

**Eje N° 1: DERECHOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS / Grupo de Trabajo:** Acciones colectivas en salud: políticas, desigualdades y demandas. Coord. Dra. Mariana Lorenzetti (IESyH-CONICET / FHyCS-UNaM), Esp. Lucía Genzone (IESyH-CONICET / FHyCS-UNaM), Dr. Miguel Avalos (IESyH-CONICET / FHyCS-UNaM)

**Gobernanza y organización de servicios de salud para la atención y cuidado de las personas con enfermedades no transmisibles. Estudio de casos múltiples en el primer nivel de atención del subsector público en Posadas, Misiones.**

**Sergio Gabriel Viudes**, Dr. en Ciencias Humanas y Sociales (UNaM), Esp. en Salud Social y Comunitaria (UNNE), Lic. en Psicología (UBA).

**Filiación institucional:** Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, FHYCS, UNaM, Maestría en Salud Pública y enfermedades transmisibles, FCEQyN, UNaM.

**Palabras-clave:** Salud-Enfermedad-Servicio de Salud-Derecho a la salud.

**Tema y justificación**

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la hipertensión arterial (HTA) son dos enfermedades no transmisibles (ENT) de gran prevalencia y causantes de discapacidad y muerte, e integran las prioridades establecidas en la meta 3.4 del Objetivo 3 de salud y bienestar, correspondiente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>1</sup>.

En la provincia de Misiones, las cuatro Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR, 2005, 2009, 2013 y 2018) permiten ver el incremento de las mencionadas enfermedades en la población de 18 años o más, al tiempo que dan cuenta del crecimiento de factores de riesgo comunes a las mismas, tales como el sobrepeso y la obesidad así como la baja actividad física, como puede verse en la última edición (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019).

Dadas las características que poseen estas enfermedades diferentes planes, programas y proyectos procuran modificar los servicios de salud, en particular del subsector público, para generar una atención centrada en la persona y no en la enfermedad, planificada y proactiva, en lugar de reactiva,

---

<sup>1</sup> En rigor el indicador 3.4.1 refiere de manera explícita a la DM y no a la HTA, sin embargo, esta se encuentra en la base de diferentes enfermedades cardiovasculares, sí mencionado en el indicador.

basada en la atención primaria de la salud y el primer nivel de atención, en lugar de especializada y centrada en las lógicas hospitalarias (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 20).

Los citados son algunos de los principios del denominado modelo de atención de las personas con ENT, o MAPEC (Laspiur, 2014), impulsado desde agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud de la Nación y desde el nivel provincial.

En este contexto resultó central conocer cómo es la organización real de los establecimientos del primer nivel de atención para la atención y cuidado de las personas con HTA y/o DM2, asumiendo que dicha organización repercute en el cumplimiento del derecho a la salud de la población. Desde el punto de vista conceptual, tales formas de organización fueron abordadas a partir del marco analítico de gobernanza tal como es desarrollado por Hufty (2010), y entiendo por gobernanza una clase de hecho social por el cual, mediante procesos complejos, colectivos humanos, ya sea de manera formal y/o informal, deciden y elaboran normas con relación a asuntos que son del orden de lo público.

Finalmente, antecedentes que evaluaron la calidad de la atención con base al instrumento PACIC (por sus siglas en inglés, *Test Patient Assessment of Chronic Illness Care*) desde la perspectiva de los usuarios en Centros de Atención Primaria de la Salud del subsector público de la ciudad de Posadas concluyeron que, siendo el promedio de puntuación 2,3 sobre un máximo de 5, “solo algunas veces se percibe la recepción de un sistema de cuidados acorde a un tratamiento de calidad de las ENT según el CCM”<sup>2</sup> (Viudes et al, 2022, p. 73).

### **El objetivo general del trabajo**

Explorar, describir y analizar las formas de organización de los Centros de Atención Primaria del subsector público de la ciudad de Posadas para la atención y cuidado de personas de 18 años o más con HTA y/o DM2.

### **Metodología empleada**

La investigación siguió una estrategia de tipo cualitativa y basada en el enfoque de estudio de casos múltiples. Se definió como casos a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del subsector público de la ciudad de Posadas. Los criterios de inclusión fueron que los mismos no estén ubicados en la zona céntrica de la ciudad, de menor cobertura pública exclusiva de la población, y la aceptación a participar del estudio mediante firma de consentimiento informado. La selección de los casos fue por conveniencia. También se incluyó la realización de entrevistas a informantes definidos como claves, dado su conocimiento y trayectoria en el campo sanitario.

---

<sup>2</sup> CCM, *Crhonic Care Model*, fue desarrollado a mediados de la década de los 90 por Wagner et. al. (1996), y es ampliado y difundido por la OMS a partir de 2002; en éstos desarrollos se basa el modelo MAPEC.

En términos teórico metodológicos se utilizó el Marco Analítico de Gobernanza (Hufty, 2010), definida la organización de los servicios como variable intermedia, explorando, describiendo y analizando el comportamiento de sus principales dimensiones, a saber: el comportamiento de los actores, las normas o reglas de juego, los puntos nodales, los procesos y las relaciones de poder. Al mismo tiempo se analizó el comportamiento de variables independientes, tales como el contexto, determinantes sociales de la salud, y el comportamiento de la variable dependiente, atención y cuidado de las personas con HTA y/o DM2.

Las técnicas de construcción de la información incluyeron entrevistas semiestructuradas y observación, desarrollándose el período de campo entre abril del año 2021 y septiembre de 2022. También se relevaron noticias de prensa del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, documentación referida a políticas, planes, programas y proyectos.

Las entrevistas fueron transcritas y abordadas como textos, utilizando el Atlas ti v. 6 como programa informático de apoyo. En el análisis se priorizó un abordaje hermenéutico interpretativo.

El proyecto en su conjunto y el modelo de consentimiento informado contaron con la aprobación del Comité de Bioética en Salud Humana de la Provincia de Misiones.

### **Resultados de la investigación**

Se seleccionaron tres establecimientos en los cuales se realizaron 12 entrevistas, incluyendo siempre a la persona responsable del mismo, profesionales y recurso humano técnico – administrativo. En calidad de informantes claves participaron 6 personas, todos profesionales con una antigüedad promedio en el sector de 17 años, tres de ellos/as de profesión médica. También se entrevistaron tres personas con HTA y/o DM2, siendo una de ellas tratada como informante clave por pertenecer a una asociación de personas con DM2. En total fueron 21 entrevistas.

Del análisis se concluye existe un abordaje centrado en la atención, y no en el cuidado, con preeminencia de modelos biomédicos y tratamiento farmacológico, en el contexto de una fragmentación horizontal, la cual se produce y reproduce dada la baja articulación entre profesionales, generando incluso que recurso humano de alto valor en el abordaje de la HTA y/o DM2, como lo es el perfil nutricionista, no siempre sea parte del abordaje.

En clave de gobernanza y normas regulativas, es decir las propias del sector, esta baja articulación es leída en términos de un hábito (Bourdieu, 2010) que se resume como “estar de paso” por los CAPS de parte de los profesionales, y un bajo compromiso con la organización como un todo, más allá de la actividad asistencial. Auxiliares y técnicos, mayormente promotores de salud/agentes sanitarios, por el contrario hacen “lo que haga falta”, y sostienen el cotidiano de los establecimientos junto con la persona responsable, según el perfil de ésta última.

Tal distinción de comportamiento se explica en función de configurarse el campo sanitario, en materia de recursos humanos, como un campo de distinciones y márgenes de “libertad” diferenciales, los cuales son proporcionalmente inversos en función del capital cultural en su forma institucionalizada (Bourdieu, 1987), título, que se ostenta.

En ese contexto, se describe como principal dispositivo lo que se denomina *consultorio a puerta cerrada*, en el cual se sella una relación, que es una no relación, entre profesional-persona con HTA y/o DM2 caracterizada por la asimetría y por un lenguaje indicativo-prescriptivo, no exento de procesos de violencia simbólica que incluyen el reto y la infantilización, incluso sin que medie la intencionalidad de hacerlo, sino como hechos naturalizados en el proceso de atención. Estos fenómenos se constituyen como una de las principales normas constitutivas, es decir las que establecen lo que es posible en una sociedad dada, a nivel de la dinámica del consultorio y el proceso de atención.

En términos de variables independientes, se destaca en primer lugar la existencia de mensajes contradictorios por parte del Gobierno en general y Salud Pública en particular, contradicción que se expresa en esgrimir la atención primaria de la salud como principio ordenador del sector a partir de la sanción de la Ley Provincial de Salud, Ley N°58 sancionada en 2007, y ubicar al mismo tiempo el nivel especializado, en particular las instituciones nucleadas en el Parque de la Salud “*como un faro en el sistema sanitario de Misiones*” (Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, 2024), convirtiéndose dichas instituciones especializadas en objeto de anhelo a la hora de procurar soluciones a los problemas de salud.

Estos fenómenos explican en parte los niveles de saturación del nivel especializado y un uso no siempre adecuado del mismo, hecho señalado por la mayor parte de las personas entrevistadas, generándose múltiples barreras en el acceso a servicios para estudios complementarios y atención de especialistas. Sin mecanismos consolidados de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de diferentes niveles de complejidad, y con hospitales que se comportan cerrados sobre sí mismos, se articula en sinergia negativa con la fragmentación horizontal antes descrita, la fragmentación vertical.

En segundo lugar, la presencia de determinantes económicos en la población con HTA y/o DM2 son mayormente citados como factores que dificultan no solo el acceso a servicios de salud, sino también costos derivados que van desde el acceso a medicamentos no disponibles en el primer nivel, o bien seguir recomendaciones asociadas a la alimentación, por citar lo más destacado.

En calidad de síntesis, y considerando el marco analítico de gobernanza, esta se caracteriza por la baja participación de actores que resultan estratégicos, en función de los recursos y conocimientos

que podrían movilizar para transformar los servicios, principalmente profesionales de la salud. Las personas con HTA y/o DM2, por su parte, son caracterizados como actores secundarios con relación a su participación en la organización de los servicios para su propio cuidado, dada las dinámicas relacionales caracterizadas por la asimetría y modelos de comunicación indicativos y prescriptivos.

En el contexto de los determinantes sociales de la salud, en particular económicos, así como la propia organización del sector caracterizada por mensajes contradictorios y la fragmentación en sentido vertical y horizontal, la resultante es una baja calidad en los cuidados, todo lo cual coadyuva a un bajo cumplimiento del derecho a la salud.

### **A modo de cierre**

En términos de procesos puede afirmarse que las ENT están hoy “en boca de todos”, es decir, se trata de problemas que son visibilizados en el primer nivel de atención, el cual recibe consultas de personas con HTA y/o DM2 diariamente y no solo demandas asociadas a la salud materno infantil. En este sentido se observa una progresiva ampliación de las capacidades considerando el inicio del siglo XXI a esta parte, tanto en materia de infraestructura, insumos, equipamientos y disponibilidad de recursos humanos.

Sin embargo, las formas de organización y las normas o reglas de juego que estructuran el campo y el comportamiento de sus agentes, descriptas en clave de gobernanza, impiden transformar modelos reactivos de atención en modelos integrados, integrales y continuos de cuidado, aportando a la construcción de una subjetividad caracterizada por su pasividad con relación a la interacción con el sector salud.

En clave de reflexión, en el día de la fecha (24-09-2024) la Argentina, a través de su máxima autoridad, desistirá de la Agenda 2030 basada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Cancillería de la Nación, 2024), parte de la propuesta de la presente convocatoria de resúmenes, y cabe preguntarse cuáles serán los efectos a mediano y largo plazo en las políticas públicas de salud vinculadas a las ENT para la Provincia de Misiones, en el contexto de un sector que no ha logrado, a pesar de su refuerzo prácticamente desde las Bases del Plan Federal de Salud (Presidencia de la Nación et al., 2004), transformar problemas crónicos que hacen a su funcionamiento.

### **Bibliografía**

- Bourdieu, P. (1987). Los Tres Estados del Capital Cultural. *Sociológica (México)*, 2(5), 11-17.
- Bourdieu, P. (2010). *Capital cultural, escuela y espacio social* (I. Jiménez, Trad.). Siglo Veintiuno Editores.
- Cancillería de la Nación. (2024, Septiembre 24). *Asamblea General de la ONU: Mondino inició su agenda diplomática en Nueva York y se reunió con sus pares de Ucrania y Qatar.*

- <https://www.cancilleria.gob.ar/es/actualidad/noticias/asamblea-general-de-la-onu-mondino-inicio-su-agenda-diplomatica-en-nueva-york-y>
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: Hacia un marco analítico. *Rev. Salud Pública*, 12(Sup. 1), 36-61.
- Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. (2024, Marzo 4). *Aniversario: El Hospital Escuela se erige como un faro en el sistema sanitario de Misiones*.  
<https://salud.misiones.gob.ar/aniversario-el-hospital-escuela-se-erige-como-un-faro-en-el-sistema-sanitario-de-misiones/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*.
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, & Consejo Federal de Salud. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud*.
- Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, & Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2019-informe-definitivo>
- Viudes, S. G., Orlando, M. F., & Ramírez Cano, D. E. (2022). *Evaluación de la calidad de la atención de las enfermedades no transmisibles en el primer nivel de atención del sector público de la ciudad de posadas, misiones*. (J. E. Deschutter & S. E. Hanke, Eds.; p. 73). Universidad Nacional de Misiones. <https://sites.google.com/view/jornadas-intern-enf-transm2022/libro>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Korff, M. V. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.