

“Una Salud”

La Revista de la Asociación
Argentina de Salud Pública

Año 3 – N° 8 agosto de 2025

SIN CIENCIA
NO HAY
FUTURO

Nadie se salva solo

Cobertura colaborativa en defensa de la ciencia argentina
realizada para Raicyt (Red de Autoridades de Institutos
de Ciencia y Tecnología de Argentina). La fecha fue 28 de
mayo de 2025

- Desigualdades sociales del suicidio en provincias argentinas
- Accesibilidad al Sistema Público de Salud en La Matanza
- El perfil de morbilidad de la población como organizadora de la atención médica ambulatoria



[] Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública

Colaboran en este número:

Alejandra Sánchez Cabezas, Carlos M. Leveau, Gabriela Lourttau, Blanca Giménez Prieto, Daniela Moyano, Jorge Chauí, Mario Elmo, Patricia Spinel, Raúl, Bianchi, Lucas Aletta, Sabrina Appeceix, Elías Maldonado, Nahor Denti, Mgr. Ramiro Huber, Leticia Williams, Guadalupe Rivero, Yanina Miragaya, Garbero Irene, Tirado Sandra, Deisy de Freitas Lima Ventura, Dra. Marcela Bottinelli, Lic. Dolores García, Lic. Claudia A. Pugliese, Lic. Silvia Quevedo.

Comité Editorial:

Claudio Bloch, Noemi Bordoni, Daniela Alvarez, Hugo Mercer, Javier Biasotti, Sebastián Sustas.

Comunicación: Sebastián Valerio

Diseño Gráfico: Juan Manuel Artero

Contacto:

revista.aasap@gmail.com

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de esta revista sin autorización. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la dirección.

Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

Presidenta: Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

Vicepresidente 1º: Dr. Arnaldo Medina

Vicepresidenta 2º: Dra. Alejandra Barcala

Secretario General: Lic. Hugo Mercer

Secretaria Académica: Dra. Noemí Bordoni

Secretario de Actas: Lic. Rodrigo Sal Iturrerá

Tesorero: Lic. Federico Machado

Vocales Titulares: Dra. Ana Pereiro; Dr. Ignacio Maglio; Dra. Marcela Bottinelli

Vocales Suplentes: Dr. Daniel Manoukian; Lic. Daniela Álvarez; Lic. Enrique Mansilla

Órgano de Fiscalización: Lic. Francisco Viola; Lic. Iara Mastrodonardo

SUMARIO

Editorial

Pág. 3: Editorial

Pág. 7: Desigualdades sociales del suicidio en provincias argentinas: tendencias antes y después de la pandemia de Covid 19

Pág. 10: Accesibilidad al Sistema Público de Salud en el partido de La Matanza, tras la apertura de nuevos efectores

Pág. 14: El perfil de morbilidad de la población como organizador de la atención médica ambulatoria

Pág. 19: Escuchar para transformar: agendas construidas colectivamente en momentos de crisis

Pág. 24: La salud materna bajo la lente de la Teoría de la Complejidad

Pág. 30: LaOMS concluye las negociaciones para un acuerdo mundial contra las pandemias. El objetivo del hito de salud mundial es abordar las desigualdades y fortalecer las respuestas a las crisis sanitarias

Pág. 35: Experiencia del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires en la utilización de acuerdos de riesgo compartido para la adquisición de medicamentos de alto costo (2014-2022)

Pág. 37: Nadie se salva solo

Pág. 42: Diagnóstico participativo del sistema público de salud mental en CABA

Siete experiencias, un camino: escuchar y reorganizar para cuidar



Alejandra Sánchez Cabezas

AASAP
Presidenta

Este nuevo número de Una Salud se construye desde una certeza compartida: en tiempos de crisis, lo público y lo colectivo no son solo deseables, sino imprescindibles. Los siete artículos que lo integran reafirman, desde miradas diversas, que la salud como derecho solo puede garantizarse mediante alianzas sólidas, decisiones situadas, datos significativos y redes de cuidado sostenidas en el tiempo.

Frente al debilitamiento de instituciones clave, el repliegue del Estado y el avance de discursos que desvalorizan la acción pública, este número recupera experiencias, análisis e intervenciones que muestran todo lo que sí se puede hacer cuando se prioriza el bien común.

El artículo de Carlos Leveau, **“Desigualdades sociales del suicidio en provincias argentinas”**, ofrece una evidencia contundente: las políticas de protección social salvan vidas. Contra los pronósticos iniciales, durante la pandemia no aumentaron los suicidios, y en algunos grupos sociales incluso disminuyeron. Las medidas económicas implementadas —como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)— protegieron especialmente a mujeres jóvenes con baja escolaridad. El estudio aporta datos clave para el diseño de políticas de salud mental con enfoque de equidad.

Desde otro plano, el artículo **“Accesibilidad al Sistema Público de Salud en el Partido de La Matanza”** —producto de una investigación de la Universidad Nacional de La Matanza tras la apertura de nuevos efectores— revela que persisten barreras profundas en el acceso a la salud, incluso cuando hay oferta disponible. La

población continúa resolviendo sus necesidades mayoritariamente en el segundo nivel, mientras el primero sigue subutilizado. Esta situación refleja un problema estructural en la orientación del sistema y subraya la necesidad de revisar la planificación sanitaria en clave de equidad.

Ese desafío es abordado también por Ramiro Huber en **“El perfil de morbilidad de la población como organizador de la atención médica ambulatoria”**, donde presenta una experiencia piloto en Santa Fe que utiliza el sistema CRGs para clasificar a la población según su estado de salud y nivel de gravedad. Esta herramienta permite ajustar cápitás, planificar mejor los recursos y diseñar programas diferenciados, ya sea para promoción, gestión de enfermedades crónicas o intervención en casos complejos. Es un aporte técnico clave para repensar la atención ambulatoria desde una perspectiva poblacional.

Desde una mirada más procesual y política, el artículo **“Escuchar para transformar: agendas construidas colectivamente en momentos de crisis”**, de Surcos Asociación Civil, sistematiza el ciclo Prioridades Compartidas, una experiencia federal e intersectorial centrada en las vejez y los cuidados. La iniciativa muestra cómo, incluso en contextos de desarticulación institucional, es posible construir diagnósticos y propuestas colectivas si se habilitan espacios de participación genuina y se reconocen los saberes de quienes cuidan y sostienen la vida cotidiana.

La perspectiva internacional aparece en el artículo de Deisy Ventura, **“La OMS concluye**

las negociaciones para un acuerdo mundial contra la pandemia", que analiza el nuevo acuerdo multilateral elaborado tras la experiencia del COVID-19. Allí se plantea con claridad que la justicia es condición para la eficacia en el control de pandemias, y que los avances reales en salud global requieren enfrentar intereses corporativos y garantizar el acceso equitativo a tecnologías, vacunas y recursos sanitarios. En un escenario de creciente polarización y desinformación, el acuerdo representa una señal política y normativa de enorme valor para los países del Sur Global.

El artículo **"Contratos de riesgo compartido para medicamentos de alto costo: experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires"** describe la aplicación, entre 2014 y 2022, de acuerdos entre el Plan de Salud del HIBA y la industria farmacéutica para reducir la incertidumbre clínica y financiera en la incorporación de fármacos innovadores. Clasificados en acuerdos basados en resultados en salud y en resultados financieros, estos contratos permitieron ajustar pagos según efectividad y seguridad, y obtener datos valiosos de uso en vida real. La experiencia muestra que, aunque más complejos que la compra tradicional, los CRC son una herramienta estratégica para mejorar el acceso y la sostenibilidad del sistema.

El artículo de Irene Garbero y Sandra Tirado, **"La salud materna bajo la lente de la teoría de la complejidad"**, propone un cambio de paradigma: pasar de abordajes lineales a una comprensión sistémica e interdependiente de los múltiples factores que inciden en la salud materna. Desde esta perspectiva, la salud de las mujeres se entrelaza con condiciones sociales, políticas, económicas y culturales, y exige políticas públicas adaptativas, centradas en los territorios y con enfoque de derechos. El texto invita a repensar la planificación en clave sistémica, reconociendo que prevenir muertes evitables implica transformar las estructuras que las permiten.

En **"Archivo Colectivo del Derecho a la Salud: narrar para cuidar"**, les propongo una reflexión sobre la ciencia, la salud y la memoria como bienes comunes. A partir de la imagen de miles de investigadoras e investigadores marchando como Eternautas contra el vaciamiento del sistema científico, podemos enlazar ese acto de resistencia con la defensa de la salud pública. Nuestra invitación es clara: registrar las luchas, solidaridades y construcciones colectivas no es solo memoria, es también cuidado y resistencia activa frente al olvido.

En conjunto, estos no solo describen problemas, pero también ofrecen caminos, insisten en el valor de la articulación y proponen transformaciones posibles. Con lenguajes distintos y desde campos diversos, todos comparten una misma convicción: que la salud pública solo cobra sentido si se ancla en la realidad de las personas, si reconoce las desigualdades que atraviesan los territorios, si escucha con humildad y si planifica con criterios de justicia y cuidado.

Hoy más que nunca, cuando se pretende reducir la salud a una mercancía o a una decisión individual, reafirmamos desde aquí que la salud es derecho, es territorio, es escucha y es también una construcción profundamente política. Por eso seguimos apostando a tejer alianzas, a fortalecer lo común y a sostener espacios como esta revista que, en cada número, renuevan la esperanza y el compromiso por una salud con justicia.

Por eso, desde la AASAP te invitamos a ser parte activa de este movimiento. Asociarte, participar, presentar tu trabajo en el II Congreso Internacional de Salud Pública que realizaremos el 25 y 26 de septiembre es mucho más que sumarte a un evento: es una forma de hacer política en serio, de construir lo común desde lo que hacemos todos los días. Porque la política no se basa solo en discursos: empieza cuando hacemos, con otros, lo que sabemos que hay que hacer. Y en salud, eso siempre implica escuchar, cuidar y transformar.



**Si te perdiste los
Webinarios
ahora podés
volver a verlos en
You Tube**



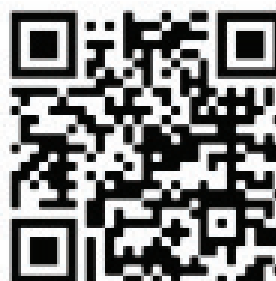
CÓMO Y PARA QUÉ SUMARSE A LA AASAP

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario completar el formulario de suscripción que se encuentra en <https://www.aasap.org.ar/index.php/rrhh>, y abonar la cuota una vez que haya sido admitido. El interesado debe ser mayor de 21 años de edad y estar identificado con nuestros objetivos.

El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso.

Los beneficios que brindamos

- Publicar artículos de opinión u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (sitio web u otros).
- Recibir noticias sobre eventos nacionales o internacionales que la AASAP considere que pueden resultar de interés individual o institucional de sus miembros.
- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas nacionales o globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Participar de los distintos Consejos con que cuenta la AASAP para abordar las temáticas que atañen a la salud pública argentina.
- Recibir el auspicio o apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública.



www.aasap.org.ar

Desigualdades sociales del suicidio en provincias argentinas: tendencias antes y después de la pandemia de COVID-19

Carlos M. Leveau

Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg", Universidad Nacional de Lanús, Argentina. 2Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Texto completo disponible en: <https://medrxiv.org/cgi/content/short/2025.04.25.25326449v1>

Introducción

La pandemia de COVID-19 provocó una caída abrupta de la actividad económica, un aislamiento social masivo y la incertidumbre y el temor al contagio del nuevo virus SARS-CoV-2. En las sociedades latinoamericanas, donde una proporción importante de la población adulta subsiste en la economía informal y la precariedad laboral crónica, la pandemia de COVID-19 –y las medidas de cuarentena implementadas– dejaron a estas poblaciones en una situación repentina de total desamparo. Por lo tanto, sería esperable una ampliación de la brecha social en materia de suicidio con el inicio de la pandemia en América Latina. En el caso particular de la Argentina, se adoptaron medidas económicas para mitigar el impacto de las restricciones a la movilidad poblacional durante 2020.

Aunque al inicio de la pandemia de COVID-19 se predijo un aumento de los suicidios, asociado a las medidas de cuarentena, su impacto en la economía y la incertidumbre generada por el aumento de contagios y muertes, los estudios empíricos han encontrado mayoritariamente estabilidad, o incluso una disminución, de los suicidios durante el primer año de la pandemia.

Sin embargo, esta estabilidad general de los suicidios podría enmascarar desigualdades sociales, ya que las medidas de confinamiento protegerían en mayor medida a las poblaciones de nivel socioeconómico alto –por ejemplo, a través del trabajo a distancia– y en menor medida a las poblaciones de nivel socioeconómico bajo –trabajos presenciales en condiciones precarias.

Los cambios en las desigualdades sociales del suicidio tras la pandemia de COVID-19 se han estudiado solo en unos pocos países de altos ingresos, arrojando resultados dispares. Por lo tanto, faltan pruebas en los países de ingresos bajos y medios, donde los factores culturales podrían modificar el gradiente social del suicidio observado en los

países de altos ingresos. Por lo tanto, nuestro objetivo fue analizar las desigualdades sociales del suicidio en provincias argentinas, durante el periodo 2015-2023.

Métodos

Se utilizaron datos sobre suicidios en personas de 25 años o más y en tres grupos de edad (25-44, 45-64 y 65+) en tres provincias argentinas (Mendoza, Jujuy, y San Juan) durante el período 2015-2023. Se utilizó el nivel educativo de los fallecidos como variable indicadora del nivel socioeconómico. La población del período 2015-2023, desagregada por edad, sexo y nivel educativo, se estimó mediante proyecciones lineales utilizando datos de los censos de población de 2010 y 2022. Se estimaron modelos de regresión utilizando como variables explicativas edad, sexo, año, provincia de residencia, nivel educativo. Adicionalmente, se estimaron modelos categorizando el periodo 2015-2023 en tres sub-periodos: pre pandemia (2015-2019), pandemia (2020-2021) y pos-pandemia (2022-2023). Se estimaron tendencias temporales de tasas de suicidio en dos niveles educativos (nivel bajo: hasta secundario incompleto; nivel medio-alto: secundario completo o más). Además, se estimaron tendencias temporales de los riesgos relativos, tomando como referencia la tasa de suicidio en población de nivel educativo medio-alto.

Resultados

Considerando el periodo 2015-2023 en su conjunto, tanto en hombres como en mujeres, y en los tres grupos de edad (25-44, 45-64, y 65+ años), el riesgo de suicidio fue mayor en la población con bajo nivel educativo (hasta educación secundaria incompleta) en comparación con la población con mayor nivel educativo. Los hombres y la población adulta joven (25-44 años) mostraron los riesgos relativos más altos.

Se registró una convergencia de las tasas de suicidio por nivel educativo en 2021, que parece explicarse en gran medida por la



combinación de picos máximos en hombres y población de 25 a 64 años de nivel educativo medio-alto, y el descenso abrupto de las tasas en mujeres con niveles educativos bajos.

En comparación con la población con un nivel educativo medio-alto, la población con un nivel educativo bajo de ambos sexos, los hombres y la población de 25 a 44 años mostraron un mayor riesgo de suicidio en todos los años, excepto en 2021. Aunque los intervalos de confianza para los riesgos relativos educativos en mujeres incluyeron 1 en el análisis anual, estos intervalos fueron menores a 1 durante el periodo de pandemia 2020-2021 (pre pandemia: 2015-2019; pos-pandemia: 2022-2023).

Conclusiones

Nuestro hallazgo de una disminución de las desigualdades sociales en suicidio durante 2020-2021 no es consistente con estudios realizados en Estados Unidos. A partir de abril de 2020, el Gobierno Nacional implementó el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), planificado para llegar a hogares con desempleo, empleo informal, trabajadores por cuenta propia de bajos ingresos y beneficiarios de asistencia social. Se realizaron tres pagos del IFE entre abril y septiembre de 2020, alcanzando a casi 9 millones de personas. Esta ayuda económica a hogares

con un nivel socioeconómico bajo podría haber reducido el nivel de incertidumbre y vulnerabilidad en estas poblaciones, lo que podría explicar la disminución de las tasas de suicidio durante 2020-2021. Además, se implementó el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), con el objetivo de sostener el empleo en las actividades económicas más severamente afectadas durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19.

Las tasas de suicidio en mujeres con bajo nivel educativo mostraron un marcado descenso tanto en 2020 como en 2021. En relación con esto, el IFE tuvo un mayor impacto en las mujeres en situación de alta vulnerabilidad social: el 55% de las beneficiarias del IFE fueron mujeres, alcanzando al 59% de las mujeres de la población de 35 a 44 años. Además, las madres jóvenes de bajo nivel socioeconómico, que antes eran bancarizadas por el Gobierno Nacional al recibir otras ayudas sociales, fueron rápidamente alcanzadas por el IFE durante el inicio de las medidas de cuarentena. En este contexto, se puede agregar que las mujeres de bajo nivel socioeconómico (NSE) tienden a tener más hijos que sus contrapartes de NSE medio y alto, un factor que puede ofrecer una mayor protección contra el suicidio, especialmente en un momento de alto aislamiento social como la pandemia de COVID-19.



Accesibilidad al Sistema Público de Salud en el partido de La Matanza tras la apertura de nuevos efectores

Autores/a:

Gabriela Lourttau, Blanca Giménez Prieto, Daniela Moyano, Jorge Chaui, Mario Elmo, Patricia Spinelli, Raúl, Bianchi, Lucas Aletta, Sabrina Appeceix, Elías Maldonado, Nahor Denti.

Introducción

La accesibilidad al sistema público de salud es un pilar fundamental para el cumplimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos. Sin embargo, en muchas regiones, esta accesibilidad enfrenta una serie de desafíos que limitan el alcance y la equidad de los servicios de salud. Esta problemática es especialmente evidente en poblaciones con mayor situación de vulnerabilidad, donde las barreras socioeconómicas, geográficas, culturales y estructurales obstaculizan el acceso a la atención médica de calidad.

La problemática de la accesibilidad al sistema público de salud es un desafío complejo que involucra una variedad de factores interrelacionados. La equidad en la atención médica requiere abordar estas barreras socioeconómicas, geográficas, culturales y de información de manera integral. Superar estas limitaciones es esencial para garantizar que todas las personas, independientemente de su condición, tengan acceso equitativo a servicios médicos de calidad y puedan disfrutar de una vida más saludable y productiva.

Metodología

El presente trabajo indaga sobre las condiciones de accesibilidad al sistema sanitario en la Región Sanitaria XII (Municipio de La Matanza) de la población residente en las localidades circundantes a los nuevos efectores de salud inaugurados en el partido. La metodología adoptada es de corte cualitativa y multivariada, intentando interpretar el fenómeno de acuerdo con las percepciones de los participantes encuestados.

Nuestro universo de estudio es la pobla-

ción que reside en las localidades linderas a los nuevos efectores, abarcando de esta manera la inclusión de las particularidades y características de la población usuaria: V. Del Pino, G. Catan, G. Laferrere, I. Casanova, R. Castillo, 20 de junio, Merlo y Morón. Con la elección de estas localidades cubrimos 2 (dos) cordones, de los 3 (tres) que integran el partido de La Matanza y localidades vecinas de influencia (Merlo y Morón), en las cuales se distribuyen los nuevos efectores sanitarios, garantizando de esta manera la inclusión de las particularidades y características de la población residente de acuerdo con su ubicación geográfica.

La recolección de datos se realizó a través de encuestas. La elección de la muestra ha sido por conveniencia tomando como recorte las plazas centrales, paradas de colectivo, estaciones de tren y cercanías de instituciones educativas de las localidades seleccionadas, considerando la afluencia de población local de manera masiva en estos lugares.

La misma ha sido realizada en días laborales, en horarios de alta concurrencia.

Definimos como criterio de inclusión a las personas mayores de 16 años cumplidos, que acepten la realización de la encuesta y como criterio de exclusión personas que sean beneficiarias y usuarias de una cobertura sanitaria de Obra Social o Medicina privada o prepaga.

Las fuentes de datos de este proyecto de investigación serán principalmente fuentes primarias, a través de encuestas.

Hemos seleccionado las variables necesarias para poder caracterizar diferentes situaciones de acceso de la comunidad al Sistema

Público de Salud, desde la perspectiva de los usuarios, considerando la incorporación de nuevos hospitales en el territorio, que constituye nuestro objetivo principal.

La recolección de datos se realizó en puntos estratégicos con relación a la población que podría utilizar y/o demandar los servicios públicos de salud de los nuevos efectores. Virrey del Pino (Km. 38 - Centro Comercial Barrio Esperanza); González Catán (Plaza Central), Isidro Casanova (Plaza Central y Metrobús, San Justo (Metrobús, Shopping de San Justo).

Metodología

La sistematización de los datos relevados consta de 114 encuestas realizadas en los diferentes puntos estratégicos mencionados.

El análisis de los datos se ha realizado a través del sistema Power BI.

En la muestra de 114 respondedores, la mayor parte de la población encuestada está conformada por mujeres, sin cobertura de salud (70.4%). El nivel educativo mayoritariamente secundario es incompleto. A su vez el 36.2% de la población trabaja de manera informal. Respecto a este último dato se puede observar que los varones alcanzan un mayor % de trabajo formal llegando al 30.23%, mientras que las mujeres solo alcanzan el 12.86%.

El 87,7% de la población encuestada utiliza el sistema público de salud para resolver sus necesidades de atención, independientemente de si cuenta o no con cobertura social. De la población que posee cobertura de salud el 79.23 % utiliza el SPS. A su vez, 46.37 % (1) de los beneficiarios de PAMI también acude al SPS, mientras que los que sólo cuentan con la cobertura pública de salud este por-



centaje alcanza el 96.02%

El 69% de la población encuestada utiliza el 2° nivel de atención de La Matanza para resolver sus problemas de salud, seguido por el 12,39% optan por el 2do nivel de CABA, mientras que solo el 7,07% de la población encuestada refirió resolver sus problemas de salud en el 1° nivel de atención de La Matanza o Morón.

Conclusión

A pesar de los esfuerzos por garantizar la cobertura universal, existen barreras que dificultan el acceso efectivo a servicios de salud oportunos y de calidad, fundamentalmente en zonas vulnerabilizadas, como lo son el área de referencia de los nuevos efectores de La Matanza

Observamos que el nivel educativo en su mayoría no alcanza al secundario completo.

Nuestros encuestados son en su mayoría mujeres, con secundario incompleto y vemos que la cobertura de salud es menor cuando cumple estas condiciones.

Resulta relevante respecto al rol del primer nivel de atención en el sistema público de salud, donde deberían resolverse la mayoría de las demandas de atención de la población, sin embargo, se detectó que el alrededor del 90% de las personas encuestadas optan por utilizar el 2do. nivel de atención. En este sentido es necesario destacar que, según datos oficiales del Ministerio de Salud de La Nación, el 90% de las consultas realizadas en este nivel son por cuestiones que podrían resolverse en el primer nivel de atención.

(1) No hemos discriminado si concurre al efector de su área programática o capita esa institución en PAMI



2^o Congreso Internacional



14, 15 y 16 de agosto **2025** CABA

EL PERFIL DE MORBILIDAD DE LA POBLACIÓN COMO ORGANIZADOR DE LA ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA

Autor:

Mgr. Ramiro Huber

Resumen

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

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

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

Introducción

La organización y la gestión de los servicios

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

En mi tesis de maestría abordé la caracterización de un modelo de atención ambulatoria desarrollado como experiencia piloto en la Provincia de Santa Fe, y en este trabajo reflejo los resultados parciales de la aplicación de una herramienta informática para segmentar la población, y organizar los diferentes servicios de salud ambulatorios de acuerdo al perfil de morbilidad, con la finalidad de ofrecer la mejor oferta de servicios de salud posible.

Desarrollo

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

Se requieren unos pocos datos

identificatorios de cada persona (DNI, fecha de nacimiento, sexo y código postal) y datos clínicos ambulatorios (diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos), acumulados a lo largo del tiempo, para agrupar a toda la población mediante un algoritmo informatizado según el **ESTADO DE SALUD y NIVEL DE GRAVEDAD**.

El propósito de este artículo es presentar la experiencia de utilización de los Grupos de Riesgo Clínico (Clinical Risk Groups) como sistema de medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria como primer experiencia piloto de su aplicación en Argentina.

Fue durante mi gestión como Gerente del Círculo Médico del Departamento General López, que pudimos contar con acceso al uso

del Sistema CRGs, para aplicar en la población de beneficiarios de IAPOS (Obra Social Provincial) que habitan el Departamento General López, comprometiendo a los médicos asociados al Círculo Médico (y por ello prestadores en el convenio con IAPOS) a cargar en el sistema de autorización on line, las consultas con diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos ambulatorios, para contar con los datos requeridos por el sistema.

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



Resultados

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

En la Tabla Nro. 1 se pueden visualizar la cantidad total de individuos agrupados según el estado de salud y el nivel de gravedad. Así es que los individuos (aquellos que durante el periodo de dos años no consultaron o lo

hicieron como conducta preventiva) fueron 21.571, mientras que 2.246 individuos fueron caracterizados como **“portadores de una enfermedad crónica dominante única, con nivel 1 de gravedad”**.

Tabla Nro. 1

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

Individuos ▼

Estado de Salud (Des)	Niveles de Gravedad						
	0	1	2	3	4	5	6
Sanos (Incluye No Usuarios)	21571						
Historia De Enfermedad Aguda Significativa	1874						
Enfermedad Cronica Menor Unica		2923	337				
Enfermedades Cronicas Menores En Diferentes Organos		316	37	61	11		
Enfermedad Cronica Dominante Unica		2246	560	480	92		
Dos Enfermedades Cronicas Dominantes		332	219	109	78	9	15
Tres Enfermedades Cronicas Dominantes		1	1	1	1		
Enfermedad Neoplastica Metastasica		40	22	5	1		
Enfermedades Catastroficas		12		2			

En la siguiente Tabla (Nro. 2) podemos observar que el grupo representa al 68,8% de la población total, mientras que en el grupo "portadores de una enfermedad crónica dominante única, con nivel 1 de gravedad" se encuentra reunido el 7,16% de la población.

Tabla Nro. 2

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

% Individuos ▼

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

Si tenemos en cuenta el peso medio de morbilidad que a cada una de las categorías le asigna el sistema, la carga de morbilidad de los individuos del grupo "sanos" es inferior (0.16) a la carga de morbilidad de los individuos del grupo "portadores de una enfermedad crónica dominante única" con

nivel 1 de gravedad" (1,48).

Tabla Nro. 3

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

Peso Medio ▼

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

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

grupo.

Tabla Nro. 4

CRGs Perfil de morbilidad de la población IAPOS en el DGL. Porcentaje del peso total de morbilidad. Elaboración propia.

% Peso Total ▼

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

Discusión

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

La utilización de herramientas informáticas como el CRGs, que con datos muy simples de obtener puede agrupar a la población según su estado de salud y nivel de gravedad, resulta muy útil y permite, entre otras bondades del

sistema, el ajuste de capitas según el perfil de morbilidad de la población a cubrir, así como también organizar la oferta asistencial diferenciando a

- Los grupos de individuos sanos y con historia de enfermedades agudas significativas, sobre los que se privilegiarán las acciones dirigidas a la PROMOCION y PREVENCIÓN de las enfermedades;
- Los grupos de individuos con enfermedades crónicas de elevada prevalencia de mediana gravedad, sobre

los que se podrán desarrollar Programas de GESTION DE ENFERMEDADES;

- Y los grupos de individuos con enfermedades complejas, poco prevalentes, pero de elevada gravedad, sobre los que se puede intervenir a través de Programas de GESTION DE CASOS.

Conclusiones

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

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

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

Referencias bibliográficas

Jose' M. Inoriza, Jordi Coderch, Marc Carreras, Laura Vall-Iloser, Manuel García, Josep M. Lisbona y Pere Ibern. (2008) La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gaceta Sanitaria. 2009; 23(1):29 37.

García Goni M. (2006) Ajuste de riesgo en los mercados sanitarios. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; p. 187 208



Escuchar para transformar: agendas construidas colectivamente en momentos de crisis

Autoras:

Leticia Williams, Guadalupe Rivero, Yanina Miragaya, Alejandra Sánchez Cabezas
Surcos Asociación Civil

Existe abundante evidencia de que la construcción de alianzas es fundamental para enfrentar los desafíos actuales y futuros en el campo de la salud pública. En particular, aquellas que logran articular actores diversos —del Estado, la sociedad civil, el ámbito académico y las comunidades— y que se sustentan en una agenda común. Ya que éstas tienen mayor capacidad para producir conocimiento compartido, generar redes sostenibles y lograr impactos duraderos.

Estas articulaciones, cuando contemplan dimensiones intersectoriales e interinstitucionales, no solo favorecen la toma de decisiones informadas, sino que permiten abordar la salud como un fenómeno social complejo. En ese marco, iniciativas que recuperan saberes situados promueven la participación activa y fortalecen las capacidades de los distintos actores para enriquecer la formulación de políticas, y para habilitar procesos de gestión del conocimiento que inciden directamente en la calidad de vida de las poblaciones.

Aquí presentamos un ejemplo de lo que se puede hacer en estos momentos.

Prioridades Compartidas se inscribe en esta tradición: una apuesta concreta por tejer alianzas y producir sentido colectivo, en torno a una agenda de vejez que ya no puede seguir siendo postergada.

En un contexto de profundización de la crisis social y económica en Argentina, donde las personas mayores enfrentan una “pobreza de derechos” que compromete su dignidad, Prioridades Compartidas se presenta como una iniciativa intersectorial que apuesta por el diálogo, la participación y la producción

colectiva de conocimiento para incidir en las políticas públicas.

Impulsado por Surcos Asociación Civil y HelpAge y enmarcado en la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030) y la Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas Mayores, el ciclo Prioridades Compartidas 2025 convocó a 263 personas y más de 30 organizaciones de todo el país: equipos de cuidado, personas mayores, organizaciones sociales, universidades y organismos del Estado.

La estrategia metodológica combinó diversas herramientas participativas y complementarias: encuentros virtuales con cuidadorxs y personas mayores, entrevistas semiestructuradas a referentes institucionales y de la sociedad civil, y una encuesta digital difundida a nivel nacional. Esta combinación permitió relevar prioridades, validar hallazgos y construir una base común de diagnóstico desde una perspectiva federal e intersectorial. Se buscó no solo identificar necesidades, sino priorizarlas de manera situada y colectiva, generando insumos concretos para la planificación de políticas públicas sensibles a las realidades diversas del envejecimiento.

Ocho prioridades urgentes y estructurales

Las prioridades identificadas, y ratificadas por amplia mayoría, fueron:

1. **Condiciones de vida:** la situación habitacional y los ingresos aparecen como una urgencia transversal. Sin vivienda digna y sin ingresos adecuados, no hay posibilidad de bienestar.

2. **Participación de las personas mayores:** garantizar espacios reales —no simbólicos— de toma de decisiones es una condición necesaria para políticas públicas pertinentes.

3. **Acceso a la salud y sistemas de cuidados integrales:** la inequidad territorial, la falta de abordajes adecuados ante la dependencia y la discriminación etaria siguen siendo barreras profundas.

4. **Cuidadores/as y condiciones laborales:** se destacó la necesidad de profesionalizar y reconocer el trabajo de cuidado, profundamente feminizado y precarizado.

5. **Centros de Día:** fueron valorizados como espacios clave para sostener la autonomía y evitar institucionalizaciones innecesarias.

6. **Acceso a Residencias de Larga Estadía (RLE):** su escasa disponibilidad y mala distribución territorial limitan respuestas adecuadas ante situaciones de alta dependencia.

7. **Regulación y habilitación de RLE:** garantizar calidad sin trabas burocráticas es uno de los desafíos señalados.

8. **Envejecimiento saludable e inclusión digital:** promover la autonomía a través de actividades recreativas, acceso a tecnologías y vínculos comunitarios.

Estas prioridades fueron evaluadas en función de su gravedad, el alcance poblacional y la posibilidad de incidir sobre ellas desde la sociedad civil. En todos los casos, se reconocieron márgenes de acción posibles y se identificó la necesidad general de fortalecer articulaciones y redes.

Una metodología al servicio de la escucha

El ciclo se propuso no solo indagar necesidades, sino también validar colectivamente los hallazgos. Desde encuentros con personas mayores y cuidadoras, hasta entrevistas a referentes institucionales y una encuesta anónima que alcanzó a 16 jurisdicciones, el proceso evidenció una notable coincidencia en los diagnósticos más allá de las diferencias territoriales o sectoriales.

La participación activa de las personas mayores fue un eje central. Su mirada fue imprescindible para identificar obstáculos concretos —como la digitalización

excluyente, la centralización de servicios de salud o la ausencia de canales reales de participación—, pero también para construir propuestas situadas y viables.

Reflexiones y recomendaciones

Prioridades Compartidas 2025 dejó aprendizajes sustantivos. La homogeneidad de las prioridades planteadas muestra la persistencia de deudas estructurales: salud, vivienda y cuidados siguen siendo los pilares más frágiles del sistema. Pero también se expresó un fuerte deseo de transformación, articulación y protagonismo.

Entre las recomendaciones clave, se destacan:

- **Para el Estado:** diseñar políticas intersectoriales con enfoque de derechos, institucionalizar mecanismos de participación y garantizar respuestas diferenciadas según trayectorias vitales.
- **Para las organizaciones sociales:** visibilizar los saberes de quienes cuidan y sostienen la vida, impulsar la formación y abrir espacios para las voces menos representadas.
- **Para la comunidad en**

general: construir redes solidarias, reconocer el valor del cuidado y disputar sentidos en torno al envejecimiento.

Cuidar como política, cuidar como derecho

El proceso *Prioridades Compartidas* no se propone como un diagnóstico cerrado, sino como una herramienta viva que articula conocimiento situado, compromiso colectivo y voluntad de incidir. Las personas mayores y quienes las cuidan tienen mucho para decir —y ya lo están haciendo—. Escucharlas no es un gesto de buena voluntad: es una condición necesaria para construir políticas públicas sensibles, eficaces y transformadoras.

Como señaló una participante del ciclo:

“Nos escucharon de verdad. Compartimos preocupaciones, pero también construimos esperanza. No podemos bajar los brazos. Espacios como este nos dan fuerza para seguir exigiendo nuestros derechos.”

En tiempos de retroceso en derechos, fragmentación institucional y desarticulación de políticas públicas, experiencias como *Prioridades Compartidas* muestran que aún es posible construir sentidos colectivos

y alianzas transformadoras. Frente al vaciamiento de la política como herramienta de lo común, tejer estas redes —entre generaciones, sectores y territorios— es un acto profundamente político. Y, sobre todo, profundamente necesario.

Referencias bibliográficas

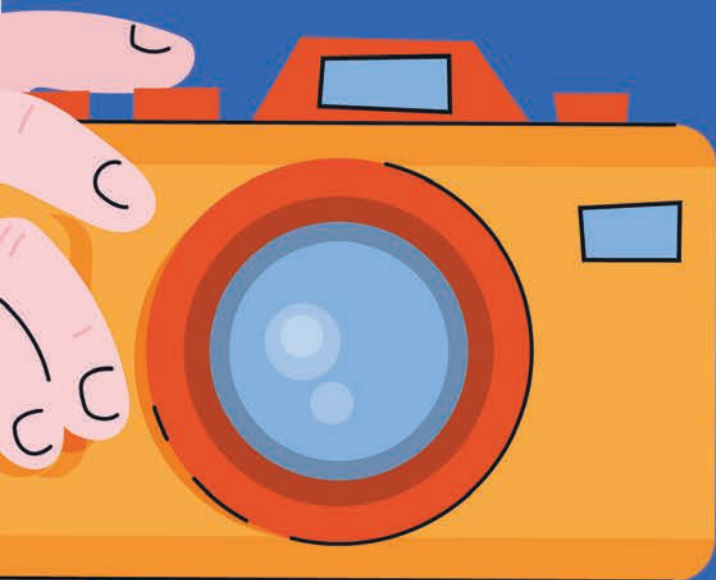
- Fundación Alianzas para la Igualdad. (2022). Tejiendo alianzas para la salud global. https://alianzasparalaigualdad.org/wp-content/uploads/2022/09/Libro-tejiendo-alianzas-para-la-salud-global_web.pdf
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., & Rojas, D. (2019). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública: Estudio cualitativo en seis ciudades colombianas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(37), 1–18. <https://www.redalyc.org/journal/422/42258458003/>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas

Mayores. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030). <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Fomentar la salud mediante las alianzas de investigación en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e22. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51081>
- Otálvaro Restrepo, G., & López de Mesa Vélez, A. (2020). La acción intersectorial por la salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5582>
- Urrutia, M. I. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un modelo de gestión en desarrollo. *Papeles de Población*, 20(79), 9–42. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S1405-10792014000100001



CONVOCATORIA A FOTÓGRAFAS Y FOTÓGRAFOS



**Para construir juntas/os el
ARCHIVO COLECTIVO
DEL DERECHO A LA SALUD**

**Buscamos fotografías que documenten los aportes
y las luchas de la salud pública en Argentina durante 2024-2025
Recepción de material hasta el 15 de agosto**

Las imágenes seleccionadas formarán parte de una muestra en el
**II Congreso Internacional de Salud Pública
septiembre 2025, CABA**

✉ Consultas: aasapfotos@gmail.com

Comité de selección:
**Adriana Lestido, Cora Gamarnik,
María Garrido, Rodrigo Jaldo y Alejandra Barcala**



LA SALUD MATERNA

bajo la lente de la Teoría de la Complejidad

Autoras:

Garbero Irene ; Tirado Sandra

Resumen:

El nacimiento es un vínculo universal que trasciende géneros, orígenes y creencias, recordándonos nuestra humanidad compartida. La salud materna, entendida desde el enfoque de sistemas complejos, nos revela la intrincada red de factores que afectan tanto a las mujeres como a sus hijos durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es imperativo que abordemos las desigualdades en el acceso a la atención de la salud, reconociendo que cada mujer, independientemente de su contexto, merece la mejor atención y apoyo. Al integrar las dimensiones biológicas, sociales y ambientales en nuestras intervenciones, podemos facilitar un cambio significativo, promoviendo condiciones que garanticen el bienestar materno y neonatal. Solo a través de un enfoque inclusivo y adaptativo podremos construir un sistema de salud que refleje la complejidad y diversidad de nuestras realidades, asegurando que cada vida sea celebrada y protegida en este viaje vital. El objetivo del presente trabajo fue explorar el abordaje de la salud pública a la salud materna desde la teoría de los sistemas complejos y sus principales propiedades.

Introducción

El nacimiento es un vínculo universal que trasciende géneros, orígenes y creencias,

recordándonos nuestra humanidad compartida. Cada uno ha pasado por este proceso para llegar al mundo, aunque en circunstancias y entornos muy diversos. Por ello, es fundamental que todas las mujeres embarazadas, sin importar las condiciones que las hayan llevado a este estado, tengan acceso al mejor nivel de atención y apoyo antes y después de la gestación.

La salud materna, un pilar fundamental del desarrollo humano, sigue siendo un desafío global. A pesar de los esfuerzos internacionales, las tasas de mortalidad y morbilidad materna persisten en niveles inaceptables. La Organización Mundial de la Salud define la salud materna como el bienestar de la mujer durante el embarazo, parto y postparto(1).

Un enfoque más profundo y efectivo requiere comprender la complejidad de este problema. La teoría de los sistemas complejos nos muestra que la salud materna es un fenómeno multifactorial, influenciado por una intrincada red de factores biológicos, sociales, económicos y políticos. Esta perspectiva integral es esencial para identificar y abordar las causas subyacentes de este problema (2).

Las causas de la mala salud materna trascienden el sistema de salud. Alice Yamin(3) sugiere, que las causas fundamentales se

encuentran tanto “dentro como más allá” del sistema de salud. Factores como la pobreza, barreras legales, la desigualdad de género y la violencia estructural contra las mujeres juegan un papel crucial (4-6).

El objetivo del presente trabajo fue explorar el abordaje de la salud pública de la salud materna desde la teoría de los sistemas complejos y sus principales propiedades.

Los sistemas complejos y la salud materna

Tradicionalmente, la salud pública ha abordado la salud desde un enfoque reduccionista, aislando un único factor o “exposición” como causa determinante, mientras que el resto de las variables se mantenían constantes para facilitar la identificación de relaciones causales. Este enfoque tradicional, basado en la linealidad y la simplicidad de las relaciones causa-efecto, presenta limitaciones al abordar problemas más complejos, donde múltiples factores interconectados interactúan dinámicamente. En contraposición, los enfoques de sistemas complejos proponen una mirada holística, centrándose en la comprensión del sistema en su conjunto y las interconexiones entre sus componentes; reconoce la complejidad inherente a los sistemas biológicos y sociales, considerando las interdependencias entre los elementos, los ciclos de retroalimentación y las no linealidades. De esta manera, se puede identificar cómo el estado de algunos factores modula la influencia del factor en cuestión, evitando así la simplificación excesiva y la atribución errónea de causalidad (7).

Edgard Morin señala, que la complejidad implica un cambio en el pensamiento en el que se debe considerar las intrincadas

interconexiones e interacciones dentro de los sistemas, yendo más allá de las visiones reduccionistas simplistas y declara que “el paradigma de complejidad provendrá del conjunto de nuevos conceptos, de nuevas visiones, de nuevos descubrimientos y de nuevas reflexiones que van a conectarse y reunirse” (8).

En el ámbito de la salud materna, el enfoque tradicional ha tendido a centrarse en factores aislados (sepsis, eclampsia, hemorragia postparto, etc.), como determinantes de la morbilidad materna. Este enfoque, si bien ha aportado conocimientos valiosos, presenta limitaciones al no considerar la complejidad del sistema en el que se inserta la mujer embarazada.

Al contrario, el abordaje de sistemas complejos en salud materna propone un análisis integral que interconecta factores como la atención prenatal, la nutrición, el acceso a servicios de salud, las condiciones socioeconómicas, el contexto cultural, los determinantes biológicos, marcos legales, entre otros (9). Al adoptar este análisis, se puede comprender cómo las interacciones, en ocasiones sinérgicas y en otras antagónicas, modulan el riesgo de complicaciones obstétricas. Así, una mujer con desnutrición y acceso limitado a atención prenatal puede tener un mayor riesgo de parto prematuro, mientras que una con un alto nivel educativo y acceso a servicios de salud de calidad puede tener un riesgo menor, incluso si presenta alguna condición biológica preexistente.

Esta perspectiva permite identificar patrones y relaciones que el enfoque tradicional no puede capturar. Por esto, se puede observar cómo políticas públicas

relacionadas con la salud materna (planificación familiar, protección laboral a la embarazada) impactan en indicadores como la mortalidad materna. Comprender las relaciones fundamentales también es esencial para identificar los puntos de intervención adecuados para abordar estos factores y para anticipar el impacto potencial que tendrá un nuevo programa cuando se lo introduzca en una comunidad o "sistema" específico. La implementación exitosa de intervenciones de salud pública requiere una comprensión del entorno (familias, comunidades, escuelas, sistema de atención de salud) en el que vive y funciona la mujer(10).

Según Posner(11), los profesionales de la salud pública enfrentan un desafío global al diseñar programas para mejorar la salud materno infantil, especialmente considerando los Objetivos de Desarrollo Sostenible(12). La globalización influye en estos programas al introducir nuevas culturas y expectativas. Para abordar eficazmente este problema, es crucial analizar las estructuras sociales, económicas y políticas, así como las normas culturales que impactan la salud. Se requieren intervenciones específicas y culturalmente sensibles, respaldadas por políticas públicas, para mejorar la salud de mujeres, niños y la sociedad en general. Poner fin a la mortalidad materna evitable es un "pilar del desarrollo sostenible" considerando el papel de las mujeres en las familias, la economía, las sociedades y en el desarrollo de generaciones y comunidades futuras.

Asefa y col.(13) plantean que los sistemas de atención materna son dinámicos y complejos, influenciados por factores tangibles (infraestructura, suministros, etc.) e intangibles (mentalidad del personal). Estos sistemas presentan circuitos de retroalimentación tanto positivos como negativos. Los primeros refuerzan el cambio, como cuando la empatía del personal promueve prácticas respetuosas y mejora la calidad de atención. Los segundos obstaculizan el cambio, como las restricciones financieras que pueden llevar a escasez de suministros y agotamiento del personal, afectando negativamente la calidad de la atención.

Las propiedades de los sistemas

complejos:

La complejidad de los sistemas de salud nos brinda una lente a través de la cual analizar los comportamientos y fenómenos relacionados con la salud materna. Para aprovechar al máximo este enfoque, es necesario considerar las siguientes propiedades características de los sistemas complejos:

1. Los sistemas complejos presentan un gran número de elementos: En salud materna, lo biológico (endocrino, inmunológico), lo social (económico, ambiental), y hasta una multitud de elementos interactúan de forma compleja. Esta complejidad se manifiesta en la fractalidad del sistema; es decir, patrones similares se repiten a diferentes escalas. Por ello, la desigualdad en el acceso a servicios, como la planificación familiar, puede ser consecuencia de factores individuales (educación), sociales (pobreza) o políticos (políticas públicas), y a su vez, influir en indicadores como la morbilidad materna.

2. Desde una perspectiva sistémica, la salud materna es un proceso dinámico en constante evolución. Factores como la biología, la historia y los circuitos de retroalimentación interactúan de manera compleja, influyendo en la salud de las mujeres. Eventos como complicaciones del embarazo o la muerte materna actúan como perturbaciones que desencadenan una serie de cambios y adaptaciones en los sistemas familiares, afectando física como socialmente a cada subsistema de manera diferente.

3. Los sistemas complejos implican interacciones simultáneas y transversales, conocidas como penetrancia: pequeños cambios en un elemento pueden tener un impacto significativo en el resto del sistema. La desnutrición crónica materna como problema social, el estrés crónico producto de la violencia de género o la inseguridad, la calidad de la atención, medida por la competencia del personal, la disponibilidad de tecnologías y la organización de los servicios, y los eventos climáticos extremos que pueden afectar la disponibilidad alimentaria o acceso al agua potable, pueden tener

consecuencias negativas para la gestante. Esta interconexión, subraya la importancia de considerar múltiples factores al abordar la salud materna.

4. La no linealidad es una característica fundamental de los sistemas de salud materna. La combinación de factores de riesgo, como la desnutrición y el estrés, puede generar efectos sinérgicos que amplifican el riesgo. Por ejemplo, un aumento moderado en la tasa de cesáreas puede llevar a un incremento significativo en las complicaciones relacionadas con la cirugía (infecciones, histerectomías, hemorragias, aumento en los gastos en salud, etc.)(14).

Además, las interacciones sociales y culturales, como las normas relacionadas con el matrimonio a temprana edad, pueden influir de manera significativa en la salud materna a menudo de forma no intuitiva: adolescentes embarazadas con los consecuentes resultados negativos perinatales debido a su desarrollo físico y emocional incompleto.

5. Las interacciones recursivas desempeñan un papel crucial en la salud materna. Factores como la pobreza y la educación interactúan de manera cíclica, amplificando o atenuando ciertos efectos. La pobreza limita el acceso a recursos, mientras que la educación empodera a las mujeres y mejora su salud reproductiva, creando así trayectorias de vida muy diferentes.

6. La naturaleza abierta de los sistemas de salud materna permite el intercambio constante de información con el entorno. Políticas gubernamentales, medios de comunicación y sistemas de información influyen en las decisiones de las mujeres, los profesionales de la salud y en la planificación de servicios, impactando directamente en los resultados obstétricos. Las Naciones Unidas estima que el impacto financiero global de las muertes maternas y neonatales es de 15 mil millones de dólares en productividad perdida por año. Gastando sólo US\$5 por persona anualmente hasta el 2035 en países de alto riesgo para mejorar la salud materna, podría incrementar hasta nueve veces más los beneficios sociales y económicos de un país(15).

7. La salud materna es un sistema

dinámico y no equilibrado, constantemente adaptándose a perturbaciones internas y externas, característica de no equilibrio. Una red intrincada de factores biológicos, sociales, económicos, ambientales y hasta legales interactúa de manera compleja, creando un sistema en constante cambio. Un evento como una hemorragia postparto en un lugar remoto ejemplifica un punto crítico de desequilibrio en este sistema, subrayando la necesidad de estrategias que aborden las vulnerabilidades.

8. Los sistemas complejos, llevan consigo una historia que moldea su presente y futuro. Experiencias previas de maltrato durante un embarazo pueden influir negativamente en la búsqueda de atención médica en embarazos posteriores, lo que puede llevar a la detección tardía de complicaciones y, en última instancia, a resultados adversos para la madre y el niño.

9. La información local, es decir, los datos y conocimientos específicos de un lugar, es fundamental en sistemas complejos como la salud. Esta información puede ser de diversa índole y provenir de diferentes fuentes. Conocer detalles como la distancia a los centros de salud, las creencias culturales y las tasas de complicaciones permite identificar barreras y diseñar intervenciones más efectivas. Conocer que por cada muerte materna otras veinte o treinta embarazadas pueden sufrir una complicación severa o near miss materno, supondría para el sistema de salud implementar estrategias que permitan el diagnóstico precoz de los factores de riesgo o de los signos tempranos de estas complicaciones, así como una atención adecuadamente financiada para proporcionar las intervenciones esenciales cuando sea requerido(16).

Las políticas públicas, estrategias y abordajes de salud pública desde la complejidad

Las políticas sanitarias que abordan a la salud materna desde la teoría de la complejidad revelan una intrincada red de factores interconectados que influyen en los resultados. Esta perspectiva transformadora tiene profundas implicaciones para las políticas y sus estrategias de salud pública.

La mortalidad materna es la prueba de

fuego de la situación de la mujer en un país. Su acceso a la atención de salud y la adecuación del sistema de salud para responder a sus necesidades. Una mala salud materna va mucho más allá de los individuos, con efectos indirectos sobre el producto bruto interno y el crecimiento económico de un país¹⁷. Por ello, las políticas deben trascender el sector salud y adoptar un enfoque multisectorial, involucrando a educación, economía, justicia, transporte, entre otros. Esta visión integral implica un replanteamiento de las políticas, estrategias y recursos destinados a mejorar su salud. En segundo lugar, es fundamental adoptar un enfoque de ciclo de vida que reconozca que la salud de una mujer se construye a lo largo de toda su vida. Las intervenciones deben iniciarse desde la infancia y continuar a lo largo de la vida adulta considerando tanto su sexualidad como su salud reproductiva⁽¹⁷⁾.

Al reconocer la naturaleza sistémica de la salud materna, las políticas deben ser capaces de evolucionar y ajustarse a las necesidades cambiantes de las poblaciones, considerando tanto factores individuales como realidades locales. Esto implica contextualización cuidadosa que contemple culturas, ideologías políticas o religiosas, entre otras; centrados en la mujer y respetuosos de sus derechos. Además, es fundamental el empoderamiento de las comunidades, involucrando a las mujeres en la toma de decisiones y en la implementación de las intervenciones, juntamente con sistemas de monitoreo continuo que permitan ajustar las políticas de manera ágil.

La teoría de la complejidad también subraya la importancia de la prevención y la promoción de la salud. En lugar de centrarse únicamente en la atención curativa, las estrategias deben priorizar la identificación y el abordaje de los factores de riesgo, así como los determinantes que pueden comprometer la salud materna. Esto implica invertir, desde la estrategia de atención primaria de la salud, en la promoción de estilos de vida saludables, el acceso a servicios de calidad y la reducción de las desigualdades sociales, enfocándose en las poblaciones más vulnerables⁽¹⁸⁾.

La salud es política. Las decisiones sobre el personal sanitario se encuentran en la intersección de las agendas de educación,

trabajo, empleo, género, finanzas y salud. La salud materna exige una fuerza laboral de salud capacitada para trabajar en equipos multidisciplinarios. Deben desarrollar competencias como el pensamiento crítico, la resolución de problemas complejos, la adaptación al cambio y el trabajo en equipo. Requiere la inversión en la formación continua y la adquisición de habilidades transversales que les permitan navegar en entornos complejos y dinámicos. Implica un liderazgo distribuido y la participación en la creación de soluciones innovadoras⁽¹⁹⁾.

Las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser poderosas herramientas para mejorar la salud materna. Estas tecnologías pueden facilitar el acceso a la información, mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, y facilitar la gestión de los datos. Sin embargo, es importante garantizar que el uso de estas tecnologías sea equitativo y accesible para todas las mujeres.

Conclusiones

La teoría de la complejidad ofrece una nueva perspectiva para comprender la salud materna, enfatizando la interconexión de múltiples factores que influyen en los resultados. Al reconocer estas interacciones, podemos diseñar intervenciones más efectivas y focalizadas. Esta teoría permite identificar puntos críticos en los sistemas de salud y desarrollar estrategias adaptadas a cada contexto. Sin embargo, su implementación presenta desafíos debido a la diversidad de situaciones y la necesidad de un enfoque multidisciplinario e intersectorial.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Materna [Internet]. [Consultado 14 agosto 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
2. Pérez EFA, Quintana GJA, Pérez RE, Echevarría MYC. Morbimortalidad materna en cuidados intensivos, Años 2010 y 2011. Hospital General Morón, Ciego De Ávila. Rev. Cub Med Int Emerg. 2014;13(3):260-269.
3. Yamin AE. From ideals to tools: applying human rights to maternal health. PLoS medicine. 2013 Nov 5;10(11): e1001546.

4. La Fontaine Terry Ernesto, Sánchez Lueiro Mayra, Pugh Provost Samuel, Estrada Canosa Humberto. Morbimortalidad materna en histerectomía obstétrica de urgencia. AMC [Internet]. 2005 feb [Consultado 14 agosto 2024]; 9(1): 73-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000100009&lng=es
5. Flores Ceccon R, Meneghel, SN., de Menezes, Portes V., Bueno A, Arguedas G., Hahn Bueno A. Mortalidad materna en las capitales de provincia de Brasil. Rev. Cubana Salud Pública 2019; 45 (3): e835. [Consultado 14 agosto 2024]; 9(1): 73-82. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2019.v45n3/e835/es>
6. Boubkraoui MEM, Aguenau H, Mrabet M, Amina, Barkat. Perinatal morbidity and mortality in twin pregnancies in a Moroccan level-3 maternity Ward The Pan African Medical Journal, 2016; 23 (1):80-91.
7. Kroelinger, C. D., Rankin, K. M., Chambers, D. A., Diez Roux, A. V., Hughes, K., Grigorescu, V. Using the principles of complex systems thinking and implementation science to enhance maternal and child health program planning and delivery. Maternal and child health journal, 2014;18: 1560-1564.
8. Morin, E. Pakman, M. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Ed Gedisa, 2003.
9. Munday D, Johnson SA, Griffiths F. Complexity theory and palliative care. Palliative Medicine, (2003).;17(4):308-309.
10. Diez Roux AV. Next steps in understanding the multilevel determinants of health. Journal of Epidemiology and Community Health. 2008; 62:957-959.
11. Posner S The complexities of improving maternal and child health Int J Public Health 2007; 52: 193-194.
12. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. 2015 [Consultado 14 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
13. Asefa A, McPake B, Langer A, Bohren MA, Morgan A. Imagining maternity care as a complex adaptive system: understanding health system constraints to the promotion of respectful maternity care. Sexual and Reproductive Health Matters, 2020; 28:1, e1854153.
14. Orozco, A. P., González, M. I. O., Abad, E. C., & Elegia, M. M. C. (2020). Análisis de complejidad en la caracterización de episodios de morbilidad materno-infantil. Medisan.2020; 24(03): 455-472.
15. United Nations. (n.d.). Australia will invest around US\$1.5 billion (A\$1.6 billion) over the five years to 2015 on interventions evidence shows will improve maternal and child health outcomes. In Partnerships for SDGs. [Consultado 14 agosto 2024]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/partnership/?p=1114>
15. González R, Viviani P, Merialdi M, Hayde MT, Rubio G, Pons A. Aumento de mortalidad materna y de prematuridad durante pandemia de COVID-19 en Chile. Rev Méd Clin Las Condes 2023; 34 (1): 71-74
16. Organización Panamericana de la Salud. Cero muertes maternas. Evitar lo evitable. [Consultado 14 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/cero-muertes-maternas-evitar-lo-evitable>
17. Yamin, A. E., Boulanger, V. M., Falb, K. L., Shuma, J., & Leaning, J.. Costs of inaction on maternal mortality: qualitative evidence of the impacts of maternal deaths on living children in Tanzania. PLoS ONE, 2013; 8(8), e71674.
18. De Mucio B, Sosa C, Martino S N. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Revista Médica Clínica Las Condes 2023 Enero-Febrero; 34 (1) : 26-32
18. M, Mirza., Ng, S.W., C., Monica. Analysis of Strategies for Reducing Maternal Mortality Rates (MMR) in Developing Countries: A Meta-Analysis. Sriwijaya Journal of Obstetrics and Gynecology, (2024).;2(1):64-73.
19. World Health Organisation. Strategies towards ending preventable maternal mortality. Geneva, Switzerland: World Health Organisation. 2015. Disponible en http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report_2015.pdf

La OMS concluye las negociaciones para un acuerdo mundial contra las pandemias

El objetivo del hito de salud mundial es abordar las desigualdades y fortalecer las respuestas a las crisis sanitarias

Autora: Deisy de Freitas Lima Ventura - Profesora Titular y Vicecoordinadora del Doctorado en Salud Global y Sostenibilidad de la Escuela de Salud Pública de la USP, Vicedirectora del Instituto de Relaciones Internacionales de la USP. E-mail: deisy.ventura@usp.br

Introducción

Tras más de tres años de intensas negociaciones, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ultimaron, el 16 de abril de 2025, el texto de un acuerdo global destinado a prevenir, prepararse y responder a las pandemias.

El documento, suscrito en Ginebra, Suiza, representa un hito en la cooperación internacional para enfrentar las crisis sanitarias, con el objetivo de evitar los desafíos enfrentados durante la pandemia de Covid-19, que resultó en millones de muertes entre 2020 y 2022.

El acuerdo, que será presentado a la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2025 para su adopción, establece directrices para fortalecer la colaboración entre las naciones. Entre los puntos principales se destaca la adopción de un enfoque “Una Salud”, que integra la salud humana, animal y ambiental, además de fortalecer los sistemas nacionales de salud. El texto también propone la creación de una red mundial coordinada de cadenas de suministro y logística para emergencias sanitarias, un sistema para acceder y compartir patógenos y beneficios, y aumentar el apoyo a la transferencia de tecnología y conocimientos.

En las últimas décadas, la OMS desarrolló y promovió numerosos planes, directrices, cursos y otros documentos y actividades sobre pandemias o enfermedades con potencial pandémico, pero el único estándar de obligado cumplimiento para los Estados en esta materia, hasta ahora, era el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)(2). Sin embargo, el RSI se ocupa de cualquier emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)(3), no sólo de las pandemias.

En mayo de 2024, el reglamento fue

modificado y, entre otras modificaciones, estableció la categoría de Emergencia Pandémica (EP), que es una ESPII que merece un mayor nivel de alarma, definido con base en los siguientes criterios: riesgo de mayor propagación, magnitud de los impactos en los sistemas de salud, daños potenciales (disrupciones sociales y económicas, así como en el tráfico y comercio internacional), e intensidad de la respuesta apropiada (rápida, equitativa y reforzada). De hecho, entre las ocho ESPII declaradas hasta la fecha, solo dos fueron consideradas pandemias, y declaradas como tales pocas semanas después de la declaración de ESPII: la gripe AH1N1 (2009-2010) y la covid-19 (2020-2023). Las otras ESPII fueron brotes o epidemias de poliomielitis, síndrome congénito del virus del Zika, ébola (en dos eventos separados) y mpox (también en dos eventos). Sin embargo, aunque esencial y mucho más eficaz de lo que parece, el RSI no puede considerarse una norma específica sobre pandemias, y el mecanismo de declaración de emergencias y de cooperación que establece no aborda los desafíos que un fenómeno de la magnitud de la pandemia de covid-19, por ejemplo, plantea en el ámbito de la cooperación internacional, con énfasis en el problema de la distribución equitativa de los productos sanitarios. Así, en 2021, un Órgano de Negociación Intergubernamental creado específicamente para este fin elaboró una propuesta de acuerdo sobre pandemias.

Esta propuesta aún debe ser aprobada antes del 78.º período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, que tendrá lugar entre el 19 y el 27 de mayo de este año, en Ginebra. De aprobarse, su aspecto más relevante es que será la primera norma multilateral obligatoria específica sobre pandemias, más completa y detallada que el

RSI.

El mero hecho de que exista un acuerdo, después de tres años de difíciles negociaciones, es un enorme logro si consideramos que Estados Unidos ha renunciado a su papel histórico como líder en el campo de la salud global, abandonando las negociaciones para el acuerdo y reduciendo drásticamente la financiación a programas internacionales, entre otros numerosos actos de ruptura.

También es necesario tener en cuenta los ataques sistemáticos que viene sufriendo el acuerdo por parte de movimientos de extrema derecha que promueven una intensa desinformación, y la presión de la industria farmacéutica y otros actores para que no se aborden cuestiones políticas cruciales en la lucha contra las pandemias.

Que los Estados, incluidos los países que actualmente están en guerra, hayan sido capaces de construir un enfoque conjunto frente a las pandemias, aunque limitado en relación a lo que esperábamos, resulta uno de los puntos más relevantes de este acuerdo. Esto significa, en primer lugar, que puede haber avances en materia de salud global sin Estados Unidos, y tal vez una concepción más abierta a los intereses del Sur Global que la defendida por los norteamericanos.

El acuerdo incluye el Sistema de Acceso a Patógenos y Distribución de Beneficios para promover la equidad, que tal vez fue uno de los puntos más complicados de la negociación y que permitiría un mecanismo para garantizar que los países de ingresos bajos y medios tengan acceso equitativo a vacunas, tratamientos y otros recursos en futuras crisis.

En términos generales, podemos decir que, acertadamente, los países de ingresos bajos y medios han condicionado el suministro de información sobre patógenos al disfrute de los beneficios que surgen del acceso a dicha información. Los fabricantes de productos sanitarios que participen en este sistema deberán poner a disposición de la OMS un porcentaje de su producción, en tiempo real, de vacunas y tratamientos para el patógeno causante de la enfermedad en cuestión, a precios asequibles. Todavía es demasiado pronto para estimar la

eficacia de este sistema porque el acuerdo prevé una inmensa flexibilidad en la participación de los Estados en él.

Los detalles se ajustarán mediante un instrumento jurídico específico elaborado en una nueva etapa de negociaciones entre los Estados. Todavía no tenemos ni siquiera una definición de lo que sería un “fabricante participante” en el sistema. Sin embargo, considerando la situación internacional, es una buena noticia que estas negociaciones continúen, manteniendo la cuestión crucial del acceso en la agenda.

La implementación del acuerdo depende de factores como la voluntad política y los recursos financieros. Pero América Latina y Brasil tienen desafíos por delante. En términos del sistema de salud, Brasil está bien posicionado para implementar las modificaciones del RSI y el acuerdo sobre pandemias debido a las características de su Sistema Único de Salud-SUS, que incluye la garantía de acceso universal a la salud, la amplia experiencia en respuesta a epidemias, la experiencia en relaciones federativas y la capilaridad del sistema. La atención que ocasionalmente reciben las emergencias es siempre una forma de crear conciencia pública sobre los riesgos que generan la falta de financiación y los intentos de dismantelar nuestro mayor activo, que es el SUS.

En Brasil, el Ministerio de Salud creó recientemente un Grupo de Trabajo, del cual soy miembro, que debe proponer una política de Estado frente a las emergencias sanitarias, incluidas las pandemias, y que constituye una oportunidad para sistematizar y mejorar lo que ya existe en Brasil en esa área, reduciendo la susceptibilidad de nuestro sistema a las alternancias de poder que son naturales en una democracia. En otras palabras, sea cual sea el gobierno, el Estado brasileño debe haber madurado y organizado su enfoque de preparación y respuesta a las emergencias sanitarias.

En cuanto a los países latinoamericanos, que no cuentan con sistemas universales, con las características del SUS, el acuerdo sobre pandemias y las modificaciones del RSI constituyen una valiosa oportunidad para que las fuerzas políticas internas orienten el desarrollo de capacidades nacionales que

serán decisivas no sólo para las emergencias, sino para el día a día de la salud pública.

Tanto el RSI como el acuerdo sobre pandemias se ocupan de eventos extraordinarios con potencial de propagación internacional, no de enfermedades endémicas. La enfermedad del virus del Zika terminó siendo vinculada a una emergencia internacional, pero siempre es bueno recordar que la emergencia fue el síndrome congénito del virus del Zika, y no la enfermedad en sí. Sin embargo, siempre he visto las cuestiones de salud global como oportunidades para avanzar en demandas locales importantes.

En el caso de las urgencias, hay que destacar la relación entre lo agudo y lo crónico que tanto señalan los expertos y es absolutamente tangible en las prácticas sanitarias. En otras palabras, nuestra forma de orientar los recursos disponibles para la preparación y respuesta ante emergencias debe incluir siempre elementos estructurales que mejoren nuestro sistema de salud en su conjunto.

No deberíamos actuar “para aparentar”, tranquilizando a los demás países acerca de nuestra capacidad para contener las enfermedades que temen aquí. Debemos,

de hecho, fortalecer nuestro sistema para que funcione bien en situaciones ordinarias, lo que necesariamente se reflejará en situaciones extraordinarias, si hay una preparación adecuada.

Aunque lejos de ser ideal, la creación de una cadena de suministro y red logística mundial (Global Supply Chain and Logistics Network-GSCL), como recomienda el Artículo 13, es el embrión de un mecanismo que podría ser crucial para responder a las pandemias. Aunque la red aún necesita ser detallada, está rodeada de normas y principios que, pese a su aún evidente flexibilidad, intentan abordar la mayor falla de la coordinación internacional de la respuesta al COVID-19, que es la desigualdad en el acceso a los productos de salud. Creo que el proceso de negociación sirvió para “poner el dedo en la llaga” de posiciones inaceptables asumidas por los países ricos, mostrando que detrás del lema “salvar vidas”, que suelen utilizar en salud global, hay actores y agendas indiferentes a las muertes masivas de poblaciones periféricas (incluyendo grupos de bajos ingresos dentro de los países ricos) por falta de acceso a productos de salud como tratamientos, insumos y vacunas.

Es desgarrador presenciar que representantes de los países desarrollados,



influenciados por lobbies imponentes, persistan, incluso en caso de pandemia, en defender las ganancias ilimitadas y la brutal concentración del ingreso que, objetivamente, pone en riesgo al mundo entero e incluso amenaza la supervivencia de la especie humana. Si bien el resultado está lejos de lo esperado, el proceso de negociación fue una etapa importante para hacer eco de las demandas de los países del Sur Global, expertos, entidades y movimientos sociales que defienden una respuesta más efectiva y justa –porque, de hecho, en este caso, la justicia es una condición para la eficiencia del control de la propagación de enfermedades.

Otro aspecto del acuerdo que se puede valorar positivamente es el referente a los profesionales sanitarios, que es fruto de una importante movilización de sindicatos y entidades representativas de los trabajadores. Ciertamente, las disposiciones sobre protección especial durante emergencias e inversión en la preparación del personal sanitario, previstas en el artículo 7 del acuerdo, podrían invocarse para fortalecer los derechos de los trabajadores, especialmente en países cuya legislación nacional no contiene disposiciones de este tipo.

El beneficio concreto e inmediato de este acuerdo es volver a hablar de pandemias en países que parecen haber olvidado que existió el Covid-19. No tengo duda de que las medidas prioritarias en este momento, para todos los países, giran en torno a la plena implementación de las capacidades nacionales de preparación y respuesta a las emergencias sanitarias previstas en el RSI, lo que implica asignar recursos humanos y financieros, elaborar legislación adecuada, mejorar los sistemas de vigilancia, etc. En general, para cumplir con el RSI, es necesario contar con un sistema de salud organizado y autoridades sanitarias fortalecidas.

Me alegro de la derrota que la OMS le ha propinado a los movimientos de extrema derecha que difunden y siguen difundiendo mentiras abyectas sobre este acuerdo. En un momento en que el gobierno estadounidense ataca brutalmente la salud pública, tanto a nivel nacional como internacional, mantener a los Estados Unidos discutiendo soluciones para enfrentar las emergencias sanitarias, repitiendo que son importantes y deben seguir ocupando un lugar destacado en las agendas políticas nacionales, me parece el gran activo de este acuerdo.

Sin embargo, es lamentable que aspectos cruciales de la respuesta a la pandemia,



como la protección social, en particular el derecho a la alimentación, no hayan recibido la debida atención. Creo que, en este sentido, los negociadores carecieron de conocimiento de la realidad de la respuesta a las pandemias para la mayoría de la población mundial.

La falta de protección social ante las medidas para contener la propagación del Covid-19 fue la mayor baza de los negacionistas en su defensa de tesis absurdas como la inmunidad de grupo por contagio. Nos corresponde desarrollar un enfoque para América Latina de respuesta a emergencias, de carácter intersectorial, que busque proporcionar a la población los medios necesarios para cumplir las recomendaciones de las autoridades sanitarias, y diseñar una gobernanza de las pandemias en la que los profesionales de la salud, los especialistas y las personas destinatarias de las medidas puedan ser escuchados e integrados a los esfuerzos del gobierno, incluso en términos de combate a la desinformación.

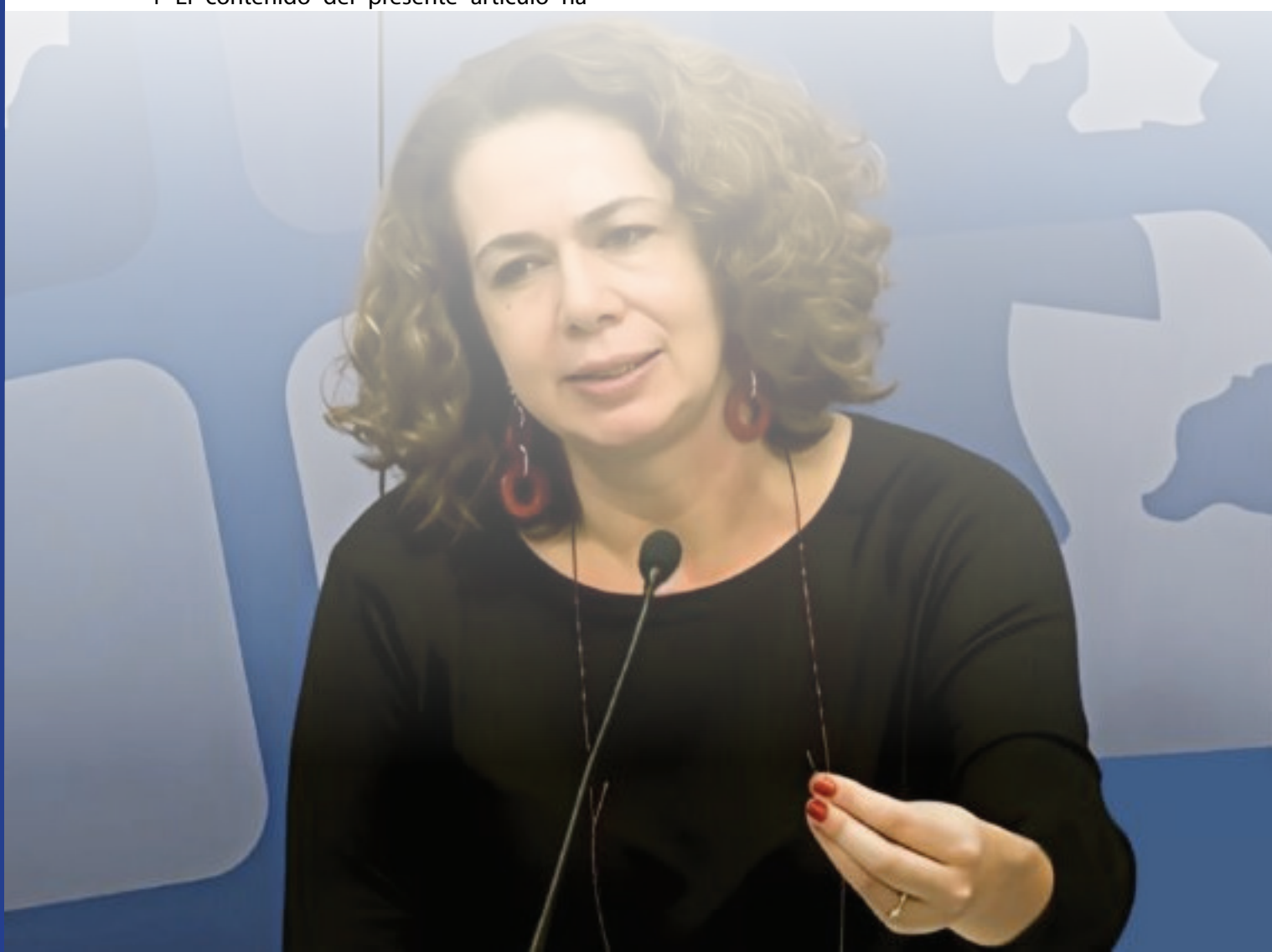
Referencias

1 El contenido del presente artículo ha

sido publicado por la Sociedad Brasileira de Medicina Tropical bajo la forma de entrevista, y en portugués, en <https://sbmt.org.br/oms-conclui-negociacoes-para-acordo-global-contra-pandemias/>. La traducción al español fue realizada por Sebastián Tobar

2 El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un instrumento legalmente vinculante para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas. Este instrumento introduce importantes salvaguardas para proteger los derechos de los viajeros y otras personas en relación al tratamiento de datos personales, consentimiento informado y no discriminación en la aplicación de medidas de salud. <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>. Acceso mayo de 2025.

El RSI establece la figura de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), ante eventos extraordinarios que se determine que constituyen un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad.



Experiencia del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires en la utilización de acuerdos de riesgo compartido para la adquisición de medicamentos de alto costo (2014-2022)

Autor: Luis Angel Di Giuseppe

Introducción

En los últimos años, el exponencial desarrollo de medicamentos innovadores y de alta complejidad, ha generado desafíos a los sistemas de salud para garantizar a la población el acceso a nuevos tratamientos. Resulta de crucial importancia el diseño y la implementación de estrategias que promuevan el uso racional de medicamentos, a fin de asegurar la sostenibilidad del sistema. Las autoridades sanitarias y/o los financiadores buscan el tratamiento más efectivo, con el menor efecto adverso, al menor costo posible, a la hora de aprobar un medicamento para una determinada patología. Este proceso de aprobación de una nueva tecnología sanitaria lleva aparejado un cierto grado de riesgo tanto para el financiador, que debe afrontar la incertidumbre sobre su efectividad y el impacto presupuestario que representa su incorporación, como para la industria farmacéutica que enfrenta la incertidumbre sobre la comercialización de su producto, sobre el precio que va a obtener y sobre la demanda potencial. Con el fin de hacer frente a estas incertidumbres, algunos sistemas de salud han recurrido a estrategias de trabajo colaborativo con la industria farmacéutica a través de contratos de riesgo compartido (CRC) para la adquisición de medicamentos. Existen dos grandes tipos de CRC: basados en resultados financieros (CRC BRF) y los basados en resultados en salud (CRC BRS). Aunque estas herramientas de compra de medicamentos son muy divulgadas aún no contamos con datos concretos sobre los tipos de esquemas utilizados, resultados de su aplicación, o evaluaciones del impacto económico que resultan de su utilización. Es por eso que el motivo de esta investigación es describir la experiencia local del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (PLS-HIBA) en la aplicación de CRC para medicamentos de alto costo.

Objetivo general:

Describir los distintos acuerdos de riesgo compartido entre la industria farmacéutica y el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (PLS-HIBA) para medicamentos de alto costo, que se utilizaron en el periodo de los años 2014-2022.

Métodos:

Para la búsqueda de la información realizamos una revisión documental en distintas áreas del HIBA. En primer lugar describimos los términos que conforman el contrato, quienes participan del mismo, y los sistemas administrativos de información. Luego clasificamos los CRC según sus resultados financieros o de salud y describimos las modalidades de reembolso. Por último mostramos los resultados clínicos y financieros que obtuvimos en cada uno de los acuerdos. Diseño de la investigación: descriptivo, observacional, retrospectivo, con enfoque cuantitativo.

Resultados

1 - Estructura de los acuerdos de riesgo compartido:

Con respecto a los componentes de los CRC se encontraron sus disposiciones y un total de diez cláusulas que forman parte de los acuerdos entre el HIBA y la industria farmacéutica. Este formato se repitió en los distintos CRC que fueron encontrados y el contenido de los cláusulas varió según el medicamento, la enfermedad, los marcadores clínicos, los tipos de reembolsos, y los datos administrativos concernientes al acuerdo con el laboratorio específico. En el caso de la administración de datos en los CRC se encontraron tres sistemas principales: Historia Clínica Electrónica (HCE), Sistema Administrativo de Farmacia (SAF); y correo Institucional del HIBA.

2 - Tipos de acuerdos de riesgo compartido:

Todos los CRC encontrados fueron agrupados y clasificados según la taxonomía de Carlson JJ et al (Carlson et al., 2010) en

tipos y subtipos de contratos. Detectamos un total de 8 (ocho) CRCBRS de los cuales 5 (cinco) acuerdos corresponden a contratos que solamente vinculan los reembolsos a resultados en salud, y 3 (tres) contratos son del tipo mixto que vinculan los reembolsos a resultados en salud y a resultados financieros.

Encontramos un total de 19 (diecinueve) CRCBRF, siendo 17 (diecisiete) a nivel de paciente (ocho bonificaciones por inicio de tratamiento, uno por continuidad, y ocho combinaban ambas modalidades) y 2 (dos) a nivel poblacional (uno por precio volumen y otro por participación en el mercado).

Para todos los contratos se describieron los criterios de inclusión, medidas de resultados clínicos, terceros independientes y modalidad del reembolso.

3 - Medidas de resultado financieros:

CRCBRS: De los 8 (ocho) acuerdos solamente en un caso no hubo reembolso de unidades y el pago final del medicamento fue el precio acordado por negociaciones comerciales. En 7 (siete) acuerdos se realizaron reembolsos por falta de efectividad, y solo un acuerdo por falta de seguridad.

CRCBRF: en todos los acuerdos se pagó un precio menor que el acordado originalmente en los contratos de compra. La disminución del precio varió entre los acuerdos distribuyéndose en el 2 % de reducción hasta el 100 %.

4 - Medidas de resultados clínicos:

Para cada paciente se registró el valor de la medida de resultado clínico correspondiente (DAS28, PASI, EDSS, RECIST, BSA, ESD y LDL), establecido para evaluar la efectividad del medicamento. Se documentaron tanto el valor inicial de la medida clínica como el valor en el momento acordado, determinando si el resultado clínico era óptimo o no para la patología tratada. Además, se registró si durante el tiempo de participación en el CRCBRS el paciente presentó alguna reacción adversa al medicamento.

Conclusiones

Observamos que en el PLS-HIBA fue posible aplicar los CRC tanto en bases financieras como los de resultados en salud que aportaron mayores datos que las en compras de medicamentos solo por precio. Particularmente en los casos de los CRCBRS se obtuvo mayor información en vida real de la efectividad y seguridad de los tratamientos.

Se observó que la estructura y circuitos de los CRC fue más compleja que la compra solo por precio, pero esto no significó un limitante para la aplicación en las drogas seleccionadas por el HIBA.

Los CRC son alternativas de adquisición y acceso para ciertas tecnologías innovadoras seleccionadas principalmente por sus características de resultados clínicos y financieros.



Nadie se salva solo

Cobertura colaborativa en defensa de la ciencia argentina realizada para Raicyt (Red de Autoridades de Institutos de Ciencia y Tecnología de Argentina). La fecha fue 28 de mayo de 2025

Durante generaciones, miles de jóvenes —hijas e hijos de personas nativas, de inmigrantes, de pueblos originarios, de exilios y retornos— eligieron un sueño. No un sueño de riqueza ni de fama. Un sueño más modesto, pero más radical: **vivir mejor, pero no a cualquier precio**. Vivir mejor aportando al país que hizo de su educación pública una promesa colectiva.

Argentina. El país que, a pesar de sus marchas y contramarchas, apostó una y otra vez al conocimiento. A construir ciencia, tecnología, saberes propios, como una forma de cuidar. **Cuidar a su gente, a su territorio y a sus posibilidades**.

Es por eso que la ciencia argentina se fue haciendo para la gente, pero también con la gente. **No es solo una política de Estado: es una historia social**.

Esa historia no fue lineal ni uniforme. Hubo crisis, exilios y regresos. Ahora se construye con resistencias: en los laboratorios sin insumos, en la falta de becas, en los grupos de investigación que ya no tienen cómo seguir. Es por eso que, el pasado 28 de mayo, miles de investigadoras, técnicos, becarios, docentes y trabajadores del sistema científico argentino salieron a la calle disfrazados de Eternautas. La nieve tóxica que enfrentaban no es una ficción: son los despidos, el desfinanciamiento, el vaciamiento de instituciones fundamentales como el CONICET y la Agencia Nacional de Promoción Científica. En esa puesta en escena no hubo nostalgia, sino una advertencia: **sabemos**

que está en juego el país y no vamos a callarnos.

Detrás de sus máscaras y trajes, hay algo más profundo: **una decisión colectiva de cuidar lo que hay**. De no dejar que nos roben ni el trabajo, ni el sentido. Porque no se trata solo de proteger puestos ni salarios. Se trata también de **defender una forma de hacer este país**, una forma que eligió creer que el saber también es parte de lo común.

En la AASAP elegimos mirarnos en ese espejo: el de quienes siguen apostando a lo colectivo. Porque ahí —y solo ahí— es donde podremos reconstruirnos. Y si no lo vemos, si no lo registramos, si no lo honramos... entonces, lo que crezca será solo olvido.

Registrar cada evento de cuidado y resistencia —por pequeño, silencioso o cotidiano que parezca— es proteger los gérmenes de lo que nos va a permitir volver a ser quienes somos. Por eso, desde la AASAP impulsamos el **Archivo Colectivo del Derecho a la Salud**: una invitación a narrarnos. Porque documentar también es cuidar, registrar también es resistir. En esta convocatoria invitamos a **fotógrafas y fotógrafos** que deseen compartir materiales para construir un **archivo que visibilice las luchas, resistencias, construcciones, logros y actos de solidaridad en el campo de la salud pública durante 2024 y 2025**.

-Para más información, escribía: aasapfotos@gmail.com











Diagnóstico participativo

del sistema público de salud mental en CABA

El presente artículo es una síntesis del Documento participativo elaborado desde el Colectivo Salud Mental y Democracia CABA. El documento original fue desarrollado por los siguientes integrantes del colectivo Salud Mental y Democracia de Caba: Susana Benveniste, Marcela Bottinelli, Paula Farías, Victoria Cohen, Dolores García, Leandro Luciani Conde, Claudia Pugliese, Silvia Quevedo, Ana Tisera, Ana Valero, Eduardo Quiroga, Cecilia Popritkin. Este trabajo de Síntesis del documento original, fue realizado por: Dra. Marcela Bottinelli – Lic. Dolores García – Lic. Claudia A. Pugliese – Lic. Silvia Quevedo

El Colectivo Salud Mental y Democracia CABA está integrado por más de 25 organizaciones de profesionales, gremiales, académicas, derechos humanos, personas usuarias y cooperativas que surge como espacio de discusión, interlocución y defensa de la atención y cuidado de la salud mental en CABA, desde una perspectiva de salud integral, interdisciplinaria, comunitaria acorde al marco normativo vigente, en particular de las leyes de salud mental 448 de CABA y Nacional 26.657.

En el 2024 construimos colaborativamente un documento en base a datos oficiales, informes técnicos, relevamientos y publicaciones de las organizaciones del colectivo y de otras referentes en el campo de la salud mental. El mismo fue presentado, discutido y profundizado participativamente (en talleres y plenario) en una Jornada realizada por el colectivo en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y el documento final emergente fue presentado a fines del 2024.

En el presente artículo sintetizamos algunos núcleos problemáticos identificados con los datos y evidencias relevadas que fueron reforzados y complementados con los relatos, prácticas y experiencias de los participantes.

1. Inversión en Salud Mental y Modelo de Atención

Uno de los criterios respecto al grado de adecuación del sistema de atención en salud mental a las obligaciones que surgen de la Ley 26.657, se refleja en la cantidad y forma en que la jurisdicción distribuye sus recursos presupuestarios en la materia (2). En CABA el 71,4% del presupuesto destinado a salud mental se distribuye entre los hospitales

monovalentes, esta distribución se mantiene sin mayores cambios durante los últimos 10 años.

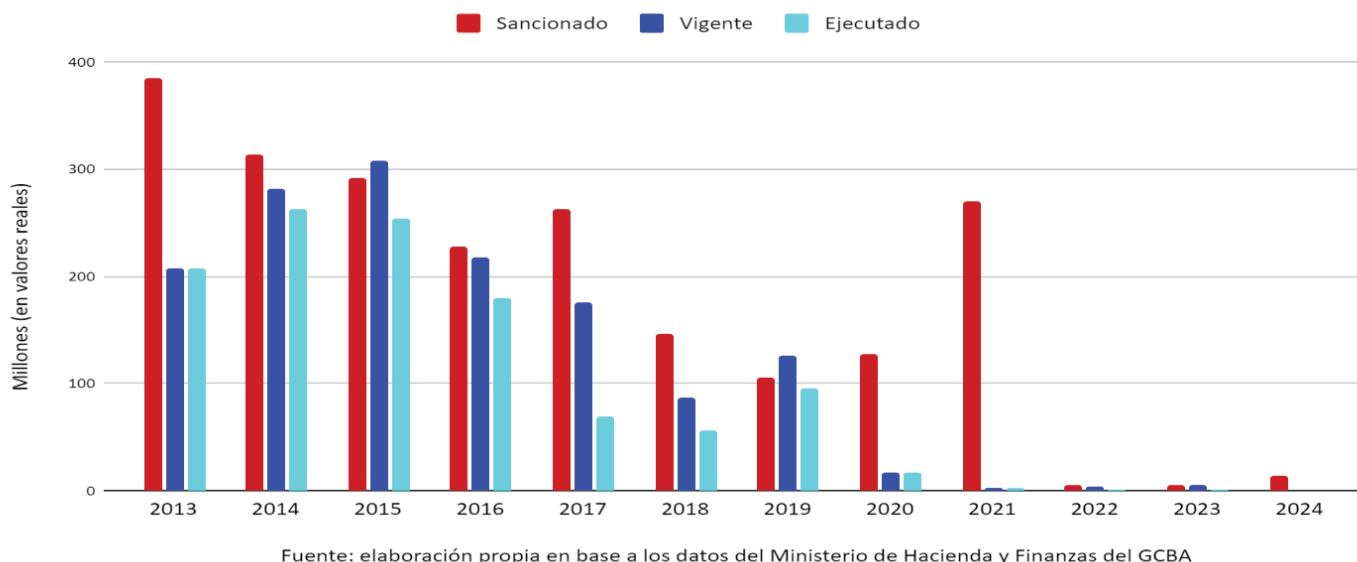
1.a. Internaciones: El Censo Nacional de Salud Mental realizado en 2018 muestra que en dichos establecimientos hay un elevado número de internaciones prolongadas tanto en instituciones públicas como privadas, con un tiempo promedio de internación de 8,2 años. Según los equipos tratantes, solo el 36,4% tiene criterio de internación (existencia de riesgo cierto e inminente para la propia persona o para terceros). El Censo Nacional también señala que al menos el 37,2% se encuentra alojado en estos centros por razones sociales o de vivienda y evidenció la falta de dispositivos comunitarios. En 2015 un fallo de la Corte de Justicia (3) ordenó al Ministerio de Salud de la Nación y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a crear una red de dispositivos con base en la comunidad para todas las personas que se encuentren internadas en condición de alta, pero aún no se registran avances.

1. b. Externaciones: es preocupante la situación del programa de Externación Asistida en CABA, que de acuerdo al proyecto del Poder Ejecutivo brinda asistencia a las personas próximas y con alta médica para lograr su inclusión social y constituye uno de los puntos estratégicos de apoyo de las acciones y políticas necesarias para una transformación del modelo de atención. Si bien en el presupuesto 2024 los fondos destinados a este programa aumentan un 208%, aún están lejos de alcanzar los niveles que tenía previamente a su desfinanciamiento. En los años 2020 y 2021 el programa tuvo una asignación inicial de recursos muy elevada, pero luego se fue

desfinanciado mediante reasignaciones presupuestarias. En los años 2022 y 2023 ya tuvo muy escaso presupuesto asignado

y, aun así, la ejecución de los recursos fue prácticamente nula, tal como lo muestra el siguiente gráfico compartido desde ACIJ.

Programa Externación Asistida



Del análisis de la asignación de recursos para el año 2024 se desprende que el presupuesto remanente para el programa de "Atención de Salud Mental" una vez excluidos los recursos asignados a los subprogramas de los hospitales, talleres protegidos y centros de salud es de 9.027.315.525 (15% del total del programa). Entre las acciones que deben financiarse con estos recursos se encuentran Redes Integradas de Servicios de distribución sistémica, diversos programas especiales y también dispositivos de atención y rehabilitación. Sin embargo, dado que la información presupuestaria por actividad no se encuentra desagregada, no es posible identificar cuántos recursos se proyectan para cada una de estas acciones.

1.c. Carencia de nuevos dispositivos: Al concentrarse el presupuesto de la CABA en el sostenimiento de los hospitales psiquiátricos públicos, situación que se mantiene a lo largo del tiempo, sin las redes de dispositivos sustitutivos, y con el desfinanciamiento o subejecución de los procesos de externación y de los programas de prevención, promoción y equipos de atención en hospitales generales, se profundiza un modelo de atención hospitalo-céntrico y asilar. Esto tensiona el cumplimiento de las obligaciones que requieren la Convención sobre los

Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental y la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, respecto de la progresiva sustitución de las instituciones monovalentes por dispositivos de base comunitaria (consultas ambulatorias, servicios de apoyo a las personas y sus familias, viviendas asistidas, cooperativas laborales, entre otros) que garanticen el acceso, la continuidad de cuidados y el abordaje integral, interdisciplinario y de calidad.

2. Accesibilidad y complejización de las necesidades territoriales entre la APS, las Guardias, la atención ambulatoria, domiciliaria y las internaciones

La estrategia de Atención Primaria de la Salud implica un enfoque comunitario sostenido en la concepción de salud integral basada en la articulación intersectorial e interdisciplinaria, la participación comunitaria y la integración en las redes de actores de cada barrio.

La presente gestión del GCBA aplica modos de trabajo como el otorgamiento de turnos mediante la línea 147 y la entrevista de "orientación" en salud mental que afectan la estrategia de APS(4)

La adjudicación aleatoria de un turno no

garantiza per se la accesibilidad geográfica o cercanía. Cuando es otorgado en un efector por fuera del ámbito donde se desarrolla la vida cotidiana de la persona, el traslado impacta en el acceso y la continuidad del tratamiento. Los datos relevados, así como las experiencias planteadas señalan dificultades y barreras tecnológicas como dificultades en la concreción de la comunicación, problemas en la comprensión del funcionamiento de los programas de turnos, falta de acceso a la tecnología, a conocimientos en su uso y cobertura de datos.

La intención de convertir a la entrevista de "orientación" en forma centralizada en un recurso para resolver el problema de la demanda insatisfecha expone a les usuaries a una instancia de entrevista que genera una falsa ilusión de haber obtenido un turno de admisión que suele tener alta dilación o no se concreta.

Estas medidas no resuelven la falta estructural de recursos humanos, tecnológicos y financieros. Gracias a diversas acciones sindicales, en los CESACs se logró revertir parte de estas medidas, pero la problemática persiste en hospitales generales

Situación en las Guardias de los Hospitales Generales, los relevamientos hacen especial referencia a la creciente demanda en la atención de salud mental, la profundización en la precarización en las condiciones de trabajo y de las condiciones de atención. Los datos recabados en distintos efectores públicos en CABA dan cuenta de la necesidad de priorizar dos aspectos con relación a este análisis. Por un lado, el deterioro de los recursos materiales de las instituciones: la escasez de espacios físicos acordes, sin resguardo de la privacidad de les usuaries, sin adecuación a las necesidades de cuidado en la atención de la urgencia, así como la falta de elementos básicos para el trabajo: acceso a teléfono, impresora, internet, por mencionar algunas de las condiciones indispensables para el desarrollo de la atención. Por otro lado, se evidencia el aumento en las dificultades para el acceso a tratamiento ambulatorio, condición necesaria para el proceso de atención en el marco de una estrategia integral. En esta línea, la falta de salas de internación en los hospitales

generales, refuerza la lógica del giro cama, y la contradicción de sostener internaciones prolongadas en espacios inadecuados como las guardias. Al momento, menos de un 15% de los hospitales generales cuentan con sala de internación. Asimismo, la cantidad de camas y la disposición de abordaje en lógicas ajenas a las áreas programáticas de cada efector, generan procesos de atención por fuera de la intersectorialidad y complejizan los abordajes

La atención en guardia se reconfigura en los últimos años, e implica abordajes en la urgencia, pero también seguimiento y garantía de acceso a algún tratamiento, hasta tanto se genere acceso en el sistema ambulatorio.

Desde los relevamientos mencionados, también debe establecerse el debilitamiento en la conformación / constitución de los equipos interdisciplinarios de guardia (falta de llamado a concursos para la cobertura de titulares y de suplentes) con las consecuencias que esto conlleva en términos de condiciones de atención y conformación de estructuras y organización de les trabajadores.

Por otro lado, la dinámica de la atención en contexto de guardia, implica periodos prolongados de abordaje, tanto para les usuaries, como así también para les trabajadores. La información recabada da cuenta de espacios con falta de adecuación a normas de higiene, cuidado y seguridad, a los que se le suman los problemas estructurales y de mantenimiento en la mayoría de los hospitales

Las características generales de la atención en contextos de guardias, dan cuenta de situaciones que se encuentran en una absoluta escalada de complejidad (precarización de las condiciones de vida) en espacios de trabajo que no cuentan con las condiciones institucionales que dichas intervenciones implican.

En CABA se cuenta con el Programa ADOP/ADOPI de Atención Domiciliaria Psiquiátrica - Psicológica - Social. Este programa es un dispositivo de atención domiciliaria programada interdisciplinaria creado en el año 2003, bajo la Resolución N° 2200 - MSGC/06, que depende de la Dirección General de Salud Mental del GCBA (DGSAM).

Cada equipo está constituido por psiquiatra, psicólogo y trabajador social y brinda atención en el domicilio a usuarios o usuarias de manera programada que presentan un impedimento físico o psíquico para asistir a un tratamiento ambulatorio.

Si bien la resolución de creación del Programa delegaba en el Director General de Salud Mental la facultad de dictar todos los actos administrativos que resulten necesarios para la ejecución del programa, nunca se le otorgó estructura dentro de la Dirección General de Salud Mental del GCBA ni se le asignó presupuesto propio para su funcionamiento, siendo la modalidad de cobro del salario de sus trabajadores y trabajadoras mediante la modalidad de guardia común o aplanada. Esta modalidad no sólo impacta a nivel salarial debido a que no siempre ingresa a paritarias, sino que no garantiza derechos laborales básicos como el régimen de licencias ordinarias, por enfermedad, por maternidad.

De acuerdo a lo consignado en las publicaciones e informes de referencia por sus trabajadores y trabajadoras (5) durante el período 2020-2023 renunció el 50% de los y las profesionales del dispositivo, contando durante 2022/2023 con dos psiquiatras para la atención de todos los usuarios y con el 60% de los equipos de atención de adultos incompletos. Asimismo, se desarmaron 6 equipos, 3 de los cuales eran ADOPI, representando el cierre del 50% de los equipos que intervienen con niños y adolescencias.

Esta situación repercute en la posibilidad de atención de personas que se encuentran en condiciones de encierro y en su principal objetivo, que es evitar las internaciones innecesarias y apostar a repensar el padecer situado desde una perspectiva comunitaria.

Tensiones entre la internación y externación

Aunque la Ley 26.657 obliga a internaciones en hospitales generales, la mayoría aún se realiza en monovalentes. Se documenta deterioros graves en instalaciones (Ej. incendio Hospital Moyano, mayo 2024) y persistencia de vulneraciones de derechos que incluso han sido llevados a la Corte interamericana de Derechos Humanos. El Censo Nacional,

las noticias y los Informes relevados refieren: la persistencia de internaciones por razones sociales, económicas o habitacionales, alto porcentaje de ausencia de consentimiento informado, aislamiento relacional, internaciones prolongadas y presencia armada de fuerzas de seguridad. Las internaciones “de larga estancia” afectan el lazo social y dificultan la externación. Esto sumado a la escasez en la dotación de equipos, de dispositivos comunitarios y de sustanciación de concursos, así como la actual modificación de las residencias, limita el abordaje interdisciplinario, promueve la sobrecarga profesional y perjudica los procesos de atención integral. Las tensiones en el cumplimiento de las normativas vigentes, se expresan de manera constante, afectando directamente a la población usuaria y profundizando la precarización de las condiciones laborales, así como las condiciones de atención.

En el ámbito del GCBA para dar respuesta a la problemática habitacional de las personas usuarias del sistema de salud mental únicamente existen 6 (seis) Residencias Asistidas en Rehabilitación Psicosocial que ofrecen alojamiento transitorio a personas con Trastorno Mental Severo. De estos dispositivos 2 (dos) están destinados a las infancias y adolescentes de 12 a 18 años (6), 3 (tres) para personas adultas de 18 a 65 años y 1 (uno) para madres y sus hijos e hijas en primera infancia. En total y en promedio implican 60 (sesenta) vacantes en dispositivos habitacionales para la externación tras el alta de una internación por crisis en salud mental de los 4 (cuatro) hospitales especializados y de las 5 (cinco) salas de salud mental de los hospitales generales. A esta situación se suma la falta de recursos (profesionales de diferentes áreas, subsidios específicos, desfinanciamiento de programas de salud mental, como PREASIS, el Departamento Asistido San Juan y la Casa de Medio Camino del Borda, y la aplicación ineficaz de la Ley 134) que les permitan a las usuarias que viven en estos dispositivos insertarse en el ámbito laboral y de rehabilitación psicosocial en general, e impide que desarrollen proyectos de vida por fuera de las residencias. Por ello, la estancia en ellas. En el ámbito del GCBA para dar respuesta a la problemática habitacional

de las personas usuarias del sistema de salud mental únicamente existen 6 (seis) Residencias Asistidas en Rehabilitación Psicosocial que ofrecen alojamiento transitorio a personas con Trastorno Mental Severo. De estos dispositivos 2 (dos) están destinados a las infancias y adolescentes de 12 a 18 años, 3 (tres) para personas adultas de 18 a 65 años y 1 (uno) para madres y sus hijos e hijas en primera infancia. En total y en promedio implican 60 (sesenta) vacantes en dispositivos habitacionales para la externación tras el alta de una internación por crisis en salud mental de los 4 (cuatro) hospitales especializados y de las 5 (cinco) salas de salud mental de los hospitales generales. A esta situación se suma la falta de recursos (profesionales de diferentes áreas, subsidios específicos, desfinanciamiento de programas de salud mental, como PREASIS, el Departamento Asistido San Juan y la Casa de Medio Camino del Borda, y la aplicación ineficaz de la Ley 134) que les permitan a les usuaries que viven en estos dispositivos insertarse en el ámbito laboral y de rehabilitación psicosocial en general, e impide que desarrollen proyectos de vida por fuera de las residencias. Por ello, la estancia en ellas pierde su carácter transitorio, y esta población queda relegada allí, independientemente de sus niveles de autonomía y posibilidades singulares de la vida en comunidad. Asimismo, esto impide generar nuevas vacantes en los mencionados dispositivos.

Abordaje de los consumos problemáticos.

La atención en consumos problemáticos de sustancias en el GCBA es gestionada por dos sistemas no articulados entre sí: I) Ministerio de Salud (a su vez con dos instancias de gestión diferentes) y II) Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat.

En los hospitales generales, la oferta de dispositivos de atención en consumos problemáticos se reduce a dos Centros de Salud Mental y 3 hospitales (Álvarez, Piñero, Fernández) de los cuales solo 1 cuenta con Hospital de Día, guardia interdisciplinaria y camas en sala de internación. En el Hospital

Fernández la atención se realiza en el sector de Toxicología, brindando atención ambulatoria y 10 camas para desintoxicación.

El acceso a las camas de internación en hospitales generales para las personas usuarias que presenten consumos problemáticos en CABA es un acontecimiento excepcional siendo lo más frecuente su derivación a hospitales monovalentes. La situación de inaccesibilidad se reitera también en la falta de oferta de dispositivos intermedios y la ausencia de dispositivos de inclusión social y laboral para la población usuaria, generando barreras a la inclusión en el sistema de atención que propician circuitos de segregación y estigmatización.

De la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria de Salud, dependen los Centros de Día: CEMAR I Carlos Gardel (que trabaja con criterios de reducción de daños), CEMAR II y Centro de Día Enrique Biedak. La mayoría de ellos presentan dificultades en la incorporación de nuevos recursos en la dotación profesional que tensionan la gran demanda de atención, particularmente se resalta la pérdida del Centro de Día La Otra Base de Encuentro por cierre.

La Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social dispone de un presupuesto específico (aunque exiguu) para la atención de las problemáticas de consumo, cuenta con el Programa CIACy4Casas de Acompañamiento. El programa CIAC cuenta con 7 centros de 1er nivel de atención (de los 10 originales), distribuidos en distintos barrios, con dotación de solo 5 integrantes, solo cuenta con 2 psiquiatras y no siempre logra sostener la composición interdisciplinaria completa. Las 4 Casas de acompañamiento, son espacios de contención ambulatoria con talleres, donde la dotación de profesionales también es escasa.

Las derivaciones para internación a Comunidades terapéuticas (7) y hospitales de Día privados, conveniados por la Dirección, se realizan desde el espacio de admisión centralizado, pero se desconoce el listado de instituciones conveniadas y la asignación

presupuestaria destinada a tales fines.

En el abordaje de los consumos problemáticos nos enfrentamos al desafío de propiciar la creación de dispositivos de atención integrales, interdisciplinarios e intersectoriales singulares, con criterios de reducción de riesgos y daños, fundamentados en un modelo de atención de salud mental con base comunitaria, tal como sostienen los marcos normativos vigentes, en el marco de construcción de ciudadanía y derechos humanos que garantice la continuidad de cuidados en los diferentes niveles del sistema de salud acordes a la situación particular de consultantes y familiares.

Frente a la creciente y compleja demanda, el abordaje de los consumos problemáticos en CABA se sostiene a través de diferentes gestiones, con modelos de atención disímiles y a veces contradictorios, con problemas en la articulación de los niveles de atención de salud mental -guardias, consultorios externos, hospitales de día, servicios de internación, con escasez de presupuesto y profesionales que tensionan el acceso a la salud de la población.

A modo de cierre, desafíos a trabajar

En el presente contexto neoliberal, se profundiza el contexto de vulnerabilidad social, generando situaciones de violencia y malestar social y laboral, que requieren de políticas integrales articuladas e intersectoriales de cuidados a nivel social e institucional. En este escenario se evidencia un aumento y complejización de la demanda de atención de la población. La depreciación salarial alcanzó un 40% entre febrero 2023 y marzo 2024 (Fuente: Paritarias GCBA, 2024). En el sistema de salud se ven diversidad de condiciones laborales, escasos concursos y situaciones de contratación dispares, por lo que, a pesar de contar con marcos normativos de resguardo, presentan diferencias que generan malestares y excluyen a profesionales del acceso a derechos básicos. La convocatoria del COGESAM (Consejo General de Salud Mental) discontinúa agrava el escenario interfiriendo en la participación y espacios concretos de articulación y trabajo sobre las problemáticas planteadas.

Se evidencian así brechas en la accesibilidad e integralidad del sistema de atención en salud mental en CABA y tensiones entre la implementación del marco normativo vigente -especialmente Ley Nacional 26.657 y Ley 448 de CABA- (es decir en el acceso y efectivización de las obligaciones y derechos de plena vigencia resguardados en dicha normativa) y la realidad cotidiana del funcionamiento del sistema y quienes requieren atención en salud mental.

Si bien el informe se centra en la caracterización y problematización del sistema de atención en salud mental desde el ámbito público, dada la permanente interconexión con el ámbito privado, resulta fundamental la puesta en revisión de los nexos que vinculan estos dos ámbitos así como los procesos de “transinstitucionalización” y trasvasamiento público – privado, a los fines de identificar lógicas que priman en un escenario de transformación paradigmática desde un modelo asilar manicomial a uno bajo enfoque de salud mental comunitaria y que permitan identificar los problemas en el acceso a la salud desde la universalidad, integralidad y equidad en la efectivización de derechos.

Por lo antes expuesto se registran tensiones entre las necesidades poblacionales, los recursos, los modelos de atención y la especificidad, complejización y demanda creciente del abordaje del campo de la salud mental y los consumos problemáticos. A su vez, se señalan tensiones entre las dificultades históricas y/o estructurales del sistema y los procesos de transformación que se expresan muchas veces en lógicas eficientistas de la atención que contrarían las lógicas de cuidados y muchas veces desconocen la especificidad y complejidad de la atención en salud mental. Esto configura un escenario de disputa constante donde los diversos actores intervinientes - asociaciones profesionales, asociaciones gremiales, organizaciones de usuarias, etc -, buscan sostener y priorizar lógicas de cuidado respetuosas de los derechos de las personas, en contextos complejos y en un marco de condiciones laborales dignas.

Notas

1) El presente artículo es una síntesis del Documento participativo elaborado desde el Colectivo Salud Mental y Democracia CABA. El documento original fue desarrollado por los siguientes integrantes del colectivo Salud Mental y Democracia de Caba: Susana Benveniste, Marcela Bottinelli, Paula Farías, Victoria Cohen, Dolores García, Leandro Luciani Conde, Claudia Pugliese, Silvia Quevedo, Ana Tisera, Ana Valero, Eduardo Quiroga, Cecilia Popritkin.

Este trabajo de Síntesis del documento original, fue realizado por: Dra. Marcela Bottinelli – Lic. Dolores García - Lic. Claudia A. Pugliese – Lic. Silvia Quevedo

2) Para analizar el gasto en salud mental, identificamos los fondos asignados a los siguientes programas: Programa 85 ("Atención de Salud Mental") del Ministerio de Salud (que incluye fondos para los hospitales Borda, Moyano, Alvear y Tobar García, para "Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica", para el Centro de Salud Mental Ameghino y el Centro de Salud Mental N°1 Hugo Rosarios y para otros programas de prevención y asistencia en salud mental, de emprendimientos sociales, etc.), al Programa 61 ("Externación Asistida") del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, y el Programa 71 de Políticas Sociales en Adicciones. Así

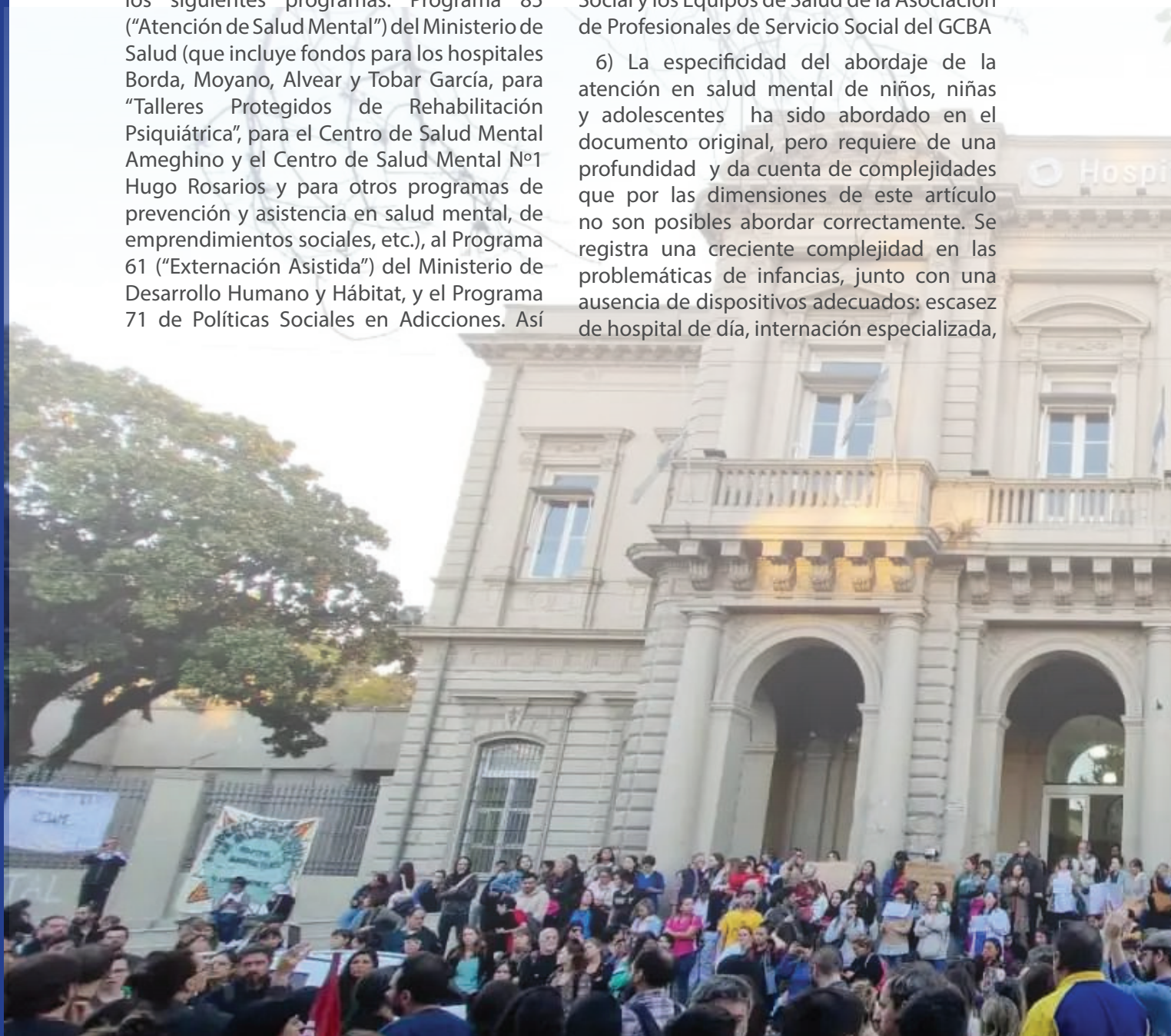
mismo se consideraron los Informes de ACIJ

3) En 2015 la justicia intimó al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires a crear dispositivos para garantizar la externación de todas las personas en condición de alta que viven en los hospitales psiquiátricos sujetos a su jurisdicción en el marco de la causa "SAF c. Estado Nacional y otros s/amparo".

4) Tercer relevamiento sobre condiciones laborales y política pública de salud mental en CABA del Grupo de Trabajo en Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social. Enero de 2023 a diciembre de 2024.

5) Los datos relevados están profundizados en el artículo Adop Adopi Escucha (En) La Lucha en el libro Soberanía Sanitaria en Disputa. Reflexiones y Luchas del Trabajo Social y los Equipos de Salud de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA

6) La especificidad del abordaje de la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes ha sido abordado en el documento original, pero requiere de una profundidad y da cuenta de complejidades que por las dimensiones de este artículo no son posibles abordar correctamente. Se registra una creciente complejidad en las problemáticas de infancias, junto con una ausencia de dispositivos adecuados: escasez de hospital de día, internación especializada,



y equipos interdisciplinarios en hospitales y CESACs. El relevamiento evidencia déficit de psiquiatras infantiles, psicopedagogos, trabajadores sociales y terapeutas. Las leyes 114,26061 y 448 establecen responsabilidades intersectoriales pero su cumplimiento es escaso. Clubes barriales, orquestas juveniles y asociaciones comunitarias son actores clave en la promoción de salud mental infantil, pero carecen de apoyo estatal. Pueden consultarse on line en el documento amplio y nos proponemos abordarlas en un próximo artículo.

7) En CABA, la modalidad de intervención de las comunidades terapéuticas privadas se caracteriza por mantener un número alto de personas con promedios de permanencia prolongada mayor a 6 meses y encuadres de tratamiento de tipo abstencionista

Referencias

- Protocolo de Atención a Personas en situación de vulnerabilidad habitacional con padecimientos de salud mental y/o consumo problemático (REF.IF-2024-06664674-GCABA-SEC SEG).
- Ley N°448. Ley de Salud Mental de CABA.
- Ley N°26657. Ley Nacional de Salud Mental.
- Ley N°6035. Carrera de

Profesionales de la Salud de CABA.

- Ley N°341. Programa de Viviendas para Personas en Situación Crítica.
- SAF c. Estado Nacional y otros s/amparo (2025)
- Artículo Adop Adopi Escucha (En) La Lucha. Página 282 en el libro Soberanía Sanitaria en Disputa. Reflexiones y Luchas del Trabajo Social y los Equipos de Salud . Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA. Disponible acá.
- Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA (2022). Soberanía Sanitaria en Disputa.
- Mesa Gremial APS (2024). Actas de negociación.
- ARDA. (2024). Entrevistas públicas.
- Vientos de Libertad (2024). Paneles sobre política de drogas y salud mental.
- GCBA – Ministerio de Hacienda y Finanzas (2024). Ejecución presupuestaria.
- MSAL (2019)1° Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental



