

# **“21 desafíos antes de perder los 21 gramos”**

## El campo de la salud en Neuquén, desafíos y transformaciones

---

**Dr. Daniel Esteban Manoukian<sup>1</sup>**

Con aportes y comentarios de Lic. Daniela Tagle<sup>2</sup>

### **Nota preliminar**

En el amanecer del siglo XX un físico estadounidense, Duncan MacDougall, se propuso demostrar la existencia medible del alma. Suponía que si las funciones psíquicas continuaban existiendo como una individualidad después de la muerte del cerebro, entonces esa personalidad solo podía existir en tanto cuerpo y por esa razón debía ocupar lugar y tener una masa mensurable.

Para demostrarlo se instaló en un asilo de ancianos y pesó a seis moribundos. El experimento le permitió demostrar que al expirar, el cuerpo perdía aproximadamente 21 gramos, que él adjudicó al alma que se desprendía de ese cuerpo ya sin vida. Para confirmarlo repitió la experiencia con quince perros descubriendo que éstos no perdían peso al morir, concluyendo que los animales no tienen alma.

Si bien la experiencia de MacDougall de 1901 fue refutada posteriormente, quedó en la cultura popular que esa cifra, los 21 gramos, representa la masa del alma y su pérdida, la confirmación de la muerte de ese individuo.

Hemos sintetizando en 21 puntos los desafíos que enfrenta el sistema de salud en Neuquén. Sostenemos que será necesario abordarlos colectivamente y con la decisión política suficiente para evitar asistir al ocaso definitivo de lo que fue no solamente un orgullo neuquino, sino lo que es más importante, una conquista popular a favor de sus intereses más esenciales.

---

<sup>1</sup> Médico generalista con dedicación exclusiva en Hospital Chos Malal, Neuquén.

<sup>2</sup> Trabajadora Social del Hospital Chos Malal, Neuquén, desde hace 20 años.

# “21 desafíos antes de perder los 21 gramos”

## El campo de la salud en Neuquén, desafíos y transformaciones

---

“Estar sano en nuestra concepción es la búsqueda permanente en la resolución de los conflictos y éstos se ven en los efectos.  
Esa búsqueda, esa lucha,  
no es, ni remotamente, una lucha individual, sino colectiva”  
Florencia Ferrara

### □ **Introducción**

Este documento intenta, aun a riesgo de simplificar demasiado escenarios por demás complejos como son los del campo de la salud, sintetizar tres capítulos que entendemos deben recorrerse a la hora de reflexionar sobre las políticas de salud en la actualidad argentina en general y neuquina en particular.

En primero lugar explicitamos algunos conceptos básicos referidos al tema que nos ocupa, en una suerte de puesta en común para delinear un marco ideológico y conceptual sobre la salud y sus implicancias. Por supuesto estas ideas inspiradoras deben ser ampliadas y seguramente son motivo de debate por lo que cada una de ellas implica, y especialmente por la trascendencia que deviene de la aplicación concreta en terreno.

En segundo término se resume en un listado incompleto de 21 puntos, los principales desafíos sanitarios y de gestión que entendemos aparecen en el campo de la salud actualmente y que nos interpelan como trabajadores de salud.

Finalmente, más que propuestas concretas, el documento plantea posibles líneas estratégicas a abordar, de tal manera de poder dar cuenta de los desafíos mencionados siendo coherentes con el marco conceptual que acordamos como válido para esta instancia de la historia del sistema de salud en Argentina y en Neuquén.

Hemos aprendido de maestros como Mario Testa y Mario Róvere que es posible gestionar sin dejar de formularnos preguntas. Dicho de otra manera, siempre es necesario *hacer* (acción impostergable del gestor), pero también es requisito imprescindible vivir el presente intensamente reformulando en forma dinámica el *que hacer*, cuestionando al mismo tiempo el *como hacer* (acción necesaria para seguir creciendo)<sup>1</sup>.

Aunque el tono de algunos apartados pueda aparecer como normativo y hasta imperativo, entiéndase este trabajo en fin, como una invitación a reflexionar mientras seguimos accionando en la cotidianeidad.

Este texto asume, sin entrar en el análisis particular, la relevancia –casi constituido en mito- que para Neuquén ha significado el llamado “plan de salud” iniciado en la década del 70’. Desde un lugar de reconocimiento y rescate histórico, para vincular la acción deseada con las experiencias vividas y las posibilidades concretas, mencionamos ejemplos de nuestra realidad actual y reciente de lo actuado en el particular escenario constituido en la zona norte de Neuquén (territorio de nuestras prácticas), convencidos de que recuperando capital simbólico valioso y experiencias exitosas y saludables, así

como analizando y asumiendo errores, encontraremos senderos que nos faciliten seguir creciendo en favor de la Salud Colectiva.

## □ **Conceptos básicos o puesta en común de algunas ideas inspiradoras**

### Salud

Para Henry Sigerist: *"la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso"*. La salud de un pueblo, decía Sigerist, no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la promoción de la salud. Si bien Henry Sigerist como médico social fue quizás poco escuchado en su época, sus ideas fueron rescatadas para acuñar la definición ya clásica de salud de la OMS. Pareciera que la conocida definición de salud de la OMS es tan abarcativa que poco podría agregarse:

*"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"<sup>12</sup>.*

Efectivamente, hacia mediados del siglo XX incorporar las dimensiones de lo mental y lo social al concepto de salud era claramente un avance, también referir que salud no era solo ausencia de enfermedad. Sin embargo, la definición impresiona como un punto de llegada, de alguna manera como un objetivo de máxima y final, y hasta cierto punto de vista, algo esquemático y rígido.

La Salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, emocionales, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad en un lugar y momento histórico determinado, o sea, es el resultado de las interrelaciones que el hombre establece con el ambiente social y natural en el que vive y con él mismo.

La Salud no es sólo producto de condicionantes genético-biológicas-emocionales sino, también, resultado de las relaciones sociales predominantes, motivo por el cual está directamente determinada por el proceso histórico en el cual se enmarca siendo sólo una de sus manifestaciones<sup>3</sup>.

La situación de Salud de un Pueblo no es más que una de las maneras a través de las cuales se expresan procesos más generales que lo caracterizan. Por lo tanto la salud está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas y de trabajo, de sus relaciones sociales, por el modelo económico y la forma en que este se inserta y se articula con en el sistema económico nacional e internacional, por la particular organización del Estado y de sus relaciones políticas en un momento particular de su historia<sup>4</sup>.

Una mirada que intenta abrir el foco respecto de la clásica definición de la OMS nos lleva a proponer complementariamente estos tres conceptos que intentan sintetizar otras dimensiones del fenómeno salud, y que entendemos devienen en el sustento necesario de las definiciones de políticas de salud por un lado, y de la esperable actitud de los trabajadores de salud.

1. **Salud como "bien-ser"**. Esta idea sostiene que la salud no es un estado de bienestar porque no es estático sino dinámico y no es un punto de llegada sino una **construcción persistente**. Si estar sano es, como se le atribuye a Sigmund Freud, *lieben und arbeiten* (amar y trabajar)<sup>5</sup> justamente el bien-ser apunta a asociar la salud a la búsqueda activa para mantenerse sano, libre, responsable y feliz, antes que a la recuperación del bien perdido. Esta idea en consecuencia tiene implicancias directas en la planificación de acciones sanitarias y especialmente en la priorización de cada una de las líneas de trabajo propuestas para ser desarrolladas en el ámbito del área programa del hospital. Obviamente también repercute en la asunción de responsabilidades indelegables de los trabajadores de salud, en tanto hacer siempre el esfuerzo de ser pertinente al lugar que ocupamos, esto es sencillamente, **hacer bien lo que nos corresponde hacer**.
2. **Salud como política social**. Asumir a la salud como componente de las políticas sociales implica necesariamente tener claro el sustento ideológico que resulta imprescindible sostén de toda política social. La defensa de ese ideario requiere **compromiso militante**, por lo que cada trabajador de salud debe ser además de un recurso técnico calificado, un actor político que expresa el compromiso social y que se actúa en forma cotidiana en cada puesto, mediante el ejercicio de la empatía y la solidaridad. Además el concepto encierra el compromiso de **trabajo intersectorial**, esto es sencillamente trabajar con otros, sean parte de organismos públicos (escuela, municipio, etc.) o grupos o espacios comunitarios (grupos de familiares de pacientes, vecinos auto-convocados por distintos temas, cooperadoras, etc.) y desde esa mirada abrir canales efectivos para la **participación popular** en salud.
3. **Salud como política de Estado**. No es posible pensar en un sistema sanitario sin pensar en un modelo de país que lo determina, por lo tanto el diseño y la implementación del plan local de salud debe acompañar los cambios políticos de transformación más generales y evitar tanto estar detrás, resultando un obstáculo, ni tan adelante, deviniendo en propuestas inviables y frustrantes. Somos parte de una red provincial y a su vez parte de un sistema público nacional de salud. Para poder resultar un eslabón positivo en esa cadena será menester hacer florecer todas las capacidades necesarias buscando la excelencia en cada proceso sin perder la visión de conjunto. Y cuando los escenarios provinciales y nacionales resultan adversos, el desafío es encontrar y aprovechar los siempre presentes márgenes locales de libertad.

Así, intentando una definición preliminar podríamos decir que:

Salud/enfermedad es un concepto construido colectiva y socialmente, porque salud no es equilibrio ni estabilidad, debe necesariamente ser conflicto y tensión, búsqueda y lucha de un pueblo por lograr alcanzar niveles superiores de bienestar integral<sup>6</sup>.

Para cerrar este primer punto vale explicitar algunos conceptos complementarios que hacen al sustento ideológico requerido para sostener un sistema de salud al servicio del Pueblo.

**La Salud es un Derecho Humano y Social esencial.** De este concepto deviene el deber del Estado en sus diferentes niveles en función de garantizarlo, formando parte de una estrategia de profundización de la democracia. Es un derecho que se inscribe dentro de los llamados **derechos sociales**, lo cual tiene otras implicancias entre ellas, el hecho de la **integralidad**, comprendiendo a la salud como resultante del accionar del medio social y familiar sobre el individuo y la **equidad**, esto es, atender a necesidades diferentes. Asumimos la equidad como paso previo en la búsqueda de igualdad.

**Condicionantes del contexto.** La salud es un problema político y como tal no puede escindirse del proyecto de país y de provincia que debe buscar consolidar la inclusión social, la igualdad, el trabajo estable, la educación para todos, el desarrollo de la infraestructura y los servicios públicos, la vivienda, y en fin, asumir una cultura sanitaria que reconozca los condicionantes del contexto social, cultural y económico que hacen directamente al bien-ser y sobre los cuales se debe actuar en conjunto con especial atención a los grupos más vulnerables.

**Nuevo perfil epidemiológico.** Conviven en Argentina las viejas enfermedades (de tipo infeccioso), algunas re-agravadas, con los nuevos problemas. Entre estos últimos se ha dado especial importancia a las enfermedades crónicas no transmisibles como consecuencia del envejecimiento poblacional y a las de causa externa vinculándolas con crecientes situaciones de violencia (incidentes viales, homicidios, suicidios, pero también violencia de género e intolerancia a los diferentes). Sin embargo aparece poco en la agenda sanitaria aún los problemas relacionados con la contaminación ambiental, los agrotóxicos y los efectos de producciones peligrosas para la vida como por ejemplo la megaminería a cielo abierto.

Hugo Spinelli menciona que este es uno de los productos de la *huella de la historia del campo*, pero no solo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales, y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementar su capital, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el proceso salud-enfermedad-atención<sup>7</sup>.

Esa dinámica explica muchos de los perfiles epidemiológicos existentes. La vigencia de problemas de salud que podrían haberse ya erradicado porque existen conocimientos suficientes, fundamentalmente expresan la existencia de individuos sin acceso a la ciudadanía, y que por lo tanto que no tienen capacidades para colocar sus problemas en la agenda del Estado. La agenda política difiere de la agenda comunitaria por varias razones, pero destacamos que una de ellas es sin duda el desigual ejercicio de ciudadanía.

Más que de enfermedades en muchos casos se trata de problemas sociales, por lo que apostar solamente a la medicina como vehículo para superarlas deviene en reduccionismo estéril. La nueva epidemiología demanda del campo sanitario acciones específicas, pero obliga al mismo tiempo a un abordaje integral en el marco de un modelo de país que propenda a la igualdad y la justicia social.

### Campo de la salud

En consecuencia de lo antes expuesto, si la **Salud es un fenómeno social**, y como tal es uno de los caracterizadores de un Pueblo, el concepto salud excede en mucho a un

sector particular. Es entonces donde, sin desmerecer clasificaciones que pueden resultar útiles para explicar algunos de los desafíos del sistema de salud argentino, como podría ser los límites que impone un sistema fragmentado, emplearemos el concepto de campo para esbozar algunas de las peculiares situaciones que expresan la complejidad del campo de la salud.

Hugo Spinelli<sup>8</sup> inicia el trabajo referenciado mencionando que "el muy utilizado concepto *"sistema de salud"* expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo". En este trabajo rescatamos el concepto de "campo", sin embargo, mencionaremos por la impronta simbólica que tiene para Neuquén, "Sistema de salud" y "Plan de Salud".

Se entiende el campo como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

Siguiendo a Pierre Bourdieu, **campo** es un **espacio de juego** donde los **agentes** (que se mueven representando intereses), despliegan una **lucha** por conquistar **capitales** (económico, social, cultural, simbólico).

Gilberto Giménez al referirse al pensamiento de Bourdieu menciona que *"el campo es una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando progresivamente a través de la historia en torno a cierto tipo de relaciones sociales, de intereses y de recursos propios, diferentes a los de otros campos"*. Es decir que es una parte de la vida comunitaria que va adquiriendo un lenguaje y códigos propios.

El concepto de campo para Bourdieu se integra con el de habitus y el de capitales.

"El **habitus** como sistema de disposiciones en vista de la práctica, constituye el fundamento objetivo de conductas regulares y, por lo mismo, de la regularidad de las conductas. Y podemos prever las prácticas [...] precisamente porque **el habitus es aquello que hace que los agentes dotados del mismo se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias**" (Bourdieu, 1987b: 40). Por lo tanto, este concepto le permite a Bourdieu postular como principio generador de las prácticas una intencionalidad sin intención, una regularidad sin sumisión consciente a una regla, una racionalidad sin cálculo y una causalidad no mecanicista.

Respecto de los capitales según Bourdieu, la especificidad de cada campo está dada por el tipo de recursos (o la combinación particular de tipos de recursos) que se moviliza y tiene curso en su ámbito. A pesar de su aparente diversidad, estos recursos pueden reagruparse entre tres grandes categorías: - Recursos de naturaleza **económica** (entre los que el dinero ocupa un lugar preeminente por su papel de equivalente universal). - Recursos de naturaleza **cultural** (entre los cuales los diplomas escolares y universitarios han cobrado una importancia creciente). - Recursos **sociales** consistentes en la capacidad de movilizar en provecho propio redes de relaciones sociales más o menos extensas, derivadas de la pertenencia a diferentes grupos o "clientelas". Estos tres grandes tipos de recursos no sólo constituyen los "intereses en juego" dentro de determinados campos, sino también las condiciones

para "entrar en juego" y hacer jugadas rentables dentro de un campo, de modo que se acrecienten los recursos inicialmente comprometidos. Lo que implica todo un trabajo de valorización de los recursos invertidos para obtener beneficios. Por esta razón se da el nombre de capital a los recursos puestos en juego en los diferentes campos: capital económico, capital cultural y capital social (la red de relaciones movilizables). (Bourdieu, 1979a: 3-6; 1980a: 2-3). Por la misma razón, el campo se considera también como un mercado donde tiene curso y se negocia un capital específico.

Bourdieu introduce una cuarta especie de capital: el **capital simbólico**. Éste consiste en ciertas propiedades impalpables, inefables y cuasi-carismáticas que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente. Tales propiedades suelen llamarse, por ejemplo, autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, etc. Según Bourdieu, el capital simbólico así entendido "no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido" (Bourdieu, 1987a: 160). En efecto, **lejos de ser naturales o inherentes a la persona misma, tales propiedades sólo pueden existir en la medida en que sean reconocidas por los demás**. Es decir, son formas de crédito otorgados a unos agentes por otros agentes<sup>9</sup>.

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. Estas acciones siempre están ligadas a intereses no siempre racionales ni reflexivos. Todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez estructuradas por ellos, de acuerdo a sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas.

Los principales capitales en juego en un campo motivo por el cual los agentes o actores se involucran, son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima). De allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior.

Resignificaremos más adelante este concepto de capital simbólico para referirnos al propio sistema de salud neuquino.

Sintetizando el concepto de campo destacamos:

✓ **En el campo todos juegan**, ergo todos son sujetos que interactúan, no son objetos inanimados. Para el campo de la salud esto incluye a trabajadores y usuarios. Así los trabajadores no son meros autómatas que cumplen órdenes, por el contrario, no solo juegan por su condición de sujetos, sino además por la naturaleza del trabajo artesanal que despliegan. Los usuarios o pacientes, también interactúan, responden devuelven, contradicen, cuestionan, proponen y deciden.

- ✓ **La acumulación de capital simbólico** otorga legitimidad, prestigio, autoridad, lo cual está directamente vinculado con la posibilidad de acumular poder, esto es, de adquirir grados crecientes de capacidad de decisión.
- ✓ **El campo no se integra solamente por personas aisladas**, sino que en ocasiones algunas de ellas se asocian en grupos y también dentro de un campo, y el de la salud es uno de ellos, hay instituciones con reglas propias.

Para este caso en particular además debe destacarse la necesidad de la integración efectiva de diferentes culturas con visiones muy distintas respecto del mismo objeto, por lo cual la tan declamada interculturalidad, en términos de convivencia de diferentes cosmovisiones no puede limitarse solo al respeto del otro.

Tal como refieren Alicia y Tomás Torres *"Conexión y desconexión con otros, son parte de nuestra constitución como sujetos individuales y colectivos, donde lo decisivo es ese espacio "inter", y la fuerza para modificar la significación de los objetos. Poco de interculturalidad muestran programas sanitarios que se limitan describir y detallar anécdotas folclóricas sobre un "otro exótico" al que hay que respetar, sin dar cuenta de experiencias de confrontación, discusión, como prácticas que refieren la conflictiva existencia múltiple. Se pueden mostrar puntos de encuentro y acuerdos desde la tensión y conflicto, nunca desde su negación"*<sup>40</sup>.

- ✓ **Para el caso de salud la idea de campo trasluce mejor el grado de complejidad** propia de este ámbito donde conviven lógicas de pensamiento, diseño, planificación y acción muy diversas. Solo para aportar dos ejemplos ilustrativos, la lógica propia de la industria presente en un servicio de laboratorio y la eminentemente artesanal del médico y la enfermera comunitaria de un centro de salud barrial.

## Planificación

Resulta difícil abordar el análisis de los sistemas de salud y de las políticas de salud (a su vez como parte de las políticas sociales y la política en general), sin considerar la planificación.

Desde una mirada tradicional (normativa) los **esfuerzos** que se realizan a fin de **cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos** se enmarcan dentro de una **planificación**. Este proceso exige **respetar una serie de pasos** que se fijan en un primer momento, para lo cual aquellos que elaboran una planificación emplean diferentes herramientas y expresiones.

**Así entendida la planificación es una función de dirección de tipo secuencial que supone establecer objetivos que se quieren lograr y cursos de acción a desarrollar para alcanzarlos.**

Puede haber otra forma de encarar el tema. Para ir introduciendo la idea de otra forma de planificar, es interesante mencionar, rescatando nuevamente al Padre del Hospital Público lo mencionado por Carrillo en "Teoría del Hospital". En efecto, el Dr. Ramón Carrillo, que desarrolló su obra como sanitarista en el apogeo de la planificación normativa, sin embargo afirmaba: *"la planificación no debe ser concebida desde este punto de vista como expresión de un dirigismo centralizado y rígido, sino como una tarea generada por quienes no quieren limitarse a registrar la historia, sino a participar de la construcción de la misma"*<sup>11</sup>.



Desde la óptica de la **planificación estratégica (PE)**, se asume la **planificación como un proceso de reflexión orientado y dirigido a la acción, es decir que se convierte en un recurso orientado a ganar grados de libertad**<sup>12</sup>.

En tanto para planificar se requiere una constante adaptación de su contenido y de los planes a las exigencias del entorno, el proceso es continuo.

Para la mirada tradicional de la planificación se trata pues de un proceso formalizado de toma de decisiones que elabora una representación deseada del estado futuro de la empresa u organización (en este caso el sistema de salud) y especifica las modalidades de puesta en práctica de esta voluntad, cuya finalidad es facilitar la consecución de los objetivos hacia los cuales va a confluir el esfuerzo del resto de las funciones administrativas.

Esta definición que si bien considera el entorno y la necesidad de constante adaptación, se corresponde con la tendencia funcionalista que fija una imagen objetivo como punto de partida del proceso de planificación. Esa imagen objetivo también es mencionada como la **visión**, definiéndose esta como **lo que quiere ser la organización en el futuro**. Mientras la **misión define donde se está y para que se encuentra la organización desarrollando su actividad**, la visión marca el sentido idealizado de cómo quiere llegar a ser considerada, valorada y percibida en el futuro.

Testa<sup>13</sup> cuestiona la planificación tradicional por plantearse esa imagen objetivo ya que sostiene que de lo que se trata es de **desencadenar un proceso**, es decir, fijar puntos de partida más que de llegada. El autor entiende que este concepto aporta un complemento al anterior, antes que aparecer como contrapuesto.

En efecto, desencadenar un proceso, con la riqueza que ello implica, se origina siempre en la búsqueda de mejorar una realidad que no conforma a los actores que la viven.

Desde este punto de vista la *visión* le da sentido y motiva el iniciar un tránsito innovador.

Dicho de otra manera y diseccionando caprichosamente el término planificación en **plan** y **acción**, pareciera que plan alude al futuro, a imagen horizonte y acción al tiempo presente. Para quien suscribe resulta claro que no puede vivirse el presente solamente soñando con un futuro mejor (solo plan) pero al mismo tiempo, las acciones que desarrollamos hoy encuentran motivación en esa imagen objetivo que nos convoca y que no es otra que la **Justicia Social** que sintetiza la grandeza de la Nación y la felicidad del Pueblo.

Por otra parte Testa reformula el concepto clásico de que *la política es el objetivo y la estrategia es el instrumento para alcanzarlo*, planteando *que la política puede aparecer como el objetivo de la estrategia, tal como esta es el instrumento de la política en un movimiento recursivo que no tiene principio ni fin*. Así el contenido que se discute, esto es la política de salud en el sentido tradicional de lo que se quiere hacer en el terreno de la salud, pierde interés relativo frente al continente que es la estrategia, que sale del sector salud, aunque se plantea dentro de sus límites convencionales, para abarcar al conjunto social, es decir, el campo de la salud y la sociedad en su conjunto.

El concepto de **estrategia** surge del campo militar y da por supuesto la idea de una confrontación real o potencial. Llevado al campo de lo deportivo, los mercados o las estructuras sociales, para citar opciones bien disímiles, la idea de estrategia aparece vinculada con la conceptualización de la existencia de un **campo de lucha** o confrontación, de aliados y oponentes, con lo cual lo que se pretende mejorar o cambiar, deviene en campo de tensión y lucha.

Estrategia es el uso de movimientos tácticos en el sentido del objetivo último que se busca alcanzar, o como refiere Testa, es el **conjunto de movimientos tendientes a poner el objetivo al alcance**.

La idea de estrategia da por supuesto el hecho de que el objetivo es en sí conflictivo. Esto equivale a pensar que su búsqueda implica **avanzar en un cambio de correlación de fuerzas** entre dos o más actores sociales.

**Táctica y estrategia** se definen en términos relativos uno de otro. Táctica como uso de recursos (poder) para el logro de objetivos parciales y estrategia como el uso o la articulación de esos logros parciales para alcanzar los resultados generales planificados.

Una síntesis del tránsito progresivo hacia la implementación de ese enfoque es el expresado por Mario Róvere:

#### **Desarrollo instrumental del enfoque estratégico según Mario Róvere**

**Nivel I:** instrumentación de objetivos o "técnico", característico de la planificación tradicional donde estrategia es sinónimo de lograr objetivos.

**Nivel II:** detección de obstáculos y facilitadores. Enfoque usado en administración estratégica por ej. con ejercicios tipo FODA que desarrollan capacidad de aprovechar situaciones que se interponen entre el presente y la situación objetivo.

**Nivel III:** los facilitadores y obstáculos no son hechos o circunstancias sino sujetos que piensan y controlan recursos y espacios de poder, por lo que facilitan o dificultan intencionalmente el alcance de un objetivo, pero respetando reglas de juego.

**Nivel IV:** las estrategias deben enfrentar situaciones en que las reglas mismas son parte de la disputa, lo que ocurre con frecuencia en los espacios sociales, no por falta de reglas, sino porque su reformulación es parte del juego.

La mirada de planificación que proponemos:

✓ Apuesta a la **construcción participativa de un proyecto** que al definir una razón de ser como sistema de salud, que no es otra que contribuir a luchar por conquistar grados crecientes de justicia social, resulte convocante para los trabajadores de salud;

✓ **Rescata la idea de tener un plan** recuperando el capital simbólico que para Neuquén implicó el "Plan de Salud", pero al mismo tiempo propone concentrarse en accionar desde el territorio, propiciando alianzas de todos los actores en favor del colectivo. Es decir que tener un plan no implica limitarse a soñar con un futuro mejor, sino que entraña la idea de compromiso con la construcción de un sistema de salud

fuerte, lo cual lleva necesariamente a la acción, es decir a vivir intensamente cada presente.

✓ **Nuestra propuesta de planificación colectiva también persigue el objetivo de construir identidad y pertenencia** con el sistema de salud del que los trabajadores somos el principal sostén y sobre todo con los usuarios, ya que sin ese vínculo que debe fortalecerse permanentemente, la organización pierde sentido.

Ese Sistema de Salud entendemos debe sustentarse en **valores compartidos**. Para esta mirada, peculiar y factible de ser discutida, los principales son:

- **Empatía, solidaridad y autonomía.** Consiste en ponerse en el lugar del otro, como forma efectiva de comprometerse con todos y cada uno de los usuarios, especialmente con los que son parte de sectores socialmente más vulnerables. Rescatar la importancia del respeto a la autonomía de las personas es considerar al otro en capacidad de decidir sobre su propia vida. Con el ejercicio de estos valores se intenta reducir las asimetrías sociales, culturales y económicas promoviendo justicia social.
- **Compromiso y pertenencia.** De los trabajadores y del conjunto de la organización con los usuarios y otros recursos comunitarios partiendo de estimular un sentido de pertenencia tal donde cada trabajador se sienta parte del hospital y la comunidad lo sienta con orgullo como propio.
- **Excelencia y mejora continua.** Implica sostener una imagen horizonte desafiante buscando siempre el mejor resultado posible desplegando acciones del conjunto y de cada sector persiguiendo mejorar la calidad institucional.
- **Cooperación y asociación para el trabajo en red<sup>14</sup>.** Los dos niveles superiores del trabajo en red, cooperar para compartir actividades y recursos y asociarse compartiendo objetivos y proyectos se fundan en valores de solidaridad y confianza, imprescindibles para el buen funcionamiento de una organización pública.

### **Participación<sup>15</sup>**

Considerando lo ya apuntado esta arista de este núcleo conceptual aparece como una consecuencia lógica.

En efecto, la planificación estratégica no puede ser concebida de otra manera que como una **tarea de construcción colectiva**, donde los distintos actores vinculados con esta realidad aportan visiones que enriquecen el diagnóstico y optimizan las posibles soluciones alternativas a los problemas detectados.

La planificación normativa tradicional que refuerza la idea de imaginarios límites entre lo "técnico" y lo "político" genera actitudes pasivas y endosantes al transferir responsabilidades siempre al nivel superior, conducta organizacional muy típica del ámbito público, aunque no exclusiva.

La PE por el contrario, **estimula el compromiso**, ya que constituye la esencia misma del análisis de situación que propone. En consecuencia, la idea de analizar una situación es justamente la de recortar un fragmento de la realidad al que se denomina situación para apreciar qué está sucediendo, integrando en ese "qué está sucediendo"

a "quienes están actuando" sobre ese recorte, "como han venido actuando" y "como podrían actuar", con lo cual aparece la posibilidad de hipotetizar respecto de que pasaría si nada cambiara o sí asumiéramos una conducta diferente (distintos escenarios).

En síntesis, la idea del pensamiento estratégico como expresión de un cambio de significado superador, intenta integrar la formulación científica con la intervención política<sup>16</sup>.

Cuando se plantea la participación como un rasgo sustantivo, lo referimos tanto hacia el interno de la organización como también en referencia a los "*principales*"<sup>3</sup> de la misma, esto es los propios usuarios, en fin la comunidad. Si al decir de Fernando Flores<sup>17</sup>, las organizaciones de salud son "**redes de comunicaciones**" y estas resultan de alta calidad cuando lo que se dice es lo que se hace, esto es posible cuando las narraciones que surgen de esas redes sean producto de una creciente participación de los trabajadores de salud, tanto cuantitativamente (más integrantes del equipo de salud participando) como cualitativamente (aportes enriquecedores desde distintas perspectivas). Las puertas abiertas a la participación popular, también construyen identidad y sentido de pertenencia.

Ambos tipos de participación se constituirán en uno de los pilares a los que Carlos Matus se refiere al abordar la idea de "*triángulo de gobierno*" (proyecto político + Capacidad de gobierno + gobernabilidad). Es que justamente sin participación de los actores difícilmente se llegue a un consenso en torno a las acciones de gobierno motivo por el cual de eso depende el lograr la gobernabilidad suficiente para poder sostener un proyecto.

### **Políticas de Salud y Sistema de Salud**

El estado de salud de una población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos, tal como se desprende de lo ya referido. "**Formular Políticas de Salud implica establecer prioridades, identificar líneas de acción y articular recursos.** Exige mucho más que el saber de los médicos e involucra la definición del rol del Estado asumiendo un rol activo definiendo a la salud como problema público"<sup>18</sup>.

Luego de esa definición inicial, parece oportuno delimitar el alcance del término "*sistema de salud*" (SdS), para distinguir el concepto del de "*políticas de salud*" y del de "*estado de salud*" antes referidos.

Esta distinción aparece como muy relevante hacerla ya que en particular en la provincia del Neuquén, sistema de salud es asimilado a sub-sector público de salud, más aún, se confunde SdS con la función prestadora de este sub-sector, es decir se identifica el término con la red pública de prestadores de asistencia sanitaria y sus órganos de coordinación y mando.

Una definición posible para **Sistema de Salud** es asumirlo como **la respuesta social organizada para los problemas de salud.**

---

<sup>3</sup> "**Principal**". Para la Economía del costo de transacción, que forma parte de la tradición de investigación de la nueva economía institucional, que crítica a su vez a la microeconomía neoclásica por su poco realismo, existe "relación de agencia" cuando una persona o grupo denominada "*principal*" delega en otra denominada "*agente*" un determinado poder de decisión. La relación médico-paciente y algo más amplio, la relación organización de salud-comunidad asistida, reproduce esa relación de agencia donde el protagonista central ("principal") delega en la otra parte al menos una fracción de su poder de decisión.

De esa definición, que se vincula con los dos conceptos anteriores, se desprenden dos situaciones relevantes. Hablar de respuesta social organizada implica que pueden existir **recursos que la sociedad pone en juego** para resolver sus problemas de salud que no involucran directamente al Estado, es decir que el SdS no es sólo la red perteneciente al sub-sector público. Por otro lado, el término hace alusión a un conjunto de actores y acciones que exceden en mucho al sistema de atención médica. De hecho el concepto de salud (y más aún, el de campo de la salud) antes mencionado da cuenta de ello, y por lo mismo, los recursos que la sociedad pone en juego para procurar su mejora continua, se extienden más allá de las fronteras de su propio SdS.

La segunda situación a destacar es que tal como se entiende tradicionalmente, el concepto de sistema aparece vinculado a un efecto homogeneizador. Como tal se asocia con un efecto de *"compactación autoritaria de diversidades"*, que se opone a otro polo dado por la fragmentación y la sensación de anarquía y desorden improductivo.

Intentamos resignificar el concepto de sistema de salud dotándolo de mayor carga democrática en la medida que emerge el concepto de **redes como una tercer alternativa** a las dos mencionadas. Así, el concepto de redes parte de otra lógica, la de **asumir la heterogeneidad, articulando diversidades**. Ni la estructura piramidal jerárquica tradicional, ni la dispersión de fragmentos aislados<sup>19</sup>, redes propone dotar al SdS de un entramado con muchas conexiones<sup>20</sup>.

**La Argentina presenta un sistema de salud mixto y de gran fragmentación**, al interior del cual se verifican importantes diferencias en los recursos disponibles por beneficiario, lo que genera diferencias en las coberturas y por ende inequidades<sup>21</sup>. Por otra parte aparece como un sistema con una dinámica intensa que trasluce la dinámica económica y de la situación laboral que impera en el país, produciéndose cambios de cobertura y pasajes de afiliados de un sub-sector a otro.

Entendemos que la potencial combinación inteligente de recursos públicos y privados debe evaluarse en función de la equidad, eficiencia y eficacia social en la prestación de servicios en todos los niveles de atención. Un Sistema Nacional de Salud debería integrar estos distintos niveles de atención en el marco de un programa global de cobertura de la población, sin embargo se observa en Argentina como en América Latina una tendencia a la fragmentación de las decisiones y las acciones, tanto en el ámbito público como en el privado.

**La coexistencia de subsistemas públicos y privados hace que aparezcan señales de mercado y formas de comportamiento nuevas entre los agentes prestadores.** Surgen entonces nuevas formas de "selección adversa" y de "subsídios cruzados" que no eran habituales en contextos más estables y donde la seguridad social era eje fundamental del sistema. Esa coexistencia hace que el subsistema privado trate de evitar las actividades de menor rentabilidad relativa, lo que lleva a discriminar actividades de promoción y prevención de la salud, la atención de pacientes crónicos y de salud mental entre otros.

Por otra parte el sub-sector público intenta superar algunos "defectos innatos" tales como estadías de internación largas, alto costo por cama, baja tasa de utilización de tecnología de alta complejidad, deficiente gerenciamiento de sus recursos, en definitiva su grado de ineficiencia ("virtud" no exclusiva de este sub-sector).

Justamente la eficiencia de la actividad pública es objeto de atención desde hace ya unos cuantos lustros. En este sentido, al decir de Cabases Hita, aparecen claramente dos tendencias extremas: a) suponer que la eficiencia y efectividad de una organización no están ligadas a su propiedad sino a la calidad de la gestión bajo la cual está gobernada y b) aceptar que el sector público es inherentemente ineficiente y poco efectivo, siendo lo relevante no que técnicas de gestión son las adecuadas, sino como conseguir reducirlo al mínimo imprescindible para garantizar la seguridad de las personas físicas y jurídicas<sup>22</sup>.

Nos ubicamos en el primer supuesto, es decir, abogando por un Estado presente, que mejore sus procesos de gestión en base a lo ya apuntado. Esto es, a) la promoción de la participación al interno de las organizaciones lo cual se vincula con la delegación de responsabilidades de conducción generando una masa crítica que asuma desencadenar procesos de mejora y b) facilitar la comunicación dentro de las organizaciones para fortalecer esa red de la que habla Fernando Flores.

En 2010, cuando se acercaba el bicentenario de la Revolución de Mayo, el Foro Social de Salud y Medio Ambiente presentó un documento mediante el cual sintetizaba en 22 puntos los ejes principales por los que se esperaba construir una propuesta superadora para la Salud en Argentina, asumiendo que la **Salud Colectiva** debe ser una prioridad de la Agenda del Estado.

Por esa razón, se proponía una Reforma del Sistema de Salud en la República Argentina. Una vez más, después de los intentos de Carrillo, Leotta y Neri en distintos momentos y escenarios muy diferentes, se planteó la necesidad de avanzar hacia la creación de un verdadero **Sistema Único de Salud**. Para ello se propuso desarrollar políticas que garanticen: *“universalidad, gratuidad, integralidad, su carácter público y equitativo, accesible a todas las personas que pisen el suelo argentino (priorizando el principio de cobertura-acceso a la salud por el principio de ciudadanía o residencia constituyéndose en un derecho no atado al privilegio de tener trabajo formal o por poder pagarla en el mercado), que enfatice primordialmente acciones de prevención/promoción/vigilancia de la salud colectiva como de rehabilitación, atravesado por estrategias de cuidado e interculturalidad basado en prácticas de humanización en la atención y calidad humana-técnica, financiado por rentas generales del Estado; con participación y control popular en los núcleos de decisión”<sup>23</sup>.*

### **Atención Primaria de la Salud - APS**

Reivindicamos los principios fundacionales de la APS como estrategia que entendemos debe impregnar el sistema sanitario, desde el primer nivel de atención (PNA) hasta la máxima complejidad del sistema.

Consideramos otros usos del término APS, tales como la APS como programa (conjunto mínimo de actividades) o como modo de atención restringiendo el término al primer contacto o puerta de entrada. Pero entendemos que es el espíritu de la definición original (y sus componentes esenciales<sup>4</sup>), ligada al concepto de Salud como Derecho, para lo cual se requieren condiciones favorables que exceden el marco de lo sanitario, lo que más se relaciona con nuestra concepción del fenómeno salud-enfermedad.

---

<sup>4</sup> **Componentes esenciales de la APS:** cobertura universal, adecuación del recurso humano, participación social, articulación intersectorial, programación integrada por necesidad, tecnología apropiada, nuevas modalidades de organización, reorientación del financiamiento sectorial.

La APS es en consecuencia, una estrategia sanitaria y social para alcanzar mayores niveles de salud y de calidad de vida en los individuos y comunidades, sustentada por valores y principios que le confieren un carácter filosófico. Es decir, la APS es una estrategia sustentada en un pensamiento filosófico<sup>24</sup>.

□ **Algunos de los desafíos actuales en el campo de la salud.** “21 desafíos antes de perder los 21 gramos”

Lo que sigue es solo un listado, seguramente incompleto, pero que intenta reflejar algunos de los desafíos que enfrenta el campo de la salud en la actualidad para poder constituirse en instrumento a favor de la salud colectiva en el presente.

Si bien muchos de estos desafíos resultan comunes a distintos lugares del país, el aporte refiere a la Provincia del Neuquén, marcando los que se vinculan con la macropolítica (nivel ministerial) y la mesopolítica (nivel de las zonas sanitarias y direcciones de hospital).

No se tratan aquí los desafíos de la micropolítica (o interfase trabajador de salud-usuario). Este espacio también plantea desafíos, algunos que será más fácil encarar habiendo abordado los propios de las dimensiones macro y meso, ya que contaríamos con un soporte de mayor contención que el actual, otros que refieren a cuestiones técnicas siempre presentes en función de la evolución del conocimiento, pero fundamentalmente será más efectiva la resolución de la problemática de la micropolítica si conjugamos una mirada conceptual común que como trabajadores de salud debemos construir junto con la comunidad a la que pertenecemos.

El trabajo en salud posibilita juntar valores e ideas, y en función de los mismos realizar el trabajo, a veces de manera militante, con un gran componente artesanal (trabajo vivo al decir de Emerson Merhy). Esa situación no es frecuente de encontrar en otros procesos de trabajo. De allí la importancia de la micropolítica del trabajo en salud y su relación con el modelo de atención en las dimensiones del cuidado<sup>25</sup>, donde resulta clave el aprovechar los márgenes locales de libertad.

Probablemente controversial, debe interpretarse este aporte como un puntapié inicial para seguir promoviendo el debate en el campo de la salud neuquino<sup>5</sup>.

**En el nivel de la macro-política de salud** (nivel ministerial)

**1. Consejo Provincial de Sanidad y Ley orgánica de Salud.** Instancias colectivas de planificación y diseño de políticas públicas de salud de rango constitucional.

Es un desafío para Neuquén crear instancias formales de debate y decisión sobre salud que garanticen participación ciudadana. Constituir el **Consejo Provincial de Salud** (art. 137º de la Constitución Provincial) para dar lugar luego a la conformación de los consejos zonales y locales de salud facilitará contar con espacios jerarquizados desde donde surjan los consensos necesarios para priorizar las líneas estratégicas de acción de alcance provincial, con las debidas adecuaciones para cada zona. Es esperable

---

<sup>5</sup> Los subtítulos en muchos casos incluyen expresiones provocativas que se explican luego en el texto.



también que estos espacios devengan en usinas de iniciativas legislativas para ampliar y consolidar el derecho a la salud integral para todos los neuquinos y neuquinas.

Por otro lado, y admitiendo que los marcos legislativos no garantizan por sí mismos el desarrollo democrático del campo de la salud en los términos enunciados, promover el debate participativo de un proyecto de ley para que Neuquén cuente con la **Ley orgánica de Salud** puede resultar una buena instancia para poner nuevamente a Salud en la agenda pública, propiciando al mismo tiempo un instrumento destinado a garantizar continuidad en el acceso al derecho a la salud, estableciendo los pilares que más allá de las adecuaciones que los cambios en la población impongan, deben preservarse.

Los trabajadores de la salud, desde nuestras organizaciones gremiales (todas, entre ellas ATE, UPCN, SIPROSAPUNE, SEN, etc.) tenemos la posibilidad y la responsabilidad de motorizar los Consejos de Sanidad, como otrora lo hemos hecho desde la ATE, buscando además incluir a otros sectores sindicales en la discusión, posibilitando tener voz y participación tanto como trabajadores, como parte de la comunidad de la que somos parte.

## 2. Planificación sanitaria y diagnóstico de situación con base epidemiológica.

Suponemos que es lo que le pasa a la “gente”, y esa matriz de pensamiento lleva muchas veces a actuar por inercia, otras influidos por modas casi siempre resultantes de presiones desde distintos ámbitos de interés.

La planificación en salud para aportar al diseño de líneas de acción que mejoren la situación de salud comunitaria debe estar fundada en un sólido análisis del que la propia comunidad debe ser parte para contribuir al cambio cultural esperado. A su vez esa planificación debe tener una dinámica tal que facilite la corrección de los programas y acciones y el abordaje de situaciones nuevas e inesperadas.

Es cierto que actualmente se verifican cambios que configuran lo que nosotros preferimos denominar *nueva epidemiología*, tales como el desplazamiento en la prevalencia de enfermedades desde las transmisibles a las no transmisibles, que el peso de la morbi-mortalidad se ha ido desplazando desde los grupos de menor edad a los de edades más avanzadas cambiando el patrón de la carga de enfermedad y que la mortalidad ha perdido fuerza a manos de la morbilidad, sus secuelas e invalideces que alteran la calidad de vida.

Pero además, los extremos del ciclo vital han cambiado para quienes acompañan el proceso salud-enfermedad. Así se incorporan en una punta todo lo vinculado con la fertilización asistida y en la otra lo referido a la muerte digna, pasando por temas que hasta hace poco tiempo no estaban en agenda como violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia social, violencia de las fuerzas de seguridad, adicciones y consumos conflictivos de drogas legales e ilegales, interrupción legal del embarazo, incidentes y lesiones de causa externa (tránsito, suicidios, homicidios, peleas callejeras), enfermedades provocadas por contaminación de las actividades extractivistas, diversidades sexuales, adolescencia y la asistencia integral de las personas mayores, entre otras situaciones escasamente desarrolladas hasta ahora en el campo de la salud.



Todo el cuadro conforma la **nueva epidemiología** que es el resultado de lo viejo no superado, lo nuevo que aún no abordamos en forma suficiente y lo que vendrá, que por ahora solo vislumbramos, pero que sin duda debe encararse observando con el gran angular que surge de la propuesta conceptual ya expuesta.

La epidemiología social como herramienta en tanto instrumento para mejorar nuestra lectura de la realidad, resulta necesaria para que las propuestas de intervención, o dicho de otra manera, las contribuciones que puedan concretarse desde el campo de la salud, resulten eficaces.

### 3. Información sanitaria y plan operativo. Del registro de producción a la planificación operativa anual (POA) y al monitoreo de metas sanitarias.

Los sistemas de salud en el territorio, influidos por el sistema estadístico nacional, han consolidado experiencia en el registro de la producción sanitaria que no debe abandonarse, pero hay poco desarrollo en instrumentar **dispositivos de planificación y monitoreo** que actúen como guía del accionar sobre la base de definir objetivos y establecer metas que debe ser vigiladas a medida que se avanza en el accionar para verificar su cumplimiento.

Criticamos los programas verticales, "enlatados" sujetos a financiamiento internacional que condicionan el desarrollo de las políticas regionales y locales de salud. Sin embargo, sostenemos que debemos aprovechar algunas de las aristas de esos programas en favor de nuestra postura. Uno de los principales aportes de los programas nacionales, como por ejemplo el Plan Nacer y ahora el SUMAR es justamente proponer "trazadoras", esto es indicadores útiles para el monitoreo dinámico de lo planificado. Si bien una de las razones por las cuales fueron propuestos esos parámetros tenía que ver con requisitos para que se concretara la ayuda financiera prevista por el programa, el desafío es desarrollar cultura de registro, evaluación y re-planteo dinámico del accionar en terreno, en independencia de esa presión condicionante.

Esto no es más que recuperar una práctica que dio excelentes resultados en Neuquén, la evaluación de los programas como el de "*control del menor*" o el de "*control de la embarazada*". Con las actualizaciones que corresponden, seguramente con nuevos y más precisos indicadores, de lo que se trata es de revisar en forma dinámica nuestra tarea para detectar los puntos flojos y "ajustar las marcas".

Debe además apuntarse que un déficit de los sistemas estadísticos es la devolución de la información a quienes la producen de un modo entendible y asible para la planificación local. Los datos que generamos a diario los trabajadores casi nunca vuelven sistematizados o si lo hacen es sólo para remarcar la productividad de cada efector en forma individual, generándose una suerte de competencia improductiva entre compañeros. Un ejemplo de ello es que para el sistema de información provincial (SIP) los profesionales no médicos no tienen una denominación específica. Los trabajadores sociales (TS) por ejemplo no cuentan con una forma de registrar la versatilidad de su tarea (entrevista domiciliaria por ej). Las actividades grupales, preventivas o de promoción inespecífica no son registradas porque no son sistematizadas por ningún sistema informático, perdiéndose información valiosa sobre temáticas abordadas, cantidad de población efectiva y potencialmente alcanzada, tiempo insumido, agentes involucrados, actividad intersectorial y recursos comunitarios invertidos en estas otras formas de generar salud. Resulta también en una pérdida de

insumos para una evaluación del impacto de esas mismas actividades preventivas y de promoción.

La planificación sanitaria debe expresarse en un **plan anual provincial**, con adecuaciones para cada zona y cada hospital que contenga indicadores trazadores que se transforman en los parámetros de medida para verificar la capacidad del sistema de avanzar en la dirección propuesta.

Se trata de asumir el desafío de recuperar el capital simbólico del "Plan de Salud", resignificado con sentido de accionar en el presente para construir salud colectiva, colectivamente.

**4. Fortalecimiento del sub-sector público.** De la brutal transferencia de financiera hacia el sector privado a la integración efectiva a favor del fortalecimiento de lo público (acuerdos sector público-obras sociales provinciales y nacionales).

Hace 12 años el entonces gobernador Sobisch pronunció una frase que resultó irritante pero debiera agradecérsela porque sinceró una decisión política de alto nivel. Dijo en Zapala el 11 de junio de 2004: *"Tenemos tan buen servicio de salud en Neuquén que los privados se están fundiendo y debemos revertir esa situación"*.

Efectivamente, esa frase es una señal de lo que marcó el inicio o profundización de una etapa de la historia del sistema neuquino de salud signada por la fuerte transferencia de fondos hacia el sector privado. Ese flujo se generó o directamente desde los hospitales incapaces de dar respuestas suficientes en cantidad (como ejemplo debe recordarse que hace casi 40 años que el sector público cuenta con la misma cantidad de camas de terapia intensiva), o usando a la obra social provincial como puente.

Está claro que los prestadores privados y sus intermediarios encarecen los costos de la salud y que no es posible aspirar en el corto plazo a la conformación de un sistema de salud único integrado. Sin embargo, fortalecer el Subsector Público que no tiene fines lucro ni intermediación, mediante una mayor asociación con el subsector la Seguridad Social, especialmente la administrada por el Estado (PAMI y Obras Sociales Provinciales) debe ser una asignatura a asumir.

Algunas de las líneas pendientes de desarrollo en especial con las OSP (en Neuquén el Instituto de Seguridad Social – ISSN) y PAMI son: incremento de las cápitas del PAMI a los hospitales públicos con expansión de su capacidad operativa (equipamiento y mejoras edilicias) para no afectar a la población sin otra cobertura que la estatal y su capacidad resolutoria para reducir en la medida de lo posible las transferencias al sector privado.

La inversión del ISSN en el sector público para mejorar el perfil de los hospitales públicos especialmente en alta complejidad atenuando la transferencia al sector privado y la instrumentación de sistemas automáticos para el recupero de cobro a las O.S. provinciales con aranceles y plazos de pago similares a los de los prestadores privados.

Otras tácticas de integración debieran ser la homogenización de guías clínicas, de formularios terapéuticos, vademécum de estudios, indicadores trazadores y dispositivos de monitoreo sanitario.

**5. Reformulación de la red de establecimientos.** De la estandarización a la definición de misión, visión y valores de cada hospital y de la red por complejidad creciente a las multi-redes flexibles.

Otra característica de los sistemas sanitarios provinciales es la definición de los efectores por niveles de complejidad estándar, lo cual resulta útil en función de establecer una red ordenada por complejidad creciente que pretenda un crecimiento armónico y adecuado a las demandas poblacionales.

Empero, una postura demasiado rígida en este sentido no facilita esa adaptación. Por el contrario, la formulación local participativa de la razón de ser del hospital, su visión y los valores que se pretenden sustenten su desempeño, contribuyen a la construcción de identidad, a consolidar un buen clima laboral y a incrementar el compromiso con la propia comunidad asistida.

Esto es ser capaces de asumir diferentes diseños de redes según el problema de salud que debe abordarse aprovechando las fortalezas del sistema sanitario en su conjunto, reafirmando el rol rector y regulador del Estado con la finalidad de garantizar accesibilidad con criterio de equidad.

Esas multi-redes flexibles deben ser monitorizadas en forma dinámica y eventualmente reformuladas para corregir oportunamente desvíos fruto de comportamientos oportunistas o de fallas en el diseño de los modelos de derivación si se perciben obstáculos para el logro de los objetivos propuestos.

Sin perder la idea directriz de red de complejidad creciente, debieran admitirse adecuaciones que faciliten dar respuestas oportunas y calificadas, preservando de esta manera uno de los aspectos fundamentales de la estrategia de la APS.

Resulta impostergable proyectar el crecimiento de la red considerando el crecimiento poblacional potencial con criterio de alcance regional, incorporando nuevas formas de organización hospitalarias como el caso de los hospitales SAMIC de gestión conjunta Nación-Provincia.

Algunos de los desafíos en este sentido son: la construcción de un **nuevo Hospital Castro Rendón** de alcance regional, un **nuevo hospital interzonal Zapala** como centro de referencia del eje cordillerano, el **desarrollo de la alta complejidad en el ámbito público** con especial énfasis en neonatología, oncología y cardiovascular (fortalecimiento de los servicios e incorporación de tecnología acorde) y el complejo sanitario que deberá dar respuesta al desarrollo demográfico previsto por en la zona de **Vaca Muerta**.

**6. Fortalecimiento de la APS.** Del primer nivel de atención a la recuperación del concepto de estrategia de la atención primaria de la salud.

Entendemos que los principios que inspiraron la originaria definición de APS como estrategia siguen vigentes, como sigue pendiente la resolución de los condicionantes más importantes que influyen en el nivel de salud de los sectores más postergados.

Muchos de los lineamientos básicos de esa estrategia ya se desarrollaban en Argentina y también en Neuquén antes de Alma Ata. Sin embargo, como es obvio, las

condiciones sociales, económicas y culturales que pueden dar plena vigencia a la implementación de esa estrategia están muy lejos de concretarse.

Aún sin jerarquizarse como se debiera el primer nivel, sí se ha avanzado en reconocer la importancia que tiene para el sistema de salud como puerta de entrada y primer contacto con los usuarios.

De todas formas es materia pendiente avanzar hacia el alineamiento de los perfiles de los llamados CAPs para propender a un programa provincial que conjugue con el nacional y consolide actividades, registros, sistemas de nominalización y clasificación de la población asistida, mecanismos de referencia y contra-referencia con el segundo y tercer nivel para facilitar el acceso oportuno de las personas que lo requieran.

En el primer nivel de atención, especialmente de los ámbitos urbanos, aparece como un desafío incrementar la capacidad del sistema de salud de articular con la comunidad aprovechando la potencialidad ya demostrada de la figura del agente sanitario o promotor comunitario de salud.

Pero como mencionamos al principio, **sobre todo es necesario fortalecer la APS como estrategia**, lo cual está directamente vinculado con el concepto de **redes en salud**, principal estrategia ordenadora de las acciones sanitarias en el territorio, que lejos de estimular la competencia entre niveles de complejidad, además de mejorar y racionalizar el acceso a servicios, seguramente optimizará el uso de la inversión en salud.

Asumir la APS como estrategia está en línea con el concepto de salud esbozado al comienzo, es decir en el marco vigente de los tres conceptos de bien-ser, salud como política social y como política de Estado.

## 7. Formación de trabajadores de salud. De la fábrica de especialistas a la fragua de actores políticos comprometidos.

El discurso sanitario debe trascender sus fronteras para constituirse también en los campos de la educación, del trabajo, de la obra pública, de modo tal de incorporar en estas concepciones que permitan trasladar en lo operativo, políticas extra-sectoriales con una fuerte incidencia en el campo de la salud.

Sin apartar el acento en lo que al sector le compete, ya que en primer lugar los trabajadores de salud deben desarrollar destrezas específicas con idoneidad suficiente, entendemos que debe explicitarse con claridad aquellas acciones que no son de competencia propia de salud pero que mejoran las condiciones de salud generales. Para ello es necesario también que los trabajadores tengamos una mirada más amplia de la salud como fenómeno social.

La nueva epidemiología, influida por los cambios demográficos producto del envejecimiento de la población pero principalmente por el contexto dado por la determinación social, obliga a planificar acciones tendientes a un nuevo perfil formativo de los trabajadores de salud. Así será seguramente la formación en geriatría lo que otrora fue la pediatría, la integración de otras disciplinas lo que estaba acotada a las tradicionales relacionadas con salud, o la formación en epidemiología social como forma de entender como lo social determina el proceso salud/enfermedad superando la mirada clásica, aunque los cambios no se limitan a una materia en particular.

Hay entonces un aspecto esencial que se juega en el pre-grado (en las currículas y en el espíritu que prime en las casas de estudios) en tanto usina motivadora para lo que vendrá al obtener el título y también en la formación de pos-grado (especialmente las residencias), incentivando una mirada donde los principios rectores de una red que reconoce al otro, lo valora, se complementa con él y se asocia, resulta importante.

Este tema no se limita a la formación médica, sino que se extiende a otras disciplinas que actualmente forman parte de los equipos de salud y otras que deben incorporarse. La formación permanente debe dar respuesta a los nuevos desafíos, incluyendo nuevas especializaciones en enfermería, administración, estadística y servicios generales y básicamente el asumir que cada trabajador de salud debe constituirse en un actor político al servicio del proyecto colectivo.

En consecuencia aparecen como retos vinculados con la formación de los trabajadores:

- Facilitar instancias desde el nivel central, las zonas sanitarias y las direcciones de hospitales.
- Concretar espacios de capacitación distribuidos geográficamente, para facilitar el acceso.
- Pero también capacitaciones y reuniones zonales y provinciales por disciplinas o áreas que favorezcan el intercambio de experiencias entre los agentes de distintos lugares de la provincia, comparando nuestras prácticas y afianzando lazos personales que sirvan para el trabajo.
- Facilitar rotaciones por otros servicios (de mayor complejidad) o con experiencias innovadoras que tal vez sean en un hospital del mismo nivel de complejidad o aún menor. Solo algunos ejemplos: taller de juegos en Hospital Andacollo (baja complejidad); consultorio de prótesis dentales en Hospital Chos Malal; cuidados paliativos de Hospital San Martín de los Andes u Hospital Cipolletti (en este caso en la provincia vecina); diálisis en Hospital Chos Malal.

**8. Desarrollo integral del trabajador de salud.** Del pago por salario a nuevas formas de remuneración y crecimiento del trabajador de salud (Ley de carrera sanitaria).

Tenemos el convencimiento de que lo más importante del sistema de salud son sus RRHH y observamos que se ha descuidado el actor principal, el talento humano de los que conforman el equipo de salud, su más preciado capital.

El Estado no puede eludir su responsabilidad de asegurar condiciones laborales dignas a los trabajadores, estabilidad, plenos derechos laborales, salarios acordes, infraestructura y tecnología adecuada. Por esa razón el primer paso en esa dirección es avanzar decididamente **eliminando las modalidades precarias de contratación laboral.**

El desarrollo integral de los recursos humanos, pilar fundamental del sistema de salud, requiere que se tengan en cuenta criterios de ingreso al sistema, requisitos de idoneidad a ser exigidos, fomento explícito de desarrollo profesional consolidando un **sistema que premie el mérito y valore el desempeño en función de los logros colectivos.**

Adviértase que se pone el acento en la contribución al trabajo del equipo antes que al mérito individual, el cual por otra parte es difícil evaluar en una actividad que requiere necesariamente de la asociación con otros para lograr buenos resultados.

Al mismo tiempo debe justipreciarse por un lado los derechos de los trabajadores y la preocupación por garantizar condiciones adecuadas de trabajo y por otro lado el compromiso asumido bajo regímenes laborales que se adecuen al contexto y las necesidades cambiantes de la sociedad rescatando el **concepto de "servidor público"**.

Aparece como un desafío del escenario actual el poder completar los planteles básicos de algunos hospitales, especialmente en los pueblos y ciudades más pequeños y alejados. Por esa razón algunas de las medidas que otrora fueron pilares del sistema de salud neuquino deben ser actualizadas y empleadas como instrumentos válidos para superar esta coyuntura. Entre ellas la **jerarquización de la "dedicación exclusiva"**, el reconocimiento de algunas situaciones especiales como la **"ruralidad"** sin limitarla solo a médicos y odontólogos, la facilidad para disponer de **vivienda** en las localidades más alejadas y la actualización del pago por **"zona desfavorable"**.

La búsqueda de contar con una **Ley de Carrera Sanitaria (LCS)** debe constituirse en un instrumento que aporte el equilibrio necesario entre los intereses de todos sin perder de vista que el fin último del trabajo sanitario es la atención efectiva, eficiente, oportuna y de calidad de la demanda.

Hay experiencias dispares en las provincias respecto de los espacios instituidos para discutir en paritarias convenios colectivos de trabajo. Algunas provincias cuentan con leyes de carrera sanitaria, otras reconocen antecedentes frustrados y algunas no han avanzado en este sentido. La LCS es propuesta como un instrumento que el sistema de salud elabora y propicia para permitir al Estado contar con un marco preciso de principios generales, metodológicos y de acción, capaz de encuadrar y orientar las estrategias, políticas y dinámicas de gestión de los recursos humanos del sector.

La discusión y eventual posterior implementación de un marco normativo de este tipo, deberá asumir el desafío de pensar en formas remunerativas diferentes a las actuales para que sirvan al objetivo de los logros sanitarios, pensando al trabajador como integrante de un equipo de salud, antes que como un competidor que individualmente pugna por mejorar su situación salarial. Por otro lado ese marco necesariamente debe considerar los demás aspectos que hacen al desarrollo del trabajador de salud (formación, condiciones de trabajo, licencias comunes y especiales, cargos de conducción, etc.), el diseño de una pirámide salarial armónica y el reconocimiento de tiempo insumido en tareas que no necesariamente ocupan los horarios institucionales clásicos (participación en acciones comunitarias en horarios decididos por otros sectores o grupos comunitarios).

**Al mismo tiempo el convenio colectivo de trabajo entendemos debe ser un ámbito permanente de debate y toma de decisiones.** En este sentido entendemos que las **comisiones mixtas** en los ámbitos laborales donde se institucionalizan contactos fluidos y permanentes entre los cuerpos de delegados y las conducciones de los hospitales, deben propiciarse para vertebrar estrategias que al mejorar la comunicación al interno de las organizaciones, faciliten la implementación de espacios para reflexionar sobre la propia tarea y mejoras en el clima laboral. En el Hospital Chos Malal implementamos con éxito, pero durante un corto período, un espacio de este tipo que sirvió para construir acuerdos en torno a situaciones sencillas pero que a la postre, de no resolverlas, generan cuadros complejos con conflictos que cuesta mucho desarmar.

**La salud del trabajador de salud.** No alcanza con los exámenes periódicos dirigidos a los que están obligadas las ART. Si pensamos la salud como producto de múltiples interacciones, pues el departamento de salud laboral debe abordar la salud del trabajador de salud, que tiene aristas peculiares, asumiendo esa complejidad, estableciendo una sistemática de acompañamiento eficaz.

**9. Política provincial de medicamentos e insumos sanitarios.** De ser compradores compulsivos de medicamentos a ser productores públicos, y de la receta magistral al formulario terapéutico.

Una de la líneas estratégicas que se esperan aporten autonomía a los sistemas públicos de salud es sin duda el fortalecimiento de los laboratorios públicos de medicamentos y otros insumos sanitarios.

Se asume como un desafío la producción a escala regional en principio, de medicamentos esenciales y de uso frecuente para el primer nivel de atención y soluciones parenterales, que permitan abastecer la demanda de la región.

El laboratorio público rionegrino (actual **PROZOME**) es sin duda una pieza clave para dar respuesta a este tema, requiriendo inversión para mejorar su infraestructura, equipamiento y planta de personal, además de modificar su marco jurídico de tal forma de facilitar su inserción en el mercado.

Se espera que esa planta de producción pública cuente también con un departamento para el desarrollo de diferentes líneas de productos de probada efectividad terapéutica incluidas en el formulario terapéutico, que en principio asuma la producción de las drogas huérfanas pero que no se limite a ese campo.

Si bien se emparenta con la micro-gestión en tanto hace a la interfase médico-paciente, debe connotarse como un desafío fortalecer el Comité Provincial de Medicamentos que en base a recomendaciones nacionales diseñe, implemente y revise en forma dinámica un **formulario terapéutico provincial (FTP)** que actúe como guía facilitando el ordenamiento de uso del recurso (medicamentos) que insume la tercera parte del gasto en salud.

En línea con uno de los principios de la APS (. . . *métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables* . . .<sup>26</sup>) y con el otro pilar que sustenta nuestra propuesta, la interculturalidad, rescatamos la experiencia de la "Red Jarilla", de elaboración de remedio "populares" en base a plantas del lugar, que recoge el conocimiento ancestral y lo mixtura con el conocimiento académico en una suerte de sincretismo con mucho camino por recorrer aun.

**10. Educación para la salud y comunicación en Salud.** De folleto artesanal al uso intensivo de los multimedios.

Con el mismo concepto que para las vacunas, el campo de la salud debe interactuar en forma fluida con el campo de la educación para aprovechar todas las oportunidades posibles en función de bregar por cambios en los estilos y hábitos de vida. Para ello surgen como asignaturas pendientes (en algunos casos totalmente y en otros con avances parciales) los siguientes:



- **Coordinación con el Sistema de Educación** formal en sus distintos niveles, de tal forma de incorporar contenidos de salud en cada instancia, a cargo de los docentes o en conjunto con integrantes del sector salud (público y privado) de forma coordinada, con un mensaje uniforme de clara direccionalidad.
- **Coordinación con otras entidades públicas y privadas.** Entre ellas propiciar uso intensivo y programado de los medios masivos de difusión, con o sin participación directa del sector salud.
- **Desarrollando acciones propias del sector:** Talleres y otras actividades grupales con programas definidos y mecanismos de evaluación de impacto de las mismas en el territorio. Acciones de educación en todos los puntos de la red del sistema (público y privado) en todo lugar y por todos los integrantes del sistema, utilizando las plataformas multimediáticas disponibles a partir de instrumentar un área coordinadora de la promoción de la salud.
- **Propiciar un tipo de comunicación dialógica y no unidireccional.** Resulta necesario comunicar mejor contando actualmente con más y mejores instrumentos para ello, con criterio de adecuación territorial. El contenido de los mensajes, entre otros aspectos, debe destinarse a:
  - ✓ Formación en salud de las personas, especialmente responsables de crianza y cuidadores de personas mayores.
  - ✓ Promoción de hábitos y estilos saludables.
  - ✓ Prevención de patologías de alto impacto en el perfil epidemiológico regional y local.
  - ✓ Información sobre los planes y actividades desarrolladas por el sistema de salud.
  - ✓ Difusión de los derechos de los pacientes y las familias.
  - ✓ Esclarecimiento sobre el uso de técnicas, procedimientos y dispositivos de diagnóstico y tratamiento.
  - ✓ Fortalecimiento de la idea de redes en salud y complementación inteligente de los recursos disponibles.
  - ✓ Espíritu crítico con respecto a métodos diagnósticos y terapéuticos con tecnología avanzada y utilización de medicamentos.

Para todo lo anterior aparece como desafío el avanzar en la constitución de **escuelas promotoras de salud** en conjunto con el nivel nacional (Departamento de Educación para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación) y el desarrollo de **audiovisuales propios** para difusión en el ámbito escolar y comunitario.

## 11. Investigación epidemiológica y de gestión. Del "me parece" a la comprobación basada en la evidencia científica y empírica.

Producimos información muy rica que debemos procesar de forma adecuada para luego distribuirla eficazmente de tal manera que sirva para estimular la investigación en todos los puntos del sistema. Sostenemos que es necesario imbuir a todos los actores del sistema de la importancia de investigar y aportar al conocimiento sobre qué le pasa a nuestra gente y cómo podemos mejorar nuestra tarea en forma efectiva.

Deben implementarse activos sistemas de estímulo para incentivar actividades de investigación tanto en lo referente a lo técnico asistencial como en aspectos de gestión administrativa y financiera. Las líneas de investigación deben incluir también la profundización en la difusión del conocimiento popular, la interculturalidad en salud y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables como notas sustantivas.



En línea con lo anterior resulta necesario **afianzar y profundizar el vínculo del Ministerio de Salud con la universidad pública** (Universidad Nacional del Comahue y Universidad Nacional de Río Negro), promoviendo convenios de cooperación tanto para apoyo del ministerio y la red pública para la formación de pre-grado y pos-grado, como para avanzar en líneas de investigación, especialmente en temas de fuerte impacto operativo, que colaboren al mismo tiempo para avanzar en los vínculos de la universidad con la comunidad.

**12. Evaluación de tecnología.** De la postergación sumisa al capital privado a la vanguardia con racionalidad popular.

Neuquén ha producido un gran avance en esta materia constituyendo la **Dirección Provincial de Gestión de Tecnología Biomédica** como unidad organizativa de carácter político-técnico en el ámbito de la autoridad sanitaria. En este sentido aparece como un desafío fortalecer esa unidad, incrementando sus recursos, fundamentalmente humanos, integrando representantes de los demás subsectores y de todos los actores involucrados en el problema, con el objetivo de concretar evaluaciones exhaustivas de nuevas tecnologías o nuevas aplicaciones de tecnologías, a fin de habilitarlas para el uso en el sistema de salud una vez que se haya demostrado su justificación técnico-científica, ética y social.

En este mismo andarivel se incluye abordar evaluaciones que tienen que ver con tecnologías de gestión administrativa, especialmente si al mismo tiempo se avanza en constituir al Consejo Provincial de Salud como organismo autárquico. Esta aparece como una excelente oportunidad para generar una usina de recomendaciones prácticas al servicio de un nuevo dispositivo que para aportar a construir salud debe ser dinámico, efectivo y eficiente.

**13. Acuerdos de integración regional.** De la ignorancia del otro a la sinergia de los recursos regionales disponibles.

La complejidad del sistema de salud impone la necesidad de acordar con otras jurisdicciones y estamentos, dispositivos que faciliten el acceso de todos los argentinos a una atención de salud calificada de acuerdo al riesgo. Por esa razón deben propiciarse acuerdos de integración con reglas claras que faciliten la gestión de los efectores, evitando tener que apelar al voluntarismo condicionado a circunstanciales relaciones interpersonales.

Concretamente, la integración de los sistemas públicos de las provincias patagónicas, en especial con Río Negro, deben estar en la agenda de los decisores sanitarios para propender a un mejor aprovechamiento de los recursos, entendiendo que la población usuaria no reconoce límites geográficos, políticos o administrativos a la hora de procurar una mejor atención a sus demandas.

**La meso gestión en salud** (niveles zonales y direcciones de hospitales)

**14. Profesionalización de las conducciones sanitarias.** Del médico destacado al gerente bilingüe

Aunque la palabra gerente remita a concepciones mercantilistas, se emplea para hacer más notorio el paso de sistemas que priorizaban la designación de autoridades sanitarias con criterios tales como la trayectoria profesional (*"es una eminencia"*), el reconocimiento de los pacientes (*"es un médico muy querido"*) o es afín políticamente; a otro donde no sólo se busquen, sino que activamente se promueva, a trabajadores de salud con una mirada epidemiológica en inserción comunitaria con perfil adecuado para asumir la complejidad de la coordinación integral de instituciones de salud. Por otra parte, cuando hablamos de bilingüe nos referimos a la necesidad de que las conducciones tengan formación y conocimiento de cuestiones sanitarias y económicas.

Según las normativas aún vigentes en Neuquén, sólo se pueden presentar a concurso para la dirección de los hospitales y centros de salud profesionales médicos y odontólogos, excluyendo al resto de profesionales y a otros trabajadores no profesionales que podrían estar mayormente calificados para ejercer la conducción. Se corre el riesgo también desde este costado de reducir el concepto de salud, se refuerza el modelo médico hegemónico y se desanima a formarse a otros integrantes potencialmente capaces para la gestión y la conducción.

Es muy difícil que ese perfil surja en forma espontánea, o dicho de otra manera, que en una misma persona se reúnan las aristas deseadas. De ahí la importancia de lo referido al mencionar a Fernando Flores en términos de uso adecuado del tiempo disponible por capacidad para distribuir el juego por un lado, y de formación de masa crítica capacitada por otro.

Por eso para asumir estos roles con el respaldo del reconocimiento del sistema y el conocimiento que en parte se adquiere en los claustros pero fundamentalmente en el campo práctico, deben generarse instancias de formación en servicio, que promuevan la formación de cuadros de conducción para el sistema de salud, tanto para asumir responsabilidades en el ámbito local, como zonal y central. Uno de los desafíos de nuestro sistema de salud es en consecuencia la creación de una **Escuela de Pensamiento y Gestión en Salud Pública**.

**15. Nominalización de la población y clasificación según riesgo.** Del área programa a la población nominalizada y de la demanda espontánea a la búsqueda activa.

Frecuentemente, especialmente en los efectores de menor complejidad, se sostiene que se conoce a la población asistida que es por otra parte aquella que reside en un área geográfica delimitada.

Sin embargo, además de no ser esto estrictamente cierto, actualmente resulta insuficiente. El desafío es pasar a conocer a la población asistida no solamente con nombre y apellido y relaciones familiares, domicilio y otros datos, sino además clasificar a cada persona según riesgo para direccionar las acciones sanitarias con mayor efectividad, lo cual requiere de otra postura frente al concepto de cobertura. Es asumir el desafío del concepto de territorio y el de ir a la búsqueda para que nosotros como recurso comunitario podamos devolver algo de todo lo recibido.

Nuevamente es volver a nuestra mejores tradiciones en forma actualizada, quizás considerando variables que antes no teníamos en cuenta (uso indebido de sustancias, violencia en sus distintas expresiones), identificando algunas que hoy son de atribución de otras áreas, aunque igualmente vinculadas con nuestro campo de acción (provisión

de agua, manejo de excretas, tipo de calefacción, etc.), pero sin dudas la detección de familias y personas en riesgo para luego accionar para mejorar su situación entra dentro de nuestro espacio de responsabilidad.

Esto último troca el concepto de estar a la espera de la demanda espontánea a salir a la búsqueda activa de personas con factores de riesgo para detectarlos y acompañarlos por un lado, pero también para trabajar en conjunto con la comunidad para reducir la presencia colectiva de esos riesgos.

Proponemos estas acciones enmarcadas en la idea de facilitar la autonomía de las personas, la solidaridad y la empatía, con una concepción alejada del paternalismo y la subestimación del otro. Dicho de otra manera, intentando superar el tan enraizado "*nosotros sabemos lo que te conviene para tu salud*" y ese otro perfil muchas veces ejercido desde Salud Pública como órgano de control de la población que dicta las normas del buen vivir o la "*buena salud*".

## 16. Equipos de salud. Del equipo básico de salud a la integración de redes comunitarias

La evolución de los equipos básicos de salud en el PNA fueron evolucionando incorporando nuevas disciplinas, o al menos nuevas para ese nivel de atención. Así hoy sostenemos que resulta deseable que en todo CAPs haya equipos con agentes sanitarios, enfermería comunitaria, médicos generalistas formados y de acuerdo al perfil de la población asistida (número y perfil epidemiológico) algunos especialistas (pediatría, clínica, tocoginecología), trabajador social, trabajador de salud mental, odontólogo, obstétricas, administrativos y personal de estadísticas, servicios generales y de apoyo. Jerarquizamos el rol del **agente sanitario y del promotor de salud barrial**, figura ésta de escaso desarrollo en nuestro medio.

Pero la dinámica comunitaria y las organizaciones de base que se van consolidando en los barrios deben incorporarse como actores del proceso de atención. La alianza dinámica con esos colectivos debe ser tal, que se produzca una sinergia de esfuerzos a favor de la comunidad local. Es esperable en consecuencia que ese diálogo sostenido permita mejorar la captación y abordaje interdisciplinario e intercultural de situaciones de riesgo, además de facilitar acciones relacionadas con la promoción y prevención en salud.

El concepto se resume en pensar que no alcanza solo con enriquecer los equipos de salud, **es necesario además conjugar con otras iniciativas comunitarias**, en muchos casos con mayor inserción que las propias del sector salud.

## 17. Contrato sanitario. De la cobertura universal a la prestación efectiva explícita

En línea con el punto anterior otro desafío es pasar de la supuesta, aunque nunca cumplida del todo, cobertura universal, a contar con un **conjunto de prestaciones explícitamente demarcadas** que se garanticen a todos los ciudadanos y ciudadanas, sin distinción acciones de probada eficacia.

No se trata proponer el discurso neoliberal de "*paquetes mínimos*", sino sostener que con criterios basados en la evidencia, debemos asegurar un conjunto de acciones sanitarias que abordan los principales momentos del ciclo vital estableciendo en forma explícita el compromiso que asume el sistema sanitario como proveedor. Ese conjunto

cualitativa y cuantitativamente debe ser igual para todos de tal manera de constituirse en un compromiso de exigencia cumplible en cualquier punto de la provincia, es decir tiene que ver con desarrollo de ciudadanía, esto es asumir a cada habitante como sujeto de derecho.

De esta manera se apunta a que los problemas de salud de mayor impacto sanitario cuenten con una forma de abordaje de probada eficacia, dinámicamente modificable de acuerdo a la evolución del conocimiento, sin diferencias de acuerdo al tipo de cobertura de seguro del ciudadano. Valga redundar diciendo que esto no excluye otras prestaciones, menos frecuentes pero que de presentarse, también deben ser garantizadas por el Estado.

Un buen ejemplo de lo que proponemos entorno de este desafío es la cartilla del "*Plan Qunita*", cuyo objetivo general era promover mejoras en el acompañamiento de la familia durante el embarazo, parto y crianza de niños y niñas. En ese marco la cartilla explicitaba los derechos de la mujer durante esa etapa y las prestaciones y acciones que el sistema de salud se comprometía a brindar, sirviendo esa guía para orientarla en el proceso de atención.

**18. Centralizar-descentralizar, recupero financiero y otros aspectos administrativos y financieros.** Sobre los paradigmas de la centralización y la descentralización y la economía al servicio de los intereses populares.

Sostenemos que no debe plantearse la centralización y la descentralización como un dilema o como opuestos que responden a distintos enfoques ideológicos.

La descentralización no es un paradigma, es un instrumento. Puede conducir a inequidad sobre la base de desigualdades locales o periféricas que deben ser tenidas en cuenta. La combinación de centralización / descentralización orientada a la justicia social sería la combinación correcta producto del análisis de cada situación en particular y en su coyuntura, considerando cuestiones tales como economías de escala, activos específicos, tamaño poblacional, etc.

Desde nuestro punto de vista el "**recupero financiero**" (RF) en los Hospitales Públicos, debe asumirse como el proceso mediante el cual éstos recuperan parte de los recursos invertidos en la asistencia de personas que previamente han pagado a un seguro, o han aportado de su salario a una obra social, para eventualmente estar cubiertos ante la necesidad de ser atendidos por razones de salud. Es decir, que el RF es un sistema que se activa cuando una persona cubierta por un seguro, voluntario u obligatorio, pero que siempre ha pagado por ello a un tercero, es atendido en un Hospital Público. Quede claro que esta idea nada tiene que ver con pagos ..... por parte de los usuarios ya sea en forma directa o en forma encubierta como lo son los típicos "*bonos de cooperadoras*".

Si los hospitales no desplegaran ese proceso se estaría produciendo, como de hecho se produce, una transferencia directa desde un organismo público (Hospital Público) a otro de naturaleza privada (Seguro u obra social) que retuvo previamente una fracción de la masa salarial con esta finalidad. Es lo que se llama "subsidio cruzado". Esto es así porque los trabajadores y sus empleadores aportan a una entidad que retiene una fracción de los sueldos como salario diferido con un destino específico, en este caso asistencia sanitaria, y al mismo tiempo esos mismos trabajadores, vía impuestos, financian un sistema público que es el que finalmente los asiste. Con esa lógica, es

correcto desde nuestra mirada, que quien cobra por prestar servicios (pre-pagas, obras sociales, seguros) cuando no los brinda y lo hace otro por ellos (sector público) le reconozca a este último parte o idealmente, todos los recursos invertidos.

Así el RF se constituye en una de las fuentes de financiación a la que el Estado no puede, ni debe renunciar, en tanto resulta justo y razonable que aquellas entidades que cobraron por una prestación que finalmente no concretaron lo reconozca monetariamente a quien los reemplazó en esa obligación. Desde esta óptica limitar, restringir o impedir que el RF se ejerza plenamente significa lisa y llanamente atentar contra el Hospital Público en tanto se le niega a éste un recurso necesario para su funcionamiento. Por el contrario todo aquello que facilite o mejore ese proceso, con las condiciones que luego expondremos, desde nuestro punto de vista deben ser promocionados.

En el caso de la Provincia del Neuquén, la ley vigente y que regula el RF, es una norma creada durante la última dictadura cívico-militar, en febrero de 1982. Acaba de aprobarse una ley que modifica parcialmente esa norma legal, cuyo análisis debe ser objeto de otro texto, pero sirva esta referencia empero para mencionar tres aspectos que consideramos relevantes:

- a. El conjunto de trabajadores debe conocer el volumen del RF, como así también del resto de las fuentes de financiamiento y del presupuesto en general.
- b. Deben vertebrarse mecanismos para decisiones colectivas vinculadas con el uso de los recursos financieros disponibles.
- c. Debe prestarse atención para no caer en la trampa de pensarse el RF como fuente casi exclusiva o determinante de tal forma que altere la lógica propia del hospital público (recordar las malas experiencias en otras jurisdicciones del "Hospital Público de Autogestión").

#### 19. **Informática aplicada a la salud y telemedicina.** De la interconsulta presencial a cybersalud, de la planilla manuscrita a la "tablet".

Este aspecto abre el gran capítulo de la informatización en salud o el uso de las nuevas herramientas tecnológicas al servicio de la salud. Si bien hay experiencias exitosas que facilitan no solamente la tarea en un establecimiento, sino en el conjunto de la red, el desarrollo es francamente exiguo en las provincias, y dentro de ellas en las diferentes zonas.

En principio para avanzar en este aspecto resulta imprescindible que las condiciones básicas de provisión de energía eléctrica, telefonía y conectividad de internet estén resueltas en todos los puntos de la provincia, no solamente para poder aplicar estos avances, sino además por lo que implica para las comunidades en términos de mejor calidad de vida en todo sentido.

El empleo de este tipo de instrumentos, adaptadas a las realidades de cada lugar, pero con una base común propiciada por el Ministerio de Salud de la Nación para facilitar la gestión integrada del sistema, debe contribuir a la gestión hospitalaria desde todos los ángulos, centrando el diseño en el devenir del usuario por el sistema.

Un **Programa Provincial de Informática aplicada a la salud** debe consolidarse con el desarrollo de un sistema de gestión hospitalaria que progresivamente alcance a todos los efectores públicos del sistema, de tal manera de poder asegurar contar con

información de alta calidad, oportuna y fidedigna, asumiendo a ésta como un insumo imprescindible tanto para la gestión, como para la definición de políticas y estrategias que respondan al perfil epidemiológico, productivo y social de nuestra provincia.

Se requiere que el programa brinde soportes informáticos útiles, uniforme y de probada eficiencia para todos los usuarios de la red provincial teniendo como primer objetivo concretar la inter-conectividad digital entre todos los establecimientos y entre éstos y el nivel central.

Así se espera generar la **historia clínica informatizada única** identificada con el número de documento del paciente y disponible desde cualquier punto de la red. También se pretende contar con sistemas de registros y vigilancia, de recupero financiero, de administración hospitalaria y demás módulos englobados en un **sistema informático de gestión integral**.

La digitalización de las imágenes, las teleconferencias, y el desarrollo de *cybersalud*, no solo acercarán a todos los ciudadanos a los centros de mayor complejidad con el menor esfuerzo de traslado posible, sino que facilitará la integración de los niveles de complejidad, la formación de los equipos de salud de los efectores de menor complejidad y contribuirá a optimizar el sistema de referencia y contra-referencia.

Este tipo de instrumentos debe decirse que facilitan, pero no es su cristalización la condición indispensable para lograr superar algunos de los desafíos que aquí se plantean, por lo que no podemos los trabajadores de salud refugiarnos en excusas vinculadas con este aspecto para no avanzar en el campo de la salud. Al mismo tiempo resulta válido apuntar que el aprovechamiento inteligente de este tipo de tecnología impone cambios culturales en los agentes, algunos de los cuales solo serán posible con el recambio generacional de los trabajadores de salud, también en la comunidad asistida que se espera interprete progresivamente las ventajas comparativas de apoyarse en este tipo de recursos.

## 20. **Accesibilidad al Sistema de Salud.** Del horario corrido a la extensión horaria y de la cola al mensajito y del paciente con un papelito a la oficina de gestión de pacientes

La implementación efectiva de la telemedicina se espera que reduzca pero no elimine el traslado de pacientes desde centros de menor complejidad hacia otros de mejor capacidad de resolución, por lo que éstos deberán disponer de dispositivos seguros que reciban y orienten a los usuarios especialmente cuando se traten de pobladores rurales con poco o ningún conocimiento de la ciudades más complejas.

Constituir o consolidar cuando ya las hay, oficinas de gestión de pacientes que sirvan de articulación para la recepción, estancia y regreso de los pacientes y sus familiares a sus lugares de origen, deben ser objetivos de una gestión que se proponga mejorar la calidad prestacional en forma integral, humanizando el trato y aportando a incrementar la confianza hacia el sistema sanitario.

Este es otro de los desafíos que enfrentan hoy todos los sistemas de salud, esto es **construir vínculos con los usuarios basados en la confianza**, cualidad necesaria como valioso insumo a favor de la recuperación de la salud del paciente.



Los agentes (enfermeros, camilleros, médicos, choferes) sienten que operan en la *trinchera* de la guardia, expresión que resulta cabal representación de lo que se vive a diario, ante el incontenible incremento de demanda de servicios de urgencia.

Sin embargo, ¿cuánto de esa situación es el resultado de nuestro propio accionar al perder de vista la razón de ser del campo de la salud? Seguramente hay más componentes que justificarían esta pregunta y obviamente muchas respuestas complementarias entre ellas. Sin embargo, debe asumirse que los establecimientos de salud deben estar al servicio de la dinámica social de la comunidad asistida y por lo tanto los **dispositivos para facilitar la atención y el acceso mismo al derecho a la salud** también deben acompañar esos tiempos.

Lo contrario entre otros aspectos no deseados, llevará a seguir incrementando el volumen de consultas evacuadas en los sistemas de emergencia que dejan de ser tales, para transformarse en consultorios de horario extendido pero de baja calidad, entre otras cosas por la falta de registro, la discontinuidad en el proceso de atención y la asistencia limitada a lo sintomático.

Sirva esta mención para reivindicar también la visita del equipo de salud al territorio invirtiendo la tendencia actual de concentrar la consulta en el hospital perdiendo de a poco la fortaleza de otrora.

Resulta inadmisibles que un usuario del sistema de salud actualmente deba concurrir en horarios inusuales al hospital para pedir un turno cuando existen dispositivos al alcance de una gran mayoría que pueden ser implementados con tecnología relativamente sencilla para facilitar el acceso a la atención en forma programada y ordenada.

Es necesario consensuar con los equipos de salud con participación ciudadana, **nuevos sistemas de otorgamiento de turnos**, incluso para orientar la consulta fortaleciendo la estrategia de la APS.

Hay hospitales, cómo el nuestro, que progresivamente han incrementado los recursos (humanos y financieros) destinados al servicio de guardia, sin tener una mirada integral del proceso de atención. Así, la remuneración de las actividades extraordinarias se ha convertido en una parte sustancial del sueldo, por lo que muchos agentes prefieren realizar éstas antes que las "ordinarias" (atención en consultorios, en domicilios, en el área rural, actividades de prevención y promoción de la salud). Inclusive esta tendencia importa en tanto el "*estar de guardia*" ha adquirido una relevancia que hace a conquistar grados de capital simbólico, tanto para los médicos, como para los enfermeros y el resto del equipo. Es decir han cambiado, de alguna manera lo que se considera más importante y con ello lo que otorga más reconocimiento dentro del campo.

## 21. **Arquitectura para la salud.** Del edificio con olor a hospital al hospital amigable.

Los establecimientos de salud (desde los CAPs hasta la alta complejidad) deben intentar ser "casas de salud". Para ello hay aspectos que deben ser tenidos en cuenta no solamente a la hora del diseño de un nuevo edificio, también cuando se planifican modificaciones o se piensa en el mantenimiento.

Los edificios hospitalarios han sido definidos como seres vivos que evolucionan con el tiempo y que si no se atiende ese devenir terminan desnaturalizando su razón de ser,

su objetivo y su sentido. El edificio hospitalario debe ser amigable para los trabajadores de salud y fundamentalmente para los usuarios. No debe ser la arquitectura un obstáculo o un motivo de temor, de angustia o desasosiego.

Aspectos diversos pero necesariamente complementarios a tener en cuenta, sin con ello dar por cerrado un listado son: la iluminación y ventilación de los espacios, los colores de paredes, muebles y pisos; la señalética orientativa, los lugares destinados a expresiones culturales, los accesos facilitados y la amplitud de los lugares de pasos y espera.

Es importante tener en cuenta estos aspectos en especial para los CAPs, con énfasis en los del área rural, que durante años han estado descuidados, sin espacios adecuados para la atención de los usuarios, para el trabajo y bienestar de los empleados ni para el desarrollo de actividades grupales.

En este sentido, llama la atención la existencia de centros de salud sin carteles que los identifiquen lo cual hace a su identidad y su inserción como recursos de la comunidad barrial, y también las modificaciones edilicias que generan ampliaciones sin criterios arquitectónicos, sin respetar reglas mínimas de seguridad.

Esas "puertas de entrada" al sistema de salud deben ser los lugares más amigables y de la más alta calidad posible, en todo sentido, también en lo edilicio.

### Otros desafíos

Los descriptos, como fue mencionado al principio, no son los únicos desafíos identificables.

Desde la necesaria constitución de espacios de reflexión sobre el propio trabajo de los trabajadores de salud y el fortalecimiento de nuestras instituciones ciudadanas, hasta temas como la seguridad y protección hospitalaria, los nuevos esquemas de abordaje de problemas de salud, como los cuidados paliativos y la internación domiciliaria o las nuevas tecnologías sanitarias, deben ser temas de nuestra agenda de reflexión. Lo que antecede solo representa una invitación a esa necesaria actitud de crecimiento.

### □ Transformaciones posibles o líneas estratégicas

*"Nuestra liberación será obra  
de nuestra constancia, de nuestra fe y de nuestro valor.  
Saber que se está construyendo una patria es un estímulo bien grande para nuestras pequeñas vidas.  
Más no olvidemos **que toda obra grande es producto de la acción, no de la meditación ni de la esperanza.**  
La propiedad y la libertad se conquistan".<sup>27</sup>*

**Raúl Scalabrini Ortiz**

Si se asume la salud como producto del esfuerzo dinámico colectivo y los sistemas de salud como la respuesta social organizada para resolver sus problemas de salud, por lo tanto los procesos de transformación requeridos deben ser fruto del debate del conjunto antes que el resultado de una mente iluminada.

Por esa razón los que siguen son solamente algunas propuestas de líneas estratégicas a abordar en ese proceso de necesaria transformación.



**Memoria, símbolos, identidad.** Mucho se ha hablado durante años sobre la "*mística del sistema de salud*". De considerarlo un valor supremo caímos en desmerecer ese valor pensando que era una cuestión demodé. Proponemos recuperar el "plan de salud" en tanto capital simbólico convocante, como lo fue para muchos venidos desde distintos puntos del país atraídos por una provincia que mostraba un modelo de Estado de Bienestar y desplegaba un sistema de salud con alcance y presencia en cada rincón del territorio.

Ese sistema de salud, que se mantiene en pie gracias al esfuerzo de los trabajadores y que ha sorteado momentos muy complejos, que claramente atentaban contra ese modelo de Estado garante de la salud, debe ser nuevamente la bandera, seguramente actualizada y dando cuenta de los desafíos, pero con la vigencia de la consigna convocante.

En línea con el anterior comentario, rescatar la historia de trabajadores ya jubilados, de equipos de salud que se animaron a innovar y de eventos especiales en dónde todos aportaron cómo servidores públicos, no debe pensarse como expresión romántica aislada, sino como fuente de inspiración y ejemplo de lo posible en medio de adversidades, sin renunciar a principios éticos.

**Decisión política a partir de más ciudadanía.** La década del 70' fue muy importante para Neuquén en términos de logros en salud que fueron superiores al promedio nacional y a los de las demás jurisdicciones. Mario Borini en un estudio de su autoría cuestiona la explicación dominante que adjudica esos logros a la continuidad político-institucional, protagonizada por un partido político provincial, el Movimiento Popular Neuquino. Coincidimos en que "*la relación entre ambas variables (logros sanitarios y continuidad político-institucional) presenta contraejemplos, contradicciones y hasta paradojas en esa relación cuya comprensión requiere un análisis multidimensional que excede la simplificación de una explicación lineal, impropia de fenómenos sociales*"<sup>28</sup>.

Siguiendo a Borini acordamos que si una jurisdicción está favorecida por un proyecto nacional (en los 70' la región del Comahue, predominando Neuquén, fue el único polo de desarrollo nacional, entre otras cosas con la expansión de la explotación hidrocarburífera y el desarrollo del polo hidroeléctrico de El Chocón), puede obtener logros en salud siempre que aproveche las facilidades diferenciales que le otorga ese contexto, esto es direccionar flujos de capital para alimentar al sector salud, y así dar respuesta a las necesidades zonales y de los grupos sociales más postergados dentro de cada zona. Por el contrario, cuando esa articulación está ausente se fracasa en salud como en otras áreas esenciales a los derechos ciudadanos pese a asegurarse continuidad político-institucional.

Concluimos entonces que se requiere decisión política para vincular contextos favorables para el desarrollo de estrategias sanitarias que se alineen con los intereses populares. Pero el escenario casi medio siglo después es otro, seguramente más complejo.

Más allá de la declamación o promesas electorales, que muchas veces aprovecha la huella del mito del plan de salud neuquino, es con ejercicio de más ciudadanía como entendemos se sostendrá la vigencia de un sistema al servicio del Pueblo. Así, planteamos mecanismos de progresiva participación en salud, propiciando la conformación del Consejo Provincial de Salud y sus correlatos regionales y locales,

pero esos instrumentos resultarían insuficientes si no se cuenta con una actitud proactiva de los propios trabajadores para transmitir la vigencia plena del derecho a la salud. Dirá Borini ". . . *nada reemplaza una vigilia social inteligente que sea autocrítica respecto de los años rosa . . .*".

Para hacer posible el derecho a la salud además los trabajadores debemos constituirnos en agentes de difusión de leyes específicas que amparan los derechos de los pacientes tales como confidencialidad, autonomía, beneficencia, parto respetado, buen morir, salud mental, niñez y autonomía creciente, interrupción legal del embarazo, salud sexual y reproductiva, fertilización asistida, diversidad sexual e identidad de género, etc.

Ahí se juega claramente el rol que nos toca como trabajadores de salud en tanto actores políticos, y que resulta indelegable.

**Asumir el territorio y si "todos juegan", pues entonces, abrir puertas.** Asumir el territorio es asumir la complejidad de un conjunto que tiene una historia que lo determina cultural, social y económicamente y que tiene peculiaridades no solamente en cada zona de la provincia, sino además al interior de cada una de ellas.

Si en el campo de la salud *todos juegan*, debemos abrir puertas para que jueguen en ese campo los principales protagonistas: los usuarios como ciudadanos empoderados. Resulta riesgoso en un contexto de historia clientelar abrir canales que puedan tergiversarse y transformarse solo en espacios de quejas o demandas hasta cierto punto de vista infundadas, pero es al mismo tiempo cierto que la decisión política y las acciones de gobierno se desencadenan cuando los conjuntos sociales, interpelando la realidad, movilizan transformaciones. Para ello hay que animarse a hacer y dejar nacer un capítulo distinto, lo cual no es ni fácil ni rápido.

Requiere ejercicio de verdadero diálogo e intercambio de saberes, sin caer en los extremos de "el cliente siempre tiene la razón" (demagogia) ni el de la actitud soberbia y hegemonía médica dónde sólo el profesional, no solamente el médico, es el único que sabe la única verdad, ("poder científico").

Por otra parte, y especialmente para las actividades de promoción y prevención de la salud no siempre lo más conveniente es convocar **nosotros** a que venga la población a **nuestro** lugar de trabajo en **nuestros** horarios. Es imprescindible que conozcamos los espacios de convocatoria comunitarias y allí nos sumemos aportando los conocimientos y habilidades que poseemos en beneficio de la salud de todos.

**Preguntas, desencadenar procesos.** Estamos entrenados para dar respuestas, sean correctas o no, pero transmitidas con la contundencia necesaria para convencer y confirmar la asimetría de información que empaña las relaciones entre los trabajadores de salud y los usuarios. El sendero de las transformaciones debiera estar minado de preguntas que nos lleven a pensar y hacer distinto, a ponernos sinceramente en el lugar del "otro", y a desencadenar procesos aun sabiendo que durante ese tránsito habrá que ir corrigiendo y redefiniendo tácticas.

Perseverar en la idea de que es posible mejorar, aun sabiendo que no es sencillo porque complejo es el campo, y por esa razón, siguiendo a Scalabrini, decimos que "*luchar es, en cierta manera, sinónimo de vivir*".

**Conducir y coordinar, hacer!** Se requiere conducir las organizaciones y coordinar los distintos esfuerzos que se llevan adelante. Al mismo tiempo que se facilitan espacios para mantener viva la idea de re-pensar en forma dinámica la complejidad del campo de la salud, es menester conducir las acciones tendientes a hacer efectivo el derecho de acceso a la salud y también desde ahí aportar a la construcción de ciudadanía.

No adherimos a la idea de que espontáneamente todo se alinea a favor de un proyecto colectivo. Simplemente porque siempre hay intereses en pugna, por lo tanto lo que ocurre es el resultado de esas tensiones. Entonces cuando se acuerda un rumbo, y se construye consenso entorno de un proyecto, después hay que conducirlo y estar siempre atentos a las modificaciones que siempre hay que hacer cuando se avanza y a neutralizar los gestos, acciones y actitudes que atentan contra ese crecimiento.

Siguiendo a Antonio Machado decimos: "*Caminante, son tus huellas el camino y nada más; caminante no hay camino, se hace camino al andar.*" **Pensar y hacer, hacer y pensar, es la consigna.**

**Aprovechar los márgenes locales de libertad.** Escribíamos en el año 2000: "*Campea la incertidumbre, la desconfianza, los reclamos por dobles mensajes, los signos preocupantes de ingobernabilidad y hasta la intromisión de lógicas político-partidarias, que a veces se transforman en obstáculos para concretar decisiones técnicas eficaces y eficientes. Pese a este cuadro, cuya descripción podría ser más amplia y enriquecida con anécdotas de distinto tipo, muchos trabajadores de salud neuquinos sostenemos que aún tenemos ganas de pertenecer a esta red, a esta familia y a este proyecto, siempre en vías de completarse y mejorarse, a favor de la lucha por el pleno Derecho a la Salud. Muchos de nosotros, encontramos en el margen de libertad y autonomía local del que cada hospital dispone, una manera a veces no muy orgánica, quizás no siempre bien amalgamada con el resto y no sin ciertas dificultades, la posibilidad de recrear acciones que no sólo son intentos por sentirnos realizados en nuestra tarea, sino que además permiten concretar esfuerzos a favor de nuestra gente*"<sup>29</sup>.

Pasaron muchos años y esa idea sigue vigente en tanto siempre es posible encontrar esos espacios que no solamente resultan útiles a los usuarios en tanto aportan a construir salud, sino que además nos retroalimentan para seguir motivados.

Esos márgenes de libertad son las licencias para hacer a las que referíamos en el punto anterior, pero no deben interpretarse como señal de conformismo o adaptación a un contexto imposible de transformar. Tampoco como opciones personales o de pequeños grupos, persiguiendo la idea de "*hacer lo que me gusta*" o "*algo que no haga olas*".

Tenemos muchos ejemplos que ilustran lo que hemos podido hacer en nuestra zona norte, inclusive antes que en otros lugares de Neuquén.

En algunos casos se tratan de experiencias que deben consolidarse, conformando equipos sustentables, registrando y evaluando los proyectos locales, para que continúen más allá de la ausencia de algunos de sus impulsores originales. Algunos ejemplos desarrolladas al calor de los márgenes de libertad y consolidadas:

- **Programa de Salud Bucal y cepillado con flúor en escuelas primarias,** sostenido ininterrumpidamente desde hace más de 25 años con índices medidos de salud bucal que superan metas de la OMS.

- **PROAPOS** (programa de ayuda a personas con sobrepeso y obesidad), actividad grupal con participación numerosa especialmente de mujeres, con continuidad desde hace más de 15 años.
- **Grupos GIA para personas que padecen alcoholismo y sus familiares**, realizados en la mayoría de los hospitales de la zona, con actividades en red zonal y provincial, que elaboraron un Protocolo para el abordaje integral del consumo problemático del alcohol, basado en la experiencia de trabajo y el conocimiento académico.
- **Reuniones zonales mensuales de Odontólogos y de equipos Psico – sociales** dónde se aúnan criterios de intervención, se socializa información, se comparten experiencias y se acompañan a quienes desarrollan su actividad cotidiana como profesionales únicos.
- **Escuela Provincial de Capacitación de Agentes Sanitarios.** Es una experiencia más reciente pero que ya supera un lustro y que con centro en la zona norte se constituye en un espacio sostenido de formación de agentes de salud del primer nivel de atención.

Mientras que algunas acciones se van consolidando e instituyendo, como la práctica de Interrupciones Legales del Embarazo, también aprovechando los márgenes locales de libertad, otras que tuvieron un gran desarrollo inicial pero que se basaron casi exclusivamente en improntas personales, se discontinuaron (Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC o el Observatorio de Incidentes Viales Chos Malal que se trabajó en conjunto con municipio y policía local). También deben ser consideradas esas experiencias a la hora de hacer un balance crítico de nuestro accionar en función de la aplicación de la APS como estrategia.

Son en fin, como expresamos, esos márgenes que nos permiten adecuar programas verticales enlatados a las peculiaridades locales, que nos facilitan seguir reflexionando sobre nuestra tarea y en definitiva nos mueven a seguir peleando por un sistema de salud que recupere solidez y sustento ideológico a favor del Pueblo.

## Comentario final

El sistema de salud que requerimos para dar cuenta de los desafíos actuales y los que vendrán, siendo consistentes con el marco ideológico expresado será aquel que:

- ✓ **Dialogue con su propia historia** para rescatar sus mejores tradiciones y de esa manera recupere algo tan valioso como su capital simbólico;
- ✓ Asuma una mirada amplia de la salud como fenómeno social y se **comprometa con el devenir político, social y cultural de la comunidad**, facilitando la **participación popular efectiva**;
- ✓ Demuestre capacidad de autocrítica y **vocación de transformación**, flexible para adaptarse a los nuevos desafíos aprovechando todos los desarrollos innovadores, y que al mismo tiempo asuma con firmeza la defensa de los intereses populares, expresada como **Estado fuerte y presente** distribuyendo riqueza con equidad.

La lucha social por la salud aún no ha comenzado. Argentina en general y Neuquén mucho más, tiene un extraordinario potencial para conquistar el derecho efectivo de la población a iguales cuidados de salud frente a idénticas necesidades. Es un estandarte que ya está preparado y a la espera de una nación con voluntad de exponerla con decisión. Los trabajadores de salud debemos asumir el compromiso de contribuir a poder hacerlo.

**Dr. Daniel Esteban Manoukian**

Chos Malal, 2016

## Referencias y fuentes consultadas

- <sup>1</sup> **GOLLAN, Daniel, ROVERE, Mario y otros.** *"¿Qué hacer en Salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria"*. Editorial Colihue. Buenos Aires, 2015.
- <sup>2</sup> **Organización Mundial de la Salud.** La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.
- <sup>3</sup> **ALAN DEVER, G. E.** *"Epidemiología y administración de servicios de salud"*. OPS, Maryland, E.U.A., 1991.
- <sup>4</sup> **O.P.S.** *"Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS (HSD/SILOS-2), La Administración Estratégica"*, 1992.
- <sup>5</sup> **PALLARES MOLINS, Enrique.** *"Psicología del amor. Para comprender mejor esta fortaleza humana"*. Ediciones Mensajero. (páginas 20 y 21). Bilbao, España, 2012.
- <sup>6</sup> **MANOUKIAN, Daniel Esteban.** *"Construcción de redes en Salud, el caso Cutral Có – Plaza Huinul"*. Ediciones Isalud, Buenos Aires, 2004.
- <sup>7</sup> **SPINELLI, Hugo.** *"Las dimensiones del campo de la salud en Argentina"*. Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 275-293 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.
- <sup>8</sup> **SPINELLI, Hugo.** *Ibídem.*
- <sup>9</sup> **GIMENEZ, Gilberto.** *"La sociología de Pierre Bourdieu"*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, San Andrés Totaltepec, Junio de 1997.
- <sup>10</sup> **TORRES ALIAGA, Tomás y TORRES SECCHI, Alicia.** *"¿Por qué callan si nacen gritando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales. Iruya 1978-2008"*. ENDEPA – Equipo Nacional de Pastoral Aborigen. Formosa, 2010.
- <sup>11</sup> **CARRILLO, Ramón.** *"Teoría del Hospital" (1951), Obras completas I*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Rep. Argentina, 1974.
- <sup>12</sup> **ROVERE, Mario R.** *"Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud"*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96, OPS, 1993.
- <sup>13</sup> **TESTA, Mario.** *"Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)"*. Lugar editorial, Buenos Aires, 1995.
- <sup>14</sup> **ROVERE, Mario.** *"Redes. hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad"*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, Prov. de Santa Fe. República Argentina, 2000.
- <sup>15</sup> **TESTA, Mario.** *"Pensar en salud"*. Lugar editorial, Buenos Aires, 1990.
- <sup>16</sup> **ROVERE, Mario.** *"Redes. Hacia la construcción de redes en salud. . ."* *Ibídem.*
- <sup>17</sup> **FLORES, Fernando.** *"Creando organizaciones para el futuro"*. Editorial Dolmen. Santiago de Chile, 1997.
- <sup>18</sup> **TOBAR, Federico.** *"Reinventando la salud"*. Capítulo 2 "Dispositivos teóricos para el estudio de los sistemas comparados de salud". Ediciones Isalud. Buenos Aires, 1998.
- <sup>19</sup> **GEORGOPOULOS, Basil S. y MANN, Floyd C.** *"El Hospital como una organización"*. Del libro: Análisis de las Organizaciones de Salud, Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, Número 4, O.P.S, Washington D.C., E.U.A., 1989.
- <sup>20</sup> **ROVERE, Mario.** *"Redes. Hacia la construcción de redes en salud. . ."* *Ibídem.*

---

<sup>21</sup> **O.P.S.** "*Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*", Cuaderno técnico N° 46, Santiago de Chile, 1997.

<sup>22</sup> **CABASES HITA, Juan Manuel.** "*La controversia entre los principios de un sistema sanitario*". El Debate público privado en las políticas de salud. VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires, 1999.

<sup>23</sup> **Foro Social de Salud y Medio Ambiente.** "*22 Puntos por la Salud de la República Argentina en el Bicentenario*". 2010.

<sup>24</sup> **de HOYOS, Guillermo.** "*Atención Primaria de la Salud*". Universidad Nacional del Comahue, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Atención Primaria de la Salud I, Neuquén, Abril de 1999, actualizado en marzo 2014.

<sup>25</sup> **MERHY, Emerson Elias y ONOCKO, Rosana.** En "Praxis en salud, un desafío para lo público". Parte I: Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Lugar editorial. Buenos Aires, 1997.

<sup>26</sup> **OMS-UNICEF.** "*Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*". Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).

<sup>27</sup> **SCALABRINI ORTIZ, Raúl.** "*Política Británica en el Río de la Plata*" (1940) Editorial Plus Ultra, Buenos Aires, 2001.

<sup>28</sup> **BORINI, Mario.** "*Análisis de las políticas públicas de la provincia del Neuquén en salud, 1970-1979*" en "Realidad Económica", revista de ciencias sociales con referato editada por el Instituto Argentino para el Desarrollo Económico (IADE), N° 288, diciembre de 2014, Buenos Aires, pp. 133-150.

<sup>29</sup> **MANOUKIAN, Daniel Esteban.** "*Como aprovechar los márgenes locales de libertad*". Chos Malal, octubre de 2000.