



“Una Salud”

La Revista de la Asociación
Argentina de Salud Pública

Año 3 – N° 5 Agosto de 2024

**Claves para sostener un sistema público
de salud con enfoque de derechos**

**Una nueva ventana de oportunidades para la
Diplomacia de la Salud Sudamericana**

Modificaciones al Reglamento Sanitario Internacional aprobadas en la 77ma Asamblea Mundial de la Salud - 2024

¿Misión Cumplida?

**Sobre el menos común
de los sentidos**





[] Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública

Colaboran en este número:

Alejandra Sánchez Cabezas, Rosa Alicia Araoz, Daniel Esteban Manoukian, Sebastián Tobar, Rafael Gomes Franca, Paulo Marchiori Buss, Paula Aguglino, Mercedes de la Mata, Romina Huaracallo Chiri, Carolina Millione, Melisa Perez, Eduardo Hage Carmo

Comité Editorial:

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

Diseño Gráfico: Juan Manuel Artero

Contacto:

revista.aasap@gmail.com

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

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

Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

Presidenta: Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

Vicepresidente 1º: Dr. Arnaldo Medina

Vicepresidenta 2º: Dra. Alejandra Barcala

Secretario General: Lic. Hugo Mercer

Secretaria Académica: Dra. Noemí Bordoni

Secretario de Actas: Lic. Rodrigo Sal Iturrería

Tesorero: Lic. Federico Machado

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

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

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

SUMARIO

Editorial

Pág. 3: Una invitación de la AASAP: promover una renovación colectiva

Políticas Sanitarias

Pág. 7: Claves para sostener un sistema público de salud con enfoque de derechos

Opinión

Pág. 14: Una nueva ventana de oportunidades para la Diplomacia de la Salud Sudamericana

Políticas Sanitarias

Pág. 21: Encuentro de construcción colectiva: Pensando los cuidados en el Hospital Sbarra

Pág. 26: Modificaciones al Reglamento Sanitario Internacional aprobadas en la 77a Asamblea Mundial de la Salud - 2024. ¿Misión cumplida?

Territorios de la salud

Pág. 31: Sobre el menos común de los sentidos

Pág. 34: La epistemología como herramienta para el acercamiento de tecnologías sanitarias a los pueblos originarios: el caso del Gran Chaco argentino.

Una invitación de la AASAP: promover una renovación colectiva



Alejandra Sánchez Cabezas
AASAP
Presidenta

¿Por qué seguir hablando?

Los pájaros siguen cantando y en esa noche oscura solo se ve entre las palmeras la callada luna que no hace caso a nadie. (1)

Ante tanto desasosiego, destrucción, cinismo y agresión, nos preguntamos: ¿es posible crear pensamientos que nos permitan salir de esta encrucijada en la que nos hemos metido? Cada mañana, al sonar el despertador, varias veces durante el día y cada noche al irnos a dormir, nos interrogamos: ¿es posible generar ideas que signifiquen novedad y cambio? ¿Es factible resistir la embestida de discursos de odio contra todo lo que es bien común, que golpean fuerte aunque sepamos que quienes los promueven solo intentan ocultar su propia debilidad? ¿Podremos frenar el avance de las ideas que buscan bloquear todos los espacios públicos?

Como personas individuales, sentimos

miedo, cansancio y desánimo. Estamos perdiendo la esperanza. Sin embargo, y a pesar de todo, seguimos creyendo en una vida mejor. Continuamos confiando en que aún estamos a tiempo de inventar nuevas maneras de habitar el mundo. ¿Por qué confiamos? Porque creemos en el poder de la grupalidad. Sabemos que nada es igual cuando nos reunimos. La grupalidad permite que surjan nuevas fuerzas y se renueven las ideas. Al unirnos podemos inventar fugas que atraviesen muros que antes parecían impenetrables. Cuando nos agrupamos, emergen fuerzas que resultaban invisibles cuando estábamos solos/as. Porque estar con otras personas implica un ejercicio de extrañamiento: comenzamos a mirarnos a través de otros ojos y podemos habitar otros territorios.

Quienes formamos parte de la Comisión Directiva de la AASAP te invitamos a unírte a nosotros para encontrarnos y construir territorios que permitan abrir nuevos mundos, porque...

"El infierno de los vivos no es algo que será; hay uno, es aquél que existe ya aquí, el infierno que habitamos todos los días... Dos maneras hay de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él hasta el punto de no verlo más. La segunda es peligrosa y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber reconocer quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacerlo durar, y darle espacio" (2).

Encontrar esos espacios. Esa es la renovación que te invitamos a poner en marcha: construir espacios que permitan renovar los campos de fuerza y de deseo. Sobre todo, allí donde el sistema falla, donde hay fugas.

Estar con otros/as permite conectarnos con nuestras partes deseantes. Sin idealizaciones, porque sabemos que somos parte de un sistema que lleva milenios. Pero sin descanso, porque la única forma de superar este contexto es fortalecer nuestra imaginación, crear nuevos pensamientos e inventar nuevas formas de estar juntas/os. Los pensamientos y discursos que nos mueven a la acción son parte de lo que está en disputa(3) y estamos dispuestos a luchar y construir nuevos valores.

Solo seremos capaces de liberarnos de las formas que nos trajeron hasta aquí si nos unimos. Si querés imaginar otros pensamientos, despojarte de los esquemas que nos sostienen y que nos trajeron hasta aquí; si estás dispuesto a desprenderte de la vieja piel que nos recubre, aquí estamos.

En la Asociación Argentina de Salud Pública estamos convencidas/os de que si nos unimos podemos lograrlo. Los trabajadores de la salud somos quienes cuidamos los cuerpos, y es en los cuerpos donde nacen los cambios. Te invitamos a ser parte de una praxis que transforme nuestro entorno, transformándonos primero a nosotros mismos, conscientes de nuestro poder y de nuestros devenires(4). Estamos a tiempo de comenzar a construir un pensamiento diferente, sabemos que podemos hacerlo porque...

*Cuando se ha puesto una vez el pie del otro lado
y se puede sin embargo volver,
ya nunca más se pisará como antes
y poco a poco se irá pisando de este lado el otro
lado.*

*Es el aprendizaje
que se convierte en lo aprendido,
el pleno aprendizaje
que después no se resigna
a que todo lo demás,
sobre todo el amor,
no haga lo mismo.*

*El otro lado es el mayor contagio.
Hasta los mismos ojos cambian de color
y adquieren el tono transparente de las fábulas
(5)*

Te invitamos a unírte a la AASAP, dejar de pensar con viejas palabras y romper con los moldes y paradigmas que heredamos. Queremos generar espacios que puedan conectar nuestros conocimientos y prácticas con nuevas formas de pensar, sentir y actuar.

Referencias Bibliográficas

- 1) Diadié Haïdara, I. (s.f.). Festival Internacional de Poesía de Medellín. Disponible en: <https://www.festivaldepoesiademedellin.org/es/poeta/60fd9d15782448d440053ba6>
- 2) Calvino, I. (2023). Las ciudades invisibles (Vol. Siruela).
- 3) Foucault, M. (2012). El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida. Buenos Aires: Siglo XXI.
- 4) Castoriadis, C. (2007). La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- 5) Juarroz, R. (2007). Poesía vertical 7. En Poesía Vertical - Antología. Editorial Visor en español.

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



CÓMO Y PARA QUÉ SUMARSE A LA AASAP

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

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

Los beneficios que brindamos

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



www.aasap.org.ar

Claves para sostener un sistema público de salud con enfoque de derechos



Daniel Esteban Manoukian

Médico general/familiar, CUESEB (Centro Universitarios de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar – UNCo) y Centro de Estudios de la Sociedad de Medicina Rural de Neuquén.

"Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud.

No puede haber política sanitaria sin política social.

Los problemas de la Medicina como rama del Estado,

no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social.

Del mismo modo que no puede haber una política social

sin una economía organizada en beneficio de la mayoría."

Dr. Ramón Carrilo

Introducción

Pasada la pandemia provocada por la irrupción del SARS COV-2, pero con otras alarmas en el campo de la salud, y atravesando un clima de época en el cual parte de la dirigencia nacional, y de la sociedad, descrea de lo público reinstalando la idea del Estado mínimo, se impone repensar los sistemas públicos de salud. Son tiempos de resistencia, pero también de autocrítica, y especialmente, de osadía y creatividad.

Este breve texto, no conforma un plan, solamente pone a consideración algunas claves que se asumen como requisitos para sostener un sistema de salud que opere sin alejarse del enfoque de acceso universal a los derechos esenciales.

Cada una de las claves mencionadas -que seguramente no son las únicas- a su vez, disparan otras que conforman un abanico de líneas estratégicas de intervención que debieran avanzar en simultáneo, aunque seguramente con ritmos disímiles. Recrear iniciativas que contribuyan a fortalecer el sentido conceptual de un plan para garantizar el acceso universal al derecho a la salud, no puede esperar a que se cumplan condiciones óptimas. Antes bien, habiendo acordado un rumbo y un objetivo, las acciones podrían ir sumándose progresivamente, atendiendo a la premisa de que ninguna resulte contradictoria con la base conceptual propuesta.

Claves para sostener un sistema público de salud

1. Ni el dogmatismo improductivo, ni el pragmatismo puro

- **La importancia de la doctrina.** No es posible sostener políticas sociales que impacten positivamente en la vida comunitaria solo a partir de medidas coyunturales sostenidas por una vocación pragmática. El sustento ideológico inspira el diseño de las políticas públicas, pero, además, da contenido, sentido y una razón de ser.

Argentina cuenta con el legado ideológico y doctrinario del Dr. Ramón Carrillo, prócer de la Salud Pública Argentina, enriquecido con los aportes de la Medicina Social latinoamericana. Esa base conceptual gira en torno al **concepto fundacional de asumir la salud como derecho esencial, con el imprescindible correlato del Estado como garante.**

Asumimos al proceso salud-enfermedad-cuidado como fruto de la **determinación social**, es decir, de la interacción de un entramado con múltiples factores que incluyen los biológicos y genéticos, los culturales, sociales, económicos, políticos, étnicos y de género. Por esa razón entendemos que nuestra base doctrinaria nos interpela como actores sociales y políticos a ser facilitadores de implementar en el terreno, acciones que promuevan la integración con otros sectores de la vida comunitaria recreando la **intersectorialidad**; compartiendo y enriqueciendo miradas construyendo con fuentes de otros saberes y experiencias, una nueva



y auténtica **transdisciplina**, y reconociendo al otro u otros, como seres dignos de ejercer sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial, desde una perspectiva **intercultural**.

Tres enfoques complementarios y potenciadores del trabajo en red, como articulación inteligente de diversidades.

Asumimos que el compromiso del Estado, y la sociedad en su conjunto, velando por el ejercicio pleno del derecho a la salud, obliga a fortalecer la equidad en salud, es decir a promover la discriminación positiva, esto es, darle más al que más necesita, lo cual implica acciones concretas en favor de caminar hacia la igualdad y la justicia social.

La salud como derecho sólo es posible en sociedades que jerarquizan la inclusión social, la participación, la solidaridad y el desarrollo integral de todos sus integrantes sin distinciones, por eso sostenemos, que no pueden entenderse las políticas sociales en general, como tampoco la de salud en particular, aisladas de un modelo político integral.

- La capacidad creativa al servicio de los principios y valores. Para sostener las bases conceptuales, es imperativo de la hora repensar, desde una perspectiva autocrítica, el propio sistema. Es válido revalidar tácticas que han sido eficaces, pero entendemos que se requiere, además, una cuota de osadía y creatividad para diseñar e implementar, tácticas innovadoras resguardando los principios y valores.

Se incluyen entre las iniciativas alineadas con esa idea, las que promuevan la integración de sectores con lógicas de funcionamiento distintas, pero conviviendo en el mismo campo, articulando en forma inteligente recursos disponibles; las que propicien el diálogo productivo entre disciplinas incorporando algunas hasta ahora pocas

veces convocadas; la inclusión de la dimensión ambiental, social y del ámbito del trabajo como componentes no solamente esenciales a la hora del diagnóstico, sino también de la acción; el vínculo fluido entre la ciencia, la academia y la producción, al servicio del progreso con racionalidad, preservando el sentido ético y social; aquellas que enfatizan en la calidad y seguridad de los actores involucrados en el proceso de atención -usuarios y trabajadores- generando entornos saludables y motivadores.

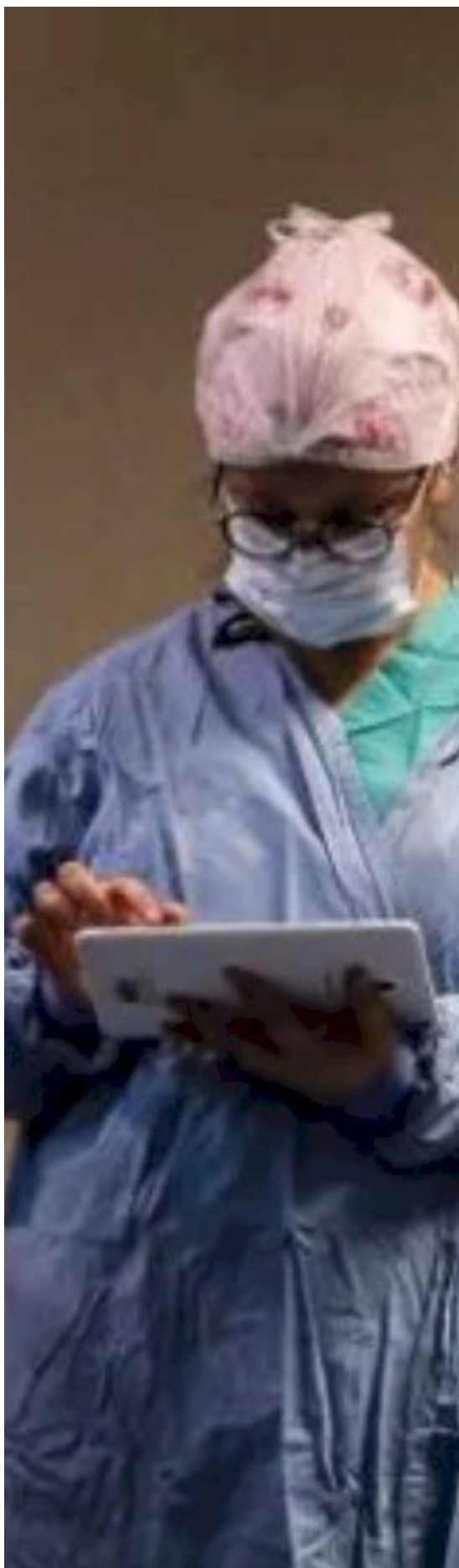
Para ello los marcos legales vigentes aparecen en ocasiones como obstáculos, por lo que resulta necesario modificarlos y/o crear nuevas normas, que regulen el funcionamiento del sistema de salud.

- El plan como hoja de ruta. El maestro Mario Testa sabiamente advertía que en Salud “no se puede no planificar, pero planificando no se consiguen resolver los problemas”. Evitando sobrevalorar la planificación, sostenemos que contar con un plan implica diseñar un recorrido destinado a llegar al destino propuesto. Es una hoja de ruta útil para el periplo.

El plan, cuando se funda en un análisis de situación de mirada integral, se diseña contemplando los recursos disponibles y los posibles y tiene en cuenta la aceptación social y ética, entendemos, puede constituirse en una potente herramienta dinámica al servicio de un proceso de mejora continua.

Para ello, el plan debe contar con indicadores para monitorear el avance de metas y mostrarse flexible no solamente para corregir el rumbo, también para modificar objetivos si se verifican cambios en el contexto o se demuestran como insuficientes las tácticas desplegadas.

- El concepto de red y el flujo multid-



reccional ordenado. Uno de los pilares de los sistemas públicos de salud exitosos ha sido sin dudas, el ordenamiento de la red prestacional por complejidad creciente, estableciendo flujos claros, tanto de primera opción, como alternativos, para la referencia y la contrarreferencia de los usuarios.

Reivindicamos ese modelo de organización, que debe actualizarse en el territorio no solamente por los cambios que se verifican en los perfiles prestacionales de las instituciones públicas, también porque resulta necesario incorporar más nodos a la red, sumando prestadores privados y de la seguridad social de cada provincia y de las vecinas, en el contexto de una política conducida por el Estado, signada por un flujo multidireccional, ordenado con reglas claras, que deben surgir de acuerdos entre los componentes del campo de la salud en cada región.

2 Los trabajadores de salud como pilar del sistema

- **La política salarial.** Definitivamente no es posible aspirar a tener sistemas públicos de salud robustos si las condiciones laborales ofrecidas a quienes representan su núcleo esencial advierten notorias desventajas respecto del desempeño en otros escenarios. Aunque no es el salario la única variable, está claro que el económico es el principal componente de un esquema motivacional, que debe contar con otros ingredientes, pero que, respecto a la remuneración por la tarea, no solamente debe tener una base atractiva, sino también un esquema de ajuste previsible y sustentable en el tiempo. Esto último resulta central para el despliegue de objetivos a largo plazo y para evitar reclamos o conflictos que, al repetirse con frecuencia, provocan interrupciones que atentan contra el plan pergeñado.

- **Ley de carrera sanitaria.** Uno de los legados de la pandemia, deviene en la necesidad de reconocer las peculiaridades, complejas y a la vez propias, de un ámbito como el de Salud, donde conviven distintas lógicas de pensamiento y acción. Esa condición amerita contar con una norma legal que se constituya en el marco que delimita deberes y derechos de todos los trabajadores de

salud.

La ley de carrera sanitaria, alcanzando a todo el equipo de salud, consolidándolo como tal, debe transformarse en un potente instrumento para dar un marco regulatorio explícito, que atienda los distintos vínculos contractuales, garantice el crecimiento y desarrollo de los trabajadores a lo largo de su vida laboral y establezca pautas, que protejan la salud integral de los componentes del sistema sanitario, y al mismo tiempo estimulen su desempeño en función de más y mejores resultados a favor de la salud de la población asistida.

Esto último abre un capítulo, siempre debatido y eternamente esquivado, relacionado con la implementación de incentivos, especialmente económicos, vinculados con los logros institucionales -por lo tanto, colectivos- que debieran ser en este caso, expresión de las metas sanitarias periódica-

mente discutidas y acordadas como norte.

- **Las conducciones, las promociones y la formación en salud.** La complejidad del sector obliga a la formación de los cuadros de conducción en temas de epidemiología, economía de la salud, gestión estratégica y negociación, sistemas de información, entre otros.

La promoción por concurso de oposición y antecedentes a los cargos de conducción, con evaluación del perfil emocional para el cargo pretendido, con plazos de mandato establecidos y debiendo exponer el proyecto institucional propuesto, puede ser un mecanismo que promueva el incremento de la calidad y la transparencia institucional, impulsando un ambiente de capacitación continua, investigación en terreno y planteo de desafíos que movilicen a la organización sanitaria.

- **Formación de trabajadores de salud,**



el pregrado y el posgrado. La concepción del proceso salud-enfermedad-cuidado y el sentido del trabajar en salud, debe ser transmitido a los futuros integrantes del equipo de salud desde el pregrado, con la misma enjundia y convicción con la que se imparten conocimientos destinados a la formación en habilidades y destrezas en los aspectos tradicionales de las disciplinas del campo de la salud.

El contacto temprano de los estudiantes con el terreno de su futuro ámbito laboral y los modelos de aprendizaje centrados en situaciones concretas de la vida comunitaria, contribuyen en favor de consolidar un equipo de salud que recupere el vínculo fluido con la comunidad, imprescindible para recrear un modelo de atención de perspectiva integral con participación social.

La capacitación continua, que no debe limitarse a los profesionales, sino alcanzar a todos los trabajadores de salud, resulta valioso por su valor motivacional, y necesario por responder a la demanda de actualizar los conocimientos a la hora de adecuar los perfiles de cada cargo.

- Cuidando a los cuidadores. Desde el ingreso hasta el egreso laboral, el acompañamiento de la organización velando por la salud integral de sus componentes, tiene una importancia sustantiva. Por eso es menester diseñar e implementar un plan integral de cuidado de la salud del trabajador de salud, con eje en la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT[1]) para gestionar la salud y la seguridad en todos los efectos de la red pública.

En línea con lo anterior se sugiere la implementación plena de la Resolución 904/2015 de la SRT(2), desplegando todas las funciones inherentes a los servicios de Medicina del Trabajo y de Higiene y Seguridad en el Trabajo que están especificados en esa norma legal, que, por otra parte, promueve la conformación de comités mixtos de carácter paritario.

3 - La información sanitaria sistematizada, actualizada y simplificada

- Sistema de información sanitaria. Según la definición de la OPS "los Sistemas de Información para la Salud (SIS) son mecanismos de gestión de sistemas interoperables

con datos abiertos, que provienen de diferentes fuentes y que se utilizan éticamente, a través de herramientas tecnológicas de información y comunicación (TIC) efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública".

Los SIS deben contribuir al logro del acceso universal del derecho a la salud, empleando sistemas interconectados e interoperables que garanticen el acceso eficaz y eficiente a datos de calidad, información estratégica y herramientas de TIC para la toma de decisiones y el bienestar.

Los preconceptos de los sistemas de información se centran principalmente en el desarrollo de software, registros electrónicos de salud aislados (por ejemplo, la historia clínica digital) o las estadísticas vitales. En cambio, deben concebirse como un mecanismo integrado de sistemas que aseguran la convergencia de datos, información, conocimiento, normas, personas e instituciones. Los modelos en uso no consideran el contexto actual establecido por la sociedad de la información y la revolución de datos; por lo tanto, no pueden proporcionar un marco general y realista para la formulación de políticas y la toma de decisiones.

Los SIS requieren para su instalación efectiva de un soporte informático de gestión integral que acompañe todo el proceso de atención, incluyendo todos los pasos del periplo del ciudadano en pos de conquistar salud. La herramienta informática debe facilitar entre otros productos, la nominación de la población asistida y la información precisa para el diseño de los indicadores trazadores imprescindibles para la construcción de los tableros de control que las conducciones de los distintos niveles necesitan para conducir la nave. Pero ese soporte es un instrumento, no es el fin último de la política de salud. Los SIS deben ser asumidos como el cerebro que detecta, ordena y facilita la conducción para recrear el modelo surgido al aplicar los principios y valores, combinando convicciones y pragmatismo.

4 - Las acciones sanitarias en favor de la atención con calidad y calidez

La organización sanitaria debe estar al servicio de la atención de la salud de la po-

blación con una mirada integral, siguiendo el curso de vida, con excelencia de los servicios públicos de salud para contribuir a la construcción de justicia social, avaladas por la evidencia científica, y puestas a disposición de las personas con la calidez que surge del esfuerzo por ser empáticos con el otro.

- **La equidad como norte.** Los programas, dispositivos y acciones sanitarias deben estar orientadas al logro del objetivo que no enferme quien no se debiera enfermar, y que no mueran personas por su condición social, étnica, de género u otra razón que identifican inequidades. Para ello, se requiere desplegar acciones orientadas a prevenir y anticipar el diagnóstico ofreciendo el tratamiento oportuno, evitando penurias adicionales de distinto tipo por la demora en la respuesta; que se usen de la manera racional los recursos, en búsqueda de la eficiencia con beneficio, y por la que el rendimiento incorpore la dimensión social, más allá del resultado económico. Esta premisa implica servicios de salud calificados, resultado del ejercicio de la función con humanismo y profesionalidad.

- **Las líneas de cuidado como táctica.** Las líneas de cuidado buscan responder a los problemas de salud prioritarios -idealmente a todos-, empleando criterios de evidencia científica actualizada, contemplando aspectos éticos y de aceptación social. Contar con líneas de cuidado de aplicación homogénea, busca reducir la variabilidad clínica y las inequidades en salud, para resultar efectivas desde la perspectiva asistencial, y racionales desde el punto de vista del uso de los recursos.

Esto significa que dichas líneas de cuidado, con los componentes que conforman cada una de ellas, se constituyan en prestaciones que podrán ser exigidas por los sujetos de derecho, es decir por toda la ciudadanía. Congruentemente con nuestro planteo inicial, es el Estado el encargado de implementar los recursos y procesos necesarios para alcanzar las metas propuestas para cada condición de salud especificada con dos niveles de responsabilidad. Un primer nivel vinculado con la red prestacional propia, el otro como regulador y orientador de los otros prestadores del sistema.

5 - La sustentabilidad económico-financiera

Los trabajadores de salud, incluyendo las conducciones de los establecimientos pocas veces se involucran con el devenir económico y financiero del sistema en sus distintos niveles, sin embargo, va de suyo que una organización compleja como lo es la sanitaria no puede aspirar a responder a las demandas crecientes sin un manejo ordenado y eficiente de recursos.

- **La expresión presupuestaria es sinónimo de voluntad política.** La decisión de incluir a Salud en la agenda política se manifiesta en el diseño y posterior ejecución del presupuesto público. Cualquier enunciado deja de tener sentido si no cuenta con el respaldo del recurso económico suficiente para concretar las acciones, por lo tanto, todas las iniciativas que se emprendan para mejorar el sistema de salud deben contar con un análisis del impacto presupuestario que conlleven, y con las decisiones de los estamentos que corresponden, sean éstos del ámbito ejecutivo y/o legislativo.

- **Recupero financiero efectivo.** Es menester concientizar a los trabajadores de salud sobre la importancia del recupero financiero y promover mecanismos ágiles y automatizados que faciliten la gestión. En efecto, el hospital público debe disponer de mecanismos que le permitan recuperar lo que invierte en la asistencia de personas con cobertura por parte de seguros privados u obras sociales, sin generar para ello circuitos que discriminen pacientes o que alteren la lógica propia del sector público.

- **La potencia de la asociación del sector público y la obra social provincial y el poder de monopsonio.** Al mismo tiempo que se requiere garantizar los ingresos, es necesario aprovechar la posición que el sector público ocupa como comprador de insumos. En este sentido, muchas provincias argentinas, sumando a las personas con cobertura pública exclusiva y las que están a cargo de la obra social provincial, congregan a un porcentaje mayoritario de la población. Esa situación las coloca en una posición de cuasi monopsonio que debe ser empleada para mejorar las ecuaciones de rendimiento de los recursos económicos y financieros

disponibles y que a su vez esos procesos de integración progresivos, conduzcan desde el costado prestacional a diseñar e implementar estrategias de intervención homogéneas y de probada efectividad.

Es decir, la asociación propuesta contribuye a la mejora desde dos andariveles complementarios, el técnico-científico y el económico-financiero. Por un lado, instalando líneas de cuidado con uso de tecnologías sanitarias -incluyendo medicamentos- con criterio de efectividad basada en evidencia. Por otro lado, recreando mecanismos que innoven en las formas de compra con reparto más justo de los riesgos financieros entre los actores (financiadores, prestadores, industria y proveedores).

- Profundizar y consolidar procesos costo-efectivos. Formularios terapéuticos, bancos de drogas oncológicas, bancos de prótesis, implantes y otros insumos sanitarios, fortalecimiento de los laboratorios públicos de medicamentos, centros regionales de estudios genéticos o de estudios complejos de laboratorio o desarrollo y expansión de la medicina nuclear, entre otros ejemplos, también son líneas que funcionan en favor de sostener un sistema público de calidad.

Comentario final

Frente a un marco político y cultural que pone en riesgo el efectivo acceso universal a derechos humanos esenciales, entendemos que al sistema público de salud le cabe la responsabilidad de sostenerse como parte de un Estado que no permanece indiferente ante los problemas de salud del Pueblo, porque tal como sostuviera Carrillo, “un pueblo de enfermos no es, ni puede ser un pueblo digno”.

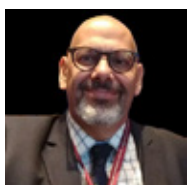
Referencias

1) PSLT. Iniciativa impulsada por la OMS desde 1998. Incluye la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países.

2) SRT. Superintendencia de Riesgos de Trabajo – Ministerio de Trabajo de la Nación.



Una nueva ventana de oportunidades para la Diplomacia de la Salud Sudamericana



Sebastián Tobar
Sociólogo, Magister y Doctor en Salud Pública. Investigador Senior y Asesor de Cooperación para América Latina del Centro de Relaciones Internacionales en Salud CRIS/FIOCRUZ. Brasil



Rafael Gomes Franca
Licenciado en Relaciones Internacionales. Magister en Gestión y Salud Colectiva y Doctorando en Salud Global y Sustentabilidad. Asesor de la Asesoría Especial de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud de Brasil



Paulo Marchiori Buss
Médico, Magister en Medicina Social y Doctor en ciencias. Presidente de la Alianza Latino-americana de Salud Global -Academia Nacional de Medicina.

"Reconstruir lazos de confianza es uno de los principales desafíos de una política exterior que defienda los intereses nacionales sin abandonar la solidaridad y el respeto a nuestros vecinos". (Celso Amorim, en: Lazos de confianza: Brasil en América del Sur (2022))"

El presente artículo analiza el Consenso de Brasilia, una de las iniciativas de integración regional más recientes en América del Sur, presentando sus antecedentes y, en particular, lo que puede representar para la gobernanza sanitaria regional. Se describen las reglas del juego que se han desarrollado para su funcionamiento y los avances que presenta en el poco tiempo transcurrido desde su propuesta, en mayo de 2023, en Brasilia.

La incorporación de Redes Estructurantes de Institutos Nacionales de Salud, Escuelas de Salud Pública y Formación de Técnicos en Salud podrían constituir herramientas importantes para la cooperación de esta iniciativa dentro del sector salud.

Introducción

La historia de la integración en América del Sur es antigua, cuyas referencias se pueden encontrar en las ideas federalistas y panamericanistas de varios de los héroes de la independencia de la región en el siglo XIX. Muchos héroes sudamericanos, como Bolívar, San Martín, O'Higgins, Sucre, Artigas y otros líderes independentistas, colocaron la integración sudamericana como una condición necesaria para la independencia del Imperio español. Sin embargo, el mundo hispano no se caracterizó por la integración sino por la rivalidad entre Chile y Perú, Guayaquil con el Callao, Lima con el Río de la Plata, Montevideo con Buenos Aires, anticipando, como colonias, las divisiones de las futuras naciones (1).

Las ideas de integración sudamericana también estuvieron presentes a lo largo de la historia de Brasil. Por ejemplo, los patriotas de Pernambuco, líderes de la revuelta de 1817 contra el dominio portugués, esperaron la entrada de Bolívar a Brasil para colaborar en el derrocamiento de los portugueses y proclamar la República.

En las últimas décadas del siglo XX y las primeras décadas del XXI, la integración sudamericana adquirió protagonismo, con la creación y desarrollo del Mercosur, el Tratado de Cooperación Amazónica y, sobre todo, con la creación y desarrollo de la Unión del Sur. Naciones Americanas (Unasur), destruida en 2019 por los gobiernos conservadores de Bolsonaro, Duque, Macri y Piñera. En todas estas iniciativas de integración, además de las diversas integraciones subregionales, la salud ha recibido una fuerte prioridad, lo que ha permitido experimentos en gobernanza sectorial que involucran a actores gubernamentales de los Ministerios de Salud y otras instituciones de salud clave y el desarrollo de reglas y normas formales e informales para su operación (2).

Como en todo proceso político, la integración y la diplomacia sanitaria en América del Sur no avanza de forma lineal, sino que experimenta avances y retrocesos, sístoles y diástoles, según los alineamientos políticos de los presidentes de la región y las políticas exteriores de los países. Por eso, con motivo de la victoria del presi-



dente Lula, en octubre de 2022, ya predijimos en las páginas de *Le Monde Diplomatique Brasil* la importancia y la posibilidad de una reanudación del proceso de integración regional (3).

El Consenso de Brasilia en Salud es la más reciente iniciativa de integración sectorial, propuesta el 30 de mayo de 2023, por invitación del presidente Lula a los líderes sudamericanos, que se reunieron en Brasilia para intercambiar opiniones y perspectivas sobre la cooperación y la integración regional (4).

En esa ocasión, los Presidentes Sudamericanos lanzaron un documento, denominado “Consenso de Brasilia” (5) con nueve puntos:

Luego del primer punto introductorio, se afirma “una visión común de América del Sur como una región de paz y cooperación, basada en el diálogo y el respeto a la diversidad de los pueblos, comprometida con la democracia y los derechos humanos, el desarrollo sostenible y la justicia social, el estado de derecho y la estabilidad institucional, la defensa de la soberanía y la no injerencia en los asuntos internos”.

El tercer punto, se refiere a los “múltiples desafíos, como la crisis climática, las amenazas a la paz y la seguridad internacionales, la presión sobre las cadenas alimentaria y energética, los riesgos de nuevas pandemias, el aumento de las desigualdades sociales y las amenazas a la estabilidad institucional y democrática. Coincideron en que la integración regional debe ser parte de las soluciones para afrontar desafíos comunes, como la construcción de un mundo pacífico, el fortalecimiento de la democracia, el aumento de las capacidades sanitarias y el intercambio de buenas prácticas ante los desafíos comunes, a través de la cooperación Sur-Sur”.

El cuarto punto, hace referencia a la integración regional como medio para enfrentar estos “desafíos comunes, la construcción de un mundo mas pacífico, el fortalecimiento de la democracia; la promoción del desarrollo económico

y social; la lucha contra la pobreza, el hambre y todas las formas de desigualdad y discriminación; la promoción de la igualdad de género; la gestión ordenada, segura y regular de migraciones; el enfrentamiento al cambio climático, incluso por medio de mecanismos innovadores de financiamiento de la acción climática, entre los cuales podría considerarse el canje, por parte de países desarrollados, de deuda por acción climática; la promoción de la transición ecológica y energética a partir de energías limpias; el fortalecimiento de las capacidades sanitarias; y el combate al crimen organizado transnacional.

El consenso aborda aspectos vinculados a la integración económica y en tal sentido, señala trabajar para “...el incremento del comercio y de las inversiones entre los países de la región; la mejora de la infraestructura y logística; el fortalecimiento de las cadenas de valor regionales; la aplicación de medidas de facilitación del comercio e integración financiera; la superación de las asimetrías; la eliminación de medidas unilaterales; y el acceso a los mercados por medio de la red de acuerdos de complementación económica, incluso en el marco de la ALADI, teniendo como meta una efectiva área de libre comercio sudamericana”.

El dialogo regular entre los países de América del Sur, es identificado como el medio para impulsar el proceso de integración en América del Sur y proyectar la voz de la región en el mundo, ya reconociendo la idea de un posicionamiento regional.

El Consenso reconoce una primera instancia de gobernanza por medio de un grupo de contactos de los Cancilleres y la idea de avanzar en una Hoja de Ruta para avanzar en esta integración Sudamericana.

El Consenso prioriza las iniciativas de integración, sobre temas que atañen a las personas o ciudadanos de sudamerica, en particular en situación de vulnerabilidad y hace referencia a los los pueblos indígenas, y a aspectos tales como

salud, seguridad alimentaria, sistemas alimentarios basados en la agricultura tradicional, medio ambiente, recursos hídricos, desastres naturales, infraestructura y logística, interconexión energética y energías limpias, transformación digital, defensa, seguridad e integración de fronteras, combate al crimen transnacional organizado y ciberseguridad.

A la luz del consenso de los Presidentes sudamericanos, los Ministros de Salud de la región se han reunido y han establecido como regla de juego aprovechar cada instancia de gobernanza global o regional para avanzar en el diálogo.

Así, en septiembre de 2021, al margen del 78. Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU), en la que se llevaron a cabo tres reuniones de alto nivel en temas de salud (Prevención, Preparación y Respuesta a Pandemias; Cobertura Universal de Salud; y Tuberculosis), los Ministros de Salud de América del Sur aprovecharon la ocasión para celebrar la primera reunión en el ámbito del Consenso de Brasilia. Estuvieron presentes los Ministros de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela, con el objetivo de dar seguimiento a los mandatos de los Presidentes.

Acuerdos de la Reunión de Ministros de Salud – 78ª. AGNU, 21 de septiembre de 2023

Gobernanza del Consenso de Brasilia en Salud	Establecer un mecanismo de interacción formado por las Oficinas de Relaciones Sanitarias Internacionales (ORIS) que sea ágil y flexible, con el objetivo de intensificar el diálogo y la cooperación en temas de interés común, basado en los valores de buscar el acceso universal a una salud integral de calidad y la importancia de enfrentar los desafíos sanitarios de la región de forma conjunta e solidaria.
	Reunirse presencialmente, en el ámbito de reuniones internacionales ya programadas, así como programar reuniones virtuales o presenciales.
	Realizar reuniones técnicas, a través de una Red de Contacto entre las Oficinas de Relaciones Internacionales en Salud- ORIS, al menos dos veces al año, con el objetivo de implementar las decisiones de los Ministros. Se pueden realizar reuniones virtuales o presenciales según sea necesario para promover la cooperación entre los países de la región.
Atención Integral en los Sistemas de Salud	La Red de Contacto podrá avanzar en la definición e implementación de formas de cooperación en materia de salud entre países de la región, las cuales deberán ser consensuadas en un Plan de Trabajo bianual, siempre respetando la legislación y prioridades en las políticas públicas de salud de los países.
	Podrá ser invitada a participar en las reuniones de Ministros y de la Red de Contacto en calidad de observador, a la Organización Panamericana de la Salud, así como a otros organismos o foros multilaterales regionales que se consideren pertinentes.
	Se destacó la necesidad de: (i) poner en funcionamiento una atención primaria sólida; (ii) invertir en la formación de profesionales de la salud; (iii) implementar acciones intersectoriales; (iv) mejorar los mecanismos de seguimiento, evaluación y transparencia y garantizar una financiación adecuada; (v) promover la participación social en la construcción e implementación de políticas de salud pública

Fuente: Construido a partir de <https://ocai.minsal.cl/establecimiento/>

Chile asumió la presidencia rotatoria durante 2024, coordinó el trabajo y propuso tres temas de interés: i) envejecimiento saludable; ii) salud digital; y iii) salud intercultural. Los líderes de los temas fueron coordinados por Brasil, Argentina y Perú, respectivamente. Una de las importantes tareas que hizo el Ministerio de Salud de Chile es una página web, donde disponibiliza a todos los países los documentos oficiales del sector salud: [https://ocai.minsal.cl/consenso-de-brasil/](https://ocai.minsal.cl/consenso-de-brasil). El cambio de la presidencia rotativa a Colombia, genera el desafío de darle continuidad a esta importante función de contar con todos los antecedentes y documentos de la iniciativa de integración.

Hola de Ruta para la Integración de América del Sur

El 5 de octubre de 2023, los Jefes de Estado sudamericanos aprobaron la “Hoja de Ruta para la Integración de América del Sur”. La hoja de ruta implementa el Consenso de Brasilia, configurando un diálogo sudamericano flexible que, a diferencia de Unasur, no tendría sede ni burocracia y mantendría una agenda limitada, para evitar la duplicación de esfuerzos de otros foros regionales y subregionales.

La Hoja de Ruta para la Integración de América del Sur es un instrumento con el objetivo de reanudar el diálogo regular para impulsar la integración regional, promover la cooperación y proyectar la voz de América del Sur en el mundo. Dicho instrumento apunta a la priorización de iniciativas concretas con un impacto positivo en las condiciones de vida de las poblaciones y que no dupliquen los esfuerzos ya encaminados en otros mecanismos de cooperación.

Cada una de las áreas específicas de la Hoja de Ruta, incluía un calendario de reuniones sectoriales e indica espacios que podrían ser aprovechados para seguir fortaleciendo el diálogo sudamericano.

La Hoja de Ruta aprobó 17 áreas, incluida la salud. Es de destacar que si bien explica un área específica de la salud, la mayoría de ellas constituyen determinantes importantes de la misma:

- I. Cambio climático
- II. Lucha contra el crimen organizado transnacional

- III. Comercio e inversión
- IV. Conectividad digital
- V. Cooperación transfronteriza
- VI. Defensa
- VII. Desarrollo Social
- VIII. Educación y cultura
- IX. Energía
- X. Financiación del desarrollo
- XI. Género
- XII. Gestión del riesgo de desastres naturales
- XIII. Infraestructura y transporte
- XIV. Integración productiva
- XV. Migración
- XVI. Salud
- XVII. Seguridad alimenticia

La hoja de ruta (6) indica que se deben priorizar iniciativas específicas que tengan un impacto positivo en las condiciones de vida de las poblaciones y que no dupliquen esfuerzos ya en marcha en otros mecanismos internacionales o regionales en los que participan los Estados sudamericanos, para contribuir activamente al seguimiento y consolidación de estas iniciativas.

Segunda Reunión de Ministros de Salud del Consenso de Brasilia

Cumpliendo con sus compromisos de reunirse con ocasión de eventos internacionales, los Ministros de Salud sudamericanos se reunieron por segunda vez, el 28 de mayo de 2024, en el ámbito de la 77ª Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra. En esta ocasión, los Ministros discutieron los desafíos de salud de la región y la aprobación de los tres planes de trabajo bianuales propuestos por los grupos temáticos.

Colombia, siguiendo el orden alfabético, asumirá durante el segundo semestre del 2024, la Presidencia Pro-Témpore del Consenso de Brasilia y en tal sentido deberá hacer el seguimiento de la ejecución de estos Planes de Trabajo. Gomes Franca, R e Pittella (2024) (7) analizan los objetivos de estos Planes:

Planes aprobados y Objetivos del Consenso de Brasilia en Salud

	Plan de Envejecimiento Saludable	Plan de Salud Digital	Plan de Trabajo en Salud Intercultural
LÍDER	Brasil	Argentina	Perú
OBJETIVO	ái) Construir un panel de indicadores con información de salud de la población anciana en cada uno de los países participantes. ii) Apoyar la capacitación en temas dirigidos a la población adulta mayor, según las necesidades de cada país, a través de talleres presenciales o virtuales; iii) Identificar las principales tecnologías disponibles en cada país que apoyan la atención a las personas mayores, como aplicaciones, consultas en línea (teleconsulta, telesalud), tecnologías de asistencia, etc.; iv) Intercambiar materiales técnicos de interés para los países participantes; v) Organizar un seminario internacional para presentar y discutir los cuidados de larga duración a nivel comunitario o las experiencias exitosas y los desafíos en la promoción del envejecimiento saludable; y vi) incentivar la producción científica, relacionada con la gestión de datos e indicadores de salud de la población adulta mayor.	i) Acreditar la implementación del IPS en los países del Consenso de Brasilia, para garantizar la interoperabilidad regional de los datos mínimos de la historia clínica de un ciudadano sudamericano. ii) Socializar los resultados de la adopción de IPS entre países. iii) inventariar políticas y regulaciones de transformación digital en los países de América del Sur; iv) Realizar un relevamiento en los países del Grupo sobre políticas y regulaciones relacionadas y elaborar un documento que integre la información identificando los cuellos de botella a desarrollar por cada país. v) Presentar de experiencias utilizando nuevas tecnologías de Inteligencia Artificial en el sector salud y socialización de buenas prácticas.	i) Realizar una revisión exhaustiva de las políticas y normativas de salud intercultural en los países de América del Sur, identificando fortalezas, debilidades y áreas de mejora. ii) Recopilar información sobre prácticas tradicionales de salud y conocimientos ancestrales presentes en comunidades indígenas y otros grupos étnicos de la región. iii) desarrollar propuestas de políticas públicas que integren prácticas de salud tradicionales y occidentales, promoviendo el diálogo intercultural y la colaboración entre sistemas de salud. iv) Promover la investigación intercultural en salud, con énfasis en la validación científica de prácticas tradicionales y la identificación de mejores prácticas para la integración de conocimientos ancestrales al sistema de salud. v) Establecer alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales relacionados con la salud y los derechos de los pueblos indígenas.

Fuente: Construcción a partir de los respectivos planes de trabajo

Consideraciones finales

Como se puede observar, ya se han dado pasos importantes en la creación de reglas de juego, priorización de temas para la gobernanza y creación de instrumentos o espacios para la diplomacia sanitaria sudamericana.

La gobernanza apunta a aprovechar las oportunidades de salud, la no duplicación o competencia de iniciativas, y apunta a la participación de otros socios estratégicos, como la OPS y otros que puedan identificarse, dependiendo de las prioridades.

Además, se puede afirmar que la Red de Institutos Nacionales de Salud, la Red de Escuelas de Salud Pública y la Red de Formación de Técnicos en Salud, tienen un potencial importante para trabajar en los temas priorizados por la Hoja de Ruta del Consenso de Brasilia, así como en los tres temas priorizados. por parte de los Ministros de Salud Las Redes han trabajado y producido conocimientos sobre salud intercultural, salud digital, cambio climático, seguridad alimentaria, desarrollado guías de atención a las personas mayores en el contexto de la pandemia, que bien podrían servir para la cooperación en el ámbito de la salud. Consenso de Brasilia en general, y en salud en particular, cumpliendo con las reglas de no burocratizar la iniciativa y permanecer ágil.

Finalmente, el hecho de que los Ministros de Salud se reúnan con motivo de otros eventos de salud internacionales permite una gran ventana de oportunidades para armonizar posiciones y consensos, como participar en la Asamblea Mundial de la Salud, los Cuerpos Directivos de la OPS u otras áreas de gobernanza global. y salud regional.

Los cambios de gobierno en América del Sur, producto de alineamientos electorales propios de la democracia, pueden eventualmente poner en duda la continuidad de alianzas o procesos de integración como el Consenso de Brasilia. Sin embargo, condiciones más apropiadas para abordar desafíos sanitarios comunes -como la salud digital, que permite el acceso a poblaciones en zonas remotas, nuevos modelos de atención sanitaria, retos como el envejecimiento poblacional o la incorporación de la perspectiva internacional- para superar las barreras de acceso pueden tener oportunidades importantes cuando se abordan desde el nivel regional, como el Consenso de Brasilia.

Referencias

- 1) Lynch, J. As origens da independência da América Espanhola. In: Bethell, L. (org.) História da América Latina, vol. III, pp. 36. EDUSP-FUNAG, 1984 [2001].
- 2) Buss, P. and Tobar, S. Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America. In: Oxford Research Encyclopedia Global Public Health 2018. DOI: 10.1093/acrefore/9780190632366.013.24. Acesso: <http://publichealth.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-24>
- 3) Buss, P; Alcazar, S e Tobar, S. Diplomacia da saúde em um novo multilateralismo na América Latina. Le Monde Diplomatique Brasil [Online], 08 nov. 2022. Acesso: <https://diplomatie.org.br/diplomacia-da-saude-em-um-novo-multilateralismo-na-america-latina/>
- 4) Ver: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/05/lideres-sul-americanos-assinam-consenso-de-brasil-que-abre-portas-para-integracao-continental>
- 5) Ver: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/consenso-de-brasil-2013-30-de-maio-de-2023
- 6) "HOJA DE RUTA" <https://ocai.minsal.cl/consenso-de-brasil-2013-30-de-maio-de-2023>
- 7) GOMES FRANCA, Rafael e PITELLA, Marina (2024) "Consenso de Brasília: alinhando estratégias para a saúde às margens da 77ª Assembleia Mundial da Saúde" Publicado em Cadernos CRIS/FIOCRUZ 7/2024. Centro de Relações Internacionais em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Publicação Digital. Produção Coletiva dos Trabalhadores do CRIS/FIOCRUZ. Páginas.: 184-186. Rio de Janeiro, 6 de Junho de 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/cadernos-cris-informe-sobre-saude-global-e-diplomacia-da-saude>



**#REVIVÍELCONGRESO
YA PODÉS ACCEDER A**

TODAS LAS CHARLAS ONLINE

DEL 1 ° CONGRESO INTERNACIONAL DE AASAP



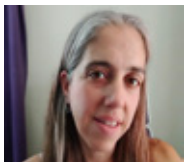
- Ingresá a
www.aasap.org.ar
- Ingresá a la web
del Congreso
- Mirá todos los
videos de las
charlas

Encuentro de construcción colectiva: Pensando los cuidados en el Hospital Sbarra



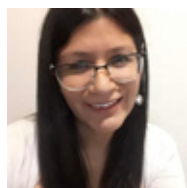
Aguglino, Paula

Lic en Psicología. Formación de postgrado relacionada al campo de la violencia familiar y de género, integrante del Programa Infancias y Juventudes: Cuidados y Asistencia en Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



de la Mata, Mercedes

Prof. y Lic en Psicología, Esp. en Psicología Clínica en niños y adolescentes, Esp. en Psicoanálisis y Prácticas Socio-educativas, integrante de la Sala de Psicología y del Comité de Bioética Clínica del HZE "Dr. Noel H. Sbarra". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Huaracallo Chiri, Romina:

Lic en Trabajo Social, Esp. en Infancias y Juventudes, Diplomada en violencias familiares y por razones de género, Jefa de la Sala de Servicio Social e integrante del Comité de Bioética Clínica del HZE "Dr. Noel H. Sbarra". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



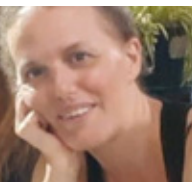
Millione, Carolina

Profesora y Licenciada en psicología. Formación de postgrado relacionada al campo de la salud mental de las infancias y juventudes, integrante del Programa Infancias y Juventudes: Cuidados y Asistencia en Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Pérez, Melisa

Lic. en Psicopedagogía. Formación de postgrado relacionada al campo de la salud mental y la discapacidad. Maestranda en Escritura y Alfabetización. Jefa de la Unidad de Infancias Juego y Aprendizaje e integrante del Comité de Bioética Clínica del HZE "Dr. Noel H. Sbarra". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Troncatti, Marianela:

Abogada, diplomada en gestión de los conflictos y violencias laborales, promoción de prácticas de cuidado en el ámbito de la salud. Integrante del Comité de Bioética Clínica del HZE "Dr. Noel H. Sbarra". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Resumen

Este escrito, recoge las ideas, diálogos y tensiones, abordadas en la jornada de trabajo "Encuentro de construcción colectiva: Pensando los cuidados en el Hospital Sbarra", intentando realizar una lectura a partir de ello. Las prácticas de cuidado que se realizan en esta institución y las conceptualizaciones de las mismas -por parte de las y los actores institucionales-, se constituyen en un contexto específico con sus características particulares. No se trata de categorías universales sino que se condicionan localmente en un contexto socio-histórico.

En este encuentro, se produjeron entramados de pensamiento a la luz de la complejidad del trabajo con otros y otras y de las vicisitudes hospitalarias, junto con la inmensa tarea de sostener y filiar a las niñeces institucionalizadas.

Palabras clave: prácticas de cuidados, niñeces e infancias, institucionalización, trabajadores de la salud.

Introducción: Crónica del encuentro

El Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra", es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, de mediana complejidad, que se caracteriza por atender a las infancias vulneradas. En él viven niños y niñas sin cuidado de sus familias, con enfermedades crónicas y discapacidad, internados bajo una medida de abrigo. En sus orígenes fue una de las **"Casa Cuna"** del país pero, con la implementación de la ley 13.298 y el cambio de paradigma desde lo legal a la **Promoción y Protección de los derechos de los NNyA**, se transformó el encargo social con el que trabajaba. Lo que se sostiene es el entrecruzamiento con el discurso jurídico, educativo, social, médico, entre otros y el trabajo de cuidado con las infancias.

Cuenta además, con un área de consultorios externos y un vacunatorio, donde asisten usuarias y usuarios de la comunidad, recibiendo demandas a diferentes especialidades: enfermería, pediatría, odontología, neurología, psicología, psicopedagogía entre otras.

En este contexto y desde el Comité de Bioética Clínica del mismo hospital, en conjunto con el Programa de Infancias y Juventudes: Cuidados y Asistencia en Salud Mental, nos propusimos trabajar en relación a los cuidados de las niñeces internadas en la institución bajo medidas de abrigo, así como de aquellas que concurren por consultorios externos.

Revisar nuestras concepciones e intervenciones en las prácticas de **cuidado** es un

eje fundamental para el trabajo institucional. Este escrito, recoge las ideas, diálogos y tensiones, abordadas en la jornada de trabajo **“Encuentro de construcción colectiva: Pensando los cuidados en el Hospital Sbarra”**, que se llevó a cabo el 17 de noviembre de 2021, en el marco del 79 aniversario del hospital. Con la pluralidad que implica pensar que no hay una verdad ni una historia única, conceptualizamos la creación de dispositivos desde lo colectivo, entre ellos la jornada de trabajo que estamos presentando, como posibilitadora de diálogos y discusiones que aunque se inscriben en una genealogía institucional procuran salir de la lógica inercial. Poner en cuestión, interpelar, junto con otros trabajadores y trabajadoras, con otros saberes, qué es lo común o la construcción de lo común en los términos o conceptos que utilizamos, incluso en las decisiones clínicas, nos ayudará a visibilizar qué compartimos cuando determinamos ciertas significaciones como los “cuidados” en este contexto en particular.

Para comenzar a trabajar, partimos de la conceptualización de que la noción de **“cuidado”** tiene una connotación más amplia e integral que la de “atención”, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas, se pone de relieve que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos (Stolkiner, 2021).

Las prácticas de cuidado que se realizan en el hospital y las conceptualizaciones de las mismas por parte de los actores institucionales, se constituyen en un contexto específico con sus características particulares. No se trata de categorías universales sino que se condicionan socio-históricamente por lo que es importante revisar, que esta institución, durante gran parte de su historia, se dedicó prioritariamente a la guarda y cuidado de niñas y niños pequeños, por eso se lo llamó “Casa Cuna e Instituto de Puericultura”. De la mano de la Sociedad de Beneficencia, inicialmente el cuidado estuvo llevado adelante por religiosas. Posteriormente, fue nombrado hospital, quedando bajo la administración estatal y adquiriendo su nombre actual. Se incorpora la mirada médica y el cuidado a cargo de mujeres auxiliares de puericultura y enfermeras. Con la apro-

bación de la ley de Protección y Promoción de los Derechos del Niño se abre una nueva etapa legal (luego de casi cien años de Patronato) en que las niñeces dejan de ser entendidas como objetos bajo la tutela del Estado para pasar a ser reconocidas como sujetos de derechos. Esto conllevó a que la función de guarda cambie en sus características, de una guarda en la que el juez decidía -discrecionalmente en muchos casos- el destino del niño o niña, al cumplimiento de las medidas de abrigo que son excepcionales y de corta duración temporal. Esta modificación en la reglamentación produjo que el número total de camas en el Hospital descendiera, modificando el perfil poblacional. Las tareas de cuidados comienzan a complejizarse persistiendo predominantemente las mujeres como figuras de sostén.

Hoy por hoy, necesitamos conocer tanto las prácticas como las conceptualizaciones que tenemos respecto al cuidado, para visibilizarlas, analizarlas, cuestionarlas y deconstruirlas. Es por ello que en un primer tiempo, elaboramos un instrumento de relevamiento que pudiera recoger las voces de los trabajadores y trabajadoras -nuestras voces-, en relación a los intereses, malestares, tensiones y temas que fueran de mayor relevancia. Entre Derechos y Cuidados, se fueron configurando una serie de preguntas que dieron lugar a lineamientos para el armado de una propuesta colectiva.

También constituimos un grupo de trabajo para sostener esta apuesta reflexiva y formativa de las propias prácticas.

En un segundo tiempo, conformamos un equipo entre trabajadoras del Hospital Sbarra y del Programa Infancias y Juventudes, cuidados y asistencia en Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires. Las preguntas iniciales, se materializaron en un encuentro con la modalidad de taller, en el que participamos como pares, todos y todas aquellas que, de una forma u otra, teníamos incidencia en los cuidados de las niñeces del hospital. En este último, intentamos construir un espacio que habilite el debate acerca de las prácticas y concepciones del cuidado en el ámbito institucional, recuperando los saberes de los actores. También estuvo presente la intención de propiciar la reflexión en relación a los diversos modos de interpretar las

nociones del cuidado de las niñeces, como un acto colectivo y enmarcado en políticas públicas.

Un tercer tiempo, quizás tendrá que ver con la apertura de espacios de formación e intercambio para el personal a cargo del cuidado e interesado en la temática.

Producción del encuentro

La propuesta de trabajo en modalidad taller implicó la organización y conformación de pequeños grupos heterogéneos, integrados por representantes de diferentes espacios y saberes para el intercambio entre los mismos. Esta dinámica habilitó un encuentro en donde hubo diálogos, tensiones, revisiones e interrogantes; dando lugar a las diferencias y dificultades que conlleva la complejidad de las prácticas.

En los diferentes grupos, las producciones comenzaron a delimitar de qué se trataban los cuidados hacia las niñeces pero también el acompañamiento a las y los trabajadores.

En este marco, contamos con la participación y acompañamiento de la Dra. Marcela Armus, asesora del Programa Infancias y Juventudes, con quien pudimos ir tejiendo una trama en donde uno de los hilos fue la referencia a las **infancias**. Cuando hablamos de ellas no nos referimos meramente al proceso de desarrollo evolutivo sino a la construcción social y cultural por la cual cada época define qué se entiende por niño/a y cuáles son las prácticas de cuidado que requieren. Esta mirada acerca de las infancias y juventudes situadas en un contexto social, cultural, histórico, atravesado por variables de géneros, etnia y desigualdades sociales nos interpela a pensar desde los diferentes saberes las situaciones que nos convocan. Frente a la complejidad en la que los problemas se presentan, ya no alcanza con respuestas fragmentarias de disciplinas y prácticas hiper-especializadas. Sostenemos que revisar nuestras propias construcciones subjetivas nos permite habilitar nuevas formas de encuentro y de cuidado que atiendan y entiendan la complejidad de las determinaciones que intervienen en la trayectoria de vida de las niñeces y abordarlas desde la corresponsabilidad.

Asimismo se visibiliza en el colectivo, una concepción de **niñas y niños como sujetos**



de derechos, protagonistas de sus historias y participantes activos en la construcción de las decisiones. Desde esta concepción y a partir de las diversas ideas presentadas, pudimos construir una mirada más compleja de la que cada grupo compartió inicialmente. En este recorrido, logramos hilvanar que hablar de niñeces hoy implica su consideración como sujetos de derechos y que quienes trabajamos con ellos somos partícipes en la concreción de los mismos. Uno de ellos, y que nos compete directamente, es el “derecho a la salud” que requiere ser comprendido en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-atención-cuidado. Es decir, incluyendo la crianza, el buen trato, el amor, así como también pensando en el juego, la escucha y la palabra, el respeto por la identidad, el recuperar la historia de las niñeces.

Retomando las producciones grupales del taller, se pudieron diferenciar tres niveles o líneas de análisis en cuanto a los cuidados y sus formas. Los nombramos pues permiten hacer un recorte en la complejidad de las prácticas, intervenciones y concepciones, facilitando las lecturas diferenciales. Sin reducir estos tres niveles a compartimentos estancos sino pensándolos como dimensiones indivisibles de la complejidad de los cuidados.

- Uno de los ejes se refirió a las **niñas y niños**, y surgieron conceptos y palabras tales como:

Niños/as como sujetos de derechos / acceso a derechos; crianza / afecto/ amor/ ternura/ protección / alojar / respeto / dignidad y buen trato; identidad; autonomía / autocuidado; abordaje interdisciplinario, procesual, integral; trabajo a partir de la palabra y escucha, historia. juego; identidad cultural; violencia; continuidad en los cuidados / historización.

- Por otro lado, y en relación a los cuidados entre las y los **trabajadores**:

Respeto; interdisciplina; comunicación y escucha; corresponsabilidad; violencia; sentido de pertenencia / perfil del trabajadxr; reconocimiento; tiempo; límites; diálogo / consenso / pedir ayuda; continuidad en los cuidados/ historización; autonomía/autocuidado.

- Por último y en cuanto a la **institución**:

Instituido / instituyente; violencia; normas y protocolos; recursos; políticas públicas y transversalidad; continuidad en los cuidados / historización.

Estas palabras, recortadas del encuentro entre los y las trabajadoras, nos permiten analizar y pensar el lugar de cada quien al momento de cuidar, acerca del sujeto que los recibe (niñeces internadas), de quienes cuidan y cómo cuidan, pero también con respecto a las tensiones y malestares que lo atraviesan. Donde niñeces, trabajadores e institución se entretejen en una trama que hacen visible la coyuntura actual.

En relación a la noción de cuidados consideramos su inclusión dentro de los procesos vitales de salud/enfermedad/atención/cuidado, incorporando la dimensión subjetiva/ social/cultural y el establecimiento de lazos con otros en todas las prácticas en salud. Tomamos para ello, la referencia de Chardon (2019) quien pone en relieve la cuestión de que cuidar y curar tienen la misma raíz etimológica aunque las ciencias de la salud se dedicaron a curar mientras que las “tareas de cuidado” quedaron a cargo de las mujeres como parte de su “naturaleza femenina”. De este modo, las mismas se conceptualizan como provenientes del amor, la caridad, la buena voluntad, sin necesidad de reconocimiento a través de la remuneración económica. Así, las prácticas de cuidados se encuentran naturalizadas dentro del contexto donde se desarrollan, obturando muchas veces la posibilidad de problematizarlas.

En la actualidad, la prevalencia de enfermedades que no se curan sino que requieren de cuidados prolongados -se cuidan-, instituyó la tríada salud/atención/cuidados como espacios de lazo social, de encuentro con otros, de relaciones más prolongadas en el tiempo que incorporan la complejidad y la multirreferencialidad.

Retomando a la autora antes nombrada así como a Pascale Molinier (2015), entendemos que los cuidados son parte de un artefacto cultural dirigido a sostener la vida y calidad de vida de las personas, y al mismo tiempo son constituyentes de subjetividad, es decir de humanización. En ellos devenimos filiados a una familia, un linaje, una cul-

tura, nos hacen parte de un mundo común.

Al mismo tiempo, sabemos que las prácticas de cuidado implican una dimensión de displacer, muchas veces acallada (Chardon 2019). Son actividades e intervenciones que requieren de una “disposición” o “sensibilidad con el sufrimiento de los demás” (Molinier 2015) por lo que necesariamente van a movilizar y hacer presentes las emociones, angustias, molestias y tensiones que atraviesan la cotidianidad de nuestros quehaceres.

En ese sentido, se torna necesario constituir espacios de escucha y reflexión, capaces de alojar y dimensionar los sufrimientos presentes en la tarea. Esto se puso de manifiesto en las propuestas surgidas del trabajo conjunto en los pequeños grupos:

- *Encuentros interdisciplinarios / Capacitación en servicio / Cuidar al cuidador / Resultados cualitativos y no cuantitativos.*

Molinier propone que el trabajo de quienes cuidan es “invisible”, no se puede medir sólo cuantitativamente, porque en él aparece la subjetividad de las personas. Para poder estimarlo, se requiere de otros instrumentos, como los relatos, las historias y narraciones que permitan acceder al sentido de las acciones. En este tipo de análisis no vamos a ver las prácticas en sí, sino tratar de entender los sentidos de las mismas y cómo las personas hablan de ellas.

En el debate surgió la idea de reconocimiento, sentido de pertenencia, tiempo disponible y también de un espacio de escucha, diálogo y la construcción de consensos. Entendemos que hay una necesidad de problematizar el modo en que estamos dialogando como colectivo de trabajo, que requiere de la invención de nuevos dispositivos que tengan en cuenta tanto a los sujetos cuidados como a quienes cuidan.

La complejidad de los determinantes nos obliga a pensar las situaciones que se presentan desde diversas miradas, miradas que aportan desde sus saberes para lograr un abordaje integral de la vida de ese niño o niña. De esta manera, nos acercamos a lo que se denomina RED de trabajo. Pensar en red es asumir un pensamiento acerca de la complejidad, su propia estructura permite incorporar muchas personas, lo que multi-

plica la posibilidad de producir respuestas variadas y creativas, y hacia ese horizonte es necesario que se desarrollen nuestras prácticas. Estas redes son nómades (Rovere, 2009), en el sentido que pueden desplazarse en el espacio y en el tiempo. Se forman en pos de objetivos determinados, siendo un medio para su consecución y no una estructura en sí misma.

Para avanzar en ello, es preciso hacerlo a la luz de la complejidad del trabajo con otros, de las vicisitudes institucionales, de los displaceres que nombramos más arriba, junto con la inmensa tarea de sostener y fiar a las niñeces institucionalizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Chardon, M. (2019), Cartografías del cuidado, en Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, educación, familias, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Chardon, M. y otros (2004), Las prácticas de cuidado y la cultura del cuidado: ¿Bienes simbólicos en discusión?, En XI Jornadas de investigación. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.
- Molinier, P. (2012), El trabajo de cuidado y la subalternidad, livret de 40 pages, hal-01075702.
- Rovere, M. (2009) Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. En Cadernos de Encino y Currículo, NUTES UFRJ.
- Siles Gonzales, J., Solano Ruiz, C. (2007), Historia. El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. En Cultura de los cuidados, 1er semestre, Año XI, N°21.
- Stolkiner, A. (2021), De interdisciplinas e indisciplinas en: Prácticas en Salud Mental. C.A.B.A. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Stolkiner, A. (2021) Derribando Barreras. Diálogo sobre interdisciplina. En: Prácticas en Salud Mental. C.A.B.A. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Stolkiner, A. (2021) Consideraciones sobre la Salud Mental desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas. En: Prácticas en Salud Mental. C.A.B.A. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Wlosko, M., Ros, C. (2015), El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier, en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.



Modificaciones al Reglamento Sanitario Internacional aprobadas en la 77ma Asamblea Mundial de la Salud - 2024

¿MISIÓN CUMPLIDA?



Eduardo Hage Carmo

Médico, residencia en Medicina Social, cuenta con una Maestría en Salud Colectiva y doctorado en Salud Pública. Investigador en el CIDACS/FIOCRUZ/BA y miembro del panel de especialistas y consultor de la OMS

El 1 de junio de 2024, la 77ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó un conjunto de modificaciones al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), luego de dos años de negociaciones que comenzaron con la conclusión de los trabajos de un Comité de Revisión del RSI de la Organización Mundial de la Salud. Organización (OMS). Este Comité tuvo la tarea específica de realizar consultas con los Estados Miembros y consolidar las propuestas presentadas, las cuales fueron entregadas al director general de la OMS en enero de 2023 (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El informe final del Comité de Revisión, que contiene más de 300 propuestas de enmiendas al RSI, fue objeto de negociaciones realizadas por el Grupo de Trabajo (GTIHR) formado en noviembre de 2022 y compuesto por Estados Miembros de la OMS. Las discusiones sustantivas comenzaron en febrero de 2023, con ocho reuniones del GTHIDH, además de reuniones de consulta con la participación de organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas,

y la última reunión del grupo se celebró la semana anterior a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS-Grupo de Trabajo sobre Modificaciones al Reglamento Sanitario Internacional (1) -2005).

El mismo día en que se aprobaron las modificaciones al RSI en la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados miembros decidieron continuar las negociaciones sobre un acuerdo para fortalecer la prevención, preparación y respuesta ante pandemias, lideradas por el Órgano Intergubernamental de Negociación (INB, en sus siglas en inglés), en el plazo máximo de un año.

Desde la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en 2007, el mundo ha experimentado siete Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Con la implementación del RSI por parte de los Estados Partes, la expectativa era que habría una expansión de la capacidad global de prevención, detección, respuesta y recuperación de la ESPII, lo cual no se logró en su totalidad, como lo demuestran varios informes de comités inter-

nacionales (incluido el propio RSI), paneles y publicaciones científicas (Aavitsland et al, 2021(2); Souza et al, 2022 (3); Kamradt-Scott A, 2018 (4); Organización Mundial de la Salud, 2011 (5); Panel Independiente para la Preparación y Respuesta a Pandemias, 2021(6); Organización Mundial de la Salud, 2021(7)).

En este contexto, la introducción de modificaciones al RSI pretende mejorar su implementación por parte de los Estados Partes, pero ciertamente no es suficiente para que, a nivel global y en los países en particular, se mejoren estas capacidades para enfrentar Emergencias de Salud Pública.

Sobre la introducción de modificaciones al RSI

Tras la aprobación de la 77ª Asamblea, el Director General de la OMS celebró los resultados del proceso de negociación, que fue bastante intenso y movilizó a toda la Organización, a los Estados Miembros y a otras organizaciones involucradas. Entre el conjunto de modificaciones, se destacaron las siguientes: a) Introducción de una definición de emergencia pandémica; b) el compromiso con la solidaridad y la equidad en lo que respecta al fortalecimiento del acceso a productos médicos y al financiamiento (que incluye un mecanismo de coordinación financiera, con el objetivo de desarrollar, mantener y fortalecer las capacidades básicas de los países, especialmente de los países en desarrollo); c) el establecimiento de un comité de Estados Partes para facilitar la aplicación efectiva del Reglamento; d) la creación de Autoridades Nacionales para el RSI.

Para contextualizar los cambios incluidos en el RSI con evaluaciones previas de las capacidades globales para afrontar emergencias de salud pública, tomemos como ejemplo el informe del Comité de Revisión que analizó el funcionamiento del RSI durante la pandemia de Covid-19, presentado en la 74ª AMS (OMS, 2021). Este informe identificó una serie de deficiencias en la aplicación del RSI y en la respuesta coordinada al ESPII por parte de los Estados Partes y la propia OMS.

A partir de este trabajo, los miembros del comité publicaron un artículo ese mismo año, en el que se presentaban una serie de

recomendaciones para mejorar las capacidades globales para afrontar emergencias de salud pública (Aavitsland et al, 2021). Estas recomendaciones se agruparon en tres áreas: cumplimiento de las obligaciones de los Estados Partes, empoderamiento del punto focal nacional del RSI, mecanismo de revisión y rendición de cuentas; alerta temprana, notificación y respuesta; compromiso financiero y político.

Cuando analizamos las modificaciones introducidas en el RSI, es posible identificar que algunas de las deficiencias destacadas pueden considerarse cubiertas, pero no en su totalidad. Si nos centramos en los principales aspectos destacados en el reciente comunicado de la OMS, es posible ver que:

a) la introducción de una nueva definición de emergencia pandémica (teniendo en cuenta que ya existe un concepto establecido para pandemia) tiene como objetivo establecer un vínculo con un futuro nuevo instrumento internacional que abordará específicamente este tipo de eventos, como se ha discutido en el ámbito del INB. También atiende a la necesidad de que, entre las ESPII, para aquellos eventos que tengan una mayor extensión geográfica, o un mayor riesgo de que dicha extensión se produzca, se establezca un nivel diferenciado para su clasificación, lo que requiere la adopción de medidas urgentes y adecuadas.

Tal como lo establece el RSI modificado, para la definición de emergencia pandémica se definieron algunos criterios que permiten clasificar los eventos potenciales de manera más homogénea entre los Estados Parte y la OMS. Además del riesgo de una amplia dispersión geográfica, se consideran los siguientes: el riesgo de exceder las capacidades nacionales para responder a estos eventos; el riesgo de causar perturbaciones sociales y/o económicas considerables; y la necesidad de una acción internacional rápida, coordinada, equitativa y reforzada, con un enfoque que involucre a todo el Gobierno y a toda la sociedad.

Para clasificar un evento como una potencial emergencia pandémica, se aplicará inicialmente el proceso e instrumento ya establecido para su uso en el Anexo 2 del

RSI (para el cual no hubo modificación), que orienta qué eventos deben ser notificados por los Estados Partes a la OMS como Potencial ESPII. Luego de definir un evento como ESPII, lo que requiere análisis por parte de un Comité de Emergencia, se analizarían los criterios para clasificar una emergencia pandémica. Ambas definiciones finales sobre la clasificación del evento son responsabilidad del Director General de la OMS.

Vale resaltar aquí que, si bien los criterios para esta nueva definición están presentes, para su análisis y clasificación preliminar, que es responsabilidad de los Estados Partes, así como, para que el diálogo entre los Estados Partes y la OMS sea más efectivo, es necesario que la interpretación de estos criterios, ante un hecho real, sea más homogénea. Por ejemplo, ¿qué se considerará “amplia extensión geográfica” o “considerable perturbación social y/o económica”? Ciertamente, no sería apropiado que todos los escenarios posibles estuvieran presentes en las definiciones, pero será importante trabajar sobre los posibles escenarios, a través de instrucciones, guías y ejercicios, para que estas definiciones no se utilicen de manera diferente, por ejemplo, cuando un determinado evento ocurre en países más desarrollados, en comparación con un evento de características similares, que ocurre en países menos desarrollados, o incluso cuando están en juego los intereses de grandes corporaciones.

b) la introducción de la promoción de la equidad y la solidaridad entre los principios del RSI es un avance digno de celebración, considerando que gran parte de las deficiencias para enfrentar todas las emergencias de salud pública estuvieron marcadas por la falta de adopción de estos principios para responder a estas emergencias. La inclusión de estos dos términos en varios artículos de RSI permite que todas las iniciativas encaminadas a la prevención y recuperación ante emergencias de salud pública tengan en cuenta la necesidad de reducir o eliminar las desigualdades en el acceso a las acciones y servicios de salud, a las tecnologías y recursos financieros, con el objetivo de reducir los riesgos o mitigar los efectos de estos eventos.

Obviamente, la incorporación efectiva de estos principios no garantiza el cambio de prácticas ya consolidadas en la arquitectura global en relación a las emergencias de salud pública, que resultaron en deficiencias en la respuesta global a todas las ESPII (Souza et al, 2022). Para lograrlo será necesario avanzar en el establecimiento de compromisos, con el importante vínculo con un futuro acuerdo sobre pandemias.

También vale la pena mencionar que el principio de equidad no se restringe -o no debería restringirse- a un acceso más equitativo a productos sanitarios relevantes (como establece el nuevo texto), sino que comprende otras dimensiones relacionadas con la reducción de las desigualdades sociales, que determinar o condicionar los mismos eventos de salud cubiertos por el RSI (Carmo, 2023).

c) El establecimiento de un comité de Estados Partes para facilitar la aplicación efectiva del Reglamento puede (o podría) representar una medida importante para que los Estados Partes cumplan con las obligaciones establecidas en este instrumento y respondan, en parte, a un conjunto de recomendaciones del Comité de Revisión del RSI de 2021 (Aavitsland et al, 2021). Sin embargo, no hubo cambios significativos en los mecanismos previstos en el actual Reglamento de seguimiento y rendición de cuentas (la mayoría de ellos establecidos en reuniones de la AMS tras la aprobación del RSI 2005), lo que se ha demostrado insuficiente para garantizar o incentivar que los Estados Las Partes y la propia OMS apliquen plenamente el RSI.

Este aspecto debería merecer más estudio en los próximos meses y años, considerando que, si no se mejoran estos mecanismos, la fuerza jurídicamente vinculante del RSI tiende a debilitarse.

d) La creación de Autoridades Nacionales del RSI tiene como objetivo ampliar el empoderamiento de los órganos nacionales responsables en los Estados Partes de la implementación del RSI. Hasta la fecha, gran parte de esta tarea ha sido responsabilidad del punto focal nacional de RSI, que en muchas situaciones no representa una entidad relevante, desde el punto de vista de la ar-



quitectura gubernamental, para la toma de decisiones. Esta insuficiencia, también destacada por los miembros del Comité de Revisión del RSI (Aavitsland et al, 2021), ha restringido el papel del Punto Focal a un área dentro de la estructura gubernamental en el establecimiento de comunicación con la OMS, cuando ocurren posibles ESPII.

Finalmente, cabe mencionar un tema que fue poco abordado en el proceso de introducción de modificaciones al RSI, posiblemente debido a la sensibilidad del tema y las posiciones encontradas a la hora de aplicar el RSI durante todo el ESPII. Las medidas adicionales, previstas en el artículo 43, encaminadas a evitar interferencias en el tráfico internacional (personas, bienes y mercancías) o la adopción de medidas médicas más invasivas, han sufrido pocos cambios. Esto puede resultar una paradoja, teniendo en cuenta que en todos los ESPII se adoptan medidas más restrictivas que las recomendadas por la OMS, tal y como establece el RSI, sin que tales medidas se suspendan, ni siquiera previa declaración expresa de la Organización. Este tema también merece más estudio, ya que reduce la solidez de la implementación del RSI y, en algunas situaciones, puede socavar la confianza en la OMS.

Modificaciones al RSI y perspectivas para futuras negociaciones

Quizás uno de los mayores significados de la aprobación de las enmiendas al RSI por parte de la 77ª AMS esté más allá del texto aprobado, a pesar de algunos avances aquí resaltados, entre otros que no fueron abordados.

El primer significado importante –en un mundo dominado por señales y mensajes– se refiere a que la aprobación de las modificaciones, después de un largo y exhaustivo proceso de negociación, representa una reafirmación de que es posible encontrar soluciones a los grandes desafíos de la salud pública global en el mundo y bajo la coordinación de Organismos Internacionales multilaterales, como la OMS. Este aspecto se hizo evidente, ya que fueron numerosas las amenazas y ataques (mediante la difusión de información falsa y maliciosa) promovidos por diversos agentes, especialmente por movimientos de extrema derecha.

No profundizaremos este debate en este momento, pero la aprobación de las modificaciones representaron una victoria, no sólo para la OMS, sino para todos los Estados Miembros, organizaciones de la sociedad

civil y otras partes interesadas, que contribuyeron, con diferentes posiciones, a este tema.

El segundo aspecto importante está relacionado con la negociación del instrumento internacional para pandemias. De una lectura inicial, se puede interpretar que la no conclusión de las negociaciones sobre el Tratado reflejó la incapacidad de avanzar en una distribución más equitativa de las tecnologías sanitarias para combatir las pandemias, con el consiguiente riesgo de no alcanzar un acuerdo más satisfactorio, especialmente para los países y poblaciones más vulnerables.

En este aspecto propongo otra lectura, basada en la aprobación de las modificaciones al RSI. La inclusión de la equidad y la solidaridad entre los principios y la explicación en varios artículos de que estos principios son fundamentales para lograr un mayor nivel de protección global ante emergencias de salud pública -de las cuales las pandemias son de gran relevancia- con énfasis en la protección contra menores países desarrollados y poblaciones más vulnerables, ejerce presión (positiva) para que el nuevo instrumento jurídicamente vinculante, con varias interfaces con RSI, sea totalmente coherente con este Reglamento.

Finalmente, considerando que algunos temas relevantes para comprender y enfrentar los riesgos de nuevas emergencias de salud pública -que surgirán próximamente- no fueron abordados dentro del ámbito del RSI (por no estar dentro del alcance del Tratado), como el clima De emergencia, es importante establecer vínculos con otros acuerdos i

Referencias bibliográficas

- 1) WHO. "Working Group on Amendments to the International Health Regulations (2005)". Governance- Documents. <https://apps.who.int/gb/wgahr/>
- 2) Aavitsland et al. Functioning of the International Health Regulations during the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021 398(10308):1283-1287. Disponible em: Functioning of the International Health Regulations during the COVID-19 pandemic - PubMed (nih.gov)

3) Souza et al. The global failure of facing the pandemic, *Global Health Action*, 2022. 15:1, 2124645. Disponible em: Full article: The global failure of facing the pandemic (tandfonline.com)

4) Kamradt-Scott A. What Went Wrong? The World Health Organization from Swine Flu to Ebola. A. Kruck et al. (eds.), *Political Mistakes and Policy Failures in International Relations*, PMC, 2018:193-215. Disponible em: What Went Wrong? The World Health Organization from Swine Flu to Ebola - PMC (nih.gov)

5) World Health Organization. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1). 2009. Doc WHA 64/10. 2011. Disponible em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf.

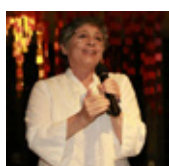
6) Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. COVID-19: Make it the Last Pandemic. 2021. Disponible em: COVID-19: Make it the Last Pandemic (theindependentpanel.org)

7) World Health Organization. Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response. 2021. Disponible em: Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response (who.int)

8) La 77ª Asamblea Mundial de la salud llega a un acuerdo sobre un conjunto decisivo de modificaciones de amplio alcance para mejorar el Reglamento Sanitario Internacional y fija la fecha para ultimar las negociaciones sobre una propuesta de Acuerdo sobre Pandemias. <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2024-world-health-assembly-agreement-reached-on-wide-ranging-decisive-package-of-amendments-to-improve-the-international-health-regulations--and-sets-date-for-finalizing-negotiations-on-a-proposed-pandemic-agreement>

9) Carmo EH. Emendas ao Regulamento Sanitário Internacional e proteção sanitária global. Quo vadis? In: Fundação Oswaldo Cruz Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS). *Cadernos CRIS/FIOCRUZ* 18/2023. Disponible em: [cader-nos_cris-fiocruz_-_informe_18-23_sobre_sau-de_global_e_diplomacia_da_saude_vfinal.pdf](https://www.fiocruz.br/cris/cadernos/cris-fiocruz_-_informe_18-23_sobre_saude_global_e_diplomacia_da_saude_vfinal.pdf)

Sobre el menos común DE LOS SENTIDOS



Alejandra Sánchez Cabezas

Presidenta de la Asociación Argentina de Salud Pública



Daniel Esteban Manoukian

Médico general/familiar, CUESEB (Centro Universitarios de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar – UNCo) y Centro de Estudios de la Sociedad de Medicina Rural de Neuquén

Es muy común escuchar, a veces como queja y otras como añoranza, aquello de: “si se procediera con sentido común...”

Frecuentemente caemos en la trampa de suponer que la aplicación de ese sentido común resolverá mejor las situaciones que enfrentamos como sociedad. Sin embargo, rara vez percibimos, al menos como colectivo, que podría construirse otro sentido común, distinto del predominante hasta ahora. ¿O es acaso el sentido común hegemónico la única tabla de salvación del pueblo?

Álvaro García Linera, ex - vicepresidente del Estado Plurinacional de Bolivia, nos ofrece una definición esclarecedora al respecto: “El sentido común es el conjunto de criterios, razones lógicas, juicios y prejuicios absolutamente evidentes que no necesitan filtro reflexivo previo, con los cuales las personas absorben el mundo inmediato, se ubican en él, lo juzgan y actúan.”

Esto nos lleva a la conclusión de que el sentido común es visto como lo que debe ser, lo natural, la verdad objetiva e irrefutable.

Podríamos imaginar el sentido común como el “metro patrón”, aquel fabricado de platino e iridio que se conservaba en París y que servía como la referencia obligada del sistema métrico decimal

hasta 1960. Así como el metro patrón marcaba la medida estándar, el sentido común define la estructura del mundo objetivo, aparentemente incuestionable. Concordando con ese enfoque, Deleuze y Guattari, afirman que el sentido común es el conjunto de esquemas sensoriales, que nos permiten comprender la realidad y nos hacen actuar casi mecánicamente. Su único objetivo, sostienen, es obturar las fisuras de la realidad ante un suceso dado, como una suerte de paraguas que protege del caos, pero que también cierra las posibilidades de cambio y transformación si no se lo cuestiona.

García Linera argumenta que el sentido común dominante es el que incorpora las relaciones desiguales de género, clase y región, perpetuándolas. Este sentido común se inculca desde la familia, las escuelas, hasta las instituciones, moldeando la percepción y el comportamiento de las personas para que acepten su lugar en el mundo. Así, las instituciones no solo reflejan lo que las cosas son, sino lo que se quiere que sean, imponiendo un deber ser que se acepta sin cuestionar.

Cuando alguien no logra adecuarse al mundo objetivo establecido, es considerado “loco” o fuera de lugar.

Esto se debe a que el sentido común dominante también ordena la jerarquía y las premisas de los sentidos comunes de las clases dominadoras y dominadas. Sin embargo, hay momentos en la historia de los pueblos donde este orden social se quiebra parcialmente, y es en esos momentos cuando surgen las revoluciones. García Linera ilustra esto con la revolución bolchevique, recordando que “un mes antes de que sucediera, Lenin había escrito que no pensaba ver en vida la revolución”. Durante estos quiebres se debilita el sentido común dominante y emerge la posibilidad de un proceso de transformación social, habilitando el cambio en la estructura objetiva del mundo y, por ende, en el sentido común instituido. Este proceso de transformación es fundamental para la creación de una nueva concepción del mundo que altere las relaciones productivas y políticas, y funde nuevos valores y creencias que comienzan a permea tanto el sentido común como las formas más elaboradas del pensamiento, incluida la ciencia. Antonio Gramsci destaca la importancia de mantener un contacto constante y estrecho con toda la población en este proceso de transformación, ya que sólo de esa manera se puede construir un pensamiento vital capaz de construir historia. Porque, además, sólo la población es la fuente legítima de los problemas a estudiar y resolver. Otro aspecto que resalta Gramsci, es el de no bajar los brazos ni cansarse. Ya que es necesario repetir los mismos mensajes de manera constante y variada si lo que buscamos es cambiar las percepciones y creencias arraigadas en la sociedad. Él afirma que la repetición es la herramienta educativa más eficaz para influir sobre el sentido común. Por eso, es fundamental seguir trabajando con la población, fomentar la formación de nuevas generaciones de líderes y pensadores surgidos

del mismo pueblo, quienes deben mantenerse siempre conectados con sus comunidades de origen. Aquí es la política la que toma un papel protagónico, pues es la que asegura el vínculo entre los pensamientos científicos y filosóficos y el sentido común. No se trata solo de un tema discursivo, sino de cómo nos ubicamos en el mundo a nivel más profundo, cultural, ideológico y espiritual. Este aprendizaje es esencial para cualquier transformación significativa. En lo que refiere a la salud, entendida ésta como fenómeno social multideterminado, no habría posibilidad de instaurar un modelo que garantice la plena vigencia del derecho sin un cambio en el sentido común que remueva los estándares de relaciones y distribución de poder. No hay revolución verdadera, ni hay consolidación de un proceso revolucionario, si no hay una profunda revolución cultural. La participación y el liderazgo en todos los espacios democráticos, son los instrumentos necesarios para una revolución cultural, y esto será posible si los protagonistas son en sí mismos, revolucionarios, esto es, coherentes en su accionar ciudadano con los principios que se pretenden instaurar. Por esto es que Cornelius Castoriadis afirma que: “en la medida en que siga habiendo gente que reflexione, que cuestione el sistema social o su propio sistema de pensamiento, habrá creatividad de la historia sobre la que nadie puede poner una lápida. El lazo que tenemos con esta creatividad pasa por individuos vivientes”. El sentido común, cemento de todos nuestros vínculos, no es un ente inmutable, sino una construcción que refleja y refuerza las estructuras de poder vigentes. Para construir una verdadera equidad en salud, es esencial cuestionar y transformar nuestro sentido común como el de las personas

que nos rodean. Ese puede ser nuestro aporte para la construcción de un mundo más justo.

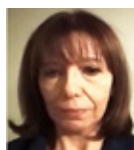
Referencias bibliográficas

- 1) Deleuze G, Guattari F. (2020). Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. 2º Edición. Pre-Textos. Valencia. Pág. 94.
- 2) García Linera, A. (2019). ¿Por qué es tan difícil cambiar el mundo? Conferencia magistral en el Congreso Nacional de Filosofía 2019 de la Universidad Nacional de Lanús, 4 de abril de 2019. Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- 3) García Linera, A. (2018). ¿Qué es una revolución? De la Revolución Rusa de 1917 a la revolución en nuestros tiempos. Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz, Bolivia.
- 4) Varesi, Gastón Ángel. Hegemonía y lucha política en Gramsci. Selección de textos. Antonio Gramsci. CABA, Ediciones Luxemburg, 2016. Pág. 57
- 5) Gramsci, A. (1967). La formación de los intelectuales Ed. Grijalbo. México. Pág. 70
- 6) Gramsci, A. (1967). La formación de los intelectuales Ed. Grijalbo. México. Pág. 81
- 7) Gramsci, A. (1967). La formación de los intelectuales. (1967). Ed. Grijalbo. México. Pág. 71
- 8) Castoriadis, C. (1997). El avance de la Insignificancia. Editorial Universitaria de Buenos Aires.



La epistemología como herramienta

para el acercamiento de tecnologías sanitarias a los pueblos originarios: el caso del Gran Chaco argentino



Rosa Alicia Araoz
FMED-UBA



Acercarse a la cosmogonía de los pueblos originarios de Latinoamérica no es solo tarea de historiadores y antropólogos como conocimiento de archivo y esa es la propuesta de este artículo, que su conocimiento pueda constituirse en una herramienta para aclarar las visiones que tienen sobre la salud y enfermedad quienes son sobrevivientes nativos y su descendencia, ya sea mestiza o no, pero que están más o menos integrados a las nuevas sociedades americanas.

Capturar las finas diferencias entre estas etnias es un trabajo de historiadores, antropólogos, etnógrafos y lingüistas que continúa en marcha, a lo que se suman las dificultades por la irrupción de los estados nacionales sudamericanos, situación que guía el propósito de este análisis para buscar maximizar la eficiencia cuando los nativos se acercan a los hospitales o centros de salud modernos.

La epistemología analiza lo que sabemos del mundo y cómo accedemos a ese saber, por eso cuando el mundo cambia como les ocurrió a los nativos americanos durante y después la conquista, debemos intentar comprender como era su esquema de pensamiento hacia la enfermedad para distinguir si algo de ese pensamiento resiste y subsiste en la actualidad y sus consecuencias para llegar a aceptar las tecnologías de salud que los distintos estados modernos les ofrecen por fuera de su comunidad natural.

También, es necesario este análisis porque como en el caso argentino, muchas de estas comunidades debieron migrar e instalarse por necesidad en la periferia de las grandes ciudades donde conforman una población fronteriza entre el pasado nativo y el agitado presente de cambios.

Entre varios trabajos de etnografía de la comunidad andina, generalmente más sedentaria, especialmente sobre los 'weenhayek o también llamados en Argentina, wichís y maticos porque pertenecen a la gran familia de maticos existen algunos

que pueden contribuir, a entender a varias comunidades argentinas como se puede ver en los mapas de la Fig. 1 por ser muy cercanas. En general para este trabajo se seguirá la formulación de matakos boreal en lugar *áweenhayek* y solo en determinados comentarios se establecerán las diferencias puntuales de las etnias.

Costumbres generales

Entre las características distintivas de la comunidad matakos boreales atribuidas a la época anterior a la interrupción que significó la Guerra del Chaco (1932-1935) se les atribuye que eran igualitarios, monógamos, exogámicos y acostumbraban a mantener lazos parenterales con la familia de la novia hasta tener su primer hijo época en que recién se independizaban como nuevo núcleo familiar.

Desde lo comunitario eran políticamente acéfalos y solo tenían un vocero tradicional, pero sin poder ejecutivo y aunque no tenían una escritura precolombina, si poseían una gran riqueza de literatura oral donde con diversidad de géneros (Alvarsson, 2012). Y por ser seminómades tuvieron un frecuente intercambio con otras comunidades más o menos cercanas antes de la llegada del europeo, transacciones que luego se intensificaron por los choques civilizatorios con continuas migraciones. Es por este motivo que algunos autores sostienen que en temas mitológicos o religiosos de las distintas comunidades de la zona se encuentran cautelosas coincidencias por ser comunidades muy cercanas.

Pero cuando llegaron las culturas europeas a esas explicaciones originarias sobre el mundo, su estructura y su posible final, que incluían también el surgimiento de las plantas, animales y de los mismos seres humanos, transmitidas y reinterpretadas oralmente, fueron atravesadas por la ciencia y religiones europeas (Blixen, 2012). Y en esa constelación de explicaciones originarias los nativos lograron expresar sus distintos estados, no siempre sistemáticamente, pero les sirvió para lo que Alvarsson (2012) denominó autodiagnóstico en un período que rescata las viejas costumbres y las híbridas surgidas del contacto con europeos en relación a la salud-enfermedad.

De la misma forma que en la cultura secular actual, herencia de la interculturalidad mayormente europea, las sociedades modernas sudamericanas consideran que la vida es un proceso que ocurre independientemente de muchas de nuestras acciones, el nativo matakos boreal supone su unidad con la naturaleza y que de la armonía con ella depende su existencia y específicamente su bienestar.

Poner el foco en esta diferencia y de cómo se produjo la conexión entre ambas visiones puede dar indicios de por qué a pesar de los cambios sociales actuales muchos de estos pueblos indígenas de la región, resisten la integración a los nuevos sistemas, lo que sumado a las dificultades políticas y económicas de los estados nacionales lo que hace que queden relegados en materia de salud y a veces a una situación desesperante.

Salud y enfermedad. Interpretaciones

Varias aproximaciones a la vida de estas comunidades que fueron numerosas a lo largo y ancho de Sudamérica, coinciden en que la mayoría de estos pueblos hasta la Conquista, eran en gran medida, nómades, vivían de la caza y la recolección, lo que llevó a que algunos etnógrafos no duden en colocarlos en un estadio paleolítico y a otros pocos pueblos originarios en un período neolítico (Arenas, 1977).

Para comenzar a entender aspectos sobre el proceso de salud-enfermedad, Pardo (1937) sostenía que las tribus tenían una relación mística y mitológica ampliamente documentado por otra parte, en relación a este vínculo y que carecían en general de nociones de partes del cuerpo que no podían ver, tema menos analizado.

En un trabajo etnográfico más cercano a las últimas décadas del siglo XX, reseña el cambio que produjo la Guerra del Chaco en de las comunidades de matakos de la zona boreal y cómo la transformación incluyó la relación con los sistemas de salud occidentales, que se presentaron en versión estatal y lo religiosa y que por razones obvias, incluso históricas, si bien aceptaron el sistema de salud estatal, les fue más afín por su propia base mitológica acercarse a los conceptos de salud-enfermedad desde la mirada de las religiones occidentales. Sin embargo esto



no debe dejar de lado que supongamos que no tenían un sistema de pensamiento básico desarrollado por fuera lo religioso y que pueda llamarse racional, entendido como un sistema dual de representación y operatividad, aunque no siempre se utilice la dicotomía.

Eliminándose el chamanismo del presente análisis, la idea de incorporar nociones anatómicas que se destacan posteriormente es para considerar lo que significó para estos nativos el impacto cognoscitivo de separar las interpretaciones milenarias de unidad cuerpo-mente-naturaleza para llegar a pensar las alteraciones físicas y tratarlas por separado de las espirituales, sin la intervención de la mitología.

Sus reglas milenarias les decían que la enfermedad significaba la ruptura del equilibrio con la naturaleza y el castigo se recibía y padecía en el cuerpo, por ese motivo el diagnóstico y curación se negociaban con las deidades encargadas y el intermediario era el chamán.

Pero los nativos tenían un esquema del reconocimiento del malestar y sus vías posibles de solución, el autodiagnóstico: autocuración, consulta con familiar, con el herbolista y con el chamán.

En el primer caso, el daño externo simple como un corte o quemadura, la misma persona lo podía limpiar y lavar con una decocción de hierbas para luego protegerla. En

un segundo nivel, si el sujeto desconocía cómo hacerlo, podía recurrir a algún familiar hombre o mujer (generalmente estas eran las consultadas) que tuviera más conocimientos. Si esta alternativa tampoco era posible, en el tercer nivel, se recurría a un/a herbolario/a o herbolista, persona necesaria en casi toda comunidad con cierta cantidad de pobladores y que sabía ir al bosque a buscar las plantas adecuadas para triturar, raspar o hervir y aplicarla a distintas dolencias como resfríos, gripes, dolores de cabeza, afecciones de los ojos, etc. Y por último, el chamán que resolvía todas las dolencias inexplicables, solo atribuibles a la ofensa a alguna deidad y en ese grupo se incluían la tuberculosis, distintas enfermedades del corazón, hemorragia cerebral, enfermedades renales, etc. y también se lo consultaba en los casos en que el individuo se presentaba triste, aletargado, débil, depresivo o anémico.

En un nivel diferente de complejidad estaban las fracturas, que requerían además de los conocimientos anteriores, que una persona tuviera la suficiente sensibilidad para palpar la lesión y saber como debía restituirla a su normalidad, generalmente con una mezcla de hierbas, piedras blancas (específicas para estas lesiones) que molían y colocaban en la lesión para luego entablillarla.

Otra cuestión que requería conocimientos especiales eran el embarazo y parto. Allí estaban las parteras o parteros, aun-

que muchas veces eran hombres porque de acuerdo a sus creencias si el feto era la semilla masculina, un hombre tenía mayor conexión con el niño/a. Y también debía poseer una capacidad sensitiva práctica, porque debía asegurarse de que el niño/a se encontrara en buena posición, pero no solía estar presente en el momento del parto (Alvarsson, 2012).

Interpretación de la naturaleza. Dualismos

Tomando distancia de las actuales visiones new age o activismos ecologistas, para Alvarsson (2012) el nativo matakó boreal se considera como integrante de la naturaleza en la misma medida que los animales y plantas, incluidos los espíritus y conjuntos espirituales existentes más allá de lo visible, en coincidencia con un trabajo realizado por el MEyD (2016) con los qom (tobas) y moqoit (mocovíes) de la región argentina. Los sujetos modernos nacidos urbanos estamos alejados de esa naturaleza y en todo caso deseamos volver a un estado que nunca tuvimos.

El mismo autor sostiene que en la discusión etnográfica sobre si todas las comunidades humanas hacen la diferenciación dicotómica entre naturaleza y cultura, los matakos boreales no hacen esa diferencia y su vida transcurre en un balance con ella, donde ellos consideran se respetan mutuamente, porque aunque son diferentes, no quieren ni gobernar ni subordinar la naturaleza, totalmente distinto al pensamiento del hombre moderno.

Y así aparecen los guardianes de la naturaleza que son entidades visibles, animales frecuentemente o también espíritus antropomórficos con las que se realizan las transacciones que sancionan o equilibran o alguna falta a la armonía general.

El alma también es una dualidad: un alma que sirve para que el cuerpo cumpla sus funciones de respirar, el corazón lata, etc y otra alma libre, que es la que utilizan los chamanes para realizar sus curas. Esta alma está en todos y se puede asociar a la llamada "chispa de la vida". Un ejemplo de acuerdo a estas creencias es que una mujer puede enfermarse si mira mucho a la luna, entonces su alma libre se puede ir y así su

cuerpo puede seguir existiendo, pero la mujer languidecerá y puede llegar a morir si el chamán no recupera su alma y la restituye a su cuerpo.

Las tecnologías estatales en salud y los cambios culturales.

Cuando después de la guerra llegaron médicos y religiosos pentecostales y anglicanos, intentaron por distintos caminos acercar estas antiguas costumbres y formas de pensar al pensamiento de las sociedades modernas. Los más ancianos se mostraron resistentes mientras que los más jóvenes influenciados por la educación, fueron más receptivos al cambio y los distintos resultados también se relacionan a los métodos más o menos agresivos que ambos grupos dedicaron a la tarea sanitaria.

El sistema estatal de salud que se intentó aproximar a estas poblaciones fueron básicamente la institución y tecnologías hospitalarias y en el caso reseñado, era el sistema boliviano, que por esa época tenía hospitales desprovistos y personal a disgusto, obligado a hacer su último año de rotación en esos parajes remotos.

Con estas nuevas tecnologías llegó otra modificación profunda que se vieron obligados a cumplir y consistía en pagar por los servicios y medicamentos o tratamientos recetados, algo que la anterior estructura no necesitaba porque las hierbas se conseguían gratuitamente y no acostumbraban a consultar a alguien ajeno a la familia o comunidad. Hay que recordar que en la Argentina se instaló la gratuidad en la salud pública más tempranamente que en Bolivia.

De acuerdo a Alvarsson (2012) con la introducción del dinero como condición para recobrar su salud y porque recibían ayuda de la iglesia para pagarla, se acercaron más a estas y se alteró su percepción de lo que era antiguamente el autodiagnóstico, es decir, reconocer su malestar y buscar dentro de su círculo comunitario a quien pudiera ayudarlos. Además de necesitar ese dinero, que no siempre disponían debían ante la necesidad trasladarse y por ello, un recurso que instalaron las iglesias para esos casos, fue el aporte social y las donaciones, que con el tiempo disminuyeron y no los nativos no llegaban a cubrir los gastos para los

casos graves.

Si bien los médicos y los religiosos tuvieron una prédica en contra el chamanismo fueron los segundos quienes tuvieron mayor adherentes entre las comunidades nativas, aunque por momentos se presentaban contradictorios. Esto ocurría porque mientras hablaban de una curación divina, los llevaban en la práctica a un hospital o centro de salud, debido a que ellos ayudaban en las afecciones simples y porque no era supe-

tervención muy agresiva.

El resultado fue de confusión porque los maticos boreales a su autodiagnóstico tradicional debían sumar las ideas asociadas a términos como somático, psicosomático y psicológico y también comprender por qué había enfermedades tratables (que podían ser curadas) y otras incurables, donde solo la intervención de Dios podía obrar la sanación.

Por todos estos cambios, los maticos boreales se vieron más contenidos por el trabajo de los religiosos y como sus lecturas eran más cercanas a sus ya establecidas ideas, la ayuda de los médicos era útil pero parecía más distante a su comprensión. Mientras, el chamanismo progresivamente comenzó a disminuir, aunque subsistan actualmente



algunos, aislados y con distintos grados de credibilidad respecto a los antiguos chamanes.

Para finales del siglo XX la campaña contra el chamanismo matak boreal y la educación también disminuyeron el uso de la herbolaria y se había conseguido el objetivo de cambiar las creencias en salud, enfermedad y tratamientos al menos en los jóvenes. Alvarsson (2012) esquematiza como secuenciaban el nuevo razonamiento que reemplazaba al tradicional autodiagnóstico de la siguiente forma:

1° Economía: ¿se tiene el dinero para poder elegir cualquier tipo de asistencia?

2° Criterios sociales: opinión de la iglesia o grupo social de pertenencia, donde se incluye no solo a familiares, sino también a vecinos, chamán, médico, curandero o funcionario.

3° Criterios religiosos: la mayor o menor aceptación de que hay enfermedades que solo Dios puede curar.

4° Experiencia propia: el saber que en los hospitales fallecen personas, o que un tratamiento de herbolaria tuvo éxito, o que un chamán logró una cura, son testimonios cercanos que actúan por influencia en la decisión.

5° Nivel educativo: cuánto mayor cantidad de años de educación moderna tenga la persona, mayor será su aceptación sin muchos cuestionamientos, a la salud pública moderna criterio que se equilibra con el punto 4°.

A las diferencias entre este esquema y el autodiagnóstico tradicional, la ruptura de unidad mente-alma-naturaleza, especialmente las dos primeras entidades fue muy drástica. Mientras el chamán hacía el trabajo de armonizar en su totalidad esta tríada, con la llegada de médicos y religiosos, los nativos debían separar qué alteración se correspondía con cada una de ellas y así buscar a la/as personas adecuadas, sean para este caso, el médico o el religioso.

Estos cambios debieron hacerlo en relativamente poco tiempo y las conductas de los recién llegados afectaban en mayor o menor medida la estructuración mental para comprenderlas y adoptarlas. Y el factor eco-

nómico introducido podemos entenderlo negativamente cuando los condicionaba para una buena atención moderna pero paradójicamente, actuó como conservador de las viejas herbolarias que todavía subsisten (Alvarsson, 2012).

Siglo XXI los cambios de percepción sobre el cuerpo

Para completar el impacto de la ruptura de la unidad alma-cuerpo se debe hacer una revisión de como estos nativos expresaban sus sentimientos porque aunque en el caso analizado, no estaban totalmente incorporados a la modernidad, ya tenían influencias del pensamiento moderno y porque las crónicas históricas fueron realizadas por personas que llegaron con objetivos y visiones de su época y relataron acontecimientos donde la contraparte no podía expresar su punto de vista.

Para el personal de salud que trabaje con estas poblaciones, estas consideraciones deberían pensarse, porque por ejemplo, en relación a la demostración del dolor físico o mental, que cuando adquiere cierta gravedad, llegaban a vincularlo a estar moribundo y quizás en una demostración de fortaleza física muy alta creen que el dolor solo se produce cuando se acerca el fin de su vida. Pero diferenciaban muy bien el dolor físico causado por fatiga o el cansancio, no relacionándolo con una enfermedad y en cambio la sed y el hambre eran sensaciones que causaban sufrimiento y tenían varias formas de expresarlos

En las antiguas crónicas aparecen términos como feos, sucios, degenerados, difíciles, mentirosos, cobardes, etc y solo a veces aparecen algunas calificaciones benevolentes como que eran generosos, previsores, pacientes, solidarios y pulcros.

Así que los sentimientos cariñosos pudieron perderse en calificaciones que parecen a la distancia como preventivas, defensivas y justificativas, pero que en definitiva eran descalificantes hacia estas poblaciones que se encontraban con inesperados intrusos en su vida natural. Como a muchos seres humanos occidentales también se describió que aunque vagos y pacíficos, podían ser vengativos.

Alvarsson (2012) reunió y agrupó los sen-

timientos en tres estados generales. El primer grupo está relacionado con la armonía o estar bien en lo inmediato, que incluye lo lindo, bueno y bello y que era usado como saludo cuando una persona le preguntaba a otra "cómo está", esta contesta según su estado, "bien" o "no bien".

Pero también tenían un estado más amplio y profundo que consiste en que una persona estaba en equilibrio total, que equivalía para los matacos boreales que esa persona maduró, que es inteligente y de buen carácter, prudente, sabio y tiene buen juicio. Contrariamente, si ninguno de estos estados está presente o logrado dicen que la persona se siente mal, estado que a veces puede significar estar enfermo.

En el segundo grupo aparecen la pena o aflicción espiritual que junto a la ira o enojo son sentimientos malos para los matacos boreales, por lo que a veces podríamos preguntarnos si estas sensaciones no son silenciadas para no desencadenar el proceso negativo y que puede dejar al observador, la falsa impresión de que son sujetos pasivos e insensibles, que no sufren ni de pena, ni saben de la ira o el enojo.

Pero dentro de este grupo de emociones negativas, el peor lugar lo ocupa la vergüenza o deshonra porque aunque son conscientes de que existe el odio, este sentimiento no sería lo más frecuente entre ellos que suelen relacionarlo con los celos y la envidia, igualmente negativos pero basados en la riqueza material, algo a lo que ellos no están acostumbrados.

Y también la soledad, por su naturaleza de vivir en comunidad es que no es bueno para ellos el vivir solos y tanto la soledad como la muerte les provocan pesar, lo que deriva en mostrarse solidarios con el dolor de otras personas.

En tercer y último lugar están los sentimientos que pueden ser alternativamente positivos o negativos, por ejemplo el "tener buen disposición" puede conducir a deseo, anhelo, codicia y avaricia o la ansiedad que negativamente, pueden llevar a la desesperación y no sería un buen estado.

Pero por sobre todos los anteriores es-

tados, los matacos boreales valoraban la modestia que expresaban al no decir de sí mismos "sí, soy capaz de..." para marcar su predisposición hacia alguna actividad que le interese, sino que sostendrá que va a cumplir con la tarea, "aunque no se considere capaz".

La alegría curiosamente, la expresaban indirectamente, con dichos como gustar de o estar satisfecho (equivalen a alegre) y tampoco tenían una expresión precisa de agradecimiento y si necesitaban hacerlo, después del intercambio cultural, adoptaron la expresión castellanizada de Doy gracias a Dios!

Como se indicó al comienzo, se duda de que tuvieran conocimientos de las partes del cuerpo anteriores a las influencias recibidas pero cuando Alvarsson (2012) realizó su estudio, le daban valor a distintas partes anatómicas y en algo parecido a una clasificación colocaban en el centro del cuerpo a todo lo interior (aunque puede significar también mente, inteligencia o pensamiento) entendiéndose que se referían al estómago y a la matriz, porque para ellos el útero es el "verdadero y definitivo lugar de la vida".

Otras partes que para la cultura occidental también son importantes, tenían su nombre, asignados por su función, posición o relación. Cuando se referían a la cabeza podían designar su lugar en el cuerpo o también la función figurada de líder y en ella está la oreja que ayuda a oír y con esa misma palabra se designa la acción sentir en el sentido de sentir dolor, pero si se trata de expresar específicamente el dolor físico, lo refieren con el verbo tener, es decir tener dolor.

En relación a la genitalidad, Alvarsson (2012) señala que los órganos sexuales estaban diferenciados con sus respectivos nombres y una combinación de ambos parecía indicar homosexualidad y no era un término o actitud bien recibidos. En este sentido, algunos autores afirman que la censura se originó con la llegada de los europeos mientras que Sppeding (2016) pone en duda que existan actualmente limitaciones a la homosexualidad y González Arenas (2015) apoya la idea de que estas prácticas

eran castigadas duramente por algunos pueblos originarios.

Para las enfermedades venéreas tenían una particular explicación y podían padecer una manifestación más leve, quizás el herpes, una más grave, posiblemente la gonorrea o también la peor de estas enfermedades, que sería la sífilis que se la atribuían a los criollos.

Otro ritual, más documentado, es la primera menstruación que aún se mantiene entre las niñas y mujeres qom en su forma tradicional (MEyD, 2016) y sobre lo que se puede entender como control de natalidad el trabajo más reciente es el de Arenas (1976) pero pertenece a la zona más oriental del Gran Chaco (Paraguay).

En relación a la alimentación ya en los '60 se describía como las antiguas costumbres de preparar los alimentos fueron perdiéndose en los nativos que se establecieron en las ciudades del Chaco y actualmente se afirma que el consumo de harinas, grasas y azúcares que reemplazaron la dieta tradicional de estas comunidades (MEyD, 2016) o que como en el caso de los medicamentos, también tienen que pagarlas, con el agravante de que su economía basada en la recolección y caza, drásticamente fue alterada y los perjudica para una dieta saludable y vital.

Como palabras finales:

Esta reseña solo intentó una contribución epistemológica al entendimiento de los conocimientos de los nativos de nuestro país sobre salud y enfermedad para poder acercar las tecnologías sanitarias actuales y futuras.

El conocimiento original de estos nativos se apoya en conceptos básicos sobre lo que ven, lo cercano y en un sentido más práctico, lo que sirve para comer, mientras que el cha-

manismo, de acuerdo a nuestra mentalidad moderna queda incluido en lo religioso y lo espiritual. Su nomadismo no les permitió elaborar un pensamiento de propiedad de una vivienda para vivir y los inclina a tener escasos recursos de materiales, sumado a que su vida es comunitaria por lo que el hacinamiento se presenta como una posibilidad natural, con la derivación que puede provocar convivir con los enfermos.

Al llegar el europeo lo hizo con la idea de dominar la naturaleza nueva que se les presentaba y también a los nativos, ellos mismos considerándose parte de la naturaleza, con poca capacidad de reacción contra la mentalidad conquistadora los incluía en su afán de superioridad y a cambio de destruir su pensamiento y su entorno, no les dio siquiera una educación como medio de integración hasta muy recientemente y el contacto más benevolente fue también con otras religiones.

El monte como su farmacia, deja abierto el interrogante para las tecnologías sanitarias sobre qué enfermedades antiguas como las conocidas endémicas microbiológicas y otras nuevas pueden padecer con su herboristería declinante a consecuencia de la aculturación a la que a veces continúan sometidos y la deforestación, además de la desnutrición, también consecuencia la destrucción de su entorno y que a cambio solo se les dejó dependientes de alimentos de muy bajo nivel de nutrientes.

Los esfuerzos para acercar de salud a las regiones donde habitan tienen el desafío de equilibrar lo que resta de sus conocimientos y buscar en su capacidad de aceptación cultural cuáles son las tecnologías adecuadas para ellos, incluidos también los migrantes que viven en zonas urbanas.

Bibliografía

Alvarsson, JA (2012) El individuo y el ambiente. Cosmología, etnobiología y etnomedicina, Etnografía 'weenhayek. Vol. 6. Universidad de Uppsala - FI'WEN Bolivia.

Arenas P, Moreno Azorero R (1976) Plantas utilizadas como abortivas, contraceptivas, esterilizantes y fecundizantes por los indígenas del Paraguay. Revista de la Sociedad Científica del Paraguay. Vol 16 (1-2): 3-19.

Blixen, O (2012). El árbol de la abundancia y el origen mítico de las plantas cultivadas en América del Sur. Centro de Investigaciones en Antropología Filosófica y Cultural de la Asociación Argentina de Cultura. Ciafc Ediciones.10: 107-200.

González Arenas, M; Gamboa C (2015) Actitudes homofóbicas entre los indígenas del Nuevo Mundo: los casos azteca, inca y mapuche en fuentes de los siglos XVI y XVII; Revista Española de Antropología Americana. Vol. 45 (2): 359-377

Ministerio de Educación y Deportes de la Nación (2016) Qom (tobas) y moqoit (mocovíes). Antiguas y nuevas andanzas por el Gran Chaco. Ministerio de Educación y Deportes de la Nación - 1a ed.

Pardal, R (1937) Medicina aborígen americana. Ed. José Anese.

Spedding A; Vichevich H (2016) Homosexualidad rural en los Andes: notas desde los Yungas de La Paz, Bolivia. Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines.

