14 indicadores transversales y 105 indicadores de gestión, guían el seguimiento de las acciones. Además, 110 trabajadores de los Ministerios de Desarrollo Social, Salud, Innovación y Cultura, Educación y Seguridad son parte de los equipos territoriales del Plan.

### **Conclusiones**

El Plan ABRE representó un esfuerzo de coordinación interministerial e intergubernamental inédito, con un abordaje novedoso que se centró en el territorio favoreciendo la integralidad de las intervenciones a escala microbarrial.

# **Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina**

Natalia Yavich, Ernesto Báscolo, Verónica Gotlieb, Isabella Ceola, Florencia Fernández, Mariano Gil, Miguel González, Esteban Leguizamón, Gabriela Castiglia

## **Introducción**

Las condiciones de salud de la población están fuertemente determinadas por los determinantes sociales de la salud y las políticas públicas que buscan mejorar las condiciones de vida de la población. Dichas políticas incluyen la labor del sector salud, pero lo exceden. Para actuar sobre los determinantes sociales el sector salud debe trabajar en forma articulada con otros sectores. Este proyecto, iniciado en octubre de 2014 tiene como propósito promover la emergencia, implementación y gestión de acciones intersectoriales de atención primaria de la salud (APS) con capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de salud, la salud de la población y la equidad en salud en Argentina y América Latina. En este marco se han propuesto los siguientes objetivos: 1) Analizar los procesos de diseño, planificación, implementación y gestión de tres intervenciones intersectoriales de APS en la Provincia de Santa Fe (Argentina) y sus efectos sobre los determinantes sociales de salud, la salud de la población y la equidad en salud y 2) Promover el intercambio y difundir herramientas conceptuales y analíticas para sensibilizar a actores claves de la Argentina y América Latina sobre la importancia de adoptar modos de gobernanza efectivos para favorecer la emergencia, implementación y gestión de acciones intersectoriales con capacidad de actuar sobre los determinantes sociales y la equidad en salud.

## **Metodología**

Este estudio, implementado desde un abordaje participativo, se basa en el desarrollo de un estudio de casos múltiple longitudinal de los modos de gobernanza y efectividad de tres intervenciones intersectoriales. Los casos son estudiados a través de la revisión y análisis de información secundaria y la producción de información primaria a través de entrevistas y talleres con decisores, gerentes y trabajadores involucrados. Los casos son analizados y alimentarán el desarrollo de un marco analítico sobre la efectividad de las intervenciones intersectoriales, elaborado a partir del abordaje institucional.

En segundo lugar se llevan a cabo actividades de intercambio, difusión y sensibilización, canalizadas por un lado a través del uso de herramientas virtuales para la construcción de una comunidad de práctica en gestión intersectorial, actividades presenciales y a distancia de formación e intercambio y difusión de evidencias y conocimientos y del proceso de investigación, ámbito propicio para el contacto y debate con gestores y decisores.

### **Resultados**

Se identificaron, sistematizaron y caracterizaron 68 intervenciones intersectoriales de las que participa el sector salud de la Municipalidad de Rosario y la Provincia de Santa Fe. Paralelamente se llevó a cabo un diagnóstico epidemiológico y social para identificar áreas de acción prioritarias para ambos gobiernos. Utilizando como insumo estas actividades se seleccionaron junto con autoridades provinciales y municipales tres intervenciones prioritarias: dos provinciales, el Plan ABRE en su componente de Abordaje integral de adicciones y el Centro de Orientación para el Abordaje de Adicciones y una municipal, el Dispositivo de Intervención sobre Situaciones de Violencia Armada. Se inició el seguimiento de las intervenciones a partir del reconocimiento de los mecanismos explícitos e implícitos a través de los cuales las intervenciones apuntan a lograr sus objetivos y los desafíos que enfrentan para ello a los fines de determinar qué procesos requieren ser evaluados y monitoreados. Se avanzó en la elaboración de un marco analítico capaz de reconocer los factores que facilitan u obstaculizan la efectividad de las intervenciones intersectoriales.

### **Discusión y conclusiones**

Las intervenciones abordan problemáticas de violencia urbana, adicciones y exclusión social y comparten una población objetivo conformada predominantemente por varones adolescentes y jóvenes, en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social vinculada o vulnerable de ser captada por circuitos delictivos y que ha sido previamente objeto de otras políticas sociales y/o ha sido intervenida por el sistema judicial y/o penal.

Identificamos al interior del Estado dos grandes vertientes contrapuestas a partir de las cuales se aborda la violencia urbana y las problemáticas que la atraviesan (adicciones, marginalidad, exclusión social, maltrato infantil, etc.). Una es más prevalente en el sector judicial y de la seguridad y actúa a través de políticas de combate de la delincuencia con acciones represivas. La otra es más prevalente en el sector salud, de desarrollo social y derechos humanos y actúa mediante la inclusión y protección de los derechos de los jóvenes y niños vulnerables y el desarrollo de políticas de seguridad



comunitaria. Las tres intervenciones bajo estudio se enmarcan en ésta última vertiente. En los tres casos, se busca asistir en necesidades inmediatas (ej. proveer atención salud, tratamiento de adicciones, frenar situaciones de violencia o maltrato infantil) y promover la integración de los jóvenes y adolescentes vulnerables a través de la construcción de proyectos de vida mediante la oferta de programas, estructuras y servicios del Estado. Al mismo tiempo buscan reconocer, racionalizar e integrar los circuitos que transitan los niños, adolescentes y jóvenes vulnerables, a los fines de garantizar la continuidad e integración de las políticas públicas. La caracterización de los casos en términos de su contexto político y social y de la estructura institucional y de su proceso político ha permitido reconocer las particulares fortalezas y desafíos que enfrenta cada intervención para llevar adelante su objetivo, y el modo en que éstas influyen sobre las características que asumen las estrategias e innovaciones organizacionales.

## **Mesa “Construcción de una comunidad de gestión intersectorial en salud”**

### **La Maestría en el fin del mundo: la gestión intersectorial para hacerlo posible**

Andrés Becker

La Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud se dicta en la Ciudad de Ushuaia desde julio de 2015. Fue el resultado de la inquietud de un grupo de profesionales en pos de una oportunidad de capacitación con la cual no era posible contar hasta ese momento, debido a las grandes distancias con los grandes centros y la escasa oferta formativa en la ciudad argentina más austral.

Hacia fines de 2014, se constituyó un grupo de interés integrado por las más diversas disciplinas y sectores que, en constante comunicación con la Coordinación Académica, se fue consolidando y trascendiendo institucionalmente, resultando la declaración de interés del Ministerio de Salud de la Provincia, un hecho auspicioso, accediendo a contar con el apoyo de la Universidad de Tierra del Fuego, y otras instituciones públicas y privadas, que hacen posible su dictado y desarrollo.

En conclusión, se conformó un colectivo comprometido no sólo con la capacitación ya en marcha, sino también con la salud colectiva, que desarrollará investigación aplicada a problemas locales de gestión en salud, abriendo la posibilidad de continuar con nuevas cohortes, trabajando en conjunto con diferentes sectores, e integrándose con otros actores institucionales y de otras localidades provinciales cercanas que hasta la fecha no tenían esa posibilidad.

## **Construcción de una Comunidad de Práctica: "Gestión Intersectorial en Salud"<sup>1</sup>**

Gabriela Castiglia, Natalia Yavich, Ernesto Báscolo

### **Introducción**

La Comunidad de Práctica sobre Gestión Intersectorial en Salud (GIS) se crea en el 2014 en el marco del proyecto de Intervenciones Intersectoriales para la Equidad en Salud en Argentina y América Latina y del Certificado Universitario con competencias en Gestión Interdisciplinaria de los Servicios Latinoamericanos de APS (Certificado APS).

### **Descripción**

El presente trabajo propone difundir la Comunidad GIS, cuyo objetivo es promover el intercambio y difundir herramientas conceptuales y analíticas para sensibilizar a actores clave de la Argentina y América Latina sobre la importancia de adoptar modos de gobernanza efectivos y así favorecer la emergencia, implementación y gestión de acciones intersectoriales con capacidad de actuar sobre los determinantes sociales y la equidad en salud.

Actualmente se identifican limitaciones del sistema de salud para responder a las necesidades en salud y a las nuevas demandas. Existe un fuerte apoyo de organizaciones internacionales, gubernamentales, territoriales y académicos que priorizan y promueven el desarrollo de una gobernanza intersectorial que actúe sobre los campos que influyen sobre la salud de la población y la inequidad en salud, como educación, violencia, hábitat, etcétera. Sin embargo, en lo que concierne a las preocupaciones e inquietudes de los equipos de salud, identificadas a partir de diferentes espacios de interacción y de capacitación, desde las producciones de los alumnos, los aportes en los foros de discusión, hasta la participación en los seminarios presenciales y virtuales sobre intersectorialidad (de la Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud y del Certificado APS CEI/UNR), visualizan y manifiestan dificultades para desarrollar intervenciones y prácticas desde abordajes intersectoriales en sus organizaciones. Cabe destacar que la mayoría se desempeña en servicios de salud de Argentina, y una minoría de otros países de América Latina.

---

<sup>1</sup> Trabajo también presentado en la sesión de posters.

Perciben desde el campo de la salud: a) Falta de comunicación entre los niveles de gestión y distintos sectores de gobierno cuando se determinan políticas sociales. b) Apatía en relación a la importancia que merece fortalecer la comunicación, información, cercanía con los ciudadanos y su participación. c) Dificultades para generar canales de comunicación entre el equipo de salud y los diferentes actores sociales. d) Dificultades desde los equipos para crear, alimentar y fortalecer la práctica interdisciplinaria y el abordaje intersectorial como modo de reconfigurar las intervenciones ante nuevas demandas. e) Limitaciones respecto a la participación y el protagonismo de las organizaciones territoriales en la agenda de los gobiernos. f) Necesidad de instalar espacios de capacitación continua y de relación entre los equipos de salud que comparten una práctica común. g) Necesidad de crear espacios de discusión que reconozcan la fortaleza del intercambio de saberes para construir nuevas miradas y abordajes.

La comunidad GIS se construye como un espacio de interacción, discusión y aprendizaje para compartir o confrontar posiciones, para propiciar relaciones entre los miembros y las organizaciones, para fortalecer los saberes adquiridos en los territorios, para identificar y reconocer las problemáticas sociales complejas que los atraviesan y facilitar y promover modos de gobernanza intersectoriales con influencia en los determinantes sociales de la salud.

En la Comunidad de práctica virtual se desarrollan distintos espacios de interacción que promueven el intercambio entre actores: foros de debate, Laboratorio de Iniciativas Intersectoriales y Prácticas Intersectoriales en los Servicios de Salud, biblioteca digital con una sección específica sobre intersectorialidad, difusión de novedades y eventos especiales en articulación con las redes sociales.

Para fortalecerse, la Comunidad articula y se nutre de los seminarios, talleres y módulos, presenciales y virtuales que se desarrollan en los distintos espacios académicos y de actividades del proyecto de investigación.

Para potenciar el aprendizaje colaborativo y colectivo, en el primer semestre 2015 se abrieron 3 foros de debate sobre: Intersectorialidad en Salud, Liderazgo e Intersectorialidad en Salud y La Investigación como Herramienta para la toma de Decisión en salud. Los primeros vinculados a módulos del Certificado de APS y el último a la Diplomatura de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (Capacita Salud/CEI-UNR).

## **Resultados**

Hoy la comunidad tiene más de 870 miembros que participan de diferentes programas de capacitación (Capacita Salud y Maestría en Gestión CEI-UNR), se desempeñan en diversas organizaciones del sistema de salud y en otras organizaciones territoriales de Argentina y de América Latina y desde distintos espacios están elaborando proyectos para mejorar intervenciones existentes y/o planificar nuevas intervenciones intersectoriales en salud.

### **Conclusiones**

Estas trayectorias constituyen un privilegio para el intercambio de experiencias y saberes. Es una oportunidad para construir la interacción e integración entre diferentes actores claves, profesionales, investigadores, docentes, funcionarios y decisores, que tienen capacidad de influir sobre la gestión y toma de decisiones en materia de políticas públicas en salud.

El desafío es construir un espacio motivador, actualizado, que contribuya a generar capacidades en los equipos de salud para diseñar e implementar acciones intersectoriales efectivas.

## **La importancia de fortalecer los espacios de trabajo y las políticas de Estado para garantizar el derecho a la salud**

Paula Granda

El Ministerio de Salud de la Nación lanzó un conjunto de trece Diplomaturas Superiores, resultado de un trabajo articulado con el Fondo Permanente de Capacitación de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación (FoPeCap – INAP) y Universidades Nacionales.

Se trata de una iniciativa pública y gratuita que tiene lugar en el periodo 2015-2016 en todo el territorio Nacional. Surge de la decisión de fortalecer los espacios de trabajo y las políticas de Estado, valorizando el interés de los y las trabajadoras del sistema público en profundizar su formación. Aborda diversidad de temas que son producto de una construcción colectiva cuyo eje transversal es la perspectiva integral de la salud. Se sostiene en la importancia de brindar a la comunidad una atención que garantice la salud y el acceso equitativo como derechos inalienables.

La Diplomatura en Teoría y Herramientas para la Promoción de la Salud es el resultado de un trabajo en conjunto entre miembros del FoPeCap, del Ministerio de Salud de la Nación y la Universidad Nacional de Rosario. Propone la formación de los profesionales y técnicos a través del desarrollo de herramientas de Promoción de la salud.

Pensar la salud como un bien público, como un derecho social, supone un abordaje integral que permite pensar al sujeto desde el entramado de la familia, de la cultura, de su historia individual y social, y a la salud como un proceso dinámico. También nos orienta a superar el concepto de salud como “la ausencia de enfermedad”. La salud se concibe no solo como un producto del saber/poder de los profesionales de la salud, sino también como la capacidad permanente de los individuos y las comunidades organizadas para modificar los aspectos y las condiciones que obstaculizan el desarrollo de una vida plena, con mayor bienestar.

El diseño de esta Diplomatura propone tanto una redefinición teórico-práctica del campo de la Promoción de la Salud como un abordaje ético-político integral cuyos sentidos se dirigen hacia la comprensión de la salud como derecho. Su propósito es formar trabajadores como sujetos transformadores capaces de desencadenar procesos de cambio en el sistema, a través del desarrollo de liderazgo y capacidades para diseñar,

implementar y evaluar estrategias e intervenciones efectivas en promoción de salud en su lugar de trabajo, en el contexto de las políticas de APS.

De modalidad virtual y una duración de 180 horas, está dirigida a profesionales y técnicos de la salud y otros sectores que estén interesados en realizar acciones para fomentar la salud de las personas, las familias y las comunidades.

Se encuentra dividida en seis módulos que abordan las diversas temáticas y que son retomados en un trabajo final integrador. El Módulo I presenta una Introducción a la Diplomatura y una Capacitación en el uso del aula virtual. Desarrolla el marco Conceptual para pensar la Promoción de la Salud y los procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Cuidado. El Módulo II aborda la concepción de la salud como derecho y discute procesos de construcción de ciudadanía, políticas sanitarias y presenta el Sistema de Salud en Argentina. El Módulo III emprende el análisis de la situación de salud en relación con la participación social y la intersectorialidad. Aborda cuestiones referidas a la Educación para la salud y a la Comunicación y la salud. El Módulo IV presenta prioridades temáticas en Promoción de la Salud tales como la salud ambiental, la vulneración de derechos de niños y adolescentes y la salud sexual y reproductiva. El Módulo V aborda del mismo modo prioridades temáticas en Promoción de la Salud pero en esta oportunidad se discuten problemáticas referidas tanto a la Salud Mental, a la APS, al consumo problemático de sustancias como también se discuten abordajes sobre la problemática de violencia. El último módulo, el Módulo VI, plantea la elaboración del trabajo integrador y discute conceptos de planificación, gestión, evaluación e investigación en la Promoción de la Salud. Se pretende que los egresados sean capaces de desarrollar estrategias de promoción de salud en diversos escenarios.

## Problemáticas sociales y abordaje integral

Nicolás Rivas

Esta presentación se propone brindar elementos para presentar para el abordaje desde un enfoque de integralidad como respuesta a la complejidad que supone la intervención social en territorios cuya población, de manera más o menos homogénea, comparte privaciones de diferente índole atribuibles a su condición de pobreza.

Hay consenso en que tanto la definición de las necesidades sociales, como de la pobreza son el resultado de construcciones sociales, históricamente situadas. A su vez, las políticas sociales por definición deben guardar requisitos de: cobertura, calidad y accesibilidad para toda la población (potencial o efectivamente) demandante. En ese sentido se explica la estandarización de las respuestas que brinda el estado. Sin embargo, cada contexto (social, económico y cultural) influye en los resultados que una misma política pueda alcanzar, de ahí la necesidad de tener concepciones y sobre todo aproximaciones metodológicas que permitan combinar una o más estrategias de abordaje.

El debate sobre la integralidad de las políticas sociales tiene antecedentes históricos que se remontan a inicios del siglo pasado en estrecha relación con la profesionalización de las prácticas asistenciales que hizo necesaria la organización institucional de dispositivos de asistencia para atender las manifestaciones de la “cuestión social” (Pablo Netto, 1982). La tensión entre “El caso social individual” (Mary Richmond, 1917), la posterior diferenciación de los métodos de acuerdo a la naturaleza de la demanda: caso, grupo-familia, comunidad y el mentado “Método integrado” como superación de la fragmentación del sujeto social y su entorno, son parte de un debate aún vigente según la corriente de pensamiento a la que se adscriba. En tal sentido, el aporte de instrumentos que puedan contribuir a fortalecer la integralidad supone un aporte diferencial para un campo en tensión como es el de la intervención social que comprende de modo simultáneo registros ligados a cuestiones del orden analítico, técnico y ético, combinación irreductible al conocimiento de una única disciplina. (Danani, 2012). Entonces el abordaje interdisciplinario de la pobreza urbana es un recurso indispensable para conjurar la tentación reduccionista que ofrece la lógica globalizada para el análisis y abordaje de las problemáticas complejas y contextualmente situadas.



Sin embargo, si bien hay consenso (académico y político) en la importancia del abordaje interdisciplinario se presentan muchas dificultades para materializar y compatibilizar las diferentes matrices tanto disciplinares, como principalmente institucionales, en parte atribuible a la lógica sectorial que organiza las políticas públicas.

## **Mesa “Presentación de publicaciones”**

### **Presentación del libro “Informe de actividades del Consejo Consultivo para el Crecimiento de Santa Fe. Segundo Período”**

Walter Barbato

El Consejo Consultivo para el Crecimiento de Santa Fe (CCCSF) fue creado mediante Decreto en 2008 por el Gobernador Dr. Hermes Binner. Es un organismo no estatal y sus miembros se desempeñan ad-honorem habiendo sido designados y duraron en sus cargos hasta concluir el mandato del Gobernador que los designó. Tienen representación territorial de toda la provincia y proveniencia de distintas áreas de la actividad social y económica.

Entre los considerandos del decreto de creación del CCCSF reproducimos los siguientes párrafos:

“...resulta útil conocer la opinión de las personas que puedan aportar tanto sus conocimientos como su experiencia en diversos campos, que se sume, enriqueciéndola, a la de los funcionarios de todos los niveles y áreas de trabajo...  
... es importante contar con Consejos que contribuyan al diseño tanto de un plan estratégico provincial, como de los planes regionales que serán requeridos como consecuencia del proceso de regionalización que este gobierno se propone implementar...”.

Al asumir en 2012 el nuevo Gobernador, Dr. Antonio Bonfatti, recreó el CCCSF estableciendo en los considerando del Decreto correspondiente lo siguiente:

“... conveniencia de generar mecanismos que faciliten la participación de ciudadanos que, desde fuera de la estructura estatal, le presten asesoramiento y hagan conocer iniciativas...colaborando a dar impulso al crecimiento santafesino, resultando útil conocer la opinión de personas que puedan aportar tanto sus conocimientos como experiencia en diversos campos, que se sume, enriqueciéndola, a la de los funcionarios de todos los niveles y áreas de trabajo”.

“...que la experiencia del Consejo Consultivo...ha sido útil para la gestión, resultando sus dictámenes y actividades provechosas en distintos aspectos”.

Finalmente el Gobernador Bonfatti designó a los miembros del CCCSF que serían los integrantes durante su gestión.

A la actividad específica del CCCSF plasmada en dictámenes se sumó la organización de reuniones públicas con expositores invitados para analizar temas especializados. Así en el área Salud y en actividades públicas se abordaron temas como:

“Desafíos de la Gestión y de las Políticas de Salud en Argentina de Hoy” a cargo de los Dres. Ernesto Báscolo, Mario Drisun (Ministro de Salud) y Silvio Gonzalez (Director de la obra social provincial (IAPOS)).

“Prevención y gestión de la violencia en los Servicios de Salud” con la participación de los Dres. Oscar Pellegrini (Coordinador de abordajes territoriales de problemáticas subjetivas sociales de Santa Fe), Julia Cardozo Villa (Directora de Mediación de Rosario), Leonardo Caruana (Secretario de Salud Pública de Rosario), Eleonora Avilés Tulián (Directora de Desjudicialización de los Conflictos Interpersonales de Santa Fe).

“La problemática de los medicamentos y la Salud Pública” con presentaciones a cargo de los Dres. Ernesto Báscolo, Juan José Daloisio (Director del LEM de Rosario), Carlos Arques (Director del LIF de la Provincia de Santa Fe).

Al mismo tiempo, el Consejo recibió de personas físicas e instituciones diversas inquietudes, las cuales pudieron canalizarse hacia las autoridades respectivas sin necesidad de la formalización de dictámenes escritos. Algunas de las exposiciones se incorporan al libro que comentamos hoy.

Hemos aprendido mucho de los funcionarios cuyo trato hemos frecuentado; de los conciudadanos a quienes hemos escuchado; y del trato entre nosotros mismos, proviniendo, como provenimos, de distintas realidades geográficas, actividades profesionales o económicas, y formaciones ideológicas y religiosas muy variadas. Lo aprendido antes y durante nuestro desempeño lo hemos puesto al servicio de la labor encomendada.

Contar con la opinión de personas que no son funcionarios públicos; que trabajan en forma honoraria; que tienen trayectoria y experiencia en organizaciones no gubernamentales de distinto tipo; que estén dispuestas a expresar su opinión con independencia de criterio, es algo útil para un gobernante en ejercicio, como una suerte de vínculo adicional con la sociedad, fuente siempre disponible de iniciativas y consejo. La experiencia adquirida permite afirmar que un Consejo Consultivo con las características del creado por el Dr. Binner y ratificado por el Dr. Bonfatti, es útil tanto para el gobierno como para la sociedad.

El libro que presentamos hoy reúne la actividad del CCCSF expresada en sus Dictámenes que abarcan una amplia gama de temas: Energías renovables, Transporte de

la producción, Seguridad ciudadana, Modernización del Estado provincial, Federalismo, Medio Ambiente, y Especialmente Salud.

Así mismo se incluyen en esta publicación las Contribuciones especiales solicitadas por el CCCSF entre las que destacamos en primer término las relacionadas a Salud: Avances hacia el Acceso y la Cobertura Universal en la Salud en la Provincia de Santa Fe - Ernesto Báscolo y Natalia Yavich

El Laboratorio Industrial Farmacéutico una Empresa del Estado - Carlos Arques

El Federalismo Fiscal: Economía y Política - Luis Carello

¿Para qué queremos el Estado? - Esteban Hernández

El Servicio Público como Política de Desarrollo Social - Daniel Cantalejo

El Daño Fundado en la Dimensión del Hombre en su Concreta Realidad - Jorge Mosset Iturraspe

¿Cómo Combatir la Inseguridad? - José Ricardo Spadaro

Finalizando, deseamos expresar que en las actividades del CCCSF, y de las que el libro que presentamos hoy es un leve reflejo, se evidencia una gestión intersectorial para la inclusión social con abordajes territoriales para problemáticas complejas, tal como propone la presente jornada.

## **Litigio judicial y derecho a la salud en Argentina<sup>2</sup>**

Verónica Gotlieb, Natalia Yavich, Ernesto Báscolo

### **Introducción**

Durante las últimas décadas el Poder Judicial se ha instituido como alternativa al sistema político para exigir el respeto de los derechos humanos y entre ellos el derecho a la salud. En Argentina este fenómeno toma impulso adicional por una gran mayoría de sentencias judiciales a favor de los demandantes y la reforma constitucional de 1994. Sin embargo, hasta el momento, no se conocen los efectos que la judicialización del derecho a la salud está produciendo en el sistema de salud argentino, adjudicándosele una escasa capacidad para reducir las inequidades en salud.

### **Objetivo**

Este trabajo tiene como propósito explorar el perfil del litigio por acceso a la atención de la salud tramitado ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación y su potencial para influir sobre las problemáticas que determinan la inequidad del sistema de salud argentino. Se escogió la Corte por cuanto constituye la máxima instancia del sistema judicial del país y recibe litigios de todo el país, operando sus sentencias como precedente para futuros fallos de todos los tribunales del país.

### **Método**

Se llevó a cabo un análisis documental de sentencias judiciales de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina sobre acceso a la atención de la salud dictadas entre 1994 y 2013. Las sentencias fueron abordadas a través de un análisis de contenido temático y frecuencial. Se definieron categorías analíticas que fueron exploradas a través de medidas cuantitativas y cualitativas.

### **Resultados**

Fueron identificadas 125 sentencias. El 87% de los casos fueron promovidos como amparos. Los reclamantes son personas físicas individuales en el 88% de los casos, la mitad personas con discapacidad, con una adscripción a la seguridad social y la medicina prepaga en un 64% de los casos. El 87% de los reclamos gira en torno a la cobertura prestacional, con una cuarta parte vinculada a cobertura de prestaciones del PMO (20 litigios). La Corte declaró la constitucionalidad de la equiparación de

---

<sup>2</sup> Trabajo también presentado en la sesión de posters.

obligaciones de cobertura entre prepagas y obras sociales. También declaró que el PMO incluía las prestaciones básicas para personas con discapacidad. Estas decisiones convalidaron judicialmente decisiones políticas: leyes 24.754 sobre obligatoriedad del PMO para entidades de medicina prepaga y 24.901 sobre prestaciones básicas para personas con discapacidad. En los litigios que discutieron la interpretación y aplicación del PMO, las sentencias no instituyeron un fuerte precedente, no ingresando la Corte en el debate sobre cobertura y excepciones a las normas de cobertura. De los 109 reclamos promovidos por cobertura prestacional, 23 sentencias discutieron la obligatoriedad y extensión de las prestaciones para personas con discapacidad. 18 casos discutieron la obligatoriedad. La Corte resolvió por la obligación de cobertura de las prepagas y obras sociales no adheridas a la ley 23.660, y estableció la obligatoriedad del Estado Nacional de garantizar el derecho a la salud, sin perjuicio de las obligaciones de las jurisdicciones sub-nacionales y las demás entidades privadas o de la seguridad social. 5 litigios discutieron el contenido de las prestaciones, cuestionando la integralidad de la cobertura de las prestaciones previstas por la normativa vigente para las personas con discapacidad. La Corte no estableció criterios generales o líneas argumentativas que puedan alimentar futuros reclamos. 27 sentencias se ocuparon de la responsabilidad directa o subsidiaria del Estado. El Estado Nacional fue demandado en 23 de estos casos. La Corte estableció la responsabilidad del Estado Nacional como garante subsidiario del derecho a la salud. Algunos de los casos plantearon un debate judicial no tomado por la Corte en su sentencia definitiva: la responsabilidad subsidiaria del Estado sólo en casos de población sin cobertura explícita privada o de seguridad social o en cualquier caso, y la definición del responsable de las prestaciones excluidas de la cobertura de la medicina prepaga pero que resultan necesarias para la efectiva vigencia del derecho a la salud.

### **Conclusión**

La judicialización se ha limitado a operar como una válvula de escape protectora de los derechos individuales pero sin demasiada incidencia en las políticas públicas de salud. El litigio por acceso a la atención de la salud tramitado ante la Corte se caracteriza por la preeminencia del reclamo individual, con un esquema típico del derecho privado en tanto los litigantes, en su gran mayoría, solamente litigan para obtener la cobertura de un servicio médico que le fue negado por su proveedor o financiador. Este patrón individualista no permitiría que el litigio desarrolle todo su potencial para garantizar el efectivo respeto por el derecho a la salud. Es posible presumir que si la demanda

individual se transformara en demanda colectiva, el litigio podría ocupar, en el futuro, un rol promotor del acceso equitativo a la atención de la salud. En este caso, según algunos de sus precedentes, podría esperarse otro tipo de intervención judicial por parte de la Corte, de corte más dialógico, promotora del debate democrático y el diálogo inter-institucional.

## **Desnutrición Infantil Aguda Grave según condiciones de vida, niveles de ocupación y políticas sociales “alimentarias” en el Aglomerado Gran Rosario entre 1998 y 2012**

Juan Maximiliano Herrmann

La desnutrición aguda conforma, junto a la desnutrición crónica, el sobrepeso, la obesidad y otros déficits nutricionales específicos, el grupo de eventos comprendidos dentro del gran capítulo de la malnutrición. La menor autonomía de los niños respecto de los adultos hace que estos eventos cobren especial relevancia durante los primeros años de vida.

La desnutrición infantil aguda puede presentar diferentes niveles de severidad, y si bien puede responder a problemáticas de índole biológica, está fuertemente determinada por factores “suprabiológicos” que hacen a la reproducción social y que condicionan el acceso al alimento. Entre estos factores se destacan las condiciones de vida, el empleo, las políticas sociales y los patrones de consumo. La literatura específica señala, a nivel global, una clara tendencia al aumento de la desnutrición crónica, y muy especialmente la obesidad y el sobrepeso, con una fuerte disminución de la desnutrición aguda, fenómeno conocido como la transición epidemiológico-nutricional.

Durante las últimas décadas, la sociedad argentina en su conjunto viene transitando profundos procesos de cambio en lo relativo al régimen de gobierno y al patrón de acumulación de capital, procesos que impactaron profundamente en las condiciones de vida y de trabajo, y en el lugar del Estado en su rol mediador entre la sociedad civil y el mercado. Estos procesos condujeron que la sociedad atravesara en 2001-2002 una profunda crisis social y política. La misma tuvo como correlato niveles históricos de pobreza y desocupación, y donde la problemática del acceso al alimento y la desnutrición aguda ocuparon un importante espacio en la agenda de actores políticos, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto.

La presente investigación propone indagar la situación de la Desnutrición Infantil Aguda Grave (DIAG) en el Aglomerado Gran Rosario en dos momentos separados por la crisis de 2001-2002 a la luz en los niveles de ocupación, las condiciones de vida y las políticas sociales “alimentarias” que caracterizaron a cada uno: el período de “ajuste” y la “postconvertibilidad”.



## **Mesa “Ponencias libres”**

### **Detección y atención de Enfermedad Renal Crónica (ERC), Rosario, Santa Fe (República Argentina), 2011 – 2013**

Claudio Alonso y Ana María Pendino

Según el Observatorio Regional de Salud de P.A.H.O, las Enfermedades No Trasmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte en las Américas. Se observa en primer término la enfermedad isquémica cardíaca con el 11.24%, seguida por las enfermedades cerebrovasculares con el 7.15 % y en tercer término la Diabetes Mellitus (DM) con el 5.48 %.

En términos de inversión en salud, las ENT son la causa de la mayor parte de costos evitables (PAHO 2001).

La enfermedad renal crónica (ERC), enmarcada dentro de las ENT, es un problema de salud pública de alcance global recientemente catalogada por la OMS como una epidemia a nivel mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, encontrándose actualmente un 11% de la población general con algún grado de disfunción renal y un 4,6% en estadios avanzados. (Mezzano A, 2005).

En la República Argentina, la incidencia de pacientes en Diálisis Crónica (DC) continúa en aumento, llegando en 2012 a 158 pacientes por millón de habitantes (ppm), habiendo aumentado esta tasa a un ritmo del 1.8% interanual desde 2004. En algunas provincias las tasas superan los 200 ppm y en otras apenas se alcanza los 120 ppm.

La tasa cruda de Prevalencia en Tratamiento sustitutivo renal crónico es de 835.74 ppm (IC 95%: 826.91- 844.64) en la República Argentina para el año 2012 (INCUCAI, 2013).

Estas cifras se han mantenido sin cambios significativos e indican un pobre resultado en prevención primaria y secundaria, considerando que se trata de una enfermedad generalmente de fácil reconocimiento por exámenes de laboratorio y que existen algunos tratamientos que pueden prevenir el desarrollo y enlentecer su progresión a estadios terminales.

La prevalencia de la ERC, en concordancia con el resto de las ENT aumenta por el envejecimiento de la población, el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo como la enfermedad Cardiovascular, DM, HTA, o la obesidad.

La importancia de la detección precoz de la ERC radica en que es reconocida actualmente como un problema trascendente de salud pública debido a la necesidad de un costoso tratamiento substitutivo en la fase terminal de la enfermedad y el aumento extremo del riesgo de eventos cardiovasculares y morbimortalidad asociada.

Sin embargo, es característico el marcado retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuados, debido a la etapa subclínica e infrecuente consulta espontánea de la población ante la ausencia de síntomas de alarma.

Si bien el curso de la enfermedad es irreversible, actualmente existe evidencia de que el diagnóstico precoz y un correcto manejo de la ERC retrasan su evolución y reducen la frecuencia de complicaciones, logrando a largo plazo un mejor estado general de los pacientes que llegan a diálisis o trasplante.

Estas intervenciones requieren de una política de salud pública sostenida en el tiempo, que incluya educación ciudadana, una estrategia de clivaje poblacional eficaz y un sistema de atención médica integrando a todos los niveles de complejidad, permitiendo la implementación de guías de manejo basadas en evidencia y consenso.

Hasta la actualidad, no se han realizado a nivel nacional estudios poblacionales sobre ERC y, por lo tanto, se desconoce la prevalencia de casos en etapas iniciales, donde las medidas de manejo son aún posibles. Consecuentemente no se han abordado políticas de prevención para esta población vulnerable.

En 2008, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de Rosario designó un grupo de trabajo para estudiar esta problemática, respaldado en la Ordenanza del Consejo Municipal N° 8.319 del año 2008, basada en el carácter epidémico de la ERC y posteriormente por la Resolución N° 2047 de fecha 14 de setiembre de 2011 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

En ese año, se establece el Plan de Acción Integral de Salud Renal (PAIS-R), en la población que recibe asistencia sanitaria en sus efectores.

El PAIS-R utiliza una estrategia de trabajo en red, que consiste en el examen de creatinina plasmática en toda muestra sanguínea y, en aquellos casos con alteración en su Tasa de Filtración Glomerular (TFG), el ingreso de los pacientes a un dispositivo de manejo multidisciplinario en todos los niveles de complejidad asistencial.

En el período 2011 y 2014, se evaluaron 74188 pacientes (58.1 % con edades entre 50 y 70 años de edad, 39.3 % menores de 50 años y 2.6 % mayores de 70 años). Se identificaron 1081 personas con alteración de su TFG, encontrándose 297 (1.1 %) en estado avanzado de enfermedad renal crónica: aproximadamente un 25 % de estos casos

con edades inferiores a los 50 años. Todos los pacientes con TFG alterada ingresaron a nuestro programa asistencial.

En la actualidad, el PAIS-R se ha establecido como política pública municipal y ha demostrado ser una herramienta exitosa que permite la mejor accesibilidad de personas con alguna problemática a los sistemas de cuidado de la salud.

# **Mirada de los médicos del sistema de salud pública de la provincia de Santa Fe sobre la producción pública de medicamentos**

José Berardo

## **Introducción**

En Argentina, se decretó en el año 2002 la Emergencia Sanitaria que entre otras medidas incluía la Ley de Prescripción de los Medicamentos por su nombre genérico que obligaba al médico a, ya no solamente prescribir por marca, sino incluir indefectiblemente el nombre genérico del medicamento. Paralelamente, la Producción Pública de Medicamentos (PPM) en la última década comienza a ocupar un lugar de privilegio en las agendas de los gobiernos como herramienta de optimización del gasto público en medicamentos.

El éxito de esta medida está directamente influido por la confianza de los médicos en la equivalencia terapéutica de dichos genéricos. Y este es el núcleo medular de lo que se intentó abordar en esta investigación pero limitando aún más el campo de investigación: la idea fue estudiar la mirada que tienen los médicos sobre los medicamentos genéricos producidos públicamente, partiendo de considerar que políticamente se está generando un impulso muy importante, tanto a nivel nacional como provincial de la PPM que tal vez no logra potenciarse justamente por la reticencia que tienen los médicos hacia estos productos y determinar si dichos profesionales son un obstáculo o un engranaje más de este proceso.

En la investigación se trabajó con muestras estratificadas por hospitales predeterminados, entrevistando o cuestionando a profesionales médicos de esos establecimientos de manera aleatoria.

Esta investigación brinda información valiosa para los laboratorios públicos y favorece la elaboración de estrategias sanitarias para el logro de los objetivos de futuras políticas públicas.

## **Objetivo**

Explorar cuál es la percepción instalada en la comunidad médica del sistema de salud pública de la provincia de Santa Fe sobre los medicamentos genéricos de producción pública.

## **Método**

Se realizó una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva de corte transversal. El estudio se basó en información primaria surgida de encuestas prediseñadas. El universo estudiado fueron los médicos del sistema de salud pública de Santa Fe (de los 12 hospitales más importantes).

### **Resultados**

Los resultados más importantes fueron:

1. Casi el 70% de los médicos no conoce con seguridad acerca de lo que es la Producción Pública de Medicamentos.
2. Uno de cada seis médicos no conoce ningún laboratorio de PPM.
3. Dos de cada cinco médicos duda de la calidad y confiabilidad de los medicamentos de producción pública.
4. El 75% de los médicos confirmó recomendar “marcas” en la prescripción y solamente el 8,2% de los médicos afirmó que nunca prescribe marcas.
5. Casi la mitad de los médicos no conoce con seguridad la Ley Nacional 25.649.

### **Discusión**

Como conclusión se plantea la situación que el Estado necesita a los médicos participando activamente, desde el ejercicio de su profesión, en la promoción y crecimiento de la PPM. Pero, ¿cómo se le puede pedir a un médico que prescriba medicamentos de los que no tiene información, en los que no conoce su elaborador y por ende no confía?

Si el Estado pretende seguir impulsando la PPM (y así reduciendo costos en salud y contribuyendo a la accesibilidad) tendría que invertir en articular mecanismos, herramientas, espacios, debates, para generar conocimiento y confianza por parte de la comunidad médica hacia los laboratorios públicos y sus medicamentos. Tal vez un camino sea emular las estrategias de marketing y capacitación de los laboratorios privados, evidenciando las características demostradas de equivalencia terapéutica y clínica de los medicamentos de producción pública.

## **Organización del trabajo Unidades Sanitarias Móviles de ACUMAR**

María Natalia Echegegoyemberry

### **Antecedentes**

La Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) es un organismo autárquico creado por Ley Nacional N° 26.168, como consecuencia de un fallo judicial en la “Causa Mendoza”, que reclamaba daños y perjuicios sufridos por la población como resultado de la contaminación de la Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR).

### **Objetivo**

Describir la organización del trabajo en las Unidades Sanitarias Móviles (USM), a través de la identificación del perfil de los usuarios, trabajadores y de las relaciones entre ellos, y si ello influye en la integralidad en salud.

### **Diseño**

Exploratorio-descriptivo, transversal, cuali-cuantitativo. El perfil de los usuarios se investigó por historias clínicas y encuestas de percepción y satisfacción, mientras el perfil de los trabajadores por encuesta on line y entrevistas semi-estructuradas.

### **Resultados**

Se seleccionaron seis operativos realizados por las USM (2401 usuarios): 60,6% mujeres, 42,3% argentinos, 51,5% menores de 30 años, 30,7% percibe AUH y 54,2% tenían cobertura de salud exclusivamente estatal, el servicio más utilizado fue enfermería (44,1%), y las consultas más prevalentes fueron vacunación y control de salud (67%). Respecto del perfil de los trabajadores el 60% fueron mujeres, 81,2% tenían entre 25 y 39 años. El 72% realizó capacitaciones que le permitieron actuar con perspectiva integral en APS. El 67,6% consideró que fueron buenas las articulaciones realizadas con otros organismos, el 79,9% consideró que el trabajo permite insertar a las personas en el sistema de salud y el 70% que produjo empoderamiento en la comunidad. El 56,8% señaló al trabajo en equipo como el factor de la organización del trabajo que contribuyó a una mejor atención sanitaria basada en el principio de integralidad en salud. La mayoría señaló como obstaculizadores del trabajo la distribución de insumos, logística, contratación, retrasos de salarios, y excesiva demanda de la población de servicios asistenciales.

### **Conclusiones**

Se estableció una línea de base para la gestión en salud, que dio cuenta que la organización del trabajo contribuyó a efectivizar la integralidad en salud, lo que fue percibido tanto por los usuarios como por el personal de las USM.

Investigación financiada por el Programa de Becas Carrillo-Oñativía, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

# **Un ensayo de política intersectorial en la concreción de derechos de trabajadoras/es sexuales en Uruguay**

Ingrid Gabrielzyk

## **Introducción**

La ley 17515 de 2002 crea la Comisión Nacional Honoraria de Protección al Trabajo Sexual con el fin de apoyar intersectorialmente la política sanitaria de descriminalización del trabajo sexual como estrategia de reducción del VIH y de las ITS en el colectivo de las/los llamadas/os profesionales del sexo.

De conformación intersectorial y con participación de la sociedad civil, esta comisión funciona en el MSP, organismo que ejerce su coordinación. Se describen algunos logros y obstáculos en el proceso de trabajo desarrollado entre el 2011 y 2015 por esta Comisión caminando hacia la meta de una progresiva inclusión social.

## **Descripción de la experiencia**

Se describe la conformación de la Comisión y sus cometidos en un contexto de un Ministerio de Salud estrictamente normativo y fiscalizador, se analiza críticamente la Ley y su proyecto de modificación, se compara el enfoque de derecho laboral que refleja el espíritu de la misma con el nuevo marco del Sistema Nacional Integrado de Salud - en construcción a partir del 2005 - y la política en Salud Sexual y Reproductiva a partir de 2011 por el MSP, así como con el Plan Quinquenal del Área Programática de ITS/VIH-Sida estructurando alineaciones conceptuales y estratégicas que justifican las intervenciones promovidas desde la Comisión en el período mencionado. Se identifican y analizan las ventajas que facilitan las acciones políticas que la misma activa, así como los obstáculos que surgen de la interacción de actores y de las coyunturas institucionales. Este análisis se vuelca asimismo en una experiencia piloto de fiscalización y en un abordaje integrado de capacitación de equipos intersectoriales a nivel nacional asociados a un momento particular de sensibilización y movilización de la Sociedad Civil e Instituciones del Estado en torno a la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCENNA).

## **Resultados parciales**

Se identificaron actores intra e intersectoriales como aliados transitorios o estratégicos en el alcance de realización de derechos de TS; se aprovecha la nueva estructura sanitaria focalizada en normatizar y fiscalizar la atención descentralizada de prestadores



integrales de salud; se generan instrumentos de abordaje integrado para la fiscalización de locales; se incorpora una visión desde el campo disciplinar de la Salud de los Trabajadores involucrando al Ministerio de Trabajo y Seguridad, al Banco de Previsión Social, y también de protección de menores; se movilizan mandos medios y autoridades ministeriales; se hacen emerger resistencias a considerar; se gana credibilidad entre TS representadas/os en la Comisión; se participa en eventos que confrontan paradigmas en relación al TS ganando espacios públicos para la discusión que luego se dará a nivel parlamentario; se construyen enfoques e instrumentos compartidos entre Instituciones del Estado, y se da paso a la acción, en evaluación permanente. Se aprovecharon espacios y recursos ya destinados para la tarea (espacios de diálogo y toma de decisiones, recursos materiales, humanos y protocolos ya asignados para la tarea de cada Institución involucrada, recursos humanos ya capacitados y presupuestados, etc.).

### **Conclusiones**

El producto de esta experiencia será insumo para capacitación de equipos en el país y se constituye en un escalón hacia el desafío de contribuir con una estrategia política y gerencial, y práctica para controlar la influencia de algunos de los determinantes de las inequidades en el acceso al derecho a la salud de TS articulando sectores que han estado por fuera de la gerencia de los programas de salud.

# **Abordaje integral del embarazo en la adolescencia como estrategia para reducir la inequidad social**

Mara Inés García

## **Introducción**

La estrategia planteada se ha desarrollado desde el año 2010; primero con apoyo nacional, luego como Programa Municipal. Se trata de un equipo de trabajadores de la salud, entre Promotores, Facilitadores Adolescentes y Equipo Técnico que desarrolla el diseño, planificación y ejecución de estrategias de abordaje integral del embarazo en la adolescencia, desplegadas a través de las redes sanitarias a todo el distrito, articulando con otras redes institucionales y organizaciones, con el objetivo de vincular a las adolescentes embarazadas y su contexto desde un abordaje estratégico, integral y participativo, desde la promoción de los cuidados de salud de este colectivo, prevención y asistencia de las situaciones vinculadas a educación, trabajo, situación social entre otras.

## **Descripción de la experiencia**

A partir de la captación de la adolescente embarazada por parte del primer nivel de atención (consultorio obstétrico, relevamientos barriales, eventos de salud comunitarios, o derivación de educación y/o de organizaciones intermedias) la misma se contacta con el equipo, el cual la ingresa al Programa y a partir de allí se la contacta de manera periódica, en lo cotidiano, para acompañarla a resolver sus demandas singulares durante este período. Se intenta generar un vínculo de empatía, un lazo de confianza con la joven para que deposite sus dudas, sensaciones y temores y pueda ser acompañada bien de cerca durante este período. La mayoría de los promotores y facilitadores son otros/as adolescentes. En un primer momento se realiza la Encuesta (a embarazadas y púerperas adolescentes, de hasta 19 años que viven en José C. Paz.), evaluación de situación de vulnerabilidad social (para identificación y abordaje de un acompañamiento reparador, considerándolo desde el primer contacto), entrevista en profundidad (identificando necesidades singulares y colectivas y posibles respuestas, garantizando controles prenatales y acceso a sus demandas, facilitando la búsqueda de solución de aquello que perciben como problema).

## **Resultados**

Acompañamiento reparador al 84% de las embarazadas bajo programa (n:1008 durante periodo 2014), acorde a cada caso particular (entrega de turnos específicos para control prenatal en los espacios en que ellas más cómodas se sintieran para ser atendidas y seguidas, con los profesionales con quienes más empatía hubieran logrado, intentando garantizar continuidad y longitudinalidad asistencial; coordinación con segundo nivel para estudios complementarios de mayor complejidad; vinculación con el área de educación para continuar o retomar estudios secundarios o ingresar al Programa Fines; inclusión en programas de apoyo social como el Qunitas, Más Vida, Apoyo Alimentario Municipal, Asignación Universal y otros; articulación con centros de formación profesional para satisfacer demandas de cursos de oficios para ellas y/o sus parejas; acompañamiento en resolución de problemáticas familiares y/o sociales con seguimiento por aparte de psicólogos, trabajadores sociales y promotores de salud).

### **Conclusión**

Esta estrategia de intervención sistematizada y sostenida, se enmarca en la vinculación y revinculación con referentes del sector salud y otros, con quienes se entabla una relación personalizada, de confianza mutua, especialmente con los promotores, protagonistas activos en el territorio. De esta interacción surge un acompañamiento reparador de situaciones de vulnerabilidad socio sanitarias, fomentando acciones transformadoras en el acceso a sus derechos de salud integral, educación, nuevas relaciones sociales y acceso a información; les permite empoderarse de derechos y facilitar a cada adolescente paceña un mejor embarazo, parto y calidad de vida.

## **Evolución y composición del gasto social en la provincia de Santa Fe (2007-2013)**

Lautaro Gómez Sepiarsky y Esteban Leguizamón

El presente trabajo tiene como objeto realizar una evaluación de carácter descriptiva del comportamiento del Gasto Público Social (GPS) en la Provincia de Santa Fe durante el período 2007-2013. La política social busca prevenir, reducir y atacar las consecuencias de los problemas sociales (pobreza, inequidad, salud, etc.) de forma de garantizar un piso de derechos a la ciudadanía. Si bien no es objeto del presente estudio evaluar el impacto de las políticas públicas, y se reconoce que el GPS no es el único medio de financiamiento del gasto social, se entiende que la autoridad política a través del mismo fija directrices y establece prioridades entre las distintas problemáticas sociales. Hecho lo anterior se torna pertinente el estudio de su evolución y comportamiento a la hora de evaluar una gestión de gobierno y el norte de sus políticas.

Se procede a elaborar una serie de indicadores del GPS sobre la base de los presupuestos públicos (previstos) que permitan evaluar los cambios acontecidos en el mismo respecto al Producto Bruto Geográfico (PBG), el Gasto Público Total (GPT) y las modificaciones relativas a las proporciones correspondientes a cada partida del gasto social en relación a las demás. Cabe aclarar aquí las dificultades metodológicas encontradas que impidieron deflactar la serie de gastos a valores constantes por no disponer de un número índice adecuado, por lo tanto los ratios que representan la participación del gasto social en el PBG y en el gasto total se encuentran a valores corrientes.

Como primeras conclusiones es importante remarcar dos cuestiones, por un lado el aumento de la participación del gasto público total en el PBG de la provincia de Santa Fe que pasa del 11,2% al 16,04% durante el período bajo análisis, lo que implica un aumento del 43,27%, acompañado de un incremento en el Gasto Social de similar magnitud, aunque con escasos cambios al interior de su composición. Derivado de lo anterior, es menester hacer mención de la relativa estabilidad en la relación entre el gasto social y el gasto total a lo largo del período en cuestión. Dicho cociente se sitúa en torno al 50% sin sufrir grandes alteraciones.

De lo expuesto se desprende que pese a ganar importancia el gasto social en relación al producto por medio del gasto total, la composición interna del mismo se mantuvo relativamente constante durante el período.

## **Dispositivo de emergencia hídrico “Desde el barro”. Centro de salud Virgen de Guadalupe. Reconquista. Santa Fe. Enero 2015**

Carina Ronchi Virgolini y Gladis Casalis

Muchas comunidades se encuentran expuestas cada vez más a sucesos climáticos capaces de poner en peligro la salud de los habitantes en cuestión de horas o días. Luego del evento, en general se produce un lento y extendido deterioro del saneamiento básico, lo cual se traduce en una disminución del hábitat y del nivel de salud de la comunidad afectada. Con motivo de la "Emergencia Hídrica" en el corriente período estival y con fuerte impacto en el norte de la provincia de Santa Fe, el equipo de salud turno tarde del CAPS Virgen de Guadalupe de la ciudad de Reconquista organizó un dispositivo llamado "Desde el barro" para cubrir las zonas más afectadas del área de cobertura del CAPS antes mencionado que son los Asentamientos Guadalupe Sur, Guadalupe Oeste y Belgrano, que se encuentran situados en una zona inundable llamada "Laguna de los Ingleses".

Los objetivos del presente trabajo fueron prevenir la leptospirosis que es una de las enfermedades endémicas de la provincia, informar sobre recomendaciones para evitar las enfermedades transmitidas por agua y alimentos y finalmente conocer el estado inmunitario para tétanos y hepatitis A de individuos mayores de 16 años y al mismo tiempo completar los esquemas de vacunación necesarios. Para esto, se conformó un equipo de trabajo multidisciplinario y se plantearon las siguientes actividades: capacitación del personal de salud, articulación con otras organizaciones, elaboración de sistema de registro, difusión, reorganización de la atención del centro de salud. Se realizó el dispositivo casa por casa desde el 12 al 30/01/2015. Para la quimioprofilaxis de leptospirosis se utilizó para los niños de 9 a 12 años Doxiciclina (100mg/semanal por dos semanas); para los mayores de 12 años y adultos se utilizó Doxiciclina (200mg/semanal por dos semanas). En cuanto a las embarazadas y púerperas, se les suministró Amoxicilina (500mg cada 8 horas por 3 días). La Doxiciclina se entregó para dos semanas consecutivas por persistir en situación de anegamiento, esto no fue necesario con la Amoxicilina. A su vez se controlaron los carentes de vacunas, completando esquemas y poniendo especial énfasis en la cobertura de Hepatitis A

(VHA) y Doble Adultos (Dta). Al mismo tiempo se entregaron pastillas potabilizadoras de agua en frascos con 220 pastillas cada uno.

El total de individuos visitados en la población de estudio fue de 524, según asentamientos fueron Sur: 210, Oeste: 114 y Belgrano: 200. Las personas cubiertas con quimioprofilaxis para leptospirosis fueron 332, entre ellas los adultos y mayores de 12 años fueron 254, los niños de 9 a 12 años fueron 50 y las embarazadas y puérperas fueron 28. El total de dosis de vacunas aplicadas fue de 446, entre ellas fueron VHA (65 dosis), Dtpa (128 dosis), DTP (8 dosis), Pentavalente (4 dosis) y otras (230 dosis). Cabe destacar que sólo 14 personas del total de la población analizada rechazaron la vacunación. Este trabajo se realizó los días hábiles del mes de enero del 2015, se pudieron cubrir los tres asentamientos, se logró prescribir la quimioprofilaxis a quienes no se habían evacuado, pero se encontraban anegados y con difícil acceso a la consulta temprana. Se garantizó la utilización de agua segura a través de la entrega de pastillas potabilizadoras de agua y bombas comunitarias. Es importante destacar que tuvimos en el área de cobertura 3 casos sospechosos de leptospirosis.

Cabe concluir que no podemos evaluar el impacto del dispositivo ya que no existen datos anteriores de este tipo de actividad en éste área de cobertura, sí podemos decir que es una base para un futuro inmediato. En la actualidad teniendo en cuenta la proximidad del fenómeno climático de la Corriente del Niño, desde el centro de salud el equipo comenzó a articular acciones con otras instituciones. Para ello, durante las emergencias se generan oportunidades para mostrar los resultados alcanzados en el sector salud, dando visibilidad al uso de los recursos y promoviendo mejores prácticas y lecciones aprendidas que sirvan a otros de ejemplo. De esta manera, es necesario llamar la atención para que los responsables de la información y comunicación busquen los espacios y las oportunidades para incrementar la visibilidad sobre los esfuerzos desplegados en la respuesta, y en general para que se pueda ganar visibilidad y protagonismo de las actividades de salud y desastres en las agendas y en las decisiones estratégicas nacionales e internacionales.

## **Capacitación sobre enfoque terapéutico de las adicciones, centro de salud Roque Coulin, Barrio Ludueña, ciudad de Rosario**

Liliana Vrech

El barrio Ludueña de la ciudad de Rosario se caracteriza por ser una de las comunidades más sacudidas por episodios de violencia y drogadicción entre adolescentes. Los flagelos que impactan en esta problemática de salud pública (el desembarco de bunkers, el policonsumo de alcohol, paco, marihuana, pegamento y estimulantes), es en donde se puede observar la vulnerabilidad de la población exacerbando las pérdidas de vidas. Siendo esta problemática del barrio en el que estamos insertos, el centro de salud está dando respuestas aisladas y acotadas cuando la injuria ha sido cometida, los equipos del territorio se comportan de manera heterogénea ante esta problemática de salud.

### **Justificación**

De acuerdo a qué integrante del equipo de salud esté, será contenida en mayor o menor medida tal situación. Esto lleva a un análisis de por qué sucede esto. Las respuestas son variadas. Las diferentes disciplinas determinan mayor o menor cantidad de herramientas a la hora del abordaje. Si bien en la mayoría de los casos se trabaja en forma interdisciplinaria, la formación académica de cada profesional también podría intervenir a la hora de encontrarse con este tipo de situaciones. Los miedos que refieren los integrantes del centro de salud en torno a esta problemática están relacionados con desconocimiento, carencia de herramientas para el abordaje, de protocolos de actuación, implicaciones legales represalias, no conocer redes e instituciones especializadas en este abordaje.

### **Objetivos**

Unificar criterios de atención, destinados a los integrantes del Centro de Salud Roque Coulin y el Centro de Convivencia Barrial, y mejorar la capacidad del equipo para dar respuestas.

Evitar procesos interrumpidos con desresponsabilización respecto a la continuidad por parte de los equipos implicados, sosteniendo el proceso de atención.

### **Metodología**

Dicha capacitación constará de 8 módulos, sobre la problemática del consumo de sustancias.

Primer módulo: Epidemiología del consumo de sustancias. Lectura comprensiva de la Ley Nacional N° 26657 y Ley Provincial 10772 de SALUD MENTAL y su reglamentación.

Segundo y tercer módulo: Recursos institucionales.

Cuarto módulo: Conocer la red de dispositivos socio-sanitarios orientados a la inclusión social, el abordaje interdisciplinario donde no hay supremacía a priori de una disciplina por sobre la otra. Análisis de un caso.

Quinto y sexto módulo: Comprensión de la articulación entre distintas áreas del Estado para promover herramientas que eviten la institucionalización indefinida y la cronificación. Análisis de un caso.

Séptimo y octavo módulo: Abordaje de la problemática. Herramientas. Situaciones agudas. Abstinencias. Análisis del problema y la intervención teniendo en cuenta su efecto sobre la continuidad de la atención.

### **Resultados**

La estructura que guía este proceso es la equidad en la utilización de los servicios, el protagonismo, la accesibilidad y participación de la comunidad, la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud con una visión dinámica intersectorial y multidisciplinaria. Estos indicadores nos permitirían aproximarnos a la responsabilidad poblacional y territorial, armar cada caso clínico, el seguimiento de los mismos en el tiempo con las respectivas responsabilidades y límites de los diferentes actores. La elección de esta capacitación con los dominios y dimensiones involucrados sirve para maximizar las ganancias en salud, reducir desigualdades, fortalecer fundamentos metodológicos y avanzar en la integración de procesos de decisión.

### **Conclusiones**

La finalidad de esta capacitación es conseguir un cambio para dar respuestas a las transformaciones que se experimentan en las organizaciones y la sociedad. En este caso se ofrece información, se fortalecen y actualizan conocimientos, se busca ofrecer información fomentando la participación, colaboración, comunicación e interrelación entre los asistentes y conseguir un trabajo en equipo evitando individualismos. Cambiar actitudes choca con la resistencia que presenta el ser humano a modificar sus comportamientos, pero la capacitación es una herramienta porque poco a poco incide en las personas, las desarrolla abriendo horizontes, generando seguridad y firmeza ¿Será necesario entender la salud de muchos y diversos modos para poder comprender la complejidad de las situaciones de enfermedad? ¿Cuánto debe profundizar y enriquecer



su mirada el equipo de salud para comprender los fenómenos de salud y pensar abordajes para atenderlos? En donde las adicciones no son un problema aislado de unos, sino que van de la mano de otros patrones y comorbilidades, en donde el trabajo interdisciplinario e intersectorial es fundamental para llegar al fondo de la situación, no solo a nivel local, abriendo los límites provinciales y nacionales, en donde con políticas de Estado bien planeadas e implementadas dejarían de ser las adicciones un flagelo en nuestras sociedades. Desde la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, y el centro de salud, se trabaja en la promoción y prevención, junto al equipo de salud mental. Hay que hacer llegar a la sociedad el concepto de que el adicto es un enfermo, lo que es muy difícil, ya que en la misma compulsión de búsqueda de droga, la mayor parte adopta un comportamiento delictivo o agresivo. Desde la base, también se puede hacer el cambio.

## **Resúmenes de posters**

### **Caracterización de las intervenciones intersectoriales en Salud en la provincia de Santa Fe y la ciudad de Rosario (diciembre 2007-marzo 2015)**

Isabella Ceola

#### **Introducción**

La búsqueda de la integralidad en el abordaje de un determinado problema social coloca en el centro la cuestión a la relación entre distintos sectores. Se encuentran trabajos describiendo experiencias puntuales en países de ingreso bajos, medios o altos de diferentes partes del mundo y otros que evalúan intervenciones intersectoriales en América Latina, pero no se cuenta con información que permita dimensionar lo que está aconteciendo con el desarrollo de la intersectorialidad en salud en su conjunto en regiones específicas.

El objetivo del presente trabajo es caracterizar las iniciativas intersectoriales en salud en la provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario en el período diciembre 2007-marzo 2015.

El principal propósito del mismo es generar evidencias e insumos para la gestión orientados a promover innovaciones y un desarrollo efectivo de la intersectorialidad.

#### **Metodología**

Se utilizó un abordaje multi-métodos combinando métodos de investigación, fuentes y técnicas de análisis a través de una estrategia de triangulación complementaria. Se identificaron las intervenciones mediante fuentes primarias y secundarias. Se realizaron 23 entrevistas y 3 talleres con decisores y trabajadores de la gestión de salud del ministerio de Salud la Provincia y de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. También se efectuó una búsqueda documental en las páginas web oficiales de ambas reparticiones.

Los criterios para la inclusión de las IIS fueron: intervenciones con participación del sector salud (considerado como sector dentro de la organización gubernamental) y al menos otro sector del Estado. Se excluyeron del estudio aquellas intervenciones que sólo configuraran prácticas en servicio.

Categoría. Dimensiones. Valores.

1. Acción colectiva. Sectores que participan de la intervención. Construcción cualitativa\*

Liderazgo al interior de la intervención. Construcción Cualitativa.

2. Problema Social. Tipo de problema. Construcción Cualitativa.

Población objetivo. Poblacional/focalizada.

3. Nivel de implementación. Año de creación. De 2007 a 2015.

Estado actual de la intervención: en etapa de planificación/ en marcha/finalizada/se desconoce.

4. Tipo de Intervención Política.

Plan

Programa

Proyecto

Otros

5. Nivel de formalidad

Ley (Nacional/Provincial)

Decreto (Nacional/Provincial)

Resolución Provincial (Ministerial o conjunta de varios ministerios)

Ordenanza Municipal

Página Web Oficial

Medios de comunicación

Otros

6. Nivel de Intersectorialidad

Integración Vertical Combinaciones que se encuentren entre

Estado Nacional/Provincial y Municipal Integración Horizontal Información

Cooperación

Gestión Propósito Organización Financiamiento Coordinación

Integración

7. Estructura de Gobernanza Intersectorial Dimensión política Gobierno

Legislativo

Burocrático

Modalidad de Gestión del financiamiento Financiamiento construcción conjunta

Financiamiento delegado

Arreglos organizacionales que trascienden al gobierno Compromiso público-ciudadano

Compromiso de actores no estatales

## Compromiso público- Privado

8. Contexto de emergencia de la intervención Necesidad/Contingencia  
Peso de los actores

### **Resultados**

Se identificaron 68 intervenciones intersectoriales: 47 a partir de fuentes primarias y 21 mediante revisión de fuentes secundarias. Se encuentran en período de implementación 54 de ellas. El sector salud lidera el 34% de las intervenciones encontradas. Los sectores con los que más articula son desarrollo social, educación y seguridad.

Las intervenciones identificadas abordaron problemáticas de múltiples ejes sanitarios: vulnerabilidad social, violencia e inseguridad, adicciones, salud mental, problemas ambientales. Otras se enfocaron en el fortalecimiento del sistema de salud, tanto en los problemas de atención como en el modelo de gestión. Algunas promovían la construcción de ciudadanía y la promoción de hábitos saludables.

Los problemas reconocidos por los entrevistados como urgentes de intervención intersectorial fueron la violencia, la vulneración de derechos de niños y jóvenes, la marginalidad, el consumo problemático de sustancias y problemáticas de salud mental. Otros surgieron vinculados al área de trabajo de los entrevistados, como accidentes de tránsito, contaminación ambiental. No se mencionaron las Enfermedades Transmisibles. En 45 de las intervenciones se registró articulación vertical entre la Provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario (11 de ellas en conjunto también con la Nación). En relación con el nivel de intersectorialidad horizontal se encontró un valor de información en 3 intervenciones, de cooperación en 44; en 19 de coordinación y en 1 de integración. En 1 registro no se pudo definir por falta de datos.

La mayoría tenía un elevado nivel de formalidad.

En cuanto a la estructura de gobernanza intersectorial, 18 intervenciones se desarrollaron en el nivel de gestión más central (gobierno) y 41 en el nivel más operativo (burocrático). Estas últimas presentaron fisonomías variadas, desde comisiones interministeriales, mesas de discusión y planificación hasta jornadas de capacitación.

Se visualizó falta de sistematización de la información. Se identificaron rasgos que perfilan diferentes momentos del trabajo intersectorial en la Provincia de Santa Fe y en la ciudad de Rosario.

### **Discusión y conclusiones**

Existe una tendencia creciente hacia el desarrollo de intervenciones intersectoriales en salud (26 IIS en los últimos 2 años).

En la mayor parte de las intervenciones los sectores se relacionan mediante procesos de cooperación, que incluyen el intercambio de información y el análisis conjunto de la misma, pero sin una integración que suponga la definición de objetivos compartidos y la readecuación de los procesos de trabajo de cada sector conforme a tales objetivos.

## **Proyecto de investigación Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal del paciente de internación domiciliaria. Salud Pública Rosario**

Gabriela Faguaga, Cecilia Bonaudi y Nicolás Ballarini

### **Introducción**

El cuidado de personas dependientes es un concepto complejo, de gran importancia e impacto sobre la vida de los que cuidan y/o receptores del cuidado, e invisibilizado como un relevante problema social.

La observación de lo acontecido en el escenario de nuestro trabajo cotidiano nos interpela e invita a la articulación entre la generación de información y la formulación de estrategias de intervención. Comenzamos por investigar esta realidad.

En las últimas décadas se han producido importantes cambios epidemiológicos como consecuencia de los grandes avances tecnológicos, las reformas sanitarias y sociales. El envejecimiento de la población, con mayor supervivencia de pacientes que han estado críticamente enfermos fue produciendo un aumento de personas con enfermedades crónicas complejas y discapacidades. Esto trae aparejado un deterioro de la capacidad de autocuidado y autonomía en general y conlleva un aumento de la necesidad de atención, por parte de personas en el ámbito familiar como por el sistema de salud.

En respuesta a estas necesidades los sistemas sanitarios ponen un mayor énfasis en la atención a la salud en el propio entorno, en su hogar. Tal ocurre con la Internación Domiciliaria.

En la ciudad de Rosario se implementó esta modalidad en el ámbito de la Salud Pública, en 1992 con pacientes adultos, en 1994 con pacientes pediátricos. En la actualidad 80 pacientes están bajo este sistema: 45 pediátricos y 35 adultos. Todos pacientes crónicos complejos: pluripatológicos, polimedicados, con fragilidad clínica.

La Internación Domiciliaria es una modalidad de atención estratégica de descentralización, donde confluyen el sistema formal de salud, equipo inter y multidisciplinario y el sistema informal cuidadores, que cumplen un rol protagónico dado que ellos completan y/o sustituyen los cuidados institucionales.

La atención de la salud por el sistema informal se incluye en el mundo de lo doméstico, lo que le hace compartir algunos rasgos con el resto de las actividades realizadas como

parte del “trabajo del hogar”, siendo sus principales características que se trata de una tarea no remunerada y de carácter cotidiano.

Aunque toda la familia se ve afectada, generalmente es sólo un individuo el que asume la mayor responsabilidad de la atención del familiar enfermo, este es el Cuidador principal.

Tradicionalmente han sido las mujeres las que han asumido el rol de principales cuidadoras de aquel miembro de la familia, cualquiera sea su edad o sexo, dentro del grupo familiar, con las consecuencias que se generan de cuidar sobre sus propias vidas.

Es fundamental reconocer al Cuidador principal no solo como un colaborador del sistema sanitario sino también como un usuario que necesita atención, ya que si bien es un recurso muy valioso, también es muy vulnerable.

Gran parte de la investigación sobre cuidados informales se ha centrado en el análisis de las consecuencias que tiene sobre el Cuidador principal el hecho de atender la salud de sus familiares y el impacto correspondiente que les produce asumirlo, es lo que se denomina Sobrecarga del cuidador.

Aún no se ha definido cuál es la sobrecarga, si es que la hay, de los cuidadores principales de los pacientes adultos y niños, con patología crónica compleja que se encuentran en Internación Domiciliaria de la Salud Pública.

### **Objetivos principales**

1- Caracterizar al Cuidador principal del paciente de Internación Domiciliaria de la Salud Pública. Rosario.

2- Identificar si existe sobrecarga del Cuidador principal.

### **Objetivos secundarios**

1- Si existiera sobrecarga en el Cuidador principal, describir la Sobrecarga objetiva y la Sobrecarga subjetiva.

2- Identificar si hay diferencias de sobrecarga en el Cuidador principal de pacientes adultos o pediátricos.

3- Caracterizar al Beneficiario del cuidado.

### **Material y métodos**

Se trata de un estudio transversal observacional y descriptivo. La muestra consiste en 80 pacientes de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos de la Salud Pública de la ciudad de Rosario. Se llevará a cabo un análisis de las Historias clínicas, realización de encuestas y entrevistas individuales en los domicilios. La encuesta se realizará a través

de una ficha ad-hoc donde se evaluarán características demográficas y la sobrecarga objetiva y subjetiva. La evaluación de la Sobrecarga objetiva se realizará por medio de la Escala de Zarit abreviada. La Sobrecarga subjetiva con la Escala de Pearlin.

Si los resultados de esta investigación coincidieran con otros trabajos realizados, implicaría que nuestra realidad social concreta y compleja requiere del diseño de nuevas soluciones, de políticas públicas que arbitren los medios y planifiquen intervenciones para el desahogo de estas personas que tanto y tan silenciosamente contribuyen con la salud de nuestra comunidad.

“...es necesario inventar la escena en la cual las palabras habladas sean audibles, en la que los objetos sean visibles y los individuos mismos sean reconocidos” (Ranciére, 2000).



## **Proyecto: Intervenciones intersectoriales para el abordaje de Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

Florencia Fernández, Ernesto Báscolo, Natalia Yavich y Guillermo Rodríguez

### **Introducción**

En el mundo las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), incluidas entre las principales las cardiovasculares, los tumores, las enfermedades respiratorias y la diabetes, afectan a una gran cantidad de personas. Según datos estadísticos recientes mueren 38 millones de personas por año en el mundo, entre estas muertes, las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayoría de las defunciones anuales (17,5 millones), seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones). En Argentina, del total anual de muertes registradas en el año 2014, el 81% correspondieron a causas relacionadas a ECNT. Mientras que la probabilidad de morir de forma prematura entre los 30 y 70 años, corresponde al 17%.

Estas enfermedades guardan estrecha relación con factores de riesgo evitables y modificables; que propician y contribuyen sustancialmente en la morbimortalidad de las ECNT. Estos factores predisponentes se han consolidado y tienen una mayor exposición en poblaciones pobres; como parte de la transición económica, los hábitos, los rápidos procesos de urbanización y los accesos limitados a la información y los servicios de salud; reflejado en los determinantes sociales y económicos subyacentes. Esto conlleva la tarea de complejizar la mirada de los procesos de salud-enfermedad, que dependen de múltiples y complejas condiciones, no solo desde el punto de vista biológico sino también enmarcado en influencias psicológicas, socioeconómicas y medioambientales

En esta línea, desde la Conferencia de Alma Ata en 1978, en la Carta de Ottawa en 1986 y en el año 2010 en la Declaración de Adelaida, impulsan la integración de la Salud en todas las políticas. Constatando que el sector salud debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de salud, más allá de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos y debe crear vías de comunicación con los sectores sociales, políticos y económicos. En esta última declaración la labor intersectorial y de la formulación integrada de políticas se proponen como una estrategia fundamental para controlar y reducir las ECNT.

Esto implica un abordaje de estas enfermedades, desde un enfoque más integral, en donde los determinantes sociales de la salud y la participación de múltiples actores sociales y sectores de gobierno juegan un rol central.

### **Propósito**

Generar aportes en el conocimiento de la producción, ejecución y sustentabilidad de las intervenciones Intersectoriales, a fin de optimizar la implementación de estrategias orientadas a ECNT en las políticas públicas, de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.

### **Objetivo**

Identificar y analizar intervenciones intersectoriales orientadas a ECNT en las que participa el Gobierno de la Ciudad de Rosario, desde los diversos enfoques de promoción de Salud y los determinantes sociales.

### **Metodología**

El estudio se desarrollará en el marco del Proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en Salud en Argentina y América Latina”. Se propone un análisis documental y entrevistas abiertas para la identificación de las intervenciones intersectoriales orientadas a ECNT desde las perspectivas de promoción y determinantes sociales, en las que participe el Gobierno de la Ciudad de Rosario, Santa Fe. Contemplando el período de tiempo, entre los meses de diciembre de 2007 a 2015 respectivamente. Lo que accederá a la identificación y un análisis de las mismas. Posteriormente se procederá a la selección de casos representativos, que permitan confrontar los diversos enfoques en relación a la intersectorialidad orientadas a ECNT.

### **Conclusiones**

Las Organizaciones Internacionales respaldan la integración de la salud en todas las políticas y la labor intersectorial como estrategia para el control de las ECNT. Un mayor alcance en la comprensión y análisis de las intervenciones intersectoriales desde los enfoques de promoción de la salud y los determinantes sociales, permitirá contribuir al conocimiento en términos de las estrategias, acciones y la participación coordinada entre los diversos sectores, y esto sustenta la potencialidad para el afrontamiento de los problemas y su orientación en las ECNT.

En tanto, este estudio accederá a profundizar el conocimiento del nivel de injerencia de los diversos sectores y el compromiso de las políticas públicas en el abordaje de ECNT para comprender la intersectorialidad en términos de una herramienta de transformación social y en salud.

## **Evolución del gasto público en salud en América Latina y el Caribe, en el marco del acceso universal en salud y la cobertura universal en salud**

Lautaro Gómez Sepiarsky y Esteban Leguizamón

En el marco del estudio de las condiciones de acceso y cobertura en salud en América Latina y el Caribe, el presente trabajo está orientado a realizar aportes generales para enriquecer el análisis de los desafíos de los sistemas de salud de la región, en términos de la evolución de los niveles de financiamiento público sectorial, factores determinantes y déficits respecto a umbrales estipulados como niveles de referencia para alcanzar niveles de acceso universal en salud y cobertura universal en salud (AUS/CUS) durante la década comprendida entre 2003 y 2013.

Las estrategias de salud que buscan garantizar el acceso oportuno y de calidad para toda la población requieren de solidaridad para promover y suministrar protección financiera, y para avanzar hacia la eliminación de los desembolsos directos, que se constituyen en una barrera para el acceso a los servicios de salud. Es por este motivo que se analiza la evolución del gasto público en salud (GPS), ya que reúne las condiciones de mancomunación solidaria de fondos, entendiéndose por tal a la unificación en un fondo único y con carácter solidario a la mayor cantidad de estamentos de financiamiento posible, es decir, en el que cada persona contribuye según su capacidad económica y recibe servicios de salud según su necesidad.

El financiamiento público en los países de América Latina y el Caribe (ALC) es analizado a través del gasto público en salud como porcentaje del PIB (GPS % PIB), financiado a través de aportes obligatorios de impuestos y contribuciones de la seguridad social. Además, se estudia en qué medida dicho comportamiento fue determinado por las condiciones macroeconómicas generales, y en qué medida ha sido consecuencia de una modificación en los niveles de prioridad fiscal asignados al sector salud. El crecimiento económico es medido a través del crecimiento del PIB per cápita. La prioridad fiscal sectorial es medida en términos de la evolución del gasto público social total y el gasto público total.

Finalmente, se analiza cómo han evolucionado las brechas respecto al umbral de AUS/CUS de GPS del 6 % del PIB, determinado por la resolución OPS/OMS (CD53/5rev.2, 2014).

Se vislumbra que, a pesar de las amplias disparidades que existen entre los países de ALC, en la mayor parte de los países de ALC se han producido incrementos de los niveles de GPS % PIB durante el período 2003 - 2013. Tanto las condiciones macroeconómicas favorables como una mayor prioridad fiscal asignada al sector salud han favorecido un crecimiento del gasto mancomunado en la región. Sin embargo, salvo la excepción de Costa Rica, los países de ALC aún distan de los niveles de GPS asociados con valores asociados al AUS/CUS.

A pesar de los matices propios de estudios que comprenden regiones tan vastas, cuyo análisis contempla una multiplicidad de procesos sociales y de arreglos institucionales inherentes a las disputas vernáculas de economía política, la década analizada deja una positiva evolución en términos de avances en el financiamiento hacia los objetivos de acceso y cobertura en salud.

A partir de los resultados obtenidos, se plantea la necesidad de indagar acerca de la sostenibilidad de estos procesos de profundización en los niveles de acceso y cobertura en salud, así como del grado de fragilidad de dichos procesos ante los vaivenes de la coyuntura macroeconómica.

## Violencia y agresividad infantil

Julia Morel

La violencia: “toda forma de interacción humana en la cual, mediante la fuerza, se produce daño a otro para la consecución de un fin”.

El maltrato infantil engloba numerosos aspectos, no solo se produce en el hogar sino que puede darse en cualquier entorno en el que el menor desarrolle su vida. La idea de este curso es identificar, definir y adquirir herramientas para poder intervenir de manera positiva en este tema. Está dirigido a profesionales de la salud y docentes de escuelas de infantes y de escuelas primarias. Con el objetivo de que puedan reconocer la red intersectorial de contención de violencia infantil y sepan cómo gestionar ante distintos signos de violencia infantil. Para ello se hará una reseña histórica del maltrato infantil y agresión según la visión biológica, psicológica y social, se pretende que puedan diferenciar entre agresión y violencia, además de hacer un reconocimiento de las diferentes manifestaciones de violencia, que puedan conceptualizar algunas teorías de las explican el maltrato, y hacer un diagnóstico diferencial entre accidentes y maltrato, entender el impacto psicológico en un niño violentado , y poder trabajar con padres abusadores con la capacidad de reconocer algunos tipologías que caracterizan a estos individuos. Reconociendo la red de contención para estos pacientes existentes en el sistema de salud, desde saber cómo hacer una valoración objetiva hasta que puedan conectarse con la red de violencia, que puedan hacer una aproximación de las distintas categorías de maltrato. A modo de poder convertirse en herramientas del sistema, sabiendo que muchas veces desde el lugar del educador, del maestro, del agente de salud, desde el lugar de profesional tenemos la obligación de cumplir con la ley de protección de los derechos del niño. Muchas veces los profesionales cuando nos enfrentamos a una situación tan compleja como la violencia en infantil la intervención se da de manera muy lenta y con muchos temores a todo lo relacionado a temas legales y por desinformación o desconocimiento se dejan sin conectar a la red. Y de esta manera se hace muy difícil detectar a estas víctimas y quedan expuestos a toda esta problemática social.

## **Consultoría en adicciones en una escuela secundaria: una mirada intersectorial**

María Angélica Pascua

### **Introducción. Fundamentación de la intervención escolar**

Este trabajo es realizado por el Servicio de Salud Mental del Centro de Salud Luzuriaga, coordinando acciones con la Secretaría de Desarrollo Social de la ciudad de Villa Constitución, provincia de Santa Fe, dando comienzo dicho proyecto en el año 2014.

La intervención consta de la realización de Consultorías y talleres en la escuela Técnica N° 669 de la ciudad de Villa Constitución .Las consultorías son realizada por la psicóloga del Centro de Salud. Los talleres por un psicólogo que contrató la Secretaria de Desarrollo Social de la ciudad.

Estas actividades son respuesta a un diagnóstico de situación local, construido por los equipos de salud, en coordinación con el equipo itinerante de la Dirección Provincial de Salud Mental durante el año 2013. En dicho diagnóstico se construyeron como problema las situaciones de consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes, interpelando a los equipos de salud para que se interviniera en la construcción de la demanda de una problemática que no suele llegar a circuitos formales de atención. Esta intervención intenta trabajar sobre dos ejes fundamentales, sus efectos en términos de la integralidad: como ampliación de la cobertura de acciones, integrando trabajo intersectorial con orientación poblacional para trabajar sobre la promoción y prevención, desde un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud.

### **Objetivos del trabajo**

Contribuir a la deconstrucción de mitos y prejuicios en relación a las situaciones de consumo de drogas.

Aportar para la construcción de la demanda en la problemática de consumo.

Promover acciones de prevención y promoción de la salud en adolescentes.

Contribuir a la ampliación de cobertura de acciones en salud con orientación poblacional.

### **Objetivos de gestión**

Promover cambios en los procesos de atención con miras a mejorar el acceso y la integralidad de la atención.

Incidir en el cambio de la mirada del equipo de salud sobre la problemática de consumo de drogas.

Promover el trabajo intersectorial e interdisciplinario en los procesos de atención de la salud.

### **Planteamiento del problema**

En los últimos tiempos las drogas han comenzado a atravesar los muros de la escuela, dejando de ser un tema lejano. Ante la presencia de las drogas en el discurso y la vida cotidiana de los alumnos, los docentes suelen experimentar desborde, desorientación y temor.

En este sentido, ofrecer un espacio para la escucha, despejar mitos, prejuicios, trabajar sobre los mecanismos de negación que operan obstaculizando la demanda de atención, aportaría a la construcción de la misma. Brindando herramientas a los padres, tutores, docentes y autoridades escolares respecto de situaciones que ameriten una consulta y cuáles son los circuitos de atención.

### **Descripción de la intervención**

La primera etapa consistió en realización de entrevistas con tutores y directivos de la escuela Técnica, que se encuentra en el radio de atención del Centro de Salud. De allí surge el pedido de información sobre cómo intervenir ante situaciones de consumo problemático de drogas de la población escolar.

De los datos que arrojan las entrevistas realizadas en consultorías:

- sólo en algunos casos se pudo identificar una situación de consumo de droga, la cual no era registrada como una situación problemática para el adolescente.
- desde lo discursivo el mal está puesto en las drogas, como una propiedad intrínseca de las sustancias, y se habla en términos de contagio, como si las sustancias fueran virus (teoría biologicista)
- las drogas legales: alcohol, tabaco, psicofármacos, no suelen registrarse como nocivas para la salud.
- se visibiliza la naturalización el consumo de marihuana y la misma no es evaluada como nociva por los adolescentes.
- aparecen recurrentes expresiones sintomáticas como: depresión, distimia, abulia.
- la mayoría de los adolescentes entrevistados no suelen concurrir a centros de salud.

Las mujeres en general manifiestan hacer consultas a ginecología. La mayoría (tanto hombres como mujeres) refieren que cuando se enferman concurren a la guardia del hospital local.

### **Algunas conclusiones provisorias del trabajo**

Como principal logro de la intervención se considera el dispositivo de escucha, donde se posibilitó trabajar sobre los mitos, prejuicios, en relación a la problemática del consumo de drogas.

De las situaciones trabajadas surge la necesidad de hacer un mapeo de las instituciones y organizaciones con la que cuenta la ciudad.

Se logró ampliar, en cierta medida la cobertura en salud con correspondencia poblacional. La mejora de la accesibilidad del proceso de atención, en términos de acercar el servicio, no siempre garantiza la continuidad de proceso. Se pueden identificar ciertos mecanismos psicológicos de negación, situaciones psicosociales complejas, características del entorno familiar que obturan o dificultan la continuidad de la atención.

Como limitación de la intervención, se evaluó la formación de los profesionales de la salud y la salud mental, ya que refieren que no conocen el abordaje de la problemática.



# **Programa “Pago por prestaciones” y política pública de salud. Aproximaciones de una relación con tensiones en un municipio del Conurbano Bonaerense**

María Cecilia Saux

## **Introducción**

El objetivo de este trabajo es presentar algunos alcances a partir de reflexionar sobre la performance de un Programa Nacional: el Plan Nacer/Sumar y su relación con la gestión de la Política Pública de Salud del Municipio de General San Martín entre los años 2011/2015.

Un Plan/Programa Nacional que define un nomenclador de prestaciones, valoriza y paga por prestaciones; que impulsa objetivos nacionales en materia de salud pública, que facilita la instalación de buenas prácticas sanitarias, pero que genera particulares efectos contra la edificación de una Política local de Salud Pública.

## **Descripción de la experiencia**

La Política Local de Salud Pública se articula sobre la construcción de un modelo de atención centrado en el derecho a la Salud, comprendiéndola como un estado del bienestar bio-psico-social de las personas. Establece un pool de acciones sanitarias orientadas a garantizar la accesibilidad al sistema público bajo el paradigma de la APS (Atención Primaria de la Salud), implementando un abordaje integral para la gestión del paciente entre los distintos niveles de atención y brindando en el territorio prestaciones con calidad que faciliten la resolución de los problemas de salud. Los Programas en este enfoque son considerados como instrumentos para facilitar un modelo de atención integral entre los distintos niveles.

## **Resultados**

En este trabajo presentaremos resultados cuanti-cualitativos que nos permiten describir esta cultura de atención sanitaria que pone en tensión los parámetros de la Política Local de Salud.

## **Discusión y conclusiones**

Entre los diversos Programas Nacionales que se implementan a través de la rectoría de la cartera de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Plan/Programa Sumar, si bien podemos considerar que favorece la gestión sanitaria acercando recursos de financiamiento, por otro lado va instaurando una cultura de atención sanitaria que genera tensiones con el modelo local de gestión, promoviendo una nueva fragmentación

en el modelo de atención sanitaria, obstaculizando la gestión en Red y propulsando una lógica financiera de autogestión donde la información sanitaria se orienta por la valorización de las prestaciones más que por indicadores sanitarios.

## **Consecuencias del sistema de salud argentino para médico/as especialistas en Medicina Generalista y de Familia**

Mauro Scarpin

### **Objetivo**

Reflexionar sobre las consecuencias del Sistema de Salud Argentino (SSA) para médico/as especialistas en Medicina Generalista y de Familia (MGYF); en base a objetivos institucionales, datos demográficos, análisis de situación sobre los subsectores del SSA y Atención Primaria de la Salud (APS).

### **Relato de la experiencia**

Surge del interrogante de la reflexión diaria sobre la formación recibida y las contradicciones en el campo de trabajo dentro de los 3 subsectores del SSA.

### **Resultados**

Los estudios muestran una baja tasa de formación de médicos especialistas en MGYF acorde a un plan estratégico de APS; introducción en una estrategia de APS conflictuada; búsqueda de otra especialidad, subespecialidad o practica como respuesta al mercado; escaso reconocimiento social y médico; ingresos económicos relativamente inferiores a otras especialidades y prácticas discordantes según subsector.

### **Conclusiones**

La organización actual del SSA influye sobre el accionar diario del médico/a especialista en MGYF, dificultando su propósito inicial y desvirtuando su valor laboral y social, con resultados subóptimos para el logro de atributos de APS. Las estrategias de los subsectores contribuyen a la crisis del modelo de identidad del médico/a especialista en MGYF y del sistema mismo, que sumado a factores en aumento provocara inevitablemente la necesidad de reforma de este sistema de salud asimétrico.

Limitaron la reforma al primer nivel y los avances en la coordinación de los servicios de salud.

En Rosario se conformó una fuerte alianza entre trabajadores de APS, movimientos sociales y autoridades municipales comprometidas con los principios y valores de la APS. Rosario extendió su red de primer nivel y logró importantes mejoras en integralidad, continuidad, coordinación y acceso. Gradualmente la APS se convirtió en un rol central y estrategia organizadora del sistema de servicios de salud en Rosario.

### **Discusión y conclusiones**

Las reformas dieron lugar a nuevas estructuras institucionales que facilitaron la creación y/o expansión de una estructura de APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios y la expansión de los servicios ofrecidos y los horarios de atención.

Como resultado se produjeron cambios en la estructura y los modelos de gestión y atención que fortalecieron el desempeño de los servicios de salud. En los tres casos la APS evolucionó desde abordajes restringidos hacia abordajes más integrales e integrados, pero asumiendo diferentes trayectorias, fases, dinámicas y alcances como resultado de las particularidades del proceso político.

El camino hacia el desarrollo de una APS integral, integrada y centrada en la familia y la comunidad no es un proceso lineal ni natural. Se requiere para ello el desarrollo de capacidades técnicas y políticas difíciles de alcanzar sin una acción colectiva que incluya a los actores clave del sistema de servicios de salud.

**Análisis de la implementación del Certificado Universitario en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Servicios de Atención Primaria de la Salud**

Judith Shapiro y Natalia Yavich

### **Introducción**

En 2013 se creó la Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención Primaria de la Salud en el marco del programa McBurney del Department of Family Medicine de McGill University, como un programa de actualización profesional. En 2014 la Universidad Nacional de Rosario (UNR) otorgó al curso la categoría de Certificado Universitario.

El propósito del Certificado es introducir innovaciones organizacionales e institucionales en sistemas y servicios de atención primaria de la salud (APS) latinoamericanos, con miras a mejorar su desempeño e influir sobre los determinantes sociales de la salud.

La currícula fue diseñada por docentes investigadores de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la UNR, el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de McGill y la Asociación Investiga Más. La misma fue evaluada y discutida por un Comité Científico compuesto por organizaciones académicas, profesionales, internacionales y gubernamentales de más de 15 países, principalmente de América Latina.

A través de este proceso se logró la conformación de un programa adaptado a las necesidades de formación de los trabajadores de APS de la región. Su organización y modalidad de dictado a distancia lo hace un programa geográfica y económicamente accesible y permite la formación de profesionales sin irrupción en sus horas de servicio.

### **Descripción de la capacitación**

El Certificado cuenta con tres cohortes abiertas de 2013 a 2015, con un total de 91 inscriptos. La currícula se organiza en 12 módulos:

1. Introducción a la Diplomatura y entrenamiento en el uso de la plataforma virtual educativa
2. Lógicas de APS e innovaciones organizacionales
3. Sistemas de Salud y perspectivas de APS en América Latina
4. Interdisciplina e intersectorialidad

5. Epidemiología y Sistemas de Información
6. Acceso y equidad
7. Innovaciones institucionales: liderazgo en el desarrollo de iniciativas de APS
8. Gestión clínica orientada a la prevención y control de enfermedades crónicas
9. Estrategias de acción para el fortalecimiento de la continuidad de la atención
10. Salud Mental: parte integral de la salud
11. Evaluación de sistemas y servicios de salud basados en la APS
12. Trabajo tutorial y elaboración del trabajo final del Certificado

Cada módulo dura cinco semanas: cuatro semanas con dictado de contenidos (la última con ejercicios integradores) y la quinta semana para realizar el trabajo final del módulo y llevar a cabo los encuentros tutoriales vía Skype. Luego sigue una sexta semana de descanso.

En este sentido, el trabajo tutorial y el enfoque de los módulos promueven la reflexión en relación a las prácticas concretas que se llevan a cabo en los servicios en los que trabajan los estudiantes, a la vez que proveen herramientas para mejorar dimensiones específicas de calidad, favoreciendo la implementación y desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad. El enfoque interdisciplinario está contemplado a través de la conformación de grupos interdisciplinarios de participantes y profesores, la provocación explícita de discusiones relacionadas con la interdisciplinariedad en cada módulo, y en el requerimiento de plasmar la intersectorialidad en las estrategias de mejoramiento de la práctica que se desarrollan en las tareas de los módulos.

Todos los módulos son evaluados por los alumnos a través de una encuesta anónima. Las encuestas evalúan aspectos como el desempeño de los docentes, la utilidad de las herramientas virtuales y la adecuación del material brindado. Estos puntos tuvieron una valoración por parte de los alumnos que promedia entre 4 y 5 en todos los módulos, manejando una escala de 1 a 5 en la que 1 es el mínimo y 5 el máximo.

Al finalizar la primera cohorte se implementó una encuesta de finalización de cursado, que evalúa el impacto de la propuesta del Certificado en la gestión real de los estudiantes.

### **Discusión y conclusiones**

Como fortalezas, se puede mencionar que los estudiantes manifiestan haber comprendido mucho mejor los procesos de gestión en salud y el trabajo intersectorial e interdisciplinario, haber historizado y caracterizado los servicios en los que trabajan y sus lógicas de funcionamiento, y haber comenzado a hacer reuniones de equipo

regulares. También ponderaron el intercambio generado junto a los tutores, docentes y compañeros de curso.

Los desafíos que se identifican tienen que ver, por un lado, con la imposibilidad que manifiestan los alumnos de implementar los cambios debido a la falta de apoyo de las autoridades de cada servicio, y, por otro lado, la autovaloración estudiantil en la capacidad de apropiarse de los contenidos propuestos, promediando en 3.79 en una escala de 1 al 5 en la que 1 es el mínimo y 5 el máximo.

# **La influencia de los procesos políticos en la dinámica y el alcance de los cambios institucionales y organizacionales en tres sistemas de salud municipales**

Natalia Yavich y Ernesto Báscolo

## **Introducción**

Desde la década del setenta las iniciativas de Atención Primaria de la Salud (APS) fueron utilizadas como herramientas para promover procesos de cambio en los sistemas de servicios de salud en América Latina. A través de las mismas se promovió la transformación de los modelos de atención hospitalocéntricos basados en una práctica médica asistencial ejercida por especialistas en modelos de atención centrados en la familia y la comunidad, desarrollados por equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención integral asumiendo un rol central en la coordinación del proceso de atención. Estas iniciativas, implementadas con diferentes modalidades, han sido abordadas mayormente para determinar sus alcances, sin embargo se le ha prestado poca atención a los procesos políticos subyacentes que constituyen un factor clave de implementación y éxito.

## **Objetivo**

Este trabajo se propone analizar de qué modo los procesos políticos de las reformas en APS influenciaron la innovación organizacional e institucional y el desempeño de los servicios de salud en tres municipios de Latinoamérica.

## **Metodología**

Realizamos un estudio de casos múltiples longitudinal (1990 y 2008) de tres reformas basadas en APS heterogéneas en términos de su enfoque en APS: APS selectiva (Cochabamba, Bolivia); APS a nivel de sistema (Vicente López, Argentina) y APS como estrategia de sistema (Rosario, Argentina). Utilizamos la estrategia de organización temporal para identificar diferentes fases del proceso de cambio y un abordaje multi-métodos que incluyó la recolección de datos cualitativos y cuantitativos a través de revisión documental, entrevistas y encuestas de población y servicios. Basados en el enfoque institucionalista, analizamos la relación entre los procesos políticos e institucionales y las innovaciones organizacionales, junto con las dinámicas entre actores con influencia para transformar estructuras institucionales y organizacionales.

## **Resultados**



El proceso político en Cochabamba fue determinado por conflictos entre profesionales y movimientos sociales. A pesar de que fue creada una red de servicios de APS que mejoró la atención materno-infantil, fueron modestos los logros en términos de integralidad, coordinación, continuidad y acceso.

El proceso político en Vicente López fue liderado por equipos interdisciplinarios de APS en una alianza débil con movimiento sociales y en confrontación con profesionales de los hospitales. La red de APS creció en cantidad de centros de salud y profesionales y logró significativas mejoras en la integralidad, continuidad y acceso. Sin embargo, los conflictos profesionales y las tensiones políticas limitaron la reforma al primer nivel y los avances en la coordinación de los servicios de salud.

En Rosario se conformó una fuerte alianza entre trabajadores de APS, movimientos sociales y autoridades municipales comprometidas con los principios y valores de la APS. Rosario extendió su red de primer nivel y logró importantes mejoras en integralidad, continuidad, coordinación y acceso. Gradualmente la APS se convirtió en un rol central y estrategia organizadora del sistema de servicios de salud en Rosario.

### **Discusión y conclusiones**

Las reformas dieron lugar a nuevas estructuras institucionales que facilitaron la creación y/o expansión de una estructura de APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios y la expansión de los servicios ofrecidos y los horarios de atención. Como resultado se produjeron cambios en la estructura y los modelos de gestión y atención que fortalecieron el desempeño de los servicios de salud. En los tres casos la APS evolucionó desde abordajes restringidos hacia abordajes más integrales e integrados, pero asumiendo diferentes trayectorias, fases, dinámicas y alcances como resultado de las particularidades del proceso político.

El camino hacia el desarrollo de una APS integral, integrada y centrada en la familia y la comunidad no es un proceso lineal ni natural. Se requiere para ello el desarrollo de capacidades técnicas y políticas difíciles de alcanzar sin una acción colectiva que incluya a los actores clave del sistema de servicios de salud.

## **Comparación del desempeño de los sub-sistemas público, de seguridad social y privado en Rosario, Argentina**

Natalia Yavich, Ernesto Báscolo y Rosa Laura Moses

### **Introducción**

La mayor parte de los sistemas de salud latinoamericanos están compuestos por los sub-sistemas público, de la seguridad social y privado. Aunque su desempeño depende de las características organizacionales e institucionales que asumen en cada escenario, persiste una sobresimplificada mirada que ubica al sub-sistema privado como el de mejor desempeño y al público como el peor.

### **Objetivo**

Este estudio transversal se propone comparar el desempeño de los sub-sistemas de salud público, privado y de la seguridad social de Rosario utilizando atributos seleccionados de la Atención Primaria de la Salud (APS) y analizar su relación con las características organizacionales e institucionales de cada sub-sistema.

### **Métodos**

A través de una encuesta de hogares a una muestra representativa de 801 habitantes comparamos los sub-sistemas de salud buscando diferencias significativas en su desempeño usando los tests de Chi cuadrado y ANOVA. Utilizamos el análisis de componentes categóricos principales no lineales (CATPCA) para crear combinaciones de dimensiones para explorar sus relaciones.

### **Resultados**

Todos los sub-sistemas mostraron similares estructuras de correlaciones de dimensiones pero con diferentes tipos de correlación y diferencias en el desempeño: en el sub-sistema público se advierte una positiva correlación entre accesibilidad y acceso entre pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (con un desempeño débil) y el resto de las variables comprendidas bajo las dimensiones de continuidad de atención, atención centrada en el individuo y la comunidad (con un desempeño fuerte) y utilización y acceso a la atención de la salud (con un desempeño intermedio); el sub-sistema privado presenta una correlación negativa entre accesibilidad (con un desempeño fuerte) y el resto de las dimensiones (con un desempeño débil); en el sub-sistema de la seguridad social hay una correlación nula entre accesibilidad y el resto de las dimensiones (con un desempeño fuerte en todas las dimensiones).

## **Discusión y conclusiones**

Ningún sub-sistema de salud alcanzó el mejor o el peor desempeño para cada dimensión. Cada uno tuvo diferentes fortalezas y estructuras de correlaciones propias influenciadas por las particularidades de sus mecanismos de regulación, modalidades de financiamiento y modelos de atención y gestión de la salud.

## Listado de autores

ALONSO, Claudio. Médico. Especialista en nefrología. Actualmente se desempeña como coordinador de Salud Renal de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. [claudioalonso2009@gmail.com](mailto:claudioalonso2009@gmail.com)

BALLARINI, Nicolás. Mg. en Bioestadística. [nicoballarini@gmail.com](mailto:nicoballarini@gmail.com)

BARBATO, Walter. Médico cirujano (Universidad Nacional del Litoral). Especialista en Obstetricia y Ginecología (Colegio Médico de la 2ª Circunscripción de la Provincia de Santa Fe). Doctor en Medicina (Universidad Nacional de Rosario). Miembro del Comité Científico y Organizador de Congresos de FASGO. Integrante del Consejo Consultivo para el Crecimiento de Santa Fe. [wrbarbato@gmail.com](mailto:wrbarbato@gmail.com)

BÁSCOLO, Ernesto. Lic. en Economía (UNR). Master en Economía de la Salud y Políticas de Salud (Universidad de Birmingham). Master en Salud Pública (UNR). Doctor en Ciencias Sociales (UBA). Investigador del CONICET/Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR). Coordinador Núcleo Argentina del Observatorio IberoAmericano de Políticas y Sistemas de Salud. [ebascolo@gmail.com](mailto:ebascolo@gmail.com)

BECKER, Andrés. Médico generalista. Trabaja en el CAPS N°6 de la ciudad de Ushuaia “Dra. Cecilia Grierson”. Alumno de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, cohorte Ushuaia. [andresbecker@yahoo.com.ar](mailto:andresbecker@yahoo.com.ar)

BERARDO, José. Ing. Industrial (UTN Santa Fe). Mg. en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (CEI-UNR). Esta investigación fue presentada como Tesis de dicha Maestría. Además la misma fue realizada en el marco de las Becas de Investigación Carrillo – Oñativia, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente el ingeniero José Arturo Berardo está registrado como investigador en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS). [berardojose@hotmail.com](mailto:berardojose@hotmail.com)

BONAUDI, Cecilia. Lic. en Estadística. Jefa del Departamento de Estadística del Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. [ceciliabonaudi@hotmail.com](mailto:ceciliabonaudi@hotmail.com)

CASALIS, Gladis. Lic. en Enfermería. Posta Sanitaria San Francisco de Asís, Reconquista. [gladiscasalis@hotmail.com.ar](mailto:gladiscasalis@hotmail.com.ar)

CASTIGLIA, Gabriela. Lic. en Trabajo Social (UBA). Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte e Investiga Más, con el apoyo de IDRC (International Development Research Centre, Canadá). [gabycastiglia@yahoo.com.ar](mailto:gabycastiglia@yahoo.com.ar)

CEOLA, Isabella. Médica. Especialista en Medicina General y Familiar (UNR) y Magister en Salud Pública Instituto Lazarte CEI-UNR. Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte e Investiga Más, con el apoyo de IDRC (International Development Research Centre, Canadá). [isabellaceola@gmail.com](mailto:isabellaceola@gmail.com)

CLEMENTE, Adriana. Lic. en Trabajo Social (UBA). Especializada en políticas sociales. Docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires. [aclemente@arnet.com.ar](mailto:aclemente@arnet.com.ar)

DO CARMO, Milena. Mg. en Sociología por la Universidad Federal de Río Grande del Sur. Instituto Promundo (Brasil). [m.santos@promundo.org.br](mailto:m.santos@promundo.org.br)

ECHEGOYEMBERRY, María Natalia. Abogada (Universidad Nacional del Litoral); Mediadora (UBA); psicóloga (Universidad de Palermo), Maestranda en Salud Pública (UBA). Actualmente trabaja en Acumar como asesora en salud en la Dirección General de Salud Ambiental y es representante por la jurisdicción nacional en el Consejo Ejecutivo de Acumar (órgano asesor) y miembro del Comité de Auditoría. [mechegoyemberry@acumar.gov.ar](mailto:mechegoyemberry@acumar.gov.ar)

FAGUAGA, Gabriela. Médica pediatra. Coordinadora del Área Pediátrica de la Secretaría de Salud Pública de Rosario. [gaby-faguaga@hotmail.com](mailto:gaby-faguaga@hotmail.com)

FERNÁNDEZ, Florencia. Lic. en Kinesiología y Fisiatría (UAI). Becaria Doctoral CONICET- UAI. Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte e Investiga Más, con el apoyo de IDRC

(International Development Research Centre, Canadá).  
[FlorenciaA.Fernandez@UAI.edu.ar](mailto:FlorenciaA.Fernandez@UAI.edu.ar)

GABRIELZYK, Ingrid. Lic. en Trabajo Social. Estudiante en la Diplomatura y Certificado Universitario con competencias en Gestión Interdisciplinaria de los Servicios Latinoamericanos de APS – Cohorte 2014-2015 Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Integrante del Equipo Técnico del Área Programática de ITS/VIH-Sida, Ministerio de Salud Pública, Uruguay. [ingrid.gabrielzyk@gmail.com](mailto:ingrid.gabrielzyk@gmail.com)

GARCÍA, Enio. Farmacéutico. Magister en Salud Pública. Jefe de Gabinete de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Nación. [eniojg@gmail.com](mailto:eniojg@gmail.com)

GARCÍA, Mara Inés. Lic. en Nutrición (UBA). Post. en Salud Social y Comunitaria. Posg. en Metodología de la Investigación en Salud, Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano. Post. en Práctica Médica Preventiva en Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Subdirección de ECNT, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Coordinadora de la Escuela Municipal de Promotores de salud y de los promotores de salud territoriales del distrito de José C. Paz. Referente Municipal del Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celíaca. Integrante del Equipo Interdisciplinario del Programa Municipal de Abordaje del Embarazo Adolescente. [marainesgarcia@yahoo.com.ar](mailto:marainesgarcia@yahoo.com.ar)

GENTILE, Cristina. Psicóloga. Coordinadora del Centro de Orientación en el Abordaje de las Adicciones (COAA). [crisgentile05@hotmail.com](mailto:crisgentile05@hotmail.com)

GIL, Mariano. Lic. en Antropología (UNR). Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte e Investiga Más, con el apoyo de IDRC (International Development Research Centre, Canadá). [marianokd@gmail.com](mailto:marianokd@gmail.com)

GONZÁLEZ, Miguel. Bioquímico. Master en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Secretario de Salud de la provincia de Santa Fe. Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte

e Investiga Más, con el apoyo de IDRC (International Development Research Centre, Canadá). [mgonzalez@santafe.gov.ar](mailto:mgonzalez@santafe.gov.ar)

GÓMEZ SEPLIARSKY, Lautaro. Lic. en Economía (UNR). Alumno de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, del CEI/UNR. [lautarogs1984@gmail.com](mailto:lautarogs1984@gmail.com)

GOTLIEB, Verónica. Abogada (UNR) y Mediadora. Candidata al Doctorado en Derecho por la Facultad de Derecho UNR en el área de Derecho de la Salud. Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte e Investiga Más, con el apoyo de IDRC (International Development Research Centre, Canadá). [veronicagotlieb@gmail.com](mailto:veronicagotlieb@gmail.com)

GRANDA, Paula. Lic. en Ciencias Antropológicas (Facultad de Filosofía y Letras, UBA). Asesora técnica de la Sub-secretaría de Prevención y Control de Riesgos (Ministerio de Salud de la Nación). [paulagranda27@gmail.com](mailto:paulagranda27@gmail.com)

HERRMANN, Juan Maximiliano. Médico. Obtuvo los títulos de posgrado en las Especialidades de Medicina General y Familiar, Epidemiología y una Maestría en Salud Pública. Actualmente se desempeña en el cargo de Director de Epidemiología en el Ministerio de Salud de la Nación y es docente en el Instituto de la Salud “Juan Lazarte” de la Universidad Nacional de Rosario. [juanherrmann@gmail.com](mailto:juanherrmann@gmail.com)

LEGUIZAMÓN, Esteban. Lic. en Economía (UNR). Integrante del equipo de investigación del proyecto “Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”, CONICET, UNR/CEI, Instituto de la Salud Juan Lazarte e Investiga Más, con el apoyo de IDRC (International Development Research Centre, Canadá). [ejleguiza@gmail.com](mailto:ejleguiza@gmail.com)

LEVA, Fernando. Abogado. Especialista en Mediación Penal. Subsecretario de Prevención y Seguridad Ciudadana, Secretaría de Control y Convivencia Ciudadana, Municipalidad de Rosario. [fleva0@rosario.gov.ar](mailto:fleva0@rosario.gov.ar)

MOREL, Julia. Lic. en Enfermería. Hospital de Niños “Dr. Pedro Elizalde”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [moreljuliamorel@gmail.com](mailto:moreljuliamorel@gmail.com)

MOSES, Rosa Laura. Lic. en Estadística. Jefa del Servicio de Estadística del Hospital de Niños Zona Norte, Rosario. [rosalmoses@hotmail.com](mailto:rosalmoses@hotmail.com)

NIETO, Cecilia. Lic. en Ciencia Política. Secretaria Técnica del Gabinete Social de Ministros de la provincia de Santa Fe. [cnieto@santafe.gov.ar](mailto:cnieto@santafe.gov.ar)

PASCUA, María Angélica. Psicóloga (Universidad Nacional de Rosario). Especialista en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR). Certificación Universitaria con Competencias Específicas en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención Primaria de la Salud (UNR - Centro de Estudios Interdisciplinarios). Asesora de la Delegación del Colegio Psicólogos Departamento Constitución, dependiente del Colegio de la 2da Circunscripción, Rosario. Integrante del Comité de Docencia e Investigación del [S.A.M.Co.](http://S.A.M.Co) de Villa Constitución. [angelicapascua@hotmail.com](mailto:angelicapascua@hotmail.com)

PENDINO, Ana María. Estadística. Jefa del Departamento de Estadística del Hospital de Emergencias Dr. "Clemente Álvarez" (HECA). [fabipendino@gmail.com](mailto:fabipendino@gmail.com)

PENDINO, Fabiana. Coordinadora del Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada (DISVA). [fabipendino@gmail.com](mailto:fabipendino@gmail.com)

RIVAS, Nicolás. Lic. en Trabajo Social (UBA). Magister en Servicio Social, Políticas Sociales y Movimientos Sociales (Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil). Director de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). [nrivas@sociales.uba.ar](mailto:nrivas@sociales.uba.ar)

RODRÍGUEZ, Guillermo. Doctor en Ingeniería. Profesor Titular – Dedicación Exclusiva. Universidad Nacional de Rosario. Investigador por UNR del Instituto Rosario de Investigaciones en Ciencias de la Educación (IRICE: CONICET-UNR). [rodriguez@irice-conicet.gov.ar](mailto:rodriguez@irice-conicet.gov.ar)

RONCHI VIRGOLINI, Carina. Médica especialista en Medicina Gral. y Fliar. e Infectóloga. Tutora de residencia de MGYF, actualmente cursando la carrera de epidemiología en Instituto Lazarte Rosario. Realiza actividades profesionales en Posta Sanitaria La Lola y Don Carlos y CAPS Virgen de Guadalupe de la ciudad de Reconquista. [carironchi@hotmail.com](mailto:carironchi@hotmail.com)

SAUX, María Cecilia. Lic. en Ciencia Política, esp. Análisis Político, Universidad Nacional de Rosario. Directora de Seguimiento, Monitoreo e Investigación de la salud, Secretaría de Salud, Municipalidad de General San Martín, Pcia. Bs.As. [cecisaux@hotmail.com](mailto:cecisaux@hotmail.com)



SCARPIN, Mauro. Médico generalista y de familia. Consultor Médico Construir Salud – Obra Social del Personal de la Construcción. Médico Directo Hospital S.A.M.Co. Puerto Gaboto. [mauroscarpin245@hotmail.com](mailto:mauroscarpin245@hotmail.com)

SHAPIRO, Judith. Prof. de Antropología. Coordinadora académica del área de postítulos virtuales de Capacita Salud. [judith.shapiro@hotmail.com](mailto:judith.shapiro@hotmail.com)

TAYLOR, Alice. Mg. en Relaciones Internacionales con especializaciones en género y seguridad humana por la Fletcher School of Law and Diplomacy, Tufts University. Instituto Promundo (Brasil). [a.taylor@promundo.org.br](mailto:a.taylor@promundo.org.br)

VRECH, Liliana. Licenciada en Enfermería. Actualmente se desempeña como enfermera asistencial en el Centro de Salud Roque Coulin de la Ciudad de Rosario. [livre13@hotmail.com](mailto:livre13@hotmail.com)

YAVICH, Natalia. Lic. en Ciencias Antropológicas (UBA). Máster en Salud Pública (UNR). International Program for Development Evaluation Training (Carleton University, Canada). Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigador del CONICET/Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR). [nyavich@gmail.com](mailto:nyavich@gmail.com)