



FLACSO
ARGENTINA

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

Departamento de Relaciones Internacionales

MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROYECTOS SOCIALES

Cohorte 2016-2017

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

“Abordaje de las enfermedades crónicas en el sistema público de salud: los modos y formas de atención en el tratamiento de enfermedades crónicas desde la perspectiva del paciente.”

MAESTRANDA

Licenciada Valentina Martínez González

DIRECTOR DE TESIS

Médico Mario Rovere

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Dedicatoria

A Estela Cammarota, quien alguna vez compartió conmigo su pasión por el aprendizaje constante,
su consideración por la opinión del otro y su sentido de justicia hacia la humanidad.

Mi admiración hacia ella siempre.

A C.C., quien me acompañó para que las voces de los y las pacientes con enfermedad crónica
queden representadas en este trabajo.

A los pueblos latinoamericanos que de distintas formas y en distintas etapas luchamos por un
acceso a la salud y a la educación para que sean públicas, laicas y gratuitas.

Agradecimientos

A todas aquellas personas que de manera directa e indirecta aportaron para que este trabajo pudiera llevarse a cabo.

A los y las pacientes entrevistadas en las salas de espera del CeSAC.

A los y las pacientes con enfermedades crónicas que aceptaron tomar un café o un mate conmigo y me permitieron realizar entrevistas en profundidad sobre su experiencia.

A Federico Pettinicchio, Director del CeSAC 22; a Gabriel Battistella, Subsecretario de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria; a Julián Antman, Gerente de Epidemiología; que compartieron información sobre sus gestiones con el fin de aportar a una mejor atención del paciente con enfermedad crónica.

Al Doctor Horacio Boggiano y a la Licenciada en Nutrición Lucía Rey, por ayudarme a gestionar las entrevistas a pacientes con enfermedades crónicas.

A mi director de tesis, Mario Rovere, por su trayectoria en gestión de la salud y sus aportes en este trabajo.

A Verónica González, por acompañar la elaboración de este trabajo.

A todos mis seres queridos por su amor y confianza.

Resumen

La morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) no sólo ha aumentado en las últimas décadas, sino que ha comenzado a cuestionar la organización y planificación de los sistemas de salud para mejorar la atención de los y las pacientes.

El 71% de las muertes a nivel mundial, según la OMS, corresponden a ECNT: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes. Lo alarmante de esta situación es que las enfermedades mencionadas son en gran parte prevenibles siendo los principales factores de riesgo: el consumo de alcohol y de tabaco, la mala alimentación y la poca actividad física.

Esta investigación se basa en la convicción de que los abordajes, articulaciones y redes del sistema público de salud de la CABA, en sus tres niveles de atención, son puestos a prueba por el incremento de las enfermedades crónicas.

El interés de esta tesis es comprender las percepciones de los y las pacientes en relación a los modos y formas de atención para el tratamiento de enfermedades crónicas, particularmente en el CeSAC 22.

Si bien existe vasta teoría sobre el primer nivel de atención de la salud y a 41 años de la Conferencia Internacional de Alma-Atá (1978), este estudio demuestra la necesidad de tomar en consideración la experiencia de pacientes con ECNT para el diseño y la implementación de políticas públicas en salud.

Palabras clave: Enfermedades Crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes), Factores de riesgo, Atención Primaria de la Salud, CeSAC, Pacientes.

Abstract

Morbidity due to chronic noncommunicable diseases (NCDs) has not only increased in recent decades, but has also begun to question the organization and planning of health systems in order to improve patient care.

Moreover, 71% of deaths worldwide according to the WHO, correspond mainly to NCDs: cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases and diabetes. The worrying issue about this situation is that the diseases mentioned are largely preventable. The risk factors that are mostly associated with these diseases are: alcohol and tobacco consumption, poor diet and sedentary state.

This research is based on the belief that the approaches, articulations and networks of the public health system of Buenos Aires City, in its three levels, are put into test given the fact that chronic diseases increase.

The interest of this thesis is to understand perceptions of patients in relation to modes and forms of health care for the treatment of chronic diseases.

Beyond so much theory about primary health care and 41 years after the International Conference of Alma-Atá (1978), this study demonstrates the necessity of taking into account the experience of patients with NCD for the design and implementation of public health policies.

Key words: Chronic noncommunicable diseases (cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases and diabetes), Risk factors, Primary Health Care, Patients.

Glosario de acrónimos

APS: Atención Primaria de la Salud

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CEMAR: Centro de Especialidades Médicas de Referencia

CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria

CUS: Cobertura Universal de Salud

ECNT: Enfermedad Crónica No Transmisibles

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

HCE: Historia Clínica Electrónica

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

IMC: Índice de Masa Corporal

MAPEC: Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas

NHS: National Health System

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBI: Producto Bruto Interno

PEA: Población Económicamente Activa

RISS: Redes Integrales de Servicios de Salud

SRC: Sistema de Referencia y Contrarreferencia

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Índice

Introducción	8
Marco Teórico	11
Definiciones iniciales	11
Enfermedades crónicas	11
Factores de riesgo: hábitos y estilos de vida, factores genéticos	15
Cambio de paradigma en proceso - de la focalización de pacientes agudos a los crónicos	20
Cambio de paradigma en el sistema de salud	20
Preocupación internacional con respecto a las enfermedades crónicas	24
Otras discusiones que se dan respecto de las enfermedades crónicas	25
Situación de las enfermedades crónicas en el mundo	26
Redes en salud	31
Sobre los sistemas fragmentados	31
Sistemas integrados y redes	33
Redes integrales de los sistemas de salud (RISS)	36
Accesibilidad	38
Sistemas de atención centrada en pacientes crónicos	39
Modelo MAPEC	41
Ámbito de estudio: descripción del sistema público de salud en CABA	44
El sistema de salud argentino	44
Situación de las enfermedades crónicas en Argentina: mortalidad	49
La situación de ECNT y de los factores de riesgo en Argentina	49
Argentina: Políticas públicas para la prevención de ECNT	50
Ciudad de Buenos Aires: Políticas públicas para la prevención de ECNT	52
Sobre el sistema de salud en CABA	53
Características principales del sistema público de salud de la CABA	54
Efectores de Salud	60
	6

Principales consultas recibidas	60
Objetivo	62
Objetivo General	62
Objetivos específicos	62
Metodología de investigación	63
Tipo de investigación	63
Población objetivo	63
Unidad de análisis	65
Categorías de análisis	65
Las técnicas para la selección de pacientes	66
Cantidad de casos seleccionados	66
Personas entrevistadas	66
Fuentes y Técnicas de recolección	67
Procesamiento de la información	68
Resultados	69
Significados de los y las pacientes sobre la enfermedad	69
Los vínculos con el sistema público de salud	74
El conocimiento de los y las pacientes sobre sus derechos	80
El contexto económico en las enfermedades crónicas	81
El vínculo de los y las pacientes con el CeSAC 22	83
La participación estatal en las enfermedades crónicas y la estrategia de atención primaria de la salud	89
Conclusiones	91
Recomendaciones	102
Referencias bibliográficas	104
Anexos	116

Introducción

El rol protagónico de las enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, EPOC) exige repensar las estrategias en salud para mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad. Los sistemas de salud en general, no cuentan con estrategias para una atención integral del/la paciente crónico/a, sino que mantienen estructuras edilicias y planificaciones fragmentadas con foco en la atención de otras enfermedades de la población, las materno-infantiles.

Organismos internacionales de salud vienen trabajando la importancia de fortalecer el primer nivel de atención para la prevención y promoción en salud. Esto implica llevar adelante estrategias para reducir los principales factores de riesgo (mala alimentación, inactividad física, consumo de tabaco y de alcohol) que propician la aparición de enfermedades evitables, especialmente antes de los 70 años.

Por otra parte, quienes atraviesan su cotidianeidad con la presencia de este tipo de enfermedades (crónicas), necesitan una atención en el sistema de salud con una frecuencia más elevada, mayor consumo de medicamentos, contacto con diferentes especialidades, médico de cabecera constante en el tiempo para el seguimiento de la ECNT.

Si bien los sistemas de salud de los diferentes países han comenzado a implementar, en distintos niveles de intervención, estrategias para el seguimiento y control de enfermedades crónicas, debería ser un imperativo incorporar a estas planificaciones, la mirada del/la paciente.

Los y las pacientes con enfermedades crónicas han desarrollado un conocimiento del sistema de salud completo, integral y, fundamentalmente, conocen sus necesidades y sus expectativas a la hora de recibir atención médica. Es por ello que es de suma importancia relevar y analizar las percepciones de los y las pacientes, con el objetivo de hacer de la atención en salud una estrategia que responda a la demanda de la población.

En otro nivel de análisis, las ECNT y por ende los factores de riesgo resultan muy costosos para los países. El avance de estas enfermedades tiene consecuencias tales como: disminución de la población económicamente activa (PEA), aumento de los porcentajes de personas con discapacidad, incremento en los gastos hospitalarios de internación y de medicamentos. Es decir, la evolución de las ECNT no es social ni económicamente positiva para los países.

En función de esto es que se comenzó este trabajo de investigación, con el objetivo de indagar en las experiencias de los y las pacientes e identificar aquellas cuestiones relevantes en el proceso que realizan para alcanzar la atención médica. Durante las entrevistas a pacientes con ECNT, se lograron registrar aquellos pequeños aspectos que son significativos para el/la paciente y cómo se asocian con el tratamiento de la enfermedad

Mi interés personal por la temática surge luego de haber trabajado en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entrevistando pacientes en salas de espera de guardia para indagar sobre experiencias que mostraran violencia hospitalaria. Allí, tuve la posibilidad de rescatar la importancia de la voz del/la paciente en el proceso y la necesidad que tienen las políticas públicas en salud de incorporar esta mirada para diseñar e implementar estrategias integrales.

Este trabajo comenzará describiendo dos conceptos fundamentales: enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo. Luego se realizará un apartado que brinda información sobre el cambio de paradigma y las situaciones particulares de Argentina y CABA en materia de políticas públicas. El siguiente capítulo se dedicará a la teoría que existe en materia de redes en salud, accesibilidad y puntualmente sobre el MAPEC. A continuación, se realizará una descripción del sistema de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Seguidamente, se acerca una sección más bien metodológica en la que se dispondrá información vinculada con el recorte del campo de estudio, los objetivos y el enfoque metodológico. Más adelante, este trabajo se adentrará en el desarrollo de la investigación y en las principales conclusiones acerca del tema elegido.

Lic. Martínez González, Valentina

Con todo, se espera poder aportar a la discusión acerca de la importancia que tiene la perspectiva de los y las pacientes con enfermedades crónicas en la planificación en salud y en el diseño de las políticas públicas.

Marco Teórico

Definiciones iniciales

En este primer apartado se trabajará el concepto de enfermedades crónicas para brindar detalles sobre la complejidad que tienen, no sólo para los tratamientos sino también para la vida diaria del o la paciente portador/a y sus familiares.

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas o también conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), a diferencia de las agudas, son aquellas con una duración prolongada. Se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida (OMS, 1979) (1).

Si bien suelen ser enfermedades comúnmente observadas en personas adultas mayores, son transversales a todas las edades. Cada vez más jóvenes y adultos/as son portadores de enfermedades crónicas y deben cambiar sus estilos de vida de manera sustancial.

Además de los hábitos diarios, una de las cuestiones más importantes que se modifican a partir de la noticia del padecimiento de una enfermedad de este tipo es el *aspecto emocional* (Burish y Bradley, 1983), dado que la persona debe cambiar sus hábitos por las particularidades de la enfermedad y ello conlleva un proceso psicológico que no siempre se encuentran en sintonía.

Algunos datos generales acerca de las ECNT brindados por la OMS indican que “son en gran medida prevenibles” (2), dado que los factores de riesgo principales se encuentran en el consumo

de alcohol y de tabaco, en una mala alimentación y en la poca actividad física que se realiza. Revirtiendo estos hábitos se reducirían gran parte de las enfermedades crónicas.

Por otro lado, estas enfermedades afectan por igual a hombres y mujeres, dado que no es una cuestión de sexo, sino que mayoritariamente, como se mencionaba anteriormente, se trata de malos hábitos. Además, en los países de ingresos bajos y medianos el porcentaje de muertes por ECNT aumenta de manera radical, alcanzando el 85% de las muertes prematuras (2). Entonces, se puede decir que se trata en parte de un asunto de desigualdad, dado que en aquellos países con menores ingresos, 1) los alimentos escasean o están distribuidos de manera desigual; 2) las dietas programadas se sirven en la mesa con lo que se gana del día, por lo que la calidad de la alimentación no es variada y se consumen alimentos con alto contenido en hidratos de carbono por su menores precios en el mercado; 3) los controles de salud se ven reducidos a la accesibilidad de las personas y 4) los estilos de vida (actividad física) distan de los recomendados por un médico para prevenir las enfermedades crónicas. En este sentido, la OMS declara esta situación no sólo como un problema sanitario, sino como un objetivo de desarrollo social. El gasto que demanda una ECNT y las horas que mantiene alejado a una persona del mercado laboral es un problema enorme para el desarrollo social y económico de nuestro sistema. No es económicamente conveniente desatender el desafío de las enfermedades crónicas, ya que requiere de un gasto enorme y reduce la productividad de un país.

Por último y para tener una dimensión del número de defunciones que las ENT provocan, según la OMS, el porcentaje alcanza cerca del 71% de las muertes, que son alrededor de 41 millones de personas en el mundo mueren a causa de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes, principalmente (2).

A continuación se mencionan las principales enfermedades crónicas que se padecen a nivel mundial para conocer sus singularidades y el factor común a todas: su permanencia en lo cotidiano.

- a) **Enfermedades cardiovasculares:** este tipo de enfermedades es la mayor causante de muertes a nivel mundial. En 2015 alcanzó un 31% de las muertes registradas. Son fundamentalmente factores de riesgos comportamentales los causantes de esta enfermedad: el consumo de tabaco, la mala alimentación, la obesidad, la nula actividad física o el consumo de alcohol. La detección precoz y un tratamiento temprano son esenciales para este tipo de enfermedad (OMS, 2017) (3).

- b) **Cáncer:** la enfermedad que tomó mayor “popularidad” en los últimos años. Si bien las muertes en comparación con las ECV se reduce a un tercio, el número se encuentra cercano a los 9 millones de muertes. No todos los casos de esta enfermedad son iguales, pero existen aquellos que con una detección temprana se puede hacer un tratamiento que permita salvar la vida de los y las pacientes. El gran problema del cáncer es su detección tardía y la reducción de posibilidades de buenos resultados. En caso de detección temprana, la persona puede llegar a seguir trabajando y el costo del tratamiento podría ser menor, que ante un caso de detección fuera de los tiempos esperados. Por otro lado, “En 2010, el costo anual total del cáncer en concepto de gasto de atención de salud y pérdida de productividad se estimó en US\$ 1,16 billones” (OMS, 2018) (4).

- c) **EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica):** el mayor factor de riesgo es la exposición al humo del tabaco, ya sea fumador activo o pasivo. Otros factores es el aire contaminado, el polvo o el humo en lugares de permanencia durante el día. La mejor manera de prevenir esta enfermedad es evitando el consumo de cigarrillo, es por ello que

se fomenta la adopción del Convenio para el Control del Tabaco y la aplicación de impuestos altos a la venta de cigarrillos. El tratamiento del EPOC no lo cura, pero sí mejora la calidad de vida y reduce el riesgo de defunción. Las defunciones a nivel mundial rondan en el 5% de la población (OMS, 2016) (5).

- d) **Diabetes:** el número de pacientes con diabetes ha ido en aumento en los últimos años. Los factores de riesgo son principalmente el sobrepeso y la obesidad, lo cual se suma a causales comportamentales de las personas en sus hábitos. La diabetes, además de provocar muertes en los y las pacientes que la poseen, puede provocar entre otras cosas: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. El costo para la detección y el tratamiento son elevados, por lo que no sólo se desconocen a nivel mundial las cifras para cada tipo de diabetes, sino que también el costo diario para una persona aumenta al tener esta enfermedad dado que debe aplicarse insulinas, consumir ciertos alimentos según el momento del día y también debe realizarse controles médicos para mantener una vida fuera de un riesgo inminente. La diabetes de tipo 1 (cuando el páncreas produce insuficiente insulina) no puede prevenirse con los conocimientos científicos actuales, la tipo 2 (cuando el cuerpo no usa bien la insulina producida) en cambio tiene posibilidades de prevención a través de una buena alimentación, actividad física, no consumo de cigarrillo y un control médico de presión arterial y lípidos.

Factores de riesgo: hábitos y estilos de vida, factores genéticos

“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, s.f.) (6).

Las enfermedades anteriormente mencionadas son las que encabezan la lista de ECNT a nivel mundial y a su vez se relacionan con ciertos factores de riesgo comunes. Los principales son: la poca actividad física, la mala alimentación, el consumo de alcohol y de tabaco, entre otros (7).

Si bien en los países de menores ingresos las muertes “prematuras” por ECNT afectan en mayor medida a su población que en los países desarrollados, el 85% de las muertes mundiales, aún continúa la priorización de estrategias en sus sistemas de salud para enfermedades materno-infantiles, que son aquellas que tienen alta mortalidad en los/as niños/as.

En el último tiempo las estadísticas demuestran que las enfermedades crónicas se están llevando muchas vidas y han empeorado la calidad de vida de las personas que las padecen. Es importante entonces, promover políticas públicas para la prevención y promoción de la salud, de manera de fortalecer el hábito de los cuidados y así evitar enfermedades crónicas.

Los cambios en los hábitos diarios de las personas han promovido la reducción de la **actividad física**: se han modificado los estilos de trabajo y las formas de recreación a partir del uso de la computadora y otros dispositivos móviles con conexión a internet. El uso de autos, motos y otros medios de transporte motorizados han contribuido a la reducción de la actividad física.

Por su parte, existe evidencia científica que describe la importancia de realizar actividad física para la prevención primaria y secundaria de enfermedades, entre ellas las principales nombradas en esta investigación: enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, algunos cánceres,

entre otras. Según los estándares de la OMS, se recomienda realizar un mínimo de 150 minutos de actividad física moderada por semana. No obstante, en Latinoamérica 1 de cada 2 personas no cumple con dicha meta (8).

Dada la gran cuota que tiene el resultado de inactividad física en las ECNT, tanto la OMS como los distintos gobiernos expusieron su preocupación y comenzaron a actuar al respecto. En este sentido, se realizan distintas estrategias para la promoción de la actividad física en ámbitos escolares, laborales y espacios públicos. A su vez, en relación a los medios de transporte y el traslado en general, se sugiere como política pública acondicionar las calles para fomentar el uso de la bicicleta como medio para movilizarse o también el caminar como alternativa de traslado. La creación de entornos saludables entonces, son utilizados como una estrategia que contribuye a la prevención de enfermedades.

De la mano con la importancia de hacer diariamente actividad física, se encuentra la **alimentación saludable**. Los hábitos diarios no sólo se han modificado en la reducción de tiempo disponible para hacer actividad física, sino que sumado a eso la rutina y la aceleración del mundo contemporáneo ha planteado una forma de vida donde la alimentación no es primordial y se come “fast food”, sin saber su procedencia ni la materia prima utilizada.

Se estima que una de cada 5 muertes en el mundo están vinculadas a la mala alimentación -11 millones de personas- (9). Las lógicas del hogar han cambiado y los tipos de trabajo también, por lo que la propuesta que ofrece el sistema es comida de contenido con gran densidad energética y con elevado contenido de grasas saturadas, azúcares y sodio. Esta realidad afecta negativamente en el aumento de enfermedades crónicas, ya que funciona como otro factor de riesgo de las mismas y repercute en el estado general de salud de una persona. El ejemplo más claro de una alimentación inadecuada es el uso de sal en las comidas, la cual está asociada a las enfermedades

cardiovasculares y a la hipertensión arterial. Además del consumo de comidas o aditivos nocivos para la salud, la baja ingesta de frutas, verduras y cereales contribuye a que no se alcance una buena dieta variada. Las políticas, en función de propiciar una buena dieta alimentaria, pueden variar en sus alcances. La promoción de buenas conductas alimentarias para una mejor calidad de vida puede pensarse desde los kioscos en las escuelas hasta los impuestos en los productos. En Argentina, por ejemplo, existe la ley nacional N° 26.905 de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio (10), entre ellas una de las medidas expresa la limitación de la oferta espontánea de saleros de mesa en establecimientos gastronómicos.

Relacionado con los dos puntos anteriormente nombrados, se encuentra el **peso corporal**. A lo largo de los años, el sobrepeso y la obesidad han pasado a ser dos factores de riesgo muy importantes a considerar (11). Estos tienen una relación directa en muchos casos de diabetes, de cardiopatías y algunos tipos de cánceres. La disminución de la actividad física y el aumento de hábitos no saludables de alimentación han contribuido al desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Este factor de riesgo era considerado un “mal” de países desarrollados, como Estados Unidos. Hoy en día, afecta a nivel global a todas las sociedades y es un alarmante factor a tener en cuenta en lo que respecta a las enfermedades crónicas. Para mitigar el sobrepeso o la obesidad, las estrategias fundamentales que deben realizarse son una combinación entre las conversadas en puntos anteriores para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable, creando un entorno saludable para la población.

Por último, **el tabaco y el alcohol**, constituyen otros dos grandes factores de riesgo para las ECNT. El tabaco por su parte, afecta no sólo a aquellas personas que lo consumen, sino también a todos aquellos que se encuentren expuestos al humo del mismo. El padecimiento de cáncer de pulmón, bronquios y tráquea se encuentra íntimamente relacionado al consumo de tabaco. Si bien en las

últimas décadas el consumo de tabaco ha disminuido; ya sea por el aumento del impuesto, por las modas relacionadas, entre otros; las consecuencias que hasta hoy en día se observan para personas fumadoras y no fumadoras son preocupantes a nivel mortalidad (12). El alcohol por otra parte, se encuentra vinculado a enfermedades hepáticas, cardiovasculares, algunos cánceres, úlceras, entre otras. A su vez, el uso nocivo de estas sustancias contribuye a los trastornos neuropsiquiátricos, a la depresión, a los traumatismos involuntarios por lesiones, y muchas otras consecuencias. El consumo de alcohol es nocivo cuando es en grandes cantidades y en cortos plazos de tiempo. No sólo es perjudicial para quien lo consume, sino para todo aquel que se encuentre vinculado a la persona de alguna manera (por ejemplo: violencia doméstica, accidentes de auto, etc.) (13).

Todos los factores de riesgo mencionados en este punto, junto al resto de los factores existentes (edad, sexo, ingresos y otros determinantes sociales), prevalecen hoy en día en nuestras sociedades, algunos con mayor y otros con menor nivel de incidencia. En todos los casos, la teoría de la atención primaria de la salud, desde la promoción, posee estrategias para reducirlos. Su prevención generará no sólo una reducción de ECNT y de las muertes vinculadas, sino también un equilibrio en el sistema de salud y en los subsistemas económicos que hoy en día se alteran por la necesidad de atención de pacientes con ECNT. Las políticas relacionadas con reducir los factores de riesgo son las más costo - efectivas, por ello la importancia de la promoción y prevención de la salud.

Por último, la resolución 1083/09 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina determina una tipología de determinantes (14):

1. Los más inmediatos, tradicionalmente incorporados a las acciones de control de los servicios de salud, son los factores que se manifiestan a nivel biológico: peso corporal, tensión arterial, valores de lípidos y de glucosa en sangre.
2. Por encima de dichos factores se encuentran otros que los determinan y que se manifiestan como estilos de vida. Los más importantes son el consumo de tabaco, la alimentación y la actividad física.
3. En un tercer nivel se ubican los determinantes sociales de esos comportamientos, que se refieren a condiciones de vida y elementos del entorno físico y social que se manifiestan como fenoestructuras o causas estructurales inmediatas. Entre estas tenemos la posición y capacidad de los actores sociales, el marco regulatorio, las representaciones sociales, la oferta de productos y recursos, las condiciones de acceso de la población, etc.
4. Por último, tenemos determinantes más amplios o genoestructuras, como la globalización, la urbanización y otros que determinan los entornos y procesos generadores del consumo de productos y de otros comportamientos sociales.

Si bien los factores de riesgo mencionados al inicio y en el punto 3 anterior se asocian de manera más directa a las ECNT, los determinantes mencionados en el punteo del Ministerio de Salud son factores que se asocian al estado de salud de las personas y que se deben contemplar a nivel nacional para pensar una política de salud integrada, que considere aspectos más allá de lo directamente vinculado a lo biomédico.

Cambio de paradigma en proceso - de la focalización de pacientes agudos a los crónicos

En este segundo apartado se mencionarán las principales características del nuevo paradigma de la atención en salud: morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La necesidad de pensar estrategias que incorporen pacientes con enfermedad crónica en el diseño e implementación de estrategias. Se espera poder abordar la temática desde distintas ópticas con el fin de entender su importancia y relevancia en la actualidad. Además, se dedicará una sección para comentar el marco a nivel global que se les está brindando a las ECNT.

Cambio de paradigma en el sistema de salud

Dado el aumento de las enfermedades crónicas, la agenda internacional ha comenzado a tomar conciencia, a poner objetivos y metas en esta problemática, situación no observada hasta el momento.

En este sentido, se han podido advertir distintas acciones que se vienen desarrollando a nivel mundial, como lo fue la Declaración de Astana (2018): a 41 años de la Declaración de Alma Ata, se buscó reafirmar con la nueva declaración los compromisos vinculados con la atención primaria de la salud. Como consecuencia de ello, se enunciaron cuatro acciones básicas, a saber (15):

- 1) tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores;
- 2) establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible;
- 3) empoderar a las personas y las comunidades, y
- 4) alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

La atención en salud focalizada en problemáticas agudas o en la población materno infantil ha consumido gran interés en el último siglo. Sin embargo, hoy en día los indicadores demuestran que las cifras vinculadas con estas enfermedades han comenzado a disminuir.

La OMS y la OPS, por su parte, iniciaron un gran trabajo para el abordaje de las enfermedades crónicas que se ha esparcido a nivel mundial y ha tenido también impacto en nuestro país. El Ministerio de Salud de la Nación explica que *“El abordaje de los problemas crónicos requiere contar un modelo de atención que promueva el automanejo de la enfermedad y facilite la adherencia a los tratamientos.”* (16)

En relación a lo descrito en el párrafo anterior, según explica la OPS, el planeamiento de la atención a personas con enfermedades crónicas (y cualquier otro tipo de enfermedad) en el viejo paradigma toma un enfoque reactivo, centrado en la enfermedad, a demanda y con un perfil pasivo del/la paciente. Las características del actual modelo apuntan a una mirada proactiva, centrada en la persona, con una programación y planificación de la atención y con un perfil de paciente activo, informado e involucrado. (17)

Por otro lado, los cambios en los estilos de vida: en los espacios de trabajo y de ocio y también la urbanización acelerada (Vilaca Mendez:2013), han contribuido a una mala alimentación y a una poca actividad física en las rutinas diarias. Estos factores negativos, junto con el consumo de tabaco y de alcohol, son los principales causantes - factores de riesgo - de problemáticas que contribuyen y contribuyeron al incremento de las enfermedades crónicas. Conocidas también como las “enfermedades de la urbanización” dado el impacto que tuvo el movimiento de la población hacia las grandes urbes.

El aumento en la expectativa de vida, por su parte, también permite aportar a la explicación del nuevo paradigma, ya que en la actualidad una persona con una ECNT puede continuar su vida con

los cuidados pertinentes y vivir mayor tiempo que en otras épocas de la humanidad cuando la gente fallecía principalmente por enfermedades agudas o guerras. Con todo, los servicios de salud han comenzado a verse presionados por el aumento de la demanda de los servicios ofrecidos.

Según indicadores internacionales, las muertes por enfermedades crónicas se encuentran en aumento (18):

- 4,9 millones de personas mueren de resultados del tabaco;
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
- 4,4 millones de personas mueren como resultado de niveles de colesterol total elevados;
- 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.

Según las estadísticas de la OMS, las defunciones por enfermedades preponderantes del siglo pasado disminuirán en un 3% durante la próxima década, mientras que las muertes por enfermedades crónicas aumentarán en un 17%.

Esta situación es alarmante para el sistema de salud en su totalidad ya que el foco y el diseño del sistema de salud se encuentran puestos en otro tipo de enfermedades. No obstante, la realidad exige preocuparse y actuar en cuestiones no programadas hasta el momento y que poseen una morbilidad y mortalidad elevada como lo son las ECNT. Dentro de los objetivos del milenio, el sexto expresa “combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”, dentro de las cuales las enfermedades crónicas como la diabetes son prioridad (19).

Los indicadores demuestran que las ECNT van en aumento y que es necesario desarrollar, no sólo a nivel nacional programas que contengan esta problemática, sino también pensar el sistema de salud a nivel local para poder responder a este nuevo paradigma.

A continuación, la tabla 1 muestra las diferencias principales entre las enfermedades agudas y las crónicas según Vilaca Mendes (20):

VARIABLE	CONDICIÓN AGUDA	CONDICIÓN CRÓNICA
Inicio	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiple
Duración	Corta	Indefinida
Diagnóstico y pronóstico	Comúnmente precisos	Usualmente inciertos
Exámenes diagnósticos	Frecuentemente decisivos	Frecuentemente de valor limitado
Resultado	Generalmente cura	Generalmente cuidado sin cura
Papel de los profesionales	Seleccionar y prescribir el tratamiento	Educar y hacer alianzas con las personas usuarias
Naturaleza de las intervenciones	Centrada en el cuidado profesional	Centrada en el cuidado multiprofesional y en el autocuidado
Conocimiento y acción clínica	Concentrados en el profesional médico	Compartidos por los profesionales y personas usuarias
Papel de la persona usuaria	Seguir las prescripciones	Corresponsabilizarse por su salud en colaboración con el equipo de salud
Sistema de atención de salud	Respuesta reactiva y episódica	Respuesta proactiva y continuada

Tabla 1: Diferencias entre las condiciones agudas y las crónicas.

Fuente: Las Redes en Salud. Vilaca Mendes. 2013.

“El paciente está cambiando, el patrón de enfermedades está cambiando, las tecnologías han cambiado, pero el sistema de salud no está cambiando. Existe evidencia creciente de que la forma actual de organización, financiamiento y prestación de servicios de salud no es

compatible con un control óptimo de las enfermedades crónicas” (20) expresa el Ministro de Salud del país Vasco ante la realidad del sistema de salud. Estas palabras resumen de manera concreta y clara la situación del sistema de salud: un sistema en movimiento que en su planificación y gestión no responde a los cambios que enfrenta la humanidad y los nuevos desafíos de enfermedades que ponen en riesgo a todo el sistema. La realidad demuestra que la obsolescencia de este, genera mayores costos en distintos niveles (económicos, sociales y en otro nivel de la vida o muerte de las personas)

Las sociedades fueron cambiando, tomando nuevos hábitos y requiriendo nuevas formas de los sistemas. A nivel global y general se puede observar, como en la mayoría de los casos los sistemas (tanto de salud, como de educación y el previsual) mantienen sus formas y no se ajustan, ni estructuralmente ni en el diseño, a las demandas actuales. Esto provoca que la brecha entre la realidad y el sistema sea cada vez más notoria e ineficiente para la sociedad.

Preocupación internacional con respecto a las enfermedades crónicas

Los actores mundiales referentes en salud han despertado una gran preocupación relacionada con las estadísticas que comienzan a circular. En este sentido, el número de convenciones y conferencias ha ido en aumento en lo que respecta al tratamiento de enfermedades crónicas y al ajuste del sistema de salud para fortalecer la atención.

Las discusiones al respecto comenzaron desde hace tiempo y hoy se sigue buscando dar soluciones a la complejidad que atraviesa el tratamiento de enfermedades crónicas y a la organización del sistema de salud que existe. En 2005, desde la OMS se esperaba que para el 2015 se pudieran salvar alrededor de 36 millones de vidas a través de la reducción en un 2% de la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas (21). No obstante, los números no son muy alentadores ya que la misma OMS en 2015 publicó que era necesario “redoblar los esfuerzos” para evitar las 16 millones

de muertes prematuras (antes de los 70 años) causadas por ECNT en 2012 según el “Informe mundial sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2014” (22) (23).

Vilaca Mendes habla de la coherencia necesaria que debe existir entre la realidad de la situación de salud de un lugar y su sistema de atención. Cuando esa coherencia no se da, es cuando existen **“crisis en los sistemas de atención de salud”** (20), dado que dejan de corresponderse las condiciones que se presentan en la sociedad. A partir de este razonamiento y dado el aumento de enfermedades crónicas y la disminución de enfermedades agudas, podría decirse que el sistema a nivel mundial se encuentra en crisis, ya que no existe una coherencia entre las prestaciones y la situación de salud en la sociedad.

Otras discusiones que se dan respecto de las enfermedades crónicas

El sistema de salud se encuentra íntimamente conectado con el resto de los sistemas (económico, laboral, de educación, entre otros). En relación al tema de investigación que convoca en este trabajo se observa cómo la conexión entre los sistemas se ve afectada a partir de la “epidemia” de las enfermedades crónicas. Encontrar una solución para poder tratar estas enfermedades y evitarlas o posponerlas en los y las pacientes, de ser posible, traerá externalidades positivas para el desarrollo económico de los países. En cambio, el costo de no tomar medidas al respecto será elevado porque impactará en otros subsistemas. Existen estimaciones de la OMS que analizan el efecto negativo que tendrán las enfermedades crónicas como la diabetes o los accidentes cerebrovasculares en los diferentes países. Se estima que por ejemplo en China esto provocaría una pérdida en los ingresos nacionales de alrededor de los 560 mil millones de dólares en los próximos diez años. (24)

Por otro lado, el inadecuado uso que hace el/la paciente del sistema de salud complejiza aún más la situación. En la Ciudad de Buenos Aires según un informe de la Secretaría de Cultura Ciudadana

y Función Pública (25), los y las pacientes ingresan al sistema de salud por cualquiera de las puertas que este posee (CeSAC, hospitales de agudos, guardias). Esto provoca que el uso de los recursos en salud tenga una administración deficiente, ya que la organización del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema aún no es una fortaleza.

Situación de las enfermedades crónicas en el mundo

Cada vez más aumentan las cifras de muertes por ECNT. En los últimos años se han realizado estimaciones y se espera que el porcentaje de muertes continúe en aumento para las próximas décadas. Hoy en día las muertes por ECNT son de aproximadamente 7 por cada 10 (71% de las muertes por año) (26). Sin embargo, en países en desarrollo o subdesarrollo, los valores son aún más negativos, ya que el acceso y las condiciones de la atención primaria es más reducida para estas sociedades.

Los cambios en salud que trajo aparejada la globalización, han propiciado por un lado, un aumento de la longevidad y por el otro, mejores indicadores en la mortalidad infantil, el paludismo y el VIH. No obstante, las ECNT comenzaron a tener mayor presencia en los indicadores de morbilidad y mortalidad, en parte por el aumento de la esperanza de vida y por el impacto de los factores de riesgo en la actualidad (27).

Dada la alerta que comenzaron a brindar los indicadores de salud a nivel mundial, los organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones han aunado esfuerzos en pos de generar un discurso que permita concientizar a los Estados, a las organizaciones en general y a la población sobre la importancia de invertir tiempo y dinero en la salud para prevenir problemas más grandes y costosos a futuro.

Estas preocupaciones mencionadas se traducen en acciones, en políticas y objetivos. Para ello, la ONU junto a sus países miembro, han definido los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con el fin de trabajar para combatir la pobreza en su multidimensionalidad. Los mismos abarcan distintas problemáticas sociales, desde el acceso al agua, a la salud, a la educación, la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, entre otros. Respecto a las enfermedades, como ya se ha mencionado, el sexto objetivo plantea “combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”. Cuando se menciona otras enfermedades en el objetivo, se abarcan todas las ECNT que tan altos indicadores de mortalidad poseen en los archivos mundiales.

La directora de la OPS, Carissa Etienne, manifiesta al conversar con los jefes de Estado sobre estas enfermedades, la importancia del aval político para poner foco a esta problemática, que además de causar muertes en la población, provoca un alto déficit económico dada la atención que precisa el/la paciente y la pérdida de productividad por estar en tratamiento o por haber fallecido.

Cabe destacar también, la relevancia que Etienne le dio a los ministerios de los países: lo significativo que es el trabajo articulado entre las distintas políticas que se implementan en territorio para obtener un mayor impacto en la prevención y en la promoción, en especial en los factores de riesgo de estas enfermedades. Por último, resaltó la importancia de mejorar las regulaciones para acompañar las políticas públicas a través del aumento a los impuestos de ciertos productos relacionados con los factores de riesgo, como lo son el tabaco y las bebidas azucaradas (28).

Los pedidos desde los organismos internacionales son simples: enfocar los esfuerzos en proteger la salud de las personas desde una instancia anterior a adquirir una enfermedad. No obstante, la aplicación de esos pedidos a la realidad es compleja ya que existen muchos intereses de por medio que obstaculizan su ejecución. La diversidad de fuerzas que existen en los países retrasan la

mejora en la calidad de la salud y como consecuencia los números de muertes por ECNT continúan sin reducirse. Hasta aquí solo se pusieron de manifiesto cuestiones de fuerzas políticas y no se ha considerado la mirada del/la paciente en la implementación de estrategias para el cuidado de su salud, como informante y actor clave.

La OMS por su parte, diseñó e implementó encuestas para evaluar la capacidad de los países para prevenir y controlar las ECNT (29). Si bien se ha alcanzado un progreso desde el inicio de siglo a la fecha en la capacidad de los estados, aún quedan muchas variables por ajustar en especial en países de menores ingresos. En relación a esto, aún se observan ineficiencias en la forma de gestión del primer nivel de atención: el bajo financiamiento, el no registro de la información sanitaria de los y las pacientes, la presencia de tecnologías básicas en los centros, la ausencia de medicamentos esenciales y las asociaciones multisectoriales pobres.

Para lograr ello, la OMS sugiere enfocar los esfuerzos en los tres pilares para combatir las ECNT: vigilancia, prevención y atención sanitaria; y las acciones que estos conllevan, a saber:

Enfoque Global	La evidencia reunida muestra la necesidad de intervenciones tanto de prevención como de tratamiento. Por consiguiente, para invertir la tendencia de la epidemia de ENT se requiere un enfoque global que tenga como objetivo a toda la población e incluya intervenciones de prevención y de tratamiento.
La acción multisectorial	La acción para prevenir y controlar las ENT requiere la ayuda y la colaboración del gobierno, de la sociedad civil y del sector privado. En este sentido, los formuladores de políticas deben aplicar los medios más eficaces al alcance para implicar a los demás sectores.
Vigilancia y monitorización	La medición de los aspectos clave de la epidemia de ENT es crucial para frenarlas. Deben adoptarse y usarse indicadores mensurables específicos en todo el mundo. La vigilancia de las ENT debe integrarse en sistemas nacionales de información sanitaria.

<p>Los sistemas de salud</p>	<p>El fortalecimiento de los sistemas sanitarios de los países para abordar las ENT debe realizarse mediante la reorientación de los planes organizativos y financieros existentes y a través de medios de financiación convencionales e innovadores. Deben implementarse reformas basadas en el fortalecimiento de la capacidad de atención primaria y la mejora del desempeño del sistema sanitario.</p>
<p>Mejores opciones</p>	<p>Hay que adoptar y aplicar medidas de prevención y control que hayan demostrado ser especialmente efectivas y costo efectivas. Las intervenciones poblacionales deben complementarse con intervenciones sanitarias a nivel individual.</p>
<p>El desarrollo sostenible</p>	<p>La epidemia de ENT es muy perjudicial para el desarrollo humano y social. Por consiguiente, la prevención de las ENT debería incluirse como prioridad en las iniciativas nacionales de desarrollo y en las decisiones de inversión relacionadas. El fortalecimiento de la prevención y el control de las ENT debería considerarse también un componente esencial de la reducción de la pobreza y de otros programas de asistencia para el desarrollo.</p>
<p>La sociedad civil y el sector privado</p>	<p>Las instituciones y los grupos de la sociedad civil están excepcionalmente situados para sensibilizar a la clase política y a la población en apoyo de los esfuerzos desplegados para prevenir y controlar las ENT.</p> <p>El marketing responsable sirve para evitar el fomento de dietas no saludables y otras conductas nocivas, y la reformulación de los productos para fomentar el acceso a alimentos saludables, constituyen ejemplos de enfoques y acciones que el sector empresarial debería implementar.</p>

Tabla 2: Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010.

Fuente: Resumen de Orientación. OMS. 2011.

Por otra parte, el cuadro a continuación, muestra las metas que se han propuesto desde la OMS, sus Estados Miembros, en especial los Ministros de Salud, de aplicación voluntaria que deberán alcanzarse al 2025. En relación a todo lo trabajado en este apartado, las metas expresan sus

espíritu de reducir los factores de riesgo y mejorar la cobertura de tratamiento para prevenir las ECNT.

A diferencia de otras problemáticas, las ENT son una preocupación para todos los países del mundo, en mayor o en menor medida. Por esta razón, la OMS transmite su preocupación, pero al mismo tiempo considera que existe una oportunidad única para trabajar en las estrategias de abordaje y de implementación de las políticas públicas según las necesidades de cada país. Los consejos que brindan los organismos internacionales son: no dejar pasar el tiempo de diseño e implementación de políticas y actuar con regulaciones concretas que permitan reducir los factores de riesgo principales.

Meta 1	Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.
Meta 2	Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%.
Meta 3	Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10% para 2025.
Meta 4	Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal/sodio en un 30%.
Meta 5	Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.
Meta 6	Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país.
Meta 7	Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.
Meta 8	Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
Meta 9	80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles.

Figura 1: Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles

Fuente: OMS. 2014.

Redes en salud

En este tercer apartado se trabajará el concepto de redes en salud: los viejos paradigmas, los nuevos y sus particularidades, sus funciones y componentes. También se buscará profundizar en conceptos de accesibilidad y la importancia del/la paciente con enfermedad crónica para el diseño del sistema de atención en salud. Por último, se hará mención del Modelo MAPEC y sus características.

Sobre los sistemas fragmentados

Es importante entender de dónde partimos y qué había antes de lo que se está conversando en la actualidad para hacer un análisis más profundo y acertado, a través de la experiencia y la implementación de otros sistemas.

Como ya se adelantó en otros capítulos de este trabajo, el abordaje anterior del sistema de salud tomaba la forma de un sistema fragmentado. Las características de esta tipología conceden una mayor facilidad para la atención de enfermedades agudas que para la atención de enfermedades crónicas, por su estructura, su comunicación y su disposición.

A saber, el sistema fragmentado se determina por relaciones entre actores y herramientas comunicacionales jerarquizadas. Es decir, los niveles de salud se consideran diferentes y están desarticulados dadas sus “complejidades crecientes” (Vilaca Mendes, 2013) (20). En este sentido, lo que se manifiesta es un desconocimiento a la complejidad de la atención primaria de la salud como tal. Esto es porque, (el resto de los niveles) al concentrar sus esfuerzos en la atención de las enfermedades agudas, no comprenden el primer nivel como relevante para dicha función, aunque

este se encargue de la prevención y promoción de situaciones crónicas que luego se podrían derivar en agudas.

Otra de las características de los sistemas fragmentados es que, ante la ausencia de coordinación y comunicación entre los efectores, se desarrolla una duplicación de los servicios y de la infraestructura que vuelve ineficiente al sistema de salud, ya que aumentan los costos y se reduce la atención eficiente por dar una mirada desintegrada al/la paciente.

La organización del sistema de salud con la lógica de un sistema fragmentado, a su vez provoca un uso irracional de los servicios por parte del/la paciente. Al tener un acceso restringido a los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC, en adelante) por los bajos turnos que ofrecen, el/la paciente elegirá guardias u hospitales para atender asuntos del primer nivel de una manera más rápida (Informe Violencia Hospitalaria, Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública, GCBA, 2017) (25).

Por otro lado, la presencia de programas de salud focalizados, fortaleció el desarrollo de sistemas fragmentados para brindar atención a población específica y de este modo se propició la separación con un modelo integral de atención de la salud.

Con todo, los factores causales de un sistema fragmentado de salud giran en torno a lo recién descrito: uso ineficiente de los servicios, acceso ilimitado a pacientes, bajo presupuesto para los efectores, programas focalizados para enfermedades no integrando a los y las pacientes en un sistema, autoridad del sistema débil, eje del sistema en episodios agudos, entre otros.

El sistema fragmentado junto a una baja planificación denotan pocos objetivos hacia la población definida y hacia el sistema general, y además, en lo referido a cada servicio/especialidad, estos

responden con respuestas concretas a las situaciones agudas o de urgencia que se presentan, sin una continuidad del/la paciente luego del episodio.

A nivel nacional, en la Argentina existen ciertas cuestiones de diseño del sistema de salud que coadyuvan al sostenimiento de un régimen fragmentado: políticas públicas nacionales, presupuesto provincial, efectores de todas las especialidades en todos los niveles, presupuesto insuficiente. Por ello, para una buena gestión del sistema se debería transitar hacia un sistema integrado en el cual cada paciente resuelva sus consultas y pueda llevar un control de su salud de manera ordenada y constante en un sistema que lo acompañe con objetivos claros.

Sistemas integrados y redes

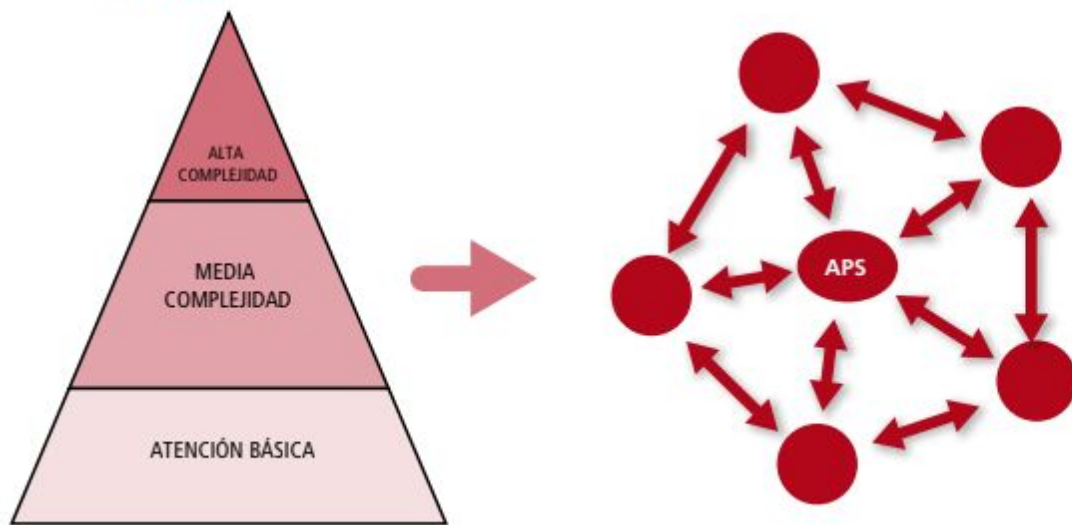


Figura 3: Las redes de atención de salud.
Fuente: Eugênio Vilaça Mendes. 2013

A diferencia de lo postulado en el punto anterior, el nuevo paradigma propone a los sistemas integrados como aquellos pertinentes para la atención de la salud de la comunidad. Las características de este último con respecto al anterior son totalmente contrapuestas.

Con ayuda de la imagen anterior (Figura 3), se puede observar gráficamente cómo el diseño de ambos sistemas se confrontan. El de la izquierda, el fragmentado, muestra un proyecto con características jerárquicas, mientras que el de la derecha, el integrado, tiene la propiedad de una red, con interconexiones entre actores y servicios y sin presencia de niveles de complejidad, sino niveles de atención diferentes, aunque con la Atención Primaria de la Salud (APS, en adelante) en el centro, como organizadora del sistema.

El método de red es considerado un progreso en lo que respecta a la organización social, ya que implica también la utilización de tecnología de la información y de cooperación entre entidades. Es una solución sustancial para la situación actual del sistema de salud: alta demanda, enfermedades complejas y escasos recursos. Es radical porque incorpora activamente a la ciudadanía en su desarrollo y no se piensa sin ella para su efectivización, así como tampoco sin la participación de todos los actores involucrados.

Por otra parte, el análisis de las redes es un elemento utilizado para comprender los obstáculos que existen en las interacciones interinstitucionales y en aquellas con la ciudadanía. En efecto, uno de los objetivos de este trabajo es entender cuáles son esas desconexiones que se desprenden en la atención a pacientes crónicos. Laura Chaqués Bonafont explica que el análisis de las redes permite conocer acerca de los procesos de aprendizaje en los que los actores involucrados se desarrollan, utilizando información nueva como así también información históricamente acumulada.

A nivel mundial, los avances en materia de redes se vienen discutiendo e implementando en más dimensiones que solamente el sistema de salud. En este sentido, diversos autores proponen la utilización de sistemas integrados para “*superar la fragmentación*” (Crojethovic y Ariovich, 2017) (30).

La primera vez que se pronuncia la forma de redes es a través del médico británico Edward Dawson en el año 1920 (31): “La disponibilidad general de los servicios médicos sólo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad. Tal organización es indispensable por razones de **eficiencia** y **costo**, como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica.” Los fundamentos esenciales del Dawson para esa época no distaban en comparación con las conversaciones actuales sobre los elementos principales de un sistema integral e integrado: “la integración de la medicina preventiva y curativa, el papel central del médico generalista, la puerta de entrada en la APS, la atención secundaria prestada en unidades ambulatorias y la atención terciaria en los hospitales”. (20)

El concepto de redes integrales no es contemporáneo, sin embargo, en las últimas décadas ha comenzado a tomar un gran valor para dar solución a la gestión de las problemáticas sociales a nivel mundial. La OMS, como referente principal de las redes de salud ha definido a los sistemas integrales como: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los clientes reciben un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (32). A su vez esta definición viene acompañada de “seis modalidades” principales que permiten desentrañar el concepto de la siguiente manera:

- 1) un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional
- 2) sitios de atención multipropósito
- 3) cuidado de salud provisto a lo largo del tiempo
- 4) la integración vertical de los diferentes niveles de atención
- 5) la vinculación entre la formulación de políticas y la gestión de los servicios
- 6) el trabajo con otros sectores

Redes integrales de los sistemas de salud (RISS)

Las redes integrales de los sistemas de salud (RISS en adelante) son abstractos sólidos y poderosos cuando se cumplen con las premisas que las mismas proponen y son débiles e ineficientes cuando las condiciones no se prestan. Son sistemas complejos ya que implican ciertos elementos en movimiento y engranando para que el ciudadano, quien debe recibir atención médica, se encuentre cubierto según sus necesidades.

Los elementos esenciales de las RISS son (Vilaca Mendes, 2013) (20):

- 1) **economía de escala:** se producen cuando los costos medios a largo plazo disminuyen: a medida que aumenta el volumen de las actividades y los costos fijos se distribuyen por un mayor número de esas actividades.
- 2) **disponibilidad de recursos, calidad y acceso:** recursos muy escasos, ya sean humanos o físicos, deben ser concentrados; al contrario de recursos menos escasos deben ser desconcentrados.

Respecto al acceso, el autor diferencia lo socio-organizacional, que incluye las características de la oferta de servicios, y lo geográfica que está relacionado al espacio (distancia y el tiempo de locomoción, costos de transporte, entre otros).

- 3) **integración horizontal y vertical:** la integración horizontal se da entre unidades productivas iguales, con el objetivo de engrosar la cadena productiva y, de esa forma, obtener economías de escala y, consecuentemente, mayor eficiencia y competitividad. La integración vertical, al contrario, se da entre unidades productivas diferentes para configurar una cadena productiva con mayor agregación de valor.
- 4) **procesos de sustitución:** es el reagrupamiento continuo de recursos entre y dentro de los servicios de salud para explorar soluciones mejores y de menor costo, en función de las demandas y las necesidades de la población y de los recursos disponibles.

5) **territorios sanitarios:** es donde se encuentre la población definida para la atención sanitaria.

En algunos casos estarán definidos por poblaciones subóptimas; así, ciertos servicios serán operados en deseconomías de escala porque no se puede sacrificar el derecho del acceso a los servicios de salud a criterios económicos.

6) **niveles de atención:** combinar los territorios sanitarios con los niveles de atención de salud.

Con todo, el buen funcionamiento del sistema de salud bajo el paradigma de los sistemas integrados precisa la construcción de los escenarios que contemplen los atributos recién mencionados para una atención integral del ciudadano, teniendo en cuenta la historia personal del mismo y la complejidad de su estado de salud, como así también a través del aprovechamiento de los recursos de la manera más eficiente posible para su redistribución a otros territorios sanitarios o niveles ante cualquier caso.

A continuación, se describen en palabras de Vilaca Medes (Vilaca Mendes, 2013) los principales atributos y funciones de las RISS:

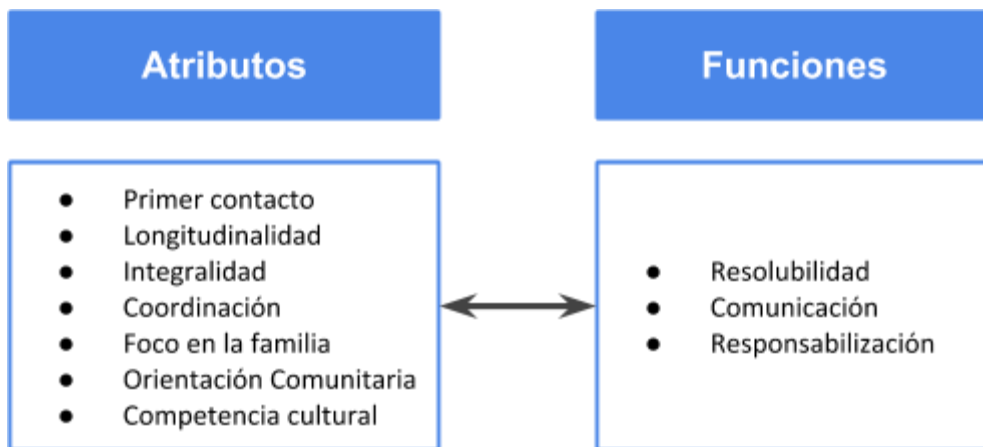


Figura 4: Las redes de atención de salud.
Fuente: Eugênio Vilaça Mendes. 2013

Por otra parte, Mario Rovere detalla los puntos de quiebre del sistema que fomentan la falta de red. Desde su experiencia, explica que las crisis se dan en la circulación de pacientes por los distintos servicios. Los servicios en sí funcionan relativamente bien, sin embargo, la comunicación entre los servicios hace que las derivaciones no sean efectivas y las contrarreferencias no cumplan con su rol de retornar al primer nivel de atención. En este sentido, plantea que es necesario pensar a la “salud en movimiento” y por ende las redes también se deberían pensar en movimiento (33). Dada su experiencia de trabajo en la ciudad de Rosario afirma que las áreas, servicios e instituciones que planifican a través del trabajo en red, articulan con resultados más efectivos.

A su vez, plantea la importancia del trabajo en red, ya que una situación puede entrar por cualquiera de las puertas de los servicios y conocer los circuitos como así también acordar previamente entre los actores el proceso a seguir, permite un mejor abordaje de la situación.

Accesibilidad

Al trabajar temáticas de acceso a la salud y en particular de tratamientos prolongados, es necesario mencionar conceptos como el de accesibilidad. Cuando un/a paciente o su familia, en especial en aquellas situaciones de bajos ingresos, se encuentran en constante contacto con instituciones de salud, comienzan a aparecer diferentes tipos de barrera que limitan o imposibilitan la atención y el tratamiento.

Desde el siglo pasado se trabaja en el tema de accesibilidad a los servicios de salud. A veces es entendido como una cuestión de oferta del sistema de salud. Sin embargo, hay quienes lo consideran una relación entre los servicios y los sujetos, de encuentros o desencuentros, que posibilitan la atención en salud (34). Otros autores la entienden como el grado de equilibrio entre la oferta y las necesidades de los y las pacientes (35).

La mayoría de los autores identifica ciertas dimensiones para determinar la existencia de accesibilidad y para ello determinan los posibles obstáculos a los que pueden enfrentarse las personas. Existen entonces distintos tipos de barreras en el acceso a los servicios de salud (36):

- **Geográficas:** la dificultad de trasladarse a un centro de salud u hospital para recibir atención. Puede ser por la falta de medios de transporte, por su costo, por la distancia a pie que las personas deben recorrer. Otro tipo de problema vinculado con la accesibilidad geográfica puede ser de tipo físico, pues el/la paciente puede requerir de acompañantes para su desplazamiento.
- **Económicas:** los costos de traslado, como de medicamentos o de estudios complementarios para las personas más pobres es una de las principales limitaciones o barreras de las personas para acceder a una atención integral.
- **Administrativas:** la organización de los servicios de salud a veces impide el acceso al servicio en el tiempo requerido por el/la paciente. A su vez, la información insuficiente se ve reflejada en la pérdida de tiempo de los y las pacientes a la hora de realizar trámites para el tratamiento de sus enfermedades.
- **Culturales / de género:** cuando existe una distancia entre el equipo médico y el o la paciente por la dificultad que existe para entender o expresar la necesidad, se puede generar una barrera en la atención por la falta de comunicación y diálogo.

Sistemas de atención centrada en pacientes crónicos

Los sistemas o modelos de atención se encuentran con nuevos desafíos a partir de emergente papel que ocupan hoy las enfermedades crónicas en la agenda de salud. Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el sistema de salud estuvo ideado para la atención de enfermedades agudas o para las etapas de la vida de la niñez y del embarazo. Hoy, el paradigma de la atención en

salud se encuentra en una transición que exige una modificación de los procesos con el fin de brindar un servicio orientado a aquellas personas que poseen una enfermedad crónica.

Aún más importante, el aumento de pacientes con enfermedades crónicas alertó a los gobiernos a pensar nuevas estrategias para evitar un costo en recursos de salud evitable (internaciones, traslados, medicamentos, entre otros). Los valores indican que un porcentaje muy pequeño de la población (pacientes crónicos) utiliza un gran porcentaje de los recursos sanitarios, por ello la importancia que implica llevar un control del uso de recursos y de los tratamientos.

Los países europeos, aquellos con una población más envejecida que el promedio de América Latina, ya se han puesto objetivos específicos para el abordaje de este nuevo reto. Por ejemplo, en el caso de España, se ha planteado un modelo de salud multidisciplinario, entendiendo que no existe un único problema de salud, sino que se trata de una multimorbilidad (37). Se piensa a la atención de pacientes crónicos como un trabajo cooperativo entre distintos profesionales y en especial como un trabajo de integración de los distintos componentes para la formulación de un modelo efectivo y eficiente.

En el texto citado en el párrafo anterior de la revista Atención Primaria, se realizan análisis y propuestas a un modelo de atención de países del primer mundo, es decir, de aquellos que cuentan con un sistema de salud con los recursos necesarios para brindar una cobertura básica. Plantean la necesidad de incorporar los conceptos de integralidad y de trabajo en red a la atención ya brindada para lograr una “evolución” del sistema. Para ello cuentan con algunas premisas, a saber: no implementar modelos de manera mecánica, entender que cada paciente es único, innovar en todos los ámbitos de atención de la salud (primer nivel, hospitalario, social, etc), establecer una visión compartida entre todas las organizaciones que componen el sistema de salud y sus trabajadores, pacientes responsables que realicen un autocuidado de la enfermedad,

incorporación de sistemas de información actualizados y disponibles en todos los centros de atención.

Otro de los sistemas de salud interesante para analizar es el NHS de Inglaterra, National Health System en inglés. Previo al nuevo siglo, el sistema inglés tenía varios puntos endebles para una atención integral de pacientes. Con los aires del nuevo siglo, el gobierno inglés ha realizado un cambio de paradigma en su sistema de salud extraordinario. Principalmente la transferencia de mayor porcentaje del PBI a la salud pública ha beneficiado en la construcción de un nuevo modelo de atención. Luego, modificaciones en la forma de pago a los profesionales de salud afectó positivamente en los indicadores ya que comenzaron a pagar por rendimiento en las consultas y por resultados de salud. También, se ha priorizado el trabajo a través de protocolos de actuación para la sistematización y seguimiento de los y las pacientes (38). Este modelo representa otra de las maneras de abordar los retos que traen aparejadas las enfermedades crónicas, a través de un sistema de premios y controles, con un nivel de sistematización de la información que permite la toma de decisiones concretas para ajustar la rueda de recursos.

Modelo MAPEC

Por su parte, en Argentina existe un sistema llamado MAPEC: Modelo de atención a personas con enfermedades crónicas. Comienza a implementarse en el año 2009 en el marco del trabajo articulado con OPS para la implementación de una estrategia de cuidados crónicos. Se trata entonces de un modelo que tiene como propósito mejorar los cuidados de la población a través de los siguientes objetivos (39):

- Reducir prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de las ECNT
- Disminuir la mortalidad por ECNT
- Mejorar el acceso y la calidad de atención médica

Para poder llevarlos a cabo, se propone trabajar sobre tres líneas de acción: 1) reorientación de los servicios de salud para el manejo integrado de las ECNT, 2) promoción de la salud y control de factores de riesgo a nivel poblacional, 3) sistema de Vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo.

En este sentido, se propone un sistema integral e integrado en el que tanto los equipos de salud como los y las pacientes tengan una actitud proactiva, se encuentren informados e involucrados con enfermedad en cuestión. (40)

Para poder llevarlo adelante, se plantean cuatro ejes para que se observen resultados productivos:

- **Sistema de provisión de servicios:** hace referencia a que el sistema se encuentre preparado para atender al/la paciente. Existencia de recursos físicos y profesionales para poder realizar estudios y dar medicamentos, como así también la posibilidad de conseguir turnos y de registrar la información de la consulta en una historia clínica, entre otros.
- **Soporte para la toma de decisiones:** responde a la importancia de contar con un equipo de salud capacitado y preparado para brindar las intervenciones más efectivas para la atención. Se trata también de acercar al/la paciente otras instancias que le permitan fortalecer su rol: talleres, uso de recordatorios, entre otros.
- **Autocuidado:** la responsabilidad que tiene el/la paciente para con su enfermedad es muy alta, por eso la importancia de la adherencia al tratamiento. Conocer en profundidad las características de la enfermedad, permite un cuidado diario más efectivo, como sucede en el caso de la diabetes, donde el/la paciente debe comprender las alteraciones en su cuerpo para poder inyectarse -en caso de ser necesario- la proporción de insulina correspondiente.

- **Sistema de información:** contar con evidencia sobre las ENT permite poder tomar decisiones en materia, tanto de políticas públicas como de decisiones locales en un CAPS, para mejorar la atención brindada y reducir los índices de morbilidad y de mortalidad.

El modelo aquí planteado, tiene mucha vinculación con el cambio de paradigma que hay en materia de salud, se precisa de un abordaje de las enfermedades crónicas que involucre al sistema, pero también al/la paciente, como eje fundamental del tratamiento.

Ámbito de estudio: descripción del sistema público de salud en CABA

El sistema de salud argentino

Es necesario realizar, en primer lugar, una descripción del sistema de salud argentino para enmarcar el ámbito de estudio. Este tiene una serie de particularidades que lo caracterizan: descentralización y fragmentación de la gestión, federalismo a nivel país, diferentes subsistemas de salud (el sector público, el privado y la seguridad social). Del sector público forman parte el Ministerio Nacional y los Ministerios Provinciales, como así todas las instituciones de salud públicas, tales como hospitales y centros de atención (que varían de lugar en lugar, dependiendo si son provinciales o municipales). La seguridad social la integran las obras sociales y por último, el sector privado, los establecimientos y profesionales que atienden la demanda individual, algunas obras sociales y los seguros privados (Ver figura 2). Esta fragmentación del sistema argentino, demuestra lo complejo que es desde su diseño, su financiamiento y su gestión dado el número de actores que intervienen en el mismo y por ende esta situación tiene un impacto directo en las personas (41).

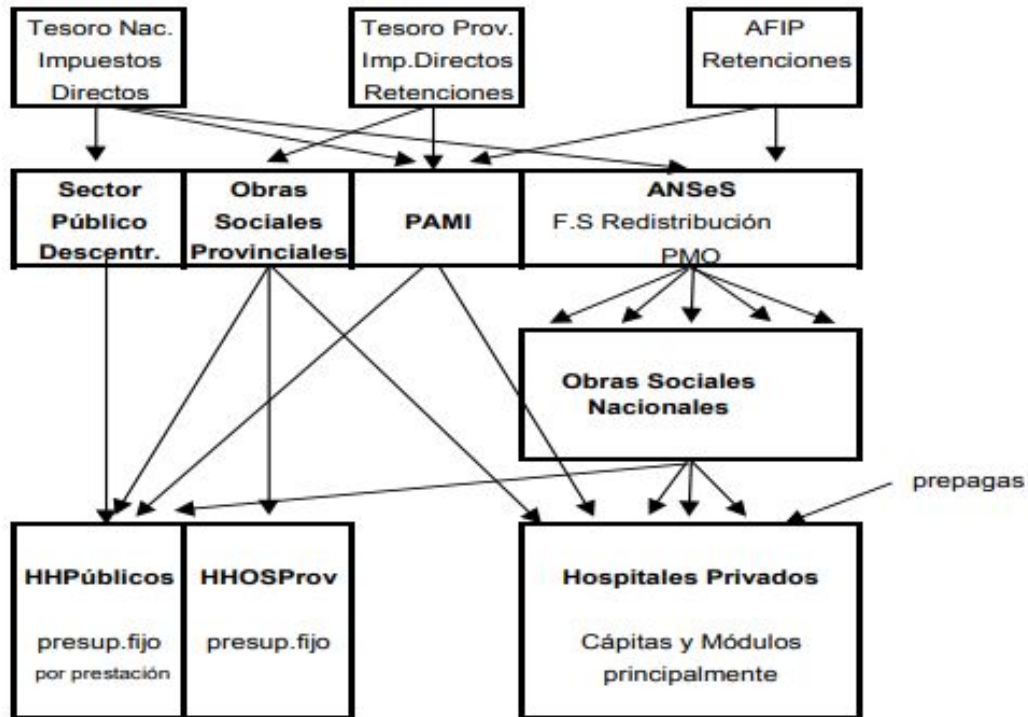


Figura 2: Sistema de Salud argentino.

Fuente: Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Daniel Maceira. 2002

El sistema de salud se organiza a su vez en niveles de atención en Argentina. Si bien desde la teoría y la ley se plantea un sistema con entrada a través del primer nivel de salud, en la práctica el sistema recibe pacientes a través de todos los niveles, incluyendo las guardias o los centros de atención de consultas no urgentes. A lo largo y ancho, el país cuenta con centros de atención primaria de la salud (CAPS en adelante) distribuidos a partir de la gestión municipal y provincial y también con hospitales de distintas complejidades de gestiones únicas o compartidas. En general, la jurisdicción nacional diseña y descentraliza sus programas en las provincias y municipios como sucedió con el Programa SUMAR (42), una política pública para asegurar el control de la atención primaria de la salud de embarazadas, niños y niñas.

Lic. Martínez González, Valentina

Por otra parte, la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la ley 153 sancionada en el año 1999 en su artículo 3, sostiene que la garantía del acceso a la salud se sustenta entre otras cuestiones *en (43)*:

i) La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.

j) La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.

El marco legal bajo el que está regido el sistema de salud de la Ciudad, destaca la importancia de una organización de trabajo en red para garantizar el acceso al derecho de la salud pública. Sin embargo, en lo que respecta a la situación internacional detallada en los puntos anteriores, ni el sistema nacional ni el sistema de la Ciudad han modificado al momento su estructura o diseño en pos de las necesidades que trae aparejada la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

El sistema de salud parece encontrarse en un momento de crisis, ya que se mantiene un modelo antiguo para el abordaje de nuevas problemáticas y esto no permite que el engranaje de la oferta y la demanda fluya. Esta situación provoca por un lado el uso ineficiente de los recursos y servicios ofrecidos y por otro lado bajos niveles de resolución de las problemáticas de los ciudadanos, generando consecuencias más graves en la salud de las personas y costosas para el sistema.

El neoliberalismo en Argentina, por su parte, ha aportado a que los servicios de salud entren en crisis. Durante la década de los noventa, hubo una serie de recetas definidas por los

organismos internacionales y aplicadas por el gobierno argentino que a primera vista parecían soluciones para la administración estatal, pero que, si se realizaba un mínimo análisis de los términos y condiciones, se podían detectar rápidamente los problemas y consecuencias que escondían para el desarrollo de nuestro país. *“Todas las medidas tienden a reemplazar la lógica de la solidaridad”* (Stolkiner, 2001) y en cambio se las sustituyen por procedimientos y prácticas que implican un mayor uso de la billetera de las familias para atenderse en salud.

Por un lado, las modificaciones impositivas han generado en el marco de las contrataciones laborales, mayor precarización para los trabajadores lo que impacta directamente en los aportes para la seguridad social. Por otro lado, la Reforma para que la administración de ciertos hospitales públicos sea autogestionada, ha provocado la transferencia de la salud a las provincias y municipios de manera definitiva. Esta decisión política implica una “estratificación” entre hospitales, ya que según la zona en la que se encuentre el hospital, el poder adquisitivo de las personas que atenderá. Esto significa que un hospital que se ubique en una zona con población de bajos recursos, no tendrá la misma posibilidad de recaudación que otro que se encuentre localizado en un barrio con mayores ingresos. Las consecuencias de esta medida fueron variadas, pero principalmente se pudo observar el *desmantelamiento del primer nivel de atención* al eliminar al Estado como ente regulador de la entrega y administración de los recursos (44).

Casi dos décadas más adelante, en 2018, el gobierno de Macri intentó instaurar en el sistema de salud la Cobertura Universal de Salud (CUS). Al igual que en la década de los noventa, esta medida no implica una mejora para el sistema de salud ya que no beneficia a la población, sino que se desfinancia y debilita la salud pública. Se busca que a través de la digitalización de las historias clínicas que se pueda hacer un seguimiento de los y las pacientes en cualquier

lugar del país, pero al mismo tiempo se plantea que se derivarán pacientes para hacer estudios complementarios. En aquellos casos en que el hospital cuente con los servicios se realizarán los estudios en hospitales públicos, pero si el hospital no tiene disponible los recursos necesarios se derivará a un centro privado. El temor se da en que comience un desfinanciamiento del sistema público, que hoy en día ya no cuenta con muchos de los recursos necesarios para atender a los y las pacientes y que a futuro la situación parecería empeorar en lugar de brindar soluciones. Con todo, esta problemática claramente a quienes más afecta es a quienes más precisan de la atención pública en salud, las personas de menores ingresos (45).

La situación actual del país agrega a la crisis planteada en el punto anterior un contexto aún más pesimista. Por una parte, el Ministerio de Salud de la Nación pasa a un rango inferior de Secretaría de Gobierno de Salud, luego de la decisión del presidente Mauricio Macri de reestructuración de la administración pública a través de una reducción del número de ministerios nacionales para reducir el gasto público. Este hecho tiene grandes significados: la pérdida de autonomía para la toma de decisiones, la dependencia presupuestaria al ministerio al que pertenece (en este caso al Ministerio de Desarrollo Social) (Luciano Andrenacci, 2018), el menor peso simbólico en un gobierno para la negociación y priorización de temas (Juan Negri, 2018) (46).

Por otra parte, las crisis económicas siempre han generado que el sistema público de salud se encuentre aún más colapsado. El aumento del desempleo provoca que muchas familias pierdan el acceso a una cobertura de salud a través de las obras sociales. Además, la devaluación del dinero en los hogares genera que las personas no puedan pagar un sistema privado y por estos motivos comienzan a asistir al sistema público en busca de soluciones a sus problemas de salud agudos y crónicos.

Esta situación, como la anterior, permiten esbozar resumidamente las cuestiones estructurales por la que está atravesando el sistema de salud público, que provocan desequilibrios y enfoques de trabajo orientados a trabajar en lo urgente e inmediato y no en una planificación y uso de recursos eficientes que permitan brindar un servicio de salud integral al/la paciente.

Situación de las enfermedades crónicas en Argentina: mortalidad

La situación de ECNT y de los factores de riesgo en Argentina

La realidad que se describió en los puntos anteriores afecta de igual o mayor manera en la Argentina. Nuestro país no se encuentra exento de la problemática del aumento de muertes por ECNT. Incluso, las condiciones socioeconómicas y las características del sistema de salud profundizan la problemática y elevan el número de enfermos y de muertes en relación con otros países del mundo.

Para Argentina, el número de muertes vinculadas con las ECNT representaron el 73,4% del total para el 2018 según el Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (47). En la última década hubo un aumento del número de enfermedades crónicas, lo cual ha generado preocupación en los funcionarios públicos comprometidos con reducir los factores de riesgo y por ende las principales ECNT. Por ejemplo, Argentina es uno de los países con mayor consumo de sal por día: alrededor del doble de sal recomendada (48). Siendo este último uno de los factores de riesgo de una de las ECNT que más vidas se lleva (enfermedades cardiovasculares), es crítica la situación del país en términos de acciones de prevención y promoción de la salud.

En añadidura a lo anterior, no sólo es preocupante el número de muertes y el aumento en los factores de riesgo, sino también el aumento de los años vividos con discapacidad como los elevados costos para el sistema de salud (tratamientos prolongados y costosos) y para el sistema económico en general.

Argentina: Políticas públicas para la prevención de ECNT

Dada la alarmante situación de salud a nivel mundial y local, la Argentina ha desarrollado desde el 2009 una estrategia nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (49). Para ese entonces, las enfermedades alcanzaban un 60% del total, hoy el número se ha elevado en más de un 10%. Esta resolución trabaja la propuesta de focalizar los esfuerzos en la promoción de la salud para evitar las ECNT y para permitir que las personas posean control sobre sus vidas para la prevención.

“Las ENT son prevenibles y contamos con evidencia consistente sobre la efectividad de intervenciones tanto de promoción, prevención y tratamiento, que justifican llevar a cabo acciones de política pública. Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costo efectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia. La adopción de una estrategia basada en factores de riesgo (FR) para la prevención de ENT es un desarrollo importante en la concepción que orienta las intervenciones de política sanitaria . Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas también se asocian con una elevada carga de enfermedad y utilización de recursos.” Resolución 1083/2009

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles tiene los siguientes **objetivos**:

- Reducir la prevalencia de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la población general.
- Reducir la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles
- Mejorar el acceso y la calidad de la atención, tanto en la detección como en el tratamiento de las personas en riesgo y afectadas por enfermedad crónica

Para ello, las principales líneas de acción que busca alcanzar la resolución son las siguientes:

- **promoción de la salud y control de factores de riesgo a nivel poblacional**: incluye el Plan Nacional Argentina Saludable que integra el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y la promoción de la alimentación saludable. El objetivo es canalizar las acciones de base poblacional tendientes a disminuir los factores de riesgo, lo que requiere del involucramiento de múltiples actores tanto estatales como de la sociedad civil y el sector privado, con el objeto de promover conductas y entornos saludables y la regulación de la oferta de productos y servicios.
- **reorientación de los servicios de salud para el manejo integrado de las ECNT**: este eje se integra y articula con otras iniciativas y programas existentes y lleva adelante estrategias para el rediseño de los servicios de salud hacia un abordaje integral e integrado de las enfermedades crónicas. Dentro de ellas se encuentra el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica y el diseño e implementación de herramientas para la consulta, como una historia clínica para la atención ambulatoria del adulto, una planilla de monitoreo para el seguimiento de personas con factores de riesgo vascular, etc. También incluye el desarrollo de capacitaciones destinadas a mejorar las competencias del equipo

de salud en el abordaje de las ECNT y favorecer la reorientación de los servicios de salud en las distintas jurisdicciones.

- **sistema de vigilancia de las ECNT y factores de riesgo:** el rol de este eje es aportar información válida y confiable para el diseño, evaluación y monitoreo de las acciones realizadas para prevenir y controlar estas enfermedades. A su vez, esta área promueve el desarrollo de la vigilancia de ECNT a nivel jurisdiccional articulando con las Salas de Situación provinciales.

Ciudad de Buenos Aires: Políticas públicas para la prevención de ECNT

La Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a través de la Secretaría de Desarrollo Saludable promueve acciones de promoción y prevención de la salud: brinda información, capacitación y detección precoz de factores de riesgo a toda la población que transite por las calles de la Ciudad.

Las principales estrategias que lleva adelante son:

- **estaciones saludables** donde se pueden realizar controles periódicos para detectar cualquier posible factor de riesgo que afecte la salud, hacer actividad física, recibir consejos de cómo llevar una alimentación saludable.
- **mi escuela saludable** es un programa que busca mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física con el fin de frenar el avance y disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad; y contribuir a mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa,
- alimentación y hábitos saludables se trabaja en el fortalecimiento de hábitos saludables para contribuir al bienestar de la población, y
- promoción y **eventos** para la toma de conciencia acerca de la importancia de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) a través de gazebos móviles donde se

realizan controles básicos de salud gratuitos en eventos y actividades relacionadas a la salud, entre otras acciones.

Sobre el sistema de salud en CABA

El Sistema de Salud argentino se encuentra descentralizado en las provincias. El Ministerio de Salud de la Nación es quien diseña los planes y proyectos para que luego sean ejecutados por las provincias. En general, la atención primaria de la salud (APS) en las provincias, es de gestión compartida en las localidades: existen centros pertenecientes a la gestión provincial y otros a la gestión municipal.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, todos los centros de salud corresponden a la gestión local. De acuerdo a la Ley Básica de Salud 153/99, la Ciudad de Buenos Aires divide el sistema de salud en tres niveles. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial. Sin embargo, los Hospitales conservan en su alcance los tres niveles de atención, mientras que el resto de los efectores, sólo el primer nivel. En pocas palabras, lo que se puede observar en primera instancia es la simultaneidad de la APS en todos los efectores de salud.

Por otra parte, el Sistema de Salud en Argentina se divide en tres grandes subsectores: público, seguridad social y privado. Como ya se ha mencionado, el sistema argentino se encuentra fragmentado y esta situación deja en evidencia lo desigual que es el sistema de salud para la

Lic. Martínez González, Valentina

atención de pacientes, ya que en general, el acceso a los efectores, a los turnos, a los medicamentos, entre otros, es más complejo cuando una persona carece de ingresos y asiste a una institución pública.

Lo mismo que a nivel nacional sucede en la Ciudad de Buenos Aires: se puede observar como en la zona sur hay un elevado número de consultas en CeSAC y hospitales a diferencia de otras zonas de la Ciudad donde los ingresos la relación laboral formal de sus habitantes les permiten el acceso al sistema de seguridad social o a prepagas.

Características principales del sistema público de salud de la CABA

Demografía

Entender y complejizar el análisis de una temática con cantidades, números y estadísticas, permite relativizar algunas cuestiones de los números absolutos. De esta manera, este apartado presentará la información correspondiente a la demografía de la Ciudad de Buenos Aires, para poder dimensionar de cuántos estamos hablando cuando nos referimos a la atención en salud.

La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se estimó en 3.059.122 habitantes para 2016, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (en adelante INDEC) (50). En la composición de la población las mujeres son mayoría (14 más por cada 100). Teniendo en cuenta la edad de los habitantes, se considera que la Ciudad posee una población envejecida. La población de 65 años y más representa más de 16% del total, y la de menos de 15 años supera el 17%. La edad promedio de la población ronda los 40 años: 42 años las mujeres y 37 años los varones. Como en la mayoría de los territorios, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es

mayor que la de los varones, en promedio, 82 años para las mujeres y 75 años para los varones (51).

En relación a lo mencionado en los apartados anteriores, los cambios demográficos han impactado también en la Ciudad de Buenos Aires. El aumento de la esperanza de vida ha impactado en parte en las ECNT, ya que ciertas enfermedades que antiguamente daban poco tiempo de vida, hoy a través de tratamientos y medicamentos han logrado extender la vida de las personas. Analizar los cambios demográficos como la esperanza de vida, permite tener evidencia de cómo influyen en el sistema de salud y qué se debe cambiar o mejorar para una mejor atención integral.

Cobertura de Salud

Un elemento de suma importancia a considerar, es el tipo de cobertura. Anteriormente indicamos que el campo de salud en Argentina se distinguía por su carácter tripartito. Es decir, coexisten el subsector privado, el de seguridad social basado en el principio contributivo y finalmente, el subsector público.

Tabla 3 (52)

Tipo de Cobertura	% sobre total de habitantes CABA
Sólo obra social	42,1%
Sólo prepaga o mutual vía obra social	21,6%
Sólo plan de medicina prepaga por contratación voluntaria	11,2%
Sólo sistema público	18,7%
Otros	6,4%

Tabla 3: Tipos de Cobertura

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2016

En la Ciudad de Buenos Aires, el 32,8% de los habitantes tienen cobertura privada, ya sea por derivación de aportes previsionales o por contratación voluntaria. El 42,1% tienen obra social, mientras que el 18,7% tienen cobertura del sistema público de salud.

Ahora bien, los usuarios del sistema público alcanzan el 31,4% en la Zona Sur de la Ciudad, destacándose la Comuna 8 por contar con el 44,8% de la población en esta situación (53). Este fenómeno se manifiesta en la importante cantidad de consultas que reciben los efectores del subsector estatal. En la Zona Sur, éstas llegan a duplicar y hasta cuadruplicar las consultas recibidas en el resto de las zonas.

Zonas geográficas

Un aspecto central para comprender el funcionamiento del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires es la división territorial. En conformidad con lo fijado en el artículo 27 de la Ley Básica de Salud Pública de la Ciudad, el subsector estatal debe organizarse territorialmente en “regiones sanitarias”. El objetivo de estas unidades territoriales es la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de los efectores.

A partir Resolución 31/2008 del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires implementó lo prescripto por la Ley de Salud Pública. De esta manera, crea cuatro regiones sanitarias. Las divisiones territoriales se llevaron a cabo de acuerdo a diversos criterios: Aspectos geográficos y demográficos; aspectos epidemiológicos; aspectos sociales, de cobertura, recursos de salud y accesibilidad. De este modo, las regiones quedaron compuestas de la siguiente manera:

- Región Sanitaria I (Comuna 1, 3 y 4)
- Región Sanitaria II (Comuna 7, 8 y 9)

- Región Sanitaria III (Comuna 5, 6, 10, 11 y 15)
- Región Sanitaria IV (Comuna 2, 12, 13 y 14)

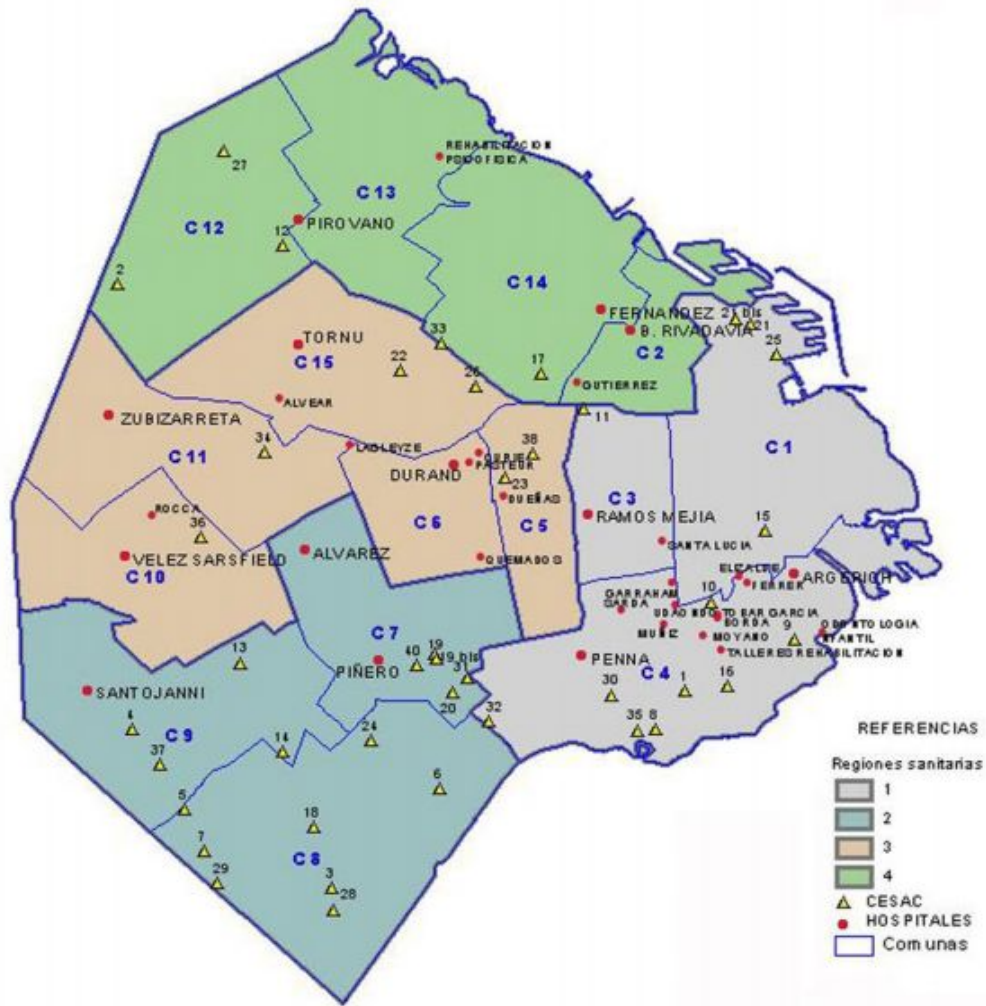


Figura 5: Regiones sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires

Fuente: Dirección General de Estadística y Censo. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2009.

A su vez, coexiste junto a las regiones sanitarias otro esquema de subdivisión territorial. La entonces Municipalidad de Buenos Aires estableció, en 1988, las denominadas Áreas Programáticas. Esta subdivisión se configuró en torno a los 12 Hospitales Generales con los que

contaba entonces el gobierno porteño. En aquel entonces, el Hospital Rivadavia (actualmente, 13° hospital general de la Ciudad) era de jurisdicción nacional (pasó a órbita de CABA en 1993).

Las áreas programáticas son un concepto operativo para gestionar la salud. Se basa en el establecimiento de áreas de responsabilidad dentro del cual el Centro de Salud que oficia como nodo debe brindar atención médica. La subdivisión del área de la Ciudad en áreas programáticas responde a las exigencias de las estrategias de atención primaria.

De acuerdo a la definición de la Organización Panamericana de la Salud, se entiende por Área Programática al “ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental” (54). El objeto de las Áreas Programáticas es delimitar acciones y responsabilidades administrativas y sanitarias en una determinada área geográfica. En otras palabras, son territorios con jurisdicción poblacional y geográfica, accesible desde el centro de salud que oficia como nodo. El hospital debe ser capaz de proporcionar atención continua y permanente dentro de su área.

A cada Área Programática le corresponde uno o varios CeSAC (la única excepción es el Hospital Rivadavia como ya se mencionó). En total a la fecha, la Ciudad cuenta con 45 CeSAC (Centros de Atención Primaria de la Salud), distribuidos de norte a sur, este y oeste. Si bien todas las zonas tienen al menos un CeSAC, existe una gran concentración en el sur de la Ciudad, donde se registra mayor necesidad de acceso a la salud pública por los bajos ingresos y a su vez, por haber un menor número de hospitales en relación a la población: sólo hay dos hospitales generales de agudos y un volumen de demanda elevado.

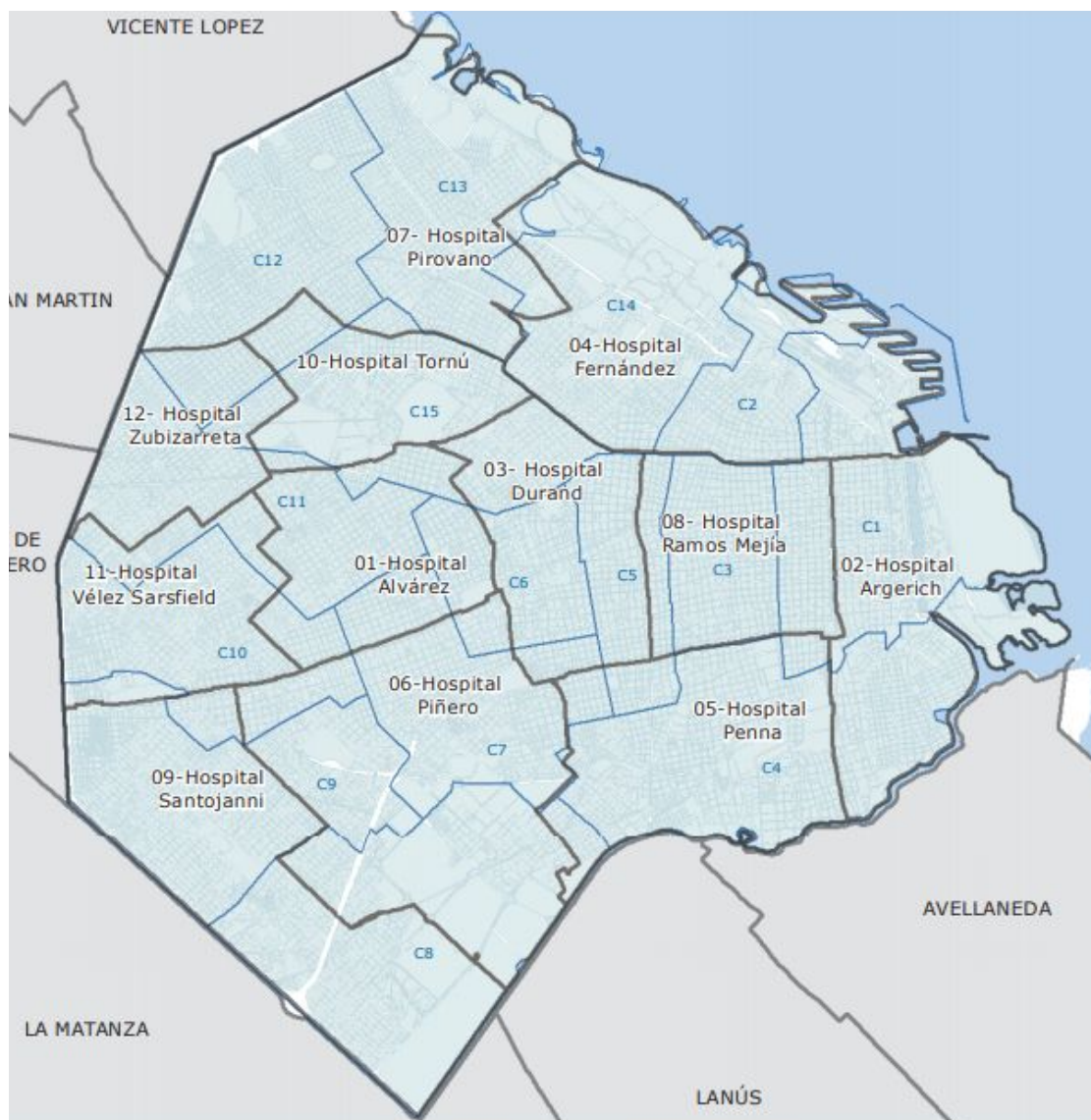


Figura 6: Áreas Programáticas de salud en la Ciudad de Buenos Aires.

Fuente: - Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2016.

Efectores de Salud

Los efectores del subsector estatal de la Ciudad de Buenos Aires son los siguientes:

Tabla 4 (55)

Con internación	13 Hospitales Generales de Agudos
	2 Hospitales Generales de Niños
	19 Hospitales Especializados
Sin Internación	2 Centros Odontológicos Infantiles
	2 Centros de Salud Mental
Atención Primaria	45 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)
	32 Centros Médicos Barriales (CMB)
Otros Efectores	Hospital M. Ferrer
	Hospital Garrahan (Jurisdicción Bi-Nacional)

Tabla 4: “Establecimientos - Hospitales y Centros de Salud”

Fuente: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Principales consultas recibidas

Según el Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - 2016 (56), las ECNT presentaron los mayores porcentajes de mortalidad en la Ciudad. Es variado este porcentaje según la franja etaria, pero fundamentalmente ocupa los primeros lugares: en especial las enfermedades cardiovasculares (33%), las respiratorias (22,9%) y tumores (20,5%).

Capítulos CIE-10	N° de Defunciones	Porcentaje
Cardiovasculares	10080	33,1
Respiratorias	6965	22,9
Tumores	6231	20,5
Genitourinarias	1531	5,0
Digestivas	1270	4,2
Infecciosas y Parasitarias	1210	4,0
Causas Externas	718	2,4
Hallazgos anormales	658	2,2
Sistema Nervioso	622	2,0
Endocrinas	525	1,7
De la piel	330	1,1
De la sangre	115	0,4
Osteomusculares	105	0,3
Malformaciones Congénitas	33	0,1
Trastornos Mentales	23	0,1
Embarazo, parto y puerperio	5	0,0
Total	30421	100

Tabla 5: Número de defunciones y distribución porcentual según causas.

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA. 2016

A su vez, cabe destacar que las comunas con población más vulnerable, a saber: comuna 8, 4, 7, 9 y 10 (57); son aquellas que manejan los niveles más altos de muertes por ECNT. Esta relación estadística demuestra el vínculo estrecho que existe entre los niveles de pobreza y desocupación con el acceso a la información y a los cuidados en salud.

Causas Específicas	COMUNAS															Total CABA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Enf. Cardiovasculares	172,9	160,3	214,8	209,8	160,4	151,7	180,7	210,1	219	203,2	187	182,1	149,5	145,6	205,5	181,9
Tumores	126,4	138,1	134,3	141,4	115,4	124,6	130,2	139,4	134,8	131,2	133,9	137,2	116,1	127,0	153,9	131,8
Enf. Respiratorias	115,5	108,3	129,4	142,2	117,8	109,6	121,5	132,2	146,7	115,7	115,3	109,9	112,6	104,3	131,2	120,3
Enf. Genitourinarias	26,3	24,4	19	30,1	27,7	23,9	30,2	40,7	33,4	27,5	24,6	19,3	22,1	21,1	27,7	26,3
Enf. Digestivas	22,5	19,2	26,3	34,3	23	20,1	22,7	34,7	27,8	27,7	23,8	23,1	16,7	20	32,9	24,7
Enf. Infecciosas y parasitarias	22,4	20,2	22,4	44,2	23,8	22	26,5	26,2	26,2	17,1	19,4	18,4	20	20,7	19,8	23,7
Causas Externas	14,2	12,8	31,2	29,5	18,4	8,5	26,3	38,6	24,1	17,3	12,2	13,7	12,2	11,2	13,8	19,6

Tabla 6: Tasas de mortalidad específica según causa, ajustadas por edad y comunas por 100.000 hab.

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA. 2016.

Objetivo

La investigación se basa en la convicción de que los abordajes, articulaciones y redes del sistema público de salud de la CABA, en sus tres niveles de atención, son puestos a prueba por el incremento de las enfermedades crónicas.

Objetivo General

Describir la perspectiva de los y las pacientes sobre los modos y formas de atención para el tratamiento de enfermedades crónicas

Objetivos específicos

- Identificar las significaciones sobre los modos y formas de atención de enfermedades crónicas
- Describir las experiencias y percepciones de los y las pacientes sobre los modos y formas de atención de enfermedades crónicas
- Describir las percepciones de los funcionarios públicos y médicos sobre los modos y formas en que se ofrecen los servicios en la atención de enfermedades crónicas
- Analizar las articulaciones y redes del sistema de salud público de la CABA en la atención de enfermedades crónicas

Metodología de investigación

Para poder avanzar en esta investigación se realizaron los pedidos y autorizaciones necesarios en el Área Programática del Durand. Se solicitó autorización tanto al Área Programática, al Comité de Docencia e Investigación como al Director del CeSAC N°22.

Tipo de investigación

Esta investigación es de carácter cualitativa y descriptiva. Un diseño descriptivo tiene como objetivo la indagación, la observación y la atención de manera reflexiva de la perspectiva del sujeto (58). En este caso, permite la mejor comprensión de las experiencias y vivencias de los y las pacientes con enfermedades crónicas que transitan el sistema de salud. Para ello, se ha seleccionado como técnica de recolección de información las entrevistas en profundidad.

Población objetivo

En esta tesis, como se ha descrito anteriormente, se focalizó en el sistema público de la Ciudad de Buenos Aires. Particularmente, se realizó otro recorte, entendiendo a las áreas programáticas como sub-universos dentro del sistema de salud mencionado. En este sentido, se definió trabajar dentro del Área Programática del Hospital Durand. Este recorte se decidió por la complejidad del tema a abordar, ya que en otras áreas programáticas que se encuentren en zonas con problemáticas sociales y económicas más complejas, enfocan sus esfuerzos de trabajo y de planificación en problemáticas agudas, de resolución inminente. En cambio, en aquellas áreas donde las problemáticas que se abordan no se encuentran vinculadas, mayoritariamente, a la necesidad/urgencia/situaciones agudas, sino a enfermedades o cuestiones de atención en salud de prevención o enfermedades crónicas, es posible establecer objetivos a largo plazo, planificación y

una misión y visión. Es por ello que teniendo en cuenta todos los puntos detallados anteriormente, el Hospital Durand y su Área Programática reunieron las características acordes y necesarias para realizar esta investigación relacionada con la atención de enfermedades crónicas.

Por otra parte, para esta investigación se seleccionó uno de los centros del Área Programática con el fin de llevar adelante las entrevistas en profundidad a pacientes, entendiendo al centro de salud como la puerta de entrada al sistema de salud y como el establecimiento donde las personas llevan adelante el seguimiento de su salud. El centro elegido para esta tesis es el N°22. La ubicación del hospital como del centro de salud se localizan dentro del radio del corazón de la Ciudad. A nivel de ingresos, la zona centro de la Ciudad se ubica entre el norte y el sur, es decir que principalmente se trata de una clase media o media baja con mayor uso del sistema de obras sociales. Con todo, se puede decir que el Centro N° 22 atiende un amplio abanico de consultas, pero que, dadas sus condiciones geográficas, de infraestructura y de ingreso medio de la población, posee una diferencia con el resto de los centros: la posibilidad de trabajar estrategias para la prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Los centros de salud del sur de la Avenida Rivadavia utilizan gran parte de sus recursos en el trabajo con problemáticas sociales y la atención materno-infantil, mientras que en la zona norte la mayoría de sus habitantes tiene cobertura de obras sociales o prepagas.

Por otra parte, este centro de salud posee en el mismo edificio un CEMAR (Centro de Atención de Complejidad Media), por lo que se puede suponer que las estrategias de atención de enfermedades crónicas como de prevención podrían ser más articuladas entre ambas organizaciones.

Por último, existía un vínculo previo con uno de los médicos que atiende pacientes crónicos en el Centro N° 22 y luego se generó un buen vínculo con el director, por lo que el acceso a los y las pacientes, a las actividades brindadas y al edificio en sí tuvo viabilidad desde el inicio.

Unidad de análisis

La unidad de análisis son los y las pacientes con enfermedades crónicas que se estaban atendiendo en el CeSAC N°22 al momento de realizar las entrevistas. La elección de los y las pacientes como unidades de análisis nos ofrece la posibilidad de conocer en primera persona las percepciones que tienen y experiencias que transitaron para la atención en el sistema de salud público, entendiendo que el rol que juega el/la paciente crónico es el de un usuario frecuente que conoce las carencias del sistema.

Categorías de análisis

Se listan a continuación las categorías de análisis que se investigaron y que compondrán la sección de resultados de este trabajo. A saber:

- Significados de los/as pacientes sobre la enfermedad
- Los vínculos con el sistema público de salud
- El conocimiento de los/as pacientes sobre sus derechos
- El contexto económico en las enfermedades crónicas
- Vínculo de los/as pacientes con el CeSAC 22
- La participación social en las enfermedades crónicas y la estrategia de atención primaria de la salud

Las técnicas para la selección de pacientes

Para la selección de los y las pacientes, el contacto se gestionó a través de un médico del CeSAC, quien consultó a su aprobación antes de iniciar el contacto con la investigadora.

Para seleccionar a los pacientes a ser entrevistados, se consideraron que las personas debían cumplir con los siguientes criterios:

- Ser mayor de 18 años
- Tener diagnóstico de alguna de estas enfermedades crónicas: cáncer, EPOC, enfermedad cardio o cerebrovascular, diabetes
- Haberse atendido alguna vez su ECNT en el CeSAC 22 o en el Área Programática del Durand.

Cantidad de casos seleccionados

Por tratarse de una investigación de enfoque cualitativo, cuyo interés fue conocer las percepciones de las personas sobre el problema de investigación, la selección de casos se realizó a partir de la saturación de las categorías y la baja frecuencia de casos. La muestra quedó conformada por 7 pacientes.

Personas entrevistadas

Las entrevistas a pacientes se realizaron entre los meses de mayo y julio de 2019 y tuvieron una duración de entre 1 y 1 hora y media. Todos los entrevistados fueron debidamente informados acerca del marco en el que se realizaban las entrevistas y los objetivos que se perseguían y en todos los casos se obtuvo el consentimiento previo. Se acordó mantener el anonimato de los y las pacientes por lo que a continuación se presentan las características principales del grupo en un cuadro en el que se reemplazan nombres por números para identificarlos/as:

Paciente	Edad	Zona de Residencia	Enfermedad	Situación laboral	Fecha de entrevista
P1	64	Villa Crespo	Diabetes tipo 1	Jubilada	P1 entrevistada el 13/05/2019 en un restaurante de comida rápida en Villa Crespo
P2	50	Paternal	Diabetes tipo 1	Empleada	P2 entrevistada el 15/05/2019 en el CeSAC 22
P3	74	Chacarita	Diabetes	Jubilada	P3 entrevistada el 18/05/2019 en una cafetería en Chacarita
P4	62	Almagro	EPOC y Cáncer	Desempleado	P4 entrevistado el 20/05/2019 en un restaurante de comida rápida en Caballito
P5	57	Chacarita	Diabetes tipo 1 y Cáncer	Empleada	P5 entrevistada el 22/05/2019 en su casa
P6	57	Ballester	Diabetes tipo 2	Desempleada	P6 entrevistada el 01/07/2019 en su casa
P7	60	Villa del Parque	Hija con convulsiones	Empleada doméstica	P7 entrevistada el 07/07/2019 en una cafetería en Colegiales

Por otra parte, se realizaron entrevistas por un lado al médico generalista que trabaja en el CeSAC 22, entrevistado en el mes de diciembre de 2018; y por otro lado, al Director de dicho efector, entrevistado en el mes de junio 2019 en el CeSAC.

Fuentes y Técnicas de recolección

Los datos se recolectaron por medio de entrevistas semi-estructuradas, tanto en aquellas dirigidas a pacientes con enfermedad crónica como al médico y al director del CeSAC. Es decir, se confeccionó una guía de preguntas orientadoras (ver anexo), pero existía la flexibilidad para que surgieran nuevas preguntas durante la entrevista. Estas entrevistas fueron registradas a través de grabaciones donde se mantuvo anónima la identidad de los entrevistados y se les consultó su conformidad previamente.

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información proveniente de las entrevistas se hizo la desgrabación de cada entrevista y luego se analizaron las categorías incipientes. Si bien no se asemeja de manera completa a lo que es un método etnográfico, el espíritu se orientó a conocer de manera profunda el estilo de vida de los y las pacientes con enfermedades crónicas, su vínculo con el CeSAC, los cambios en sus rutinas y en su rol como pacientes. De esta forma, cuando se realizó la desgrabación de las entrevistas se buscaba identificar aquellas expresiones, ideas o percepciones que se reiteraban entre los y las entrevistados/as para el armado de categorías analíticas (59).

Por otra parte, las entrevistas a aquellos profesionales vinculados con el sistema de salud y particularmente con la atención primaria (informantes clave): médico y director del CeSAC, fueron desgrabadas y se resaltaron aquellas frases o conceptos que permitían triangulaciones con las experiencias manifestadas por los y las pacientes con enfermedades crónicas.

Resultados

Significados de los y las pacientes sobre la enfermedad

Se destacarán los significados de los y las pacientes sobre una serie de cuestiones asociadas a la enfermedad: el origen, el primer contacto, el entorno social, los factores de riesgo y el autocontrol.

En relación al origen de la enfermedad, se distingue una conexión con el estado de ánimo de los y las pacientes. La soledad, el estrés y los malos hábitos fueron factores que afectaron a algunos/as pacientes. La P1, manifiesta que luego de la muerte de su hija y de que otro de sus hijos se fuera a vivir al exterior, comenzó a aislarse de su entorno y a sostener una dieta poco saludable: *“... me encerré, sentí que me moría, sentí mucho estrés, le había perdido el sentido a trabajar...”*. La P5 expone situaciones personales que le generaron angustia y sumado a una mala alimentación, termina de urgencia en la estación saludable: *“Las emociones tienen mucho que ver y que te contengan tiene mucho que ver”*. *“Era una abuela angustiada, cagada a palos por la salud (previamente había hecho un tratamiento de cáncer de mama)”*.

Se incorpora en las significaciones sobre el origen de la enfermedad la cuota genética: *“... mi mamá también tenía diabetes”*, sin embargo conecta el origen principalmente al estrés y a lo emocional vinculado a una relación de pareja compleja: *“...comencé con todo el problema del azúcar”, “La parte emocional afecta mucho, muchísimo...”*, *“al principio tuve muchas bajas (hipoglucemia)”* y manifiesta que no solía llevar nada para equilibrarse. Estas hipoglucemias las vinculaba con su situación emocional de ese momento con su anterior pareja. Una vez que terminó dicha relación, explica que la enfermedad comenzó a equilibrarse y *“sentí paz”*.

Lo emocional resulta transversal a todos los relatos. Esto es interesante ya que en la asociación libre que hacen los y las pacientes acerca del origen de la enfermedad crónica se distingue lo afectivo y lo anímico como otros elementos más allá de lo biomédico.

La primera aproximación o encuentro con la enfermedad crónica es variada entre los y las pacientes entrevistados. Hay quienes asocian a ese momento con una sensación de muerte: *“hace un año atrás yo era una paciente terminal, porque así me hacía sentir el sistema”* (P1), *“Lo viví como el fin del mundo, como que me iba a morir”*(P5). También se relaciona con la idea de *“pérdida de miembros”* (P2), *“cuando uno se entera de la diabetes siente que le va a pasar eso (refiriéndose a la ceguera o la amputación de miembros)”* (P5).

La P5, quien previamente había transitado un tratamiento para el cáncer de mamá menciona *“La diabetes es todos los días, el cáncer tiene otra resolución: lo tratas, lo prevenís”*.

El contacto con un médico que no explica cómo deben manejarse empeora el vínculo con la enfermedad y aparece el miedo: *“sólo escribía en una hoja lo que no iba a poder hacer más”, “no me miraba... tiene riesgo de quedarse ciega, de perder un pie (le decían)”, “Tenía miedo de dormirme, tenía miedo de pincharme”*. Lo que implica ser un paciente crónico: *“A mí me sacó de todo mis lugares”* (P5).

Vinculado con el trato de los médicos y el nivel de explicación sobre la enfermedad y el tratamiento, la P7 madre de una joven con convulsiones que es paciente del CeSAC 22, explica que *“con respecto a las convulsiones, nunca me habían explicado de qué se trataba”, “...la primera vez que tuvo una no sabía qué hacer, fue muy traumático”* (P7).

Hay quien recuerda que el primer contacto con la enfermedad le generó una reacción emocional por el vínculo anterior que tuvo con la enfermedad a través de un familiar: *“Cuando la doctora me dijo qué tenía, me agarró un ataque de llanto”*. También explica que lo que podía proyectar en ese momento era *“sufrimiento”, “de solo pensar todo lo que pasó mi mamá, me agarraba terror”* (P6).

De igual manera otra de las pacientes menciona *“fui al médico y salí llorando”* (P3).

Se conecta el primer contacto con la enfermedad con la cuestión económica: *“Me cambió la vida, yo trabajaba... después me quedé sin nada”*. En este sentido, continuó comentando sobre su situación económica y su satisfacción de tener donde vivir, *“no tengo que preocuparme por eso”* (P4). Y también se vincula con la suerte frente a otros que murieron: *“Fue medio traumática toda mi enfermedad, no es fácil, tenía el cáncer ese que de los 20 que había se salvaron dos, uno fui yo”*. Su sensación de malestar con respecto a este tema se relacionaba a que veía que muchos de los enfermos eran jóvenes y veía que se morían: *“eso me angustiaba, pero también me daba fuerzas para seguir el tratamiento”* (P4).

Las reacciones aquí observadas muestran principalmente una sensación de angustia que se manifiestan en distintas formas. Algunos/as pacientes configuran una sensación más relacionada a la muerte o a la discapacidad que la enfermedad puede ocasionar. Otros/as pacientes explican que al enterarse de su enfermedad no fueron bien asesorados y eso impactó fuertemente en los cuidados que debían tener, aumentando así esa angustia y malestar. Para otros el primer contacto con la enfermedad es un recuerdo de mucha tristeza en el que el llanto era el principal elemento. Por último, también se entiende el primer contacto con la enfermedad como las limitaciones que trajo aparejada a su situación laboral y económica. En la mayoría de las narraciones, además de la angustia, se nota un miedo implícito por el devenir de sus vidas con la enfermedad crónica.

Por otra parte, según surge de las entrevistas, el entorno social no siempre comprende lo que los y las pacientes transitan en el tratamiento de la enfermedad: *“Mucha gente no entiende, que uno está muy sensible”* (P6). Otra entrevistada da un ejemplo de su diaria en el trabajo y cómo lo vive: *“es una discriminación por el desconocimiento que tienen sobre las enfermedades crónicas”, “en las reuniones no piensan en mi dieta antes de encargar comida”, “el otro no te cree, no te considera, lo que se nota es la negación del otro”* (P5).

Asimismo, los factores de riesgo, encubiertos a lo largo de las narraciones de los y las pacientes, poseen un lugar importante en el significado de la enfermedad. Los factores de riesgo entendidos no sólo como cuestiones vinculadas con la etapa previa de la enfermedad, sino también como aspectos que se deben cuidar a lo largo de esta para que no empeore el estado de salud.

El factor de riesgo como un limitante para la socialización: *“la dieta que hace el diabético te limita la vida social ya que no me siento cómoda saliendo a comer o yendo a otras casas”* (P1). Otra de las personas entrevistadas agrega la depresión que vino asociada con el factor de la dieta por su enfermedad: *“moría de hambre y evitaba los espacios sociales para no tentarme con las comidas, sentía que no podía comer nada de lo que había”, “Entender que uno no puede comer es muy triste”* (P5).

El factor de riesgo como un obstáculo para la incorporación de nutrientes: *“Yo de todo lo que había en una fiesta, no podía comer nada porque yo tomaba metformina y cada vez pesaba menos, porque la glucosa me estaba comiendo los músculos, hoy lo aprendí gracias a esta gente, a F¹, yo eso no lo sabía, yo le hacía caso a mi médico”* (P5).

El factor de riesgo como un problema en la educación: *“No creo que la educación de la alimentación saludable comience desde chicos y eso hace que sea más dificultoso aprender de grandes”* (P2).

El opuesto al factor de riesgo para controlar la enfermedad: *“antes tenía miedo a comer y equivocarme, entonces no comía y comencé a adelgazar mucho. Luego entendí la combinación con el deporte y las comidas y estoy más tranquila”* (P6).

El factor de riesgo y las dificultades que se ven a medida que pasa el tiempo: *“Yo hace 3 años tenía el EPOC y caminaba 30, 40 cuadras, ahora hago 6, 7. Cuando voy al 22 de Juan B Justo ya llego*

¹ Se utiliza la inicial F para mencionar al Director del CESAC.

medio cansado”, “es muy feo, te disminuye todo, te disminuye cuando caminas, te disminuye cuando tenes ánimo”, “Antes fumaba y ahora entiendo cómo me afectó” (P4).

El factor de riesgo y las inseguridades que trae aparejadas: *“No me siento segura para caminar, a la hora que puedo caminar no hay nada abierto en la calle y cuando hay movimiento la gente anda apurada y no se puede caminar” (P1).*

El impacto de los factores de riesgo, una vez adquirida la enfermedad, condiciona la vida del/la paciente en distintos aspectos. En algunas ocasiones, a mediano o largo plazo logran un equilibrio, en especial en temas de dietas alimentarias, pero en otras ocasiones como la actividad física puede convertirse en una imposibilidad como le sucede al paciente entrevistado con EPOC.

Durante las entrevistas surge la idea del control de la enfermedad y las narraciones de los y las pacientes van expresando cómo se sienten, las diferencias que ven con su situación anterior, entre otras cosas. En general, el control de la enfermedad se expresa de manera positiva, como un logro que posee efectos positivos en sus vidas.

En el vínculo con sus allegados: *“siento que mi entorno está mejor conmigo porque se dan cuenta que puedo decidir” (P1).* Además agrega que *“el aprendizaje de qué, cómo y cuándo es muy importante”, “la dieta que hace el diabético te limita la vida social ya que no me siento cómoda saliendo a comer o yendo a otras casas”.* (P1). También le incorpora complejidad a la enfermedad y reconoce que *“La diabetes es un nombre, después de ahí salen cables para todos lados, la parte renal, la visual, la auditiva...”*, es decir comprende que la enfermedad que padece es compleja y requiere de una serie de cuidados para evitar complicaciones.

Conocer e interesarse por la enfermedad para manejarse con mayor libertad: *“Hoy estoy tranquila porque adquirí conocimiento”, “Ahora me agarras en un buen momento porque he recuperado muchos espacios, internos”, “me costó mucho aprender a medirme y a inyectarme”* y aclara que

“Para curarse hay que ser responsable y hay que poner la inteligencia al servicio de la salud”, “la gente es cómoda y se queda en el lugar del enfermo” (P5). Por otro lado esta paciente sostiene: “Yo tengo diabetes, no soy diabética, soy C². Las palabras no son inocentes”.

El autocuidado para evitar problemas mayores con la enfermedad: *“Al momento nunca me inyecté, espero, ruego a Dios que no, porque mamá si se inyectaba”, “si no me cuida el páncreas tengo riesgo de pasar de tipo de diabetes”.* (P6). Por esta razón se encuentra muy interesada en las charlas que brinda el CeSAC donde aprende sobre alimentación y otros cuidados.

La actitud del/la paciente para con la enfermedad como un elemento importante: *“la cabeza del paciente es fundamental para que la atención sea más fácil por su predisposición y compromiso”, “la aceptación” (P3).* Otra de las entrevistadas menciona que si bien su sensación cuando se enteró de la enfermedad la vinculó con *“el sufrimiento”*, ahora comprende que su forma de ser y de hacer es distinta a su familiar con la misma enfermedad: *“mi actitud es más activa que la de mi mamá, salgo a caminar, hago sociales, tomo agua”.* No obstante, entiende que es una enfermedad que requiere disciplina para que no empeore: *“Para mi es una enfermedad bastante complicada... porque hay días que te levantas media bajoneada”, “Hay varias cosas que tenes que estar muy atenta, en una fiesta no cansarte tanto” (P6).*

Los vínculos con el sistema público de salud

Está quien valoriza el sistema público y lo prefiere ante el privado: *“siempre quise atenderme en hospitales”.* (P2). También, se encuentra quien, por diversas razones, deja de tener acceso a la medicina prepaga u obras sociales e ingresa al sistema público: *“Luego de la crisis (2008), me queda sin trabajo y sin obra social y me empecé a atender en el hospital público (Tornú)” (P3).*

² Se utiliza la inicial C para mantener en el anonimato el nombre de la paciente entrevistada.

Del mismo modo, se manifiesta la insatisfacción en el tránsito para la atención de la propia salud como la de los familiares: *“Si yo te tengo que decir si el sistema de salud me ayudó, no, yo hice todo”, “...en el ínterin muere mi papá también, y otra vez aparece el sistema de salud, siempre como que se queda corto, porque tanto con Rogelio, mi ex, muere en realidad por mala praxis, muere de inanición”*. Según su experiencia, los hospitales públicos no atienden como deberían porque no hay médicos suficientes y los administrativos no tienen empatía con los y las pacientes, pero además, *“los pacientes están cansados de perder tiempo y que maltraten a otros pacientes también”* (P5).

En otro orden de ideas, los y las pacientes entrevistados realizan una caracterización de los servicios del sistema público: *“la salud pasó a ser sindicalista”* ya que, según se explica, los administrativos se sintieron amenazados con los nuevos recursos del 147 y el totem. Entonces, dado que las filas para conseguir turno en los hospitales son muy largas y no hay suficientes para todos: *“comenzó un sistema de pago para reservar turno”* (P1).

Los turnos en el sistema público resultan una de las barreras a las que se enfrentan los y las pacientes: *“Ser pobre es lo peor que hay en la vida o no tener una obra social que te cubra todo, porque es espantoso lo que tenes que pasar: el frío, la lluvia, hambre por ahí porque uno no se va a levantar a la 1 am para desayunar e irte y a las 7 de la mañana, 8 recién te empiezan a atender”*.

En la última oportunidad que la mandaron al Durand a hacerse un estudio, prefirió pagar en otro lugar para evitar ir a la una de la mañana a conseguir turno, dado que vive en Ballester y tiene demasiado tiempo de viaje. Además, se resalta como importante el estado de los hospitales públicos: *“están abandonados, sin limpieza, sin pintura”* y los compara con el CeSAC 22: *“es una belleza, es una clínica, está la limpieza, está todo impecable, está todo nuevo, está bárbaro”*. (P6)

Otro de los pacientes entrevistados recuerda una situación que vivió cuando iba al Ministerio en busca de una medicación especial para EPOC: *“una señora que venía desde lejos tuvo que ir al*

baño, hacía 5 horas que estábamos esperando y cuando regresó había perdido su turno y la persona de recepción le indicó que tenía que volver a hacer toda la fila otro día” (P4).

En relación con los horarios para conseguir turnos, la madre entrevistada cuenta que cuando conoció al doctor actual de su hija fue porque la invitó a participar de una reunión para que pudiera contar su experiencia de atención. En dicha reunión ella contó los pasos a seguir para obtener la medicación de su hija: *“primero tenía que conseguir el turno para la orden, luego de la orden, ir a esperar a una farmacia en el centro entre 4 y 6 horas... a veces en invierno salíamos a las 11 de la noche con mucho frío”*. Luego compara la experiencia de obtención de turnos del hospital con la del CeSAC: *“al CeSAC puedo llegar a las 7 am, esperar adentro una hora y tener un turno para el mismo día, en cambio en el hospital tenía que ir a las 12 de la noche con mi hija porque no podía dejarla sola y esperar a las 7 que empezaban a dar turnos” (P7).*

Se observa en las entrevistas que los vínculos con el sistema público se encuentran orientados en dos sentidos. El primero a la elección del/la paciente hacia lo público, ya sea por interés por por falta de cobertura privada. El segundo al sistema de turnos que este ofrece, como una instancia negativa de ese contacto. Con respecto a este punto, los y las pacientes, que al tener la necesidad de ir en promedio una vez por mes a tramitar remedios, brindan una clara demostración de sus vivencias, de la hostilidad durante la espera y de la falta de empatía del personal que los atiende.

Teniendo en cuenta lo anterior, el cansancio y agotamiento provocado por la burocracia del sistema de salud puede influir directamente en la continuidad del tratamiento: *“En el hospital es difícil conseguir número para pedir un turno, entonces no puedes hacer seguimiento porque no se consiguen turnos” (P2).*

El médico generalista entrevistado menciona al respecto que *“El sistema de salud está preparado para el agudo”, “no incorpora la variable tiempo, no planifica la atención de lo crónico, no le aliviana el trabajo al paciente”*. Además agrega que *“no se planifica en base a las necesidades”* y

recuerda una situación de pacientes que precisaban hacerse un fondo de ojo para controlar su enfermedad en el hospital: *“El precio es ir a las 4 am a sacar turno”, “En el CeSAC 22 los pacientes en general tienen más recursos, por ejemplo una pacientes organizó que todos los pacientes consiguieran turno para fondo de ojo en el Instituto Lagleyze sin tener que esperar los turnos del Hospital Durand”*.

La referencia y la contrarreferencia aparecen en los relatos como otra cuestión de la atención de enfermedades crónicas: *“El doctor me derivó al dermatólogo por las uñas de los pies ... y por las dudas me dijo que fuera y yo sabía que uno de los problemas era el pie diabético”* (P1).

El/la paciente puede quedar a la deriva por la ausencia de un sistema que le proporcione todos los elementos para gestionar su necesidad: *“tenía que hacerme estudios por el hongo del pie y del Durand me derivaron a PAMI, pero me dicen que no hay insumos y no pude hacerlo”* (P3).

Para el director del centro de salud *“La referencia y contrarreferencia es un gran punto débil del sistema de salud ... más por cuestiones corporativas que por falencias del sistema de salud ... se ha jerarquizado la atención primaria, hemos tenido mucho más recursos que antes... y se creó el concepto del CEMAR... con la historia clínica electrónica ni siquiera tengo que decirle al tipo anda y sacá turno... y esa barrera ya no existe”*. *“Con el hospital sigue siendo un problema, si yo tengo que derivar a alguien ... tengo que llamar yo, hablar con alguno y decirle che te voy a mandar...”*. *“El CEMAR vino a resolver muchos de esos problemas”*. Además agrega sobre el CEMAR que *“El concepto del CEMAR es bien claro en cuanto a lo complementario de nuestro trabajo ... e paciente sigue siendo paciente nuestro y nosotros lo que hacemos es solicitar una opinión de un especialista, osea que también el seguimiento sigue siendo nuestro. A diferencia de un paciente que cuando lo derivas ya es paciente de otro servicio”*. *“Es muy dificultosa la referencia y la contrarreferencia ni te*

digo, o el tipo no vuelve nunca más y si vuelve nadie sabe que le hicieron". Explica que desde el CeSAC derivan muy poco, sólo un 10%, *"tenemos un alto nivel de resolución"*.

El médico entrevistado explica que la referencia particularmente *"se maneja más bien a nivel informal y por las relaciones de contacto entre profesionales, más que por una institucionalización"*. En los relatos de los profesionales del CeSAC se destaca la dificultad que presentan la referencia y en especial la contrarreferencia de pacientes. Se puede observar el trabajo artesanal que realizan por falta de un sistema fluido de transferencia de pacientes entre niveles. En último lugar, sobresale la cuestión del lugar que ocupa la APS en el sistema público de salud y como a lo largo de los últimos años, ha aumentado su rol en la atención de pacientes como puerta de entrada al sistema y como control de baja complejidad.

Por otra parte, los y las pacientes entrevistados fueron narrando sus experiencias con los profesionales de salud y sus valoraciones con respecto al trato y al tiempo dedicado para resolver sus consultas.

Se relaciona el maltrato de los médicos con el tiempo que tienen para atender: *"Los doctores tienen sobre-turnos y se estresan porque no pueden estar el tiempo suficiente con el paciente"*, y explica que en la conversación con el médico ella siente que *"Te retan"*, *"En realidad no te están retando, pero te lo dicen tan determinadamente"*. Para esta paciente es muy importante el tiempo con el médico y le resulta un momento clave en la atención de la enfermedad: *"El paciente quiere a su médico por la relación íntima que tiene (con él)"* (P2). *"Son muy buenos médicos, pero están super atareados"* (P4).

Además del tiempo disponible para la consulta, se vincula el trato con que no se presta atención a la opinión o al deseo del: *"Cuando uno va al médico del hospital no lo escuchan y no me hacen los estudios que que necesito por la neumonía entonces voy a la guardia para pedirlos porque sino me*

hacen perder el tiempo” (P4). Aquí aparece el uso de la guardia para paliar la consulta no resuelta en el consultorio.

El desinterés de los médicos con respecto a la integralidad de la enfermedad aparece en las narraciones: *“Yo en UTA cuando iba, la diabetóloga jamás me miró el pie...”, “Nunca me habían hecho un fondo de ojos... es como que no te daban mucha importancia (la diabetóloga anterior), no te escuchaban” (P6). En este mismo sentido, se suma la idea de no ver al/la paciente y su estado físico: “yo estaba muy flaca y mi primer médico no me decía nada sobre mi peso”, “Tenía hambre y yo no sabía qué comer”. Además, vinculado al trato, agrega que su médico no tenía empatía al hablar de la enfermedad: “no puedes pretender que una persona que tiene un cáncer, por ejemplo, o que tiene una diabetes, no puedes decirle bueno usted ahora tiene diabetes (imita de manera irónica la voz del médico en esta última parte)” (P5).*

Las formas de comunicación en relación temas alimentarios genera disgustos en los y las pacientes: *“no me trataron bien, me pedían que adelgazara y no me sentía cómoda”, “me medicaban sin consultarme” (P1).*

Lejos de las narraciones anteriores, aparecen experiencias positivas con los profesionales de la salud: *“conocí a una médica maravillosa”, “me cambió la medicación y me bajó la glucemia” (P3). “se ocupa... sentís que se preocupa”, “le dedica tiempo, le habla a la cara (a su hija)” (P7). Según relata la entrevistada, su hija no quería asistir a la consulta con la psicóloga por no sentirse cómoda y explica que luego este médico la ayudó para que fuera: “es por el trato que él tiene con ella, por cómo es él con ella” (P7).*

Si bien se pudo percibir que todas las personas entrevistadas han tenido experiencias poco satisfactorias en algún momento de su tratamiento, se tratan de situaciones previas al conocimiento del CeSAC N° 22. Con respecto a este último efector de salud, se marca particularmente la cuestión de los tiempos de consulta y de lo ocupado que se encuentran los

médicos, no se menciona en ningún momento cuestiones de maltrato o falta de respeto hacia el/la paciente. Se agrega a continuación la voz del director del centro que remarca: *“Por suerte el equipo que tenemos está muy preparado y nosotros tratamos de que cuando viene el paciente tenga en claro qué es lo que le pasa”*. *“A veces nos pasa que estamos sobrepasados de trabajo y ese espacio no se da y el paciente sale más rápido de lo que debería”*.

Por último, las experiencias desfavorables en ciertas ocasiones pueden tener como efecto la discontinuidad del tratamiento: *“dejé de atenderme en el hospital por el maltrato de los médicos, no estaba interesada y tomé la decisión de no atenderse más”* (P1).

El conocimiento de los y las pacientes sobre sus derechos

Los y las pacientes entrevistados narran sus experiencias con respecto al poder que tiene la información para hacer respetar el derecho a la salud. En general, aquellos que mencionaron este tema son los que vivieron experiencias en las que el maltrato o la desidia los hicieron reaccionar para evitar un problema mayor o para alcanzar un objetivo en particular.

“El psiquiatra me decía que bajara de peso y no me sentía cómoda entonces fui a hablar con el jefe y el psiquiatra cambió su forma” (P1).

“¿Qué pasa con una persona que no puede poner límites?” (P2). Esta pregunta se la hace una de las personas entrevistadas luego de concluir que los médicos no podían decirle qué tomar o qué pincharse si no la conocían: *“el respeto al médico, pero también el respeto al paciente”*.

“tenía que amenazar con ir con un escribano”, *“a veces hay que ser medio mañero”* explica otro de los pacientes al mencionar que uno de los remedios para el EPOC solo lo recibía gratis en el Ministerio de Salud y que para poder conseguirlo *“tenía que ir a pelear”*. Esta persona señala que una de las características más importantes del CeSAC 22 es la obtención de medicación gratuita, pero que *“en general otras instituciones no lo hacen”* y agrega que *“hay una ley de enfermedades*

crónicas que dice que hay que entregar los medicamentos para estas enfermedades de manera gratuita y si son caros tienen que darlos igual, sea el gobierno que sea". (P4)

Otra de las cuestiones que se destaca es la importancia de contar con espacios de aprendizaje como sucede en el grupo de diabetes que se brinda en el CeSAC 22, ya que no sólo les permite conocer sobre sus derechos, sino también aprender sobre el control de su enfermedad para saber qué es lo óptimo para uno y así hacerse respetar frente a alguien que no conoce el impacto de la diabetes en sus cuerpos. A partir de ello, se relata una situación ocurrida en otro efector de salud, previo a una operación por un cáncer de mamá: *"no me miraba cuando me explicaba sobre la operación y el tratamiento y la frené para pedirle que me mirara a los ojos porque me parecía inhumano", "yo supe que contestarle", "Se creen los dueños de la verdad".* Luego, cuando se fue a operar le indicaron ponerse ocho unidades de insulina porque tenía alta la glucemia, pero a ella le parecía mucho y pidió ponerse menos, pero los médicos le insistieron: *"terminé poniéndome cuatro unidades como indicaba la orden de mi médica y bajé a la operación con hipoglucemia",* entonces se pregunta *"¿qué pasaba si me ponía 8? ¿qué pasaba si ellos me ponían 8?". (P5)*

El contexto económico en las enfermedades crónicas

Para los y las pacientes entrevistados, la situación económica del país efectivamente tiene un impacto en el control de la enfermedad: *"las crisis económicas afectan mucho al paciente con diabetes en el acceso a la medicación y a una buena alimentación" (P1).*

Otro de los pacientes conecta inestabilidad económica del país y responde la pregunta ¿qué implica ser un paciente crónico?: *"depende el momento del país" (P4)* y luego lo une con las dificultades que tiene el/la paciente con enfermedad crónica y sin obra social para conseguir medicación gratuita en los efectores público.

El costo de los remedios en épocas de crisis económicas es un elemento común de las entrevistas, ya que los y las pacientes con enfermedades crónicas en general consumen remedios costosos de manera diaria o compran tiras reactivas para medir la glucosa: *“Los remedios tienen un costo elevado y cuesta pagarlos”* (P2).

“cuando arranqué con la enfermedad no tenía dinero para comprar las tiras y elegía en qué momento del día medirme”, “una cajita de esas las tenía que hacer chicle”, “yo puse mi inteligencia al servicio de mi salud” (P5). Desde que va al CeSAC 22 cuenta que consigue las tiras para medir la glucosa tres veces por día como indica su médico.

En este marco, surge de las narraciones que el contacto con el CeSAC ha sido un punto positivo en relación a la obtención de remedios de forma gratuita.

La realización de estudios médicos también posee un vínculo directo con el contexto económico porque si bien se está conforme con el servicio del CeSAC, no encuentran allí las respuestas para todas sus necesidades: *“Allá bárbaro, ojalá tuviera todos los equipos para hacer todos los estudios ahí...”*, y para conseguir turno en el hospital para hacerse ciertos estudios es necesario ir a hacer largas filas a la madrugada: *“Ser pobre es lo peor que hay en la vida ... porque es espantoso lo que tenes que pasar...”* (P6).

En último lugar, se remarca el vínculo entre la enfermedad y el contexto económico: *“ahora estoy siempre pendiente de algo: los remedios, las citas con el médico y no me pincho, imagínate si me pinchara”, “la situación económica afecta mucho para la buena atención de la diabetes”* (P6).

Dentro de las representaciones sociales de los entrevistados la obtención de los medicamentos parece ser el principal tema de preocupación en momentos de recesión económica, aunque no es el único.

El vínculo de los y las pacientes con el CeSAC 22

“Cuando yo llegue al Centro ... era una enferma paliativa. Después que salí de la primera consulta con el doctor ... yo era una paciente crónica... con posibilidades de mantenerme, bien, saludable” y agrega que “El Centro tiene muy buena calidad humana”, “Yo creo que todos los médicos estudian para bien, pero el condimento de la parte humana...”(P1), refiriéndose a que en el CeSAC los médicos la tratan bien además de atender su salud.

Se destaca la dedicación de los médicos para la atención integral de la enfermedad: *“Los médicos de ahí están muy interesados”, “...cuando fui (al Cesac 22), el doctor me miró los dedos, las venas, todo me miró, me tocó, me sentí bárbara con la atención” (P6).*

La calidad humana del centro de salud es otra variable que surge de las entrevistas: *“Al CeSAC 22 lo conocí porque me medía la glucemia en la estación saludable y un día quisieron llamar a la ambulancia porque me dio alta, pero yo pregunté si había algún doctor en el centro de salud para evitar ir al hospital, porque sabía que no era tan alta para una persona con diabetes. Así fue como conocí el Centro 22 y a F (director del CeSAC), él es un ser humano que además estudió medicina”, “él me tranquilizaba mientras yo decía me quiero morir” (P5).* A partir de ese momento, su vínculo con el CeSAC sigue constante y desde hace un año comenzó a atenderse con un doctor nuevo y con la nutricionista: *“Conocí al Dr. B³ (médico generalista) y a L⁴ (nutricionista) y sentí una buena conexión con ellos”, “El doctor se sentó a mi lado, me dio la mano y me ofreció atenderme bajo ciertos términos, que le diera el número de mi doctora en el Durand para intercambiar información sobre su atención”, a partir de este relato concluye que el doctor “Tomó todos los recaudos”. Luego agrega también buenas referencias sobre la nutricionista del CeSAC quien la acompañó en el proceso de comprender mejor el control de su enfermedad: “Con ella fui entendiendo cuántas unidades necesito antes de comer o antes de algunos alimentos” (P5). Durante la entrevista, esta*

³ Se utiliza “Dr B” para mencionar al doctor generalista del CeSAC.

⁴ Se utiliza la inicial L para mencionar a la nutricionista del CeSAC.

persona mostró su bitácora de anotaciones a partir de la cual logró encontrar la cantidad de insulina que necesitaba según cada momento del día.

La satisfacción por el trato recibido en la farmacia también se identifica en las entrevistas: *“La farmacia anda fenómeno”, “Lo que nos ha ayudado A⁵ (farmacéutica) en el grupo, nos ha conseguido remedios de no sé dónde”* (P3). *“Me siento contenida y bien medicada”* en relación a la atención recibida en la farmacia del CeSAC. (P1).

Se resalta el rol del director como buen organizador de la atención: *“el director es un buen líder, su presencia y sus modos hacen que la atención sea agradable”* y además realiza una evaluación positiva del CeSAC en general: *“La atención del centro de salud es espectacular”* (P2).

Por otra parte, algunos/as pacientes supieron de la posibilidad de que se incremente el número de servicios del CeSAC vinculados a estudios médicos y se encuentran expectantes, dado que este avance del primer nivel les evitaría tener que hacer las largas colas a la madrugada en el hospital como se mencionaba en una de las categorías anteriores: *“escuché que existe la posibilidad de que se amplíen los servicios, para mí esto es muy importante para poder hacer todo en un solo lugar”*. (P6). Otra de las pacientes también explica: *“la ampliación de servicios como la ecografía mamaria facilitarían mucho la atención para evitar ir a los hospitales que están saturados”* (P7). Por último otra paciente si bien no menciona nada sobre el posible aumento de servicios, manifiesta el deseo de que eso suceda: *“Allá bárbaro, ojalá tuviera todos los equipos para hacer todos los estudios ahí... claro porque la mamografía tenes que hacerte en el Durand”* (P6).

Para el paciente entrevistado con EPOC, informarse es una prioridad, pero no le interesa participar de actividades que ofrece el centro: *“en general voy al CeSAC una vez por mes para buscar mis remedios”, “no tengo ganas que me digan lo que tengo que hacer”, “No me preocupa (refiriéndose*

⁵ Se utiliza la inicial A para mencionar a la farmacéutica del CeSAC.

a las actividades), entonces no averiguo”, “Para mí es muy importante entender en qué estadio está mi enfermedad y el Dr B. (médico generalista) me explica muy bien”.

Con respecto a la actividad física se manifiesta lo siguiente: *“propuse llevar a una persona para que nos de clase, pero me explicaron que no se puede porque debe ser contratado por el Gobierno de la Ciudad”.* Anteriormente, cuando el CeSAC se ubicaba en la calle Guzmán, esta persona con otros/as pacientes del grupo de apoyo salían a caminar a la plaza junto con los médicos para mantener la actividad física, pero ahora el centro se mudó y está lejos de los espacios verdes.

La visión del director del CeSAC acerca del vínculo del/la paciente con enfermedad crónica con el CeSAC se encuentra vinculada principalmente a la oferta de remedios: *“una de las cosas que genera adherencia es que haya medicación acá”.* *“También es importante el trato que recibe, la dedicación del profesional”.* *“Yo hago mucho hincapié en lo vincular, porque para mí es la piedra angular”.* *“Eso le genera adherencia, le genera sentido de pertenencia, cosa que también le genera el grupo”.*

La existencia de los grupos de apoyo se manifiesta como una cuestión indispensable en la atención que ofrece el CeSAC: *“Que haya talleres donde la gente tome consciencia que está enferma y que tengan que hacerse responsables de su cuerpo, de informarse y de cuidarse y de cuidar los insumos”.* (P5).

El surgimiento del grupo para pacientes con diabetes se justifica según el Director del CeSAC en la cantidad de pacientes que atienden con esa enfermedad: *“la diabetes es una patología que en el último tiempo se conoció mucho más de lo que se venía conociendo”, “la diabetes es el modelo de enfermedad crónica”, “es una enfermedad que hace laburar a todos los profesionales”, “hay mucha más experiencia en el abordaje, sobre todo en estrategias colectivas como los grupos ... que por ahí con el EPOC... no tiene la prevalencia que tiene la diabetes”.*

En cada encuentro de este grupo se comparte un nuevo tema con los y las pacientes y en algunas ocasiones se acercan invitados especiales para transmitir información. Según el director, *“El grupo genera efectos positivos en relación al tratamiento”*. Se realizan en el CeSAC seguimientos de pacientes pidiendo parámetros de la hemoglobina glicosilada: *“los pacientes que asisten al grupo tienen 5.7, 6.1, valores absolutamente manejables”, “yo veo en otros pacientes que no vienen al grupo y tienen un mal manejo”*.

Se destaca la diferencia entre el grupo de diabetes y otro grupo más antiguo del CeSAC para personas con enfermedades crónicas en general: *“el (grupo) del martes empieza y termina”* (P3), refiriéndose a que en el grupo de enfermedades crónicas o *“de los miércoles”* es continuo y ella siente pertenencia y acompañamiento constante allí.

Cuando se le consultó al director por qué algunos/as pacientes con diabetes no asisten al grupo este considera que: *“hay gente que le cuesta entrar en un grupo”, “tiene dificultades porque tienen una vida muy compleja”, “Es multifactorial las situaciones que atraviesan a las personas a la hora de acercarse a la salud, si creo que cuando llegan acá pierden el miedo”*.

Los grupos que se desarrollan en el CeSAC, en general, alcanzan buenos resultados en el tratamiento de los y las pacientes crónicos: *“La pertenencia al grupo genera mejor adherencia al tratamiento”* expresa el director del CeSAC, quien antes de ser director coordinaba esos espacios.

Los y las pacientes, en especial aquellos con diabetes, manifiestan la importancia de poder compartir información y experiencias en esos espacios para mejorar el autocuidado: *“A partir del taller del CeSAC 22, empecé a aprender más sobre la enfermedad porque los médicos me explicaron los valores normales y los que debo intentar alcanzar”* (P6). *“Los grupos son importantes, uno va creando lazos, los lazos son importantes”* (P2).

El grupo ayuda a quitar la perspectiva de “muerte” con la que se inició a transitar la enfermedad: *“ahora que estoy en este grupo me veo con perspectiva de futuro”* (P1).

Los grupos también brindan una nueva oportunidad de encuentro con su médico: *“Nosotros necesitamos estar cerca del médico”, “necesitamos un apoyo”* (P3).

Para muchas personas que participaron de los grupos, su existencia fue significativa para el tratamiento de su enfermedad, ya que fortalecieron sus saberes e incorporaron otros. Además, los grupos fueron espacios de contención y desahogo sobre las complicaciones de la enfermedad y de alegría y festejo ante logros personales y grupales. Por último, recordando las palabras del director del CeSAC, el grupo además brinda buenos resultados en la medición de la glucosa y permite que el/la paciente aprenda a controlar la enfermedad.

En relación a la cronicidad de la enfermedad se pueden observar dos temas preponderantes: las recetas y los turnos, íntimamente relacionados entre sí. En ocasiones el turno que consiguen es posterior a lo que necesitan y no llegan con los remedios que tenían: *“si bien en el centro consigo los remedios gratis, no tengo la receta para retirarlo”, “el próximo turno lo tengo en un mes”* y las consecuencias de no tomar la medicación tienen impacto en el estado de salud: *“me cuesta un poco más caminar”, “me aumenta la glucosa a la madrugada”*. Se le consulta entonces por qué no solicitó la receta cuando veía al médico en el curso de diabetes y responde que: *“no me gusta molestarlo cuando estamos en otras actividades”* (P1). O bien, sucede que cuentan con los resultados de los análisis y aún no los revisó el médico: *“para ver a el Dr B (médico generalista) tengo para dos meses de espera y ya tengo mis estudios”* (P3).

Ante la pérdida de turnos programados, se pierde la posibilidad de obtener la receta para medicamentos: *“la última vez perdí el turno porque me sentía mal y cuando fui a la farmacia me encontré con el doctor y me dijo que vaya al día siguiente a eso de las 10 de la mañana para darme la orden”* (P4). En este caso se utilizó la herramienta del sobre-turno para que el paciente pudiera conseguir la receta y no suspender el tratamiento.

En relación a la solicitud de turnos particularmente, los y las pacientes comentan las dificultades que han tenido a la hora de gestionarlos: *“Vos te acercas a la ventanilla sobre todo por la tarde y te dicen que el doctor tiene la agenda cerrada”* (P1).

La obtención del turno es un momento clave para un/a paciente crónico: *“Cuando vas a pedir un turno te muerden”* (P2). Aquí aparece la figura del administrativo que entrega los turnos con una imagen negativa.

La desventaja del turno espontáneo por sobre el turno programado se puede observar en la siguiente narración: *“es diferente ir al centro con un turno pre-determinado, porque así te atienden en horario”* (P4).

No obstante, no todas las visiones son negativas, ya que hay quien compara las dificultades de obtener turno con otras experiencias y encuentran al CeSAC como un sistema con buen funcionamiento: *“no tuve problemas para conseguir turnos, no es en todos lados así”* (P6).

La atención administrativa, por su parte, se presenta como un eje fundamental en el proceso de atención. Existen opiniones negativas con respecto a los administrativos por su ausencia del lugar de trabajo: *“Acá está todo perfecto, menos la parte administrativa: siempre están faltando, siempre están llegando tarde”* (P3), *“no tengo mucho contacto, pero últimamente no se los ve en su lugar”* (P4).

Por otra parte, se agrega que el servicio telefónico no siempre es útil cuando se quiere consultar sobre los servicios: *“El teléfono no se atiende nunca”, “... porque no hay personal y las chicas que están en admisión están muy ocupadas atendiendo a la gente”* (P3). *“tuve que ir con fiebre porque no me atendían el teléfono cuando llamaba desde mi casa”* (P7).

Además, se compara a la admisión con el servicio de farmacia: *“no vienen o vienen tarde, pero cuando están atienden bien. En cambio los chicos de farmacia están ... obviamente en su horario, pero las chicas que tienen que atender al público no”* (P3).

La admisión como un punto frágil de la atención del CeSAC: *“El único bache que tiene es que vas al tótem sacas un papel, te atiendes en ventanilla y le dan al médico y nunca se entera”* (P5).

Para los y las pacientes con enfermedades crónicas, las barreras que se presentan para conseguir turnos puede desembocar en una dificultad para el seguimiento de su tratamiento: *“me dijo que el doctor tenía la agenda cerrada y no me dieron la oportunidad de pedir para otro momento”* (P1).

A diferencia de otras opiniones, están las experiencias positivas con la atención del personal de admisión: *“bárbara”, “el tótem que se encuentra en la entrada para la entrega de números y la persona que orienta en la sala de espera”* (P6).

La participación estatal en las enfermedades crónicas y la estrategia de atención primaria de la salud

Las personas entrevistadas han hecho mención sobre el papel del Estado y otras cuestiones asociadas. Por ejemplo, se afirma que el rol del Estado no es activo en la prevención de la salud: *“El Estado se compromete poco”, “han aumentado los factores de riesgo, ¿qué hay que cambiar para que no avances más las enfermedades crónicas?”* (P2).

Consideran necesario participar más a la sociedad, para que aquellos que se enteren sobre el padecimiento de una enfermedad cuenten con más herramientas que en algunos casos ellos/as no tuvieron: *“... abrir a la comunidad ... para que la reciban de otra manera y no con la lógica media que es que a usted le va a pasar tal cosa”*. Una paciente que tiene diabetes sugiere la importancia de trabajar la enfermedad de manera integral: *“hay que ir de a poco ... y hay que trabajar mucho con la conciencia social”, “Yo hasta que me pasó ... era una enfermedad que tenía que ver con el*

azúcar”, “No se trabaja en la prevención emocional.” Menciona la importancia de “prevenir que pacientes con diabetes tipo 2 pasen a tener tipo 1” o aquellas situaciones de pacientes que tienen “problemáticas sociales, además de la enfermedad”. Concluye la idea utilizando una de las frases que le menciona su médico del CeSAC: “falta que el paciente aprenda, lo que dice el Dr. B, a tener autonomía de su cuerpo” (P5).

También, se destaca que *“es importante tener un buen diabetólogo desde el comienzo de la enfermedad” (P6)* y se resalta particularmente esta narración porque las malas experiencias, como se ha observado en otras categorías aquí planteadas, pueden hacer que las personas abandonen el tratamiento.

Conclusiones

Es necesario tener en cuenta que este trabajo se realizó únicamente en el CeSAC 22 y las entrevistas realizadas fueron durante los años 2018 y 2019, por lo que si hubo cambios fueron posteriores a la realización del trabajo de campo.

El presente trabajo se propuso indagar sobre los modos y formas de atención en el tratamiento de enfermedades crónicas. A partir de las entrevistas realizadas a pacientes con enfermedades crónicas, al director y a uno de los médicos del CeSAC 22, se pondrán en discusión aquí las categorías presentadas.

Conocer cuál es origen que le atribuyen los y las pacientes a las enfermedades crónicas que padecen es necesario para comprender aquellas significaciones que se asocian a ese momento en particular. Si bien la existencia de factores de riesgo en los comportamientos de los y las pacientes es una de las variables, se pudo observar que el estrés y los estados emocionales coinciden y se reconocen con el momento del origen o detección de la enfermedad. Muchos estudios que se han realizado confirman la asociación entre el estrés y la aparición de enfermedades (60). No obstante, la OMS y otros organismos vinculan las enfermedades crónicas principalmente a los factores mencionados en el marco teórico (dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol) y dejan de lado el factor psicoemocional. Todos los esfuerzos se encuentran en la prevención de los factores de riesgo para disminuir las muertes evitables y sin embargo, las significaciones de los y las pacientes se asociaron con sus estados de ánimo en ese momento de sus vidas.

Por otra parte, el efecto de los factores de riesgo en la salud de la sociedad, además de contribuir a aumentar las probabilidades de adquirir una enfermedad crónica, una vez diagnosticada, continúan siendo factores de riesgo para la persona ya que pueden empeorar su estado de salud. En especial, los temas vinculados a la alimentación y a la actividad física surgen como limitaciones

para la vida de un/a paciente crónico. La alimentación como un obstáculo para la vida social, ya que los espacios de encuentro se convocan a partir de una comida y los y las pacientes deben cuidarse con sus dietas alimentarias. Con respecto a la actividad física, aparece la dificultad para ejercitarse como una consecuencia de su estado de salud.

En relación al primer contacto con la enfermedad, se ha observado en las entrevistas que los y las pacientes lo vivieron de una manera extremadamente negativa. La información previa con la que contaban sobre la enfermedad los angustiaba y los profesionales de la salud que los atendieron en ese momento no lograron acompañar o guiar ese primer paso. Particularmente, en las pacientes entrevistados con diabetes, se pudo contemplar que transitan miedos asociados a la pérdida de miembros y a los pinchazos para medir la glucosa. En general, al hablar de las enfermedades crónicas y los tratamientos, como se menciona en el marco teórico, se piensa en los costos de la enfermedad y los cuidados que debe tener el/la paciente para evitar complicaciones. Lo que se puede destacar de las percepciones de los y las pacientes es que no tuvieron buenas primeras experiencias y que atravesaron ese momento de una manera muy angustiante y eso los restringía a pensar solo en lo negativo de la enfermedad.

El enfoque que se propone desde la OMS para el/la paciente con enfermedad crónica plantea el autocuidado de la enfermedad y en suma, el enfoque del coaching de salud formulado por Bonal Ruiz sugiere que el/la paciente “aprenda de sí mismo” para controlar su enfermedad. Por su parte, los y las entrevistados/as, explican el valor de conocerse para poder tener un mayor control de la enfermedad y la importancia de llevar un cuidado de la enfermedad para evitar complicaciones. Si bien cuando hablan del médico lo divinizan, han comprendido que el rol que deben ocupar para la atención de su propia enfermedad es esencial y que no puede quedar solo en manos del profesional que los atiende. Además, una de las cuestiones que apareció a partir de

esta categoría es el divorcio entre tener o ser una enfermedad crónica *“Yo tengo diabetes, no soy diabética” (P5)*.

El apoyo del entorno social en las enfermedades crónicas es una variable importante para el tratamiento, ya que el/la paciente continúa con su cuidado fuera del CeSAC, en su casa, en el trabajo, en reuniones con amigos, entre otros. Para poder llevar adelante el autocuidado que se ha mencionado durante este trabajo, desde el nuevo paradigma de atención en salud, será necesario también el aprendizaje y el compromiso de toda la sociedad con el objetivo de no excluir y de acompañar a aquellos que se encuentren realizando un tratamiento.

En lo referente al vínculo con el sistema de salud, los y las pacientes con enfermedades crónicas, a diferencia del resto de los y las pacientes agudos, tienen un contacto con el sistema de salud mucho más estrecho, de vínculo constante. Tienen una conducta oscilante que les permite tener una opinión más acabada sobre los servicios que ofrece el sistema, constituyéndose así como pacientes frecuentes, crónicos. Se enfrentan a la burocracia del sistema de salud en primera persona, principalmente para la obtención de turnos y de medicación que dada su situación crónica no puede esperar. El diagnóstico que puede hacer un/a paciente crónico/a representa un fiel reflejo de la atención brindada por los efectores del sistema de salud. Las narraciones de los y las pacientes presentan un sistema de salud que en general lo/la expulsa por los precios, materiales y simbólicos (61), que debe pagar para atenderse. Realizar una fila desde la medianoche hasta la hora de inicio de actividades del hospital no es un costo que pueda afrontar cualquier persona por diversas razones: lejanía, estado de salud, edad, gastos, entre otros. Para los y las pacientes con enfermedades crónicas, que en general realizan más visitas al médico y más estudios, las noches en la puerta de un hospital también aumentan.

Dentro del sistema de salud se encuentra el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC), que según explica el Programa SUMAR son instrumentos que se utilizan en el ámbito de la salud para mejorar y controlar el desempeño del sistema. Su principal objetivo es la utilización eficiente del sistema a través de la referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles. Para ello, la Atención Primaria de la Salud (APS) requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud. Particularmente, la referencia se trata de la transferencia de pacientes de un nivel de menor complejidad a otro de mayor complejidad con el fin de brindar una solución a aquello que supera la capacidad de este, mientras que la contrarreferencia sería la devolución de ese/a paciente al nivel de menor complejidad con una respuesta de la consulta enviada para continuar el control normal (62). La teoría del SRC puede resultar muy interesante, no sólo para la costo-efectividad del sistema, sino también para evitar la peregrinación del/la paciente por todos los niveles, pero en la práctica no siempre se dan de manera sencilla la transferencia de pacientes. Si bien el SRC no ha sido una de las principales problemáticas planteadas por los y las pacientes, es un tema latente de manera implícita, dado que estas enfermedades requieren una atención integral, esto quiere decir multidisciplinaria y en ocasiones algunas disciplinas no se encuentran en el CeSAC y deben atenderse en el hospital. Por ello, es importante el fortalecimiento de este sistema a través de circuitos formales de referencia y contrarreferencia y mediante la digitalización de las historias clínicas. Hoy en día, el SRC se maneja principalmente a través de contactos informales entre los profesionales de la salud, lo cual representa un obstáculo para los y las pacientes ya que dependen de los contactos de su médico y de su predisposición para las derivaciones que necesitan y como se ha mencionado, el/la paciente con enfermedad crónica requiere de una atención multidisciplinaria de manera más constante. Si bien los servicios de salud pueden funcionar bien aisladamente, la comunicación entre ellos no es efectiva y no se logra la

idea de “salud en movimiento” ni de “redes en salud” (Rovere, 1999), para la circulación de pacientes por los servicios brindados en el sistema.

También, se destaca en las narraciones de los entrevistados y del director del CeSAC la importancia de un sub-nivel entre el CeSAC y el hospital para poder resolver las cuestiones vinculadas a estudios médicos, ya que enviar a un/a paciente al hospital parecería ser una aventura, que puede tener resultados satisfactorios o no. En este caso el CEMAR vendría a responder a esta necesidad.

Por otra parte, el primer nivel del sistema de salud busca una participación activa del/la paciente y la conformación de un equipo de trabajo capacitado en la estrategia de APS. El resto de los niveles en cambio, desde la teoría y desde la práctica tienen un mayor distanciamiento con el/la paciente por su nivel de complejidad. No obstante, los y las pacientes no siempre ingresan al sistema de salud por el primer nivel y según algunas de sus experiencias, el trato de los profesionales ha impactado en la atención de sus enfermedades. Los y las pacientes sienten que los retan, que no los escuchan, que no los miran de manera integral y además, demandan una relación íntima con el médico para poder llevar el control de su enfermedad de manera acompañada y con confianza. La comunicación sobre los cuidados de la enfermedad, por su parte, es otra cuestión relevante dado que resulta una instancia clave para entender qué tiene y cómo debe cuidarse.

De cualquiera manera, cuando escuchamos las experiencias de los y las pacientes, se puede percibir que detectan la sobrecarga del sistema sobre los médicos provocando en estos estrés laboral y afectando en la atención recibida. Finalmente, resulta importante subrayar la ausencia de opiniones negativas con respecto al trato recibido en este CeSAC, lo cual permite observar, al menos en este centro de salud, la preparación que poseen sus médicos en el trato hacia pacientes crónicos, para lograr el control de la enfermedad y la prevención de consecuencias evitables.

En cuanto a los derechos por parte de los y las pacientes, es necesario aclarar en primer lugar que los derechos a la salud y a la información son derechos humanos fundamentales que se encuentran íntimamente relacionados. El derecho a la salud, involucra distintos aspectos sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El rol de los profesionales de salud para el cumplimiento y respeto de los derechos es esencial. De igual manera, el papel de los y las pacientes es tan importante como el de los profesionales. A partir del cambio de paradigma, el/la paciente se corresponsabiliza por su salud y el médico deja de solamente prescribir el tratamiento (Vilaca Mendes, 2013).

Ahora bien, para que el/la paciente pueda hacer uso de sus derechos debe conocerlos. Según el modelo de principios de epidemiología para control de enfermedades de la OPS, uno de los determinantes de la salud es las condiciones de vida de las personas, que incluye el acceso y la calidad de la educación. No obstante, en ocasiones las desigualdades de acceso a la información provoca también desigualdades en el acceso a la salud, ya que como se mencionaba anteriormente, son dos derechos que se encuentran vinculados. El acceso a grupos de apoyo de diabetes en el CeSAC 22 es una herramienta de gran utilidad que según los y las pacientes les permitió conocer sus derechos y las especificidades de su enfermedad y poder usar esa información en otros ámbitos.

Siguiendo con la cuestión de las desigualdades en el acceso a la salud, según la OMS, “el aumento de los precios de los alimentos y los combustibles, junto con la inseguridad en el empleo, se cuentan entre los factores que aumentan las inequidades en épocas de deterioro económico” (63). En general, durante las crisis económicas aumenta el desempleo y los porcentajes de pobreza e indigencia también incrementan. En este sentido, la pobreza o también la reducción en la

capacidad adquisitiva de muchas familias, sumado al aumento de los precios, se encuentran íntimamente relacionado con las dietas alimentarias que las personas pueden hacer y el acceso al sistema de salud según su situación laboral. En pacientes con enfermedades crónicas estos dos factores resultan fundamentales, en especial cuando se trata de pacientes con diabetes, que requieren cumplir con cierta alimentación para controlar la concentración de azúcar en sangre.

A pesar de ello, las personas entrevistadas han destacado por encima de cualquier otro elemento al acceso a los medicamentos como aquel que tiene mayor impacto en el tratamiento de la enfermedad en épocas de crisis económicas. En este sentido, otro análisis que surge de las percepciones de los pacientes es el miedo latente del/la paciente con enfermedad crónica al aumento de precios, a que no haya remedios gratuitos, a que colapse el sistema de salud, entre otras cuestiones que limitarían la atención de su enfermedad. Los y las pacientes con enfermedades crónicas, particularmente aquellos que se encuentran desempleados o con bajos ingresos, requieren de una red en salud y de las políticas sociales en tiempos de crisis para poder llevar adelante el control de su enfermedad, en lugar de buscar alternativas peligrosas como definir *“en qué momento del día medirme”* (P5).

Como se mencionaba, los aumentos de precios y la menor capacidad adquisitiva de los hogares influye también en la alimentación saludable, uno de los cuatro factores de riesgo. En Argentina, las políticas públicas alimentarias en general y en épocas de crisis en particular, están principalmente orientadas al grupo materno-infantil en situación de vulnerabilidad social con el objetivo de cumplimentar las necesidades nutricionales para el desarrollo de niñas y niños. Este recorte de la población para la implementación de políticas sociales, excluye a aquellas personas con enfermedades crónicas que requieren tener acceso a una dieta saludable para no empeorar su situación de salud.

Por último y retomando el concepto de las inequidades, es importante poner en valor lo que plantea Amartya Sen sobre la equidad en salud. El premio nobel remarca por un lado, que la equidad en salud no significa únicamente la dimensión en salud, sino como se mencionaba anteriormente, incluye otras, como el empleo o la educación, dado que es una problemática multidimensional. Por otro lado, que para alcanzar la equidad en salud es necesario pensar en la necesidad de acuerdos sociales y no sesgar el análisis a que algunas personas no obtienen una buena salud por decisiones personales (64). Con todo, se puede observar, a través del relato de los y las entrevistados/as, como las decisiones políticas, económicas y sociales de un país impactan positivamente en el tratamiento de un/a paciente con enfermedad crónica según sean tiempos de bonanza o negativamente en momentos de decadencia económica.

A continuación, se discutirá sobre el vínculo de los y las pacientes con el CeSAC en el marco del modelo de Atención Primaria de la Salud (APS).

La APS puede verse como un nivel de atención o una estrategia. En palabras de Mario Testa puede entenderse concretamente por su nivel de inserción en el sistema de salud o bien, en una forma más abstracta siguiendo su definición ideológica (65).

Entonces, dentro de la primera concepción se comprende a la APS como la puerta de entrada al sistema de salud, como el efector de salud de referencia para una zona o barrio cuyo principal objetivo es brindar acceso a la población a los recursos sanitarios disponibles. La estrategia de APS por su parte, propone influir sobre los determinantes de salud de la población a través de la articulación intersectorial e interniveles centrándose en la persona más que en la enfermedad (66).

El CeSAC N°22, perteneciente al área programática del Hospital Durand, representa el primer nivel de atención para el barrio de la Chacarita y otros aledaños. No obstante, recibe pacientes más allá

de su zona de referencia. Este centro de salud tiene la particularidad de contar con un CEMAR en el piso superior, esto quiere decir que varios de los estudios que los y las pacientes anteriormente se realizaban en el hospital, ahora pueden resolverlo en este centro de especialidades médicas.

Las opiniones de las personas entrevistadas, que además son pacientes frecuentes de este efector de salud, son mayormente positivas ya que se encuentran satisfechos con la atención recibida y con el cuidado que reciben por su salud.

Las narraciones de los y las pacientes son las representaciones del rol del centro de salud en el tratamiento de su enfermedad. El buen trato de los médicos y la buena atención brindada en general allí les permite tener un lugar de consulta, de control y de intercambio sobre el control de la enfermedad. Como se mencionara en el marco teórico *“El abordaje de los problemas crónicos requiere contar un modelo de atención que promueva el automanejo de la enfermedad y facilite la adherencia a los tratamientos.”* (16)

La idea de cronicidad en enfermedades refiere a su duración prolongada y a la modificación de estilos de vida de una persona debe hacer para su cuidado. En general, las enfermedades crónicas implican la toma diaria de medicación para poder controlarla. En este sentido, se vuelve a repetir la idea de que la frecuencia de un/a paciente crónico en el centro de salud es más elevada que la de otros/as pacientes, dado que requieren solicitar recetas para sus medicamentos y así dar continuidad al tratamiento. Usualmente, para poder acceder a las recetas, los y las pacientes deben solicitar un turno con el médico para que este le realice una evaluación y le prescriba el remedio que necesitará para continuar con el tratamiento. Si bien en la mayoría de los casos el remedio puede ser el mismo que la vez anterior, el momento de la consulta médica funciona como un control más que tiene el médico para asegurar que el fármaco es el correcto y para revisar el estado general del/la paciente. Con todo, la cuestión de las recetas y los turnos puede representar

un obstáculo para algunos/as pacientes y ello a su vez, tener efectos negativos en el tratamiento de la enfermedad.

El hecho de que el sistema de salud continúe con una estrategia orientada a lo materno-infantil y a las problemáticas agudas seguramente esté influyendo en la atención de las enfermedades crónicas. Más allá del empoderamiento que se pueda hacer del/la paciente con respecto al autocuidado (Bonal Ruiz, 2012) (67), es necesario plantear el interrogante sobre un abordaje integral y esto incluye la cuestión de las recetas y el acceso a los medicamentos a tiempo para no desestabilizar ni promover el abandono del tratamiento. Si bien el CeSAC 22 posee un enfoque de trabajo que contempla al/la paciente crónico, a partir de las entrevistas se puede detectar que aún encuentran limitaciones en el sistema para una atención integral de su enfermedad.

El personal administrativo o de admisión, por su parte, tiene un rol esencial en los efectores de salud, ya que son la cara visible del sistema hasta el contacto del/la paciente con el médico. Su lugar físico en el CeSAC se encuentra ubicado entre la sala de espera y los consultorios, de modo que las consultas convergen a través de estas personas. Al igual que sucede con los médicos, el trato brindado por el personal de admisión depende de persona a persona y los y las pacientes entrevistados han tenido una valoración más bien negativa para este grupo. Puntualmente, a los y las pacientes les molesta que nadie los atienda cuando llaman por teléfono o que no haya nadie en el lugar de admisión para responder a sus consultas sobre el funcionamiento del día en el centro. Sin embargo, resulta importante mencionar que existen diferencias sustanciales entre los médicos y el personal administrativo, ya que los trabajos que realizan no son los mismos y los contextos tanto sociales, económicos como laborales son diferentes. Esto en general, pone en una situación más vulnerable al personal administrativo, pero de cualquier manera no justifica un trato ofensivo hacia los y las pacientes. La instancia de contacto con el personal de admisión debería estar contemplada en las estrategias del CeSAC para un funcionamiento integral, ya que cuando falta el

personal de admisión parecería que no existe una alternativa para que continúe la recepción de pacientes.

Por último, el rol del Estado como garante de derechos requiere que su participación en políticas de salud sea activo para atender las cuestiones de actualidad que aquejan a la población. Hoy en día las enfermedades crónicas han tomado un lugar relevante para el sistema de salud, por lo que se requieren nuevas políticas públicas que respondan a las necesidades de las personas. Este tipo de enfermedades, como se mencionó al inicio de este trabajo implican para las políticas públicas un abordaje una vez que aparecen, pero también una estrategia para la prevención, ya que en muchas ocasiones son evitables y su impacto negativo en la economía se puede reducir.

A modo de cierre del apartado de las conclusiones, pero también del trabajo en general, quisiera agregar que el trabajo realizado por el CeSAC 22 es muy valioso y valorado por los y las pacientes que allí se atienden. Este trabajo buscó brindar una perspectiva complementaria para el análisis del sistema de salud a través de la mirada de los y las pacientes con enfermedades crónicas. El fin último de esta tesis, además de su función académica, es que el análisis de estas narraciones contribuyan a la construcción de un sistema de salud con mayor integralidad e integración.

Recomendaciones

En esta última sección se mencionarán algunas recomendaciones a partir del análisis realizado de las entrevistas a pacientes.

Se detallan a continuación una serie de ideas para considerar en el CeSAC, en la estrategia de APS y en el sistema de salud público de la Ciudad:

- La necesidad de contar con más servicios para estudios médicos en el primer nivel de atención es una demanda de los y las pacientes para evitar largas filas en los hospitales a la madrugada. Por ello, se plantea la revisión y ampliación de la oferta de servicios brindados en el CEMAR que descompriman a los hospitales y eliminen las barreras de acceso que se les presentan a los y las pacientes.
- En relación con el análisis aquí realizado surge como un obstáculo la poca información que recibieron los y las pacientes en la primera etapa de la enfermedad y por otra parte, que su voz no es escuchada y que no se consideran sus deseos o sus miedos. En este sentido, se sugiere la incorporación de conceptos o enfoques, como el que plantea Bonal Ruiz de “coaching” en salud, a las estrategias de capacitación existentes a los profesionales de la salud (ya sea en las residencias o en otras instancias) con el objetivo de formar profesionales que empoderen al/la paciente en el control de su enfermedad crónica.
- Con respecto a la organización y protocolización de situaciones que se presentan con frecuencia en el centro de salud, se consideran particularmente las siguientes a partir de las entrevistas: la ausencia de personal de admisión y las complicaciones para la obtención de recetas a tiempo. Se considera útil la ideación de soluciones ante estas problemáticas para evitar interrupciones del tratamiento crónico.

- Por último, se ha podido analizar a través de la información brindada por el Director del CeSAC que la mayor parte de los y las pacientes crónicos que se atienden en el centro tienen diabetes, mientras que al comienzo de este trabajo se dispuso información acerca de que la enfermedad cardiovascular es la mayor causante de muertes a nivel mundial. Esto quiere decir que los y las pacientes con cáncer, EPOC y enfermedades cardiovasculares hacen sus controles mayormente en los hospitales o bien no se controlan. En este sentido, es importante fortalecer el sistema de referencia y de contrarreferencia ya que si bien las especialidades que requieren estas enfermedades se encuentran en un nivel de mayor complejidad, se está perdiendo una atención integral del/la paciente a través de la estrategia de la APS.

Como cierre de este apartado, se remarca la importancia de contar con un sistema de salud más equitativo. Mientras se mantengan las desigualdades en este y otros sistemas sociales (educación, empleo, previsión social, entre otros), será difícil encontrar una salida integral para la atención de las enfermedades crónicas.

Referencias bibliográficas

- (1) Stefano Vinaccia, Lina María Orozco - “Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas”. Universidad de San Buenaventura, Medellín, junio 2005. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002
- (2) Organización Mundial de la Salud – “Enfermedades no transmisibles, datos y cifras”. Junio 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- (3) Organización Mundial de la Salud – “Enfermedades cardiovasculares, datos y cifras”. OMS, Mayo 2017. Disponible en:
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- (4) Organización Mundial de la Salud – “El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento”. OMS, Junio 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>
- (5) Organización Mundial de la Salud – “Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), datos y cifras”. OMS, Diciembre 2017. Disponible en:
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- (6) Organización Mundial de la Salud – “Factores de riesgo”. OMS. Disponible en:
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- (7) Ministerio de Salud – “¿Qué son las enfermedades no transmisibles?”. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/i-que-son-icuales-son>
- (8) Organización Panamericana de la Salud – “Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria”. Washington DC, 2015. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- (9) El Mundo – “La mala alimentación mata a más gente en el mundo que el tabaco”. Montevideo, Abril 2019. Disponible en:
<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2019/04/04/5ca5004121efa0876a8b466a.html>
- (10) Cámara de Senadores y de Diputados de la Nación Argentina – “Ley N° 26.905, Consumo de sodio, valores máximos”. Diciembre 2013. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/223771/norma.htm>
- (11) OMS – “Obesidad y sobrepeso. Datos y Cifras”. Febrero 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (12) Ministerio de Salud – “El Banco Mundial consideró a Argentina como un buen ejemplo en la reducción del consumo de tabaco”. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/component/content/article/4-destacados-slide/368-el-banco-mundial-considero-a-argentina-como-un-buen-ejemplo-en-la-reduccion-del-consumo-de-tabaco>

(13) OMS – “Alcohol. Datos y cifras”. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

(14) Ministerio de Salud – “Resolución 1083/2009, Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable”. Diciembre 2009.

Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf

(15) Organización Mundial de la Salud - “Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud para todos en la conferencia de Astaná”. Octubre 2018. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>

(16) Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación - “Modelo de cuidados crónicos”. Disponibles en:

<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/modelo-de-cuidados-cronicos>

(17) Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación - Reorientación de los servicios de salud Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2015-02_modelo-atencion-enfermedades-cronicas.pdf

- (18) Organización Mundial de la Salud – “Prevención de las enfermedades crónicas”. Disponible en: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html
- (19) Organización Panamericana de la Salud – “Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas”. Washington DC, 2017. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34114/9789275118782_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- (20) Eugênio Vilaça Mendes – “Las redes de atención de salud”. Brasilia DF 2013 - OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-2013.pdf>
- (21) Organización Mundial de la Salud – “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas – Una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”. Octubre 2006. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006.pdf>
- (22) Organización Mundial de la Salud – “Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos”. Enero 2015. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>
- (23) Organización Mundial de la Salud – “Global status report on noncommunicable diseases 2014”. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=ED5EB0A6044A3725B3CC0E5F35CB061D?sequence=1

(24) Priya Shetty, SciDevNet - “Enfermedades crónicas: hechos y cifras”. Julio 2008. Disponible en:

<https://www.scidev.net/america-latina/salud/especial/enfermedades-cr-nicas-hechos-y-cifras.html>

(25) Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública, GCBA - “Informe Violencia Hospitalaria”.

GCBA, 2017.

(26) OMS – “Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras”. Junio 2018. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

(27) OMS - “La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias”. Mayo 2016. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/detail/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>

(28) Organización Panamericana de la Salud – “Directora de OPS pide coherencia en las políticas públicas para facilitar la vida saludable”. Montevideo, Octubre 2017. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13823:directora-de-ops-pide-coherencia-en-las-politicas-publicas-para-facilitar-la-vida-saludable&Itemid=135&lang=es

29) Organización Mundial de la Salud – “Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, Resumen de Orientación”. OMS, 2011. Disponible en:

https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

- (30) María Crojethovic , Ana Ariovich - “Modelos organizacionales en la atención de la salud: redes de servicios de salud en el conurbano bonaerense”. Diciembre 2017. Disponible en: http://alas2017.easyplanners.info/opc/tl/1321_maria_crojethovic.pdf
- (31) Ministerio de Salud de Gran Bretaña – “Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines”. OPS, Febrero 1964. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>
- (32) Organización Mundial de la Salud – “Integrated health services, what and why?”. OMS, 2008. Disponible en: https://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
- (33) Mario Rovere - “Redes en Salud: un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”. Rosario, 1999. Disponible en: <http://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Mario-Rovere-REDES-EN-SALUD.pdf>
- (34) Universidad de Buenos Aires - “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 201-209. Buenos Aires, 2007. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- (35) Figueroa Pedraza, Dixis y Cavalcanti Costa, Gabriela Maria – “Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia”. Enfermería Global, Vol.13 no.33 Murcia. Enero, 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013
- (36) Ministerio de Salud de la Nación Argentina - “Curso en Salud Social y Comunitaria”. Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001069cnt-modulo-1-curso-salud-sociedad-2017.pdf>

- (37) Juan Carlos Contel, Blanca Muntané, Lourdes Camp – “La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada”. ELSEVIER, 2012. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002204>
- (38) Dr. Javier Fernández - "Tras la crisis, la Atención Primaria del Reino Unido es excelente en comparaciones transnacionales en acceso, cuidados de pacientes crónicos, evaluación del desempeño y satisfacción del paciente." Revista nets, 2010.
- (39) Luciana Valenti, Silvina Sosa, Alejandra Alcuaz – “Cuidados crónicos: estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles”. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Argentina-Cuidados-Cronicos-final.pdf>
- (40) Ministerio de Salud de la Nación Argentina – “Modelo de cuidado de personas con enfermedades crónicas”. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000073cnt-2012-08-02_modelo-cuidado-enfermedades-cronicas.pdf
- (41) Daniel Maceira – “Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”. CEDES, 2002. Disponible en: <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Argentina2005final.pdf>

- (42) Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación - El Programa SUMAR es más Salud Pública. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/sumar/index.php/institucional/programa-sumar-mas-salud-publica>
- (43) Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires – “Ley N° 153/99: Ley básica de salud – consentimiento informado – historias clínicas – VIH – HIV – SIDA”. Febrero 1999. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=3800&qu=c&ft=0&cp&rl
- (44) Alicia Stolkiner – “Neoliberalismo y servicios de salud en Argentina: estudio de caso”. Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT). 2001. Disponible en: <http://www.caps.cat/images/stories/3stolkinrcast..pdf>
- (45) Nicolás Maldonado del Diario El Día – “La polémica reforma sanitaria que busca implementar en breve el gobierno nacional”. Octubre 2017. Disponible en: <https://www.eldia.com/nota/2017-10-15-4-50-59-la-polemica-reforma-sanitaria-que-busca-implementar-en-breve-el-gobierno-nacional-informacion-general>
- (46) Javier Drovetto – “Qué pasa cuando un ministerio es convertido en secretaría”. Red/acción, Septiembre 2018. Disponible en: <https://www.redaccion.com.ar/que-pasa-cuando-un-ministerio-es-convertido-en-secretaria/>
- (47) Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación - “Acuerdan acciones prioritarias para prevenir enfermedades no transmisibles”. Abril 2018. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/acuerdan-acciones-prioritarias-para-prevenir-enfermedades-no-transmisibles>

(48) Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación - “En Argentina se consume más del doble de sal recomendada por día”. Marzo 2017.

Disponible

en:

http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=3380:en-argentina-se-consume-mas-del-doble-de-sal-recomendada-por-dia&catid=1:noticias3380

(49) Ministerio de Salud – “Resolución 1083/2009, Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable”. Diciembre 2009.

Disponible

en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf

(50) Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud – “Análisis de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 2016. Buenos Aires, 2017. Disponible

en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf

(51) Ciudad de Buenos Aires – “Distribución espacial, composición y crecimiento”. Disponible en:

<https://www.buenosaires.gob.ar/laciudad/ciudad>

(52) Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – “Anuario estadístico Ciudad de Buenos Aires 2015”. Ciudad de Buenos Aires, 2016. Disponible en:

https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2016/10/anuario_estadistico_2015.pdf

- (53) Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – “Encuesta Anual de Hogares 2015 Ciudad de Buenos Aires, Síntesis de resultados”. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2016/09/2015_sintesis_resultados.pdf
- (54) Savoy Francisco; Curto Susana Isabel – “Delimitación de las áreas programáticas de los centros de atención primaria de la salud en Concepción del Uruguay, Entre Ríos”. Agosto 2013. Disponible en: http://gaea.org.ar/contribuciones/Contribuciones2013/Savoy_Curto_2013.pdf
- (55) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - “Establecimientos - Hospitales y Centros de Salud”. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>
- (56) Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria – “Análisis de la situación de salud de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2016”. Diciembre 2017. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf
- (57) CESBA – “Mapa interactivo: Promedio del ingreso per cápita familiar”. GCBA, 2015. Disponible en: <http://www.mapa.cesba.gob.ar/empleo/promedio-del-ingreso-per-capita-familiar>
- (58) Mendizábal Nora - “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa” Buenos Aires 2007. Disponible en: https://www.academia.edu/3679305/NORA_MENDIZ%81BAL_resumen
- (59) Juan Antonio Doncel de la Colina - “Nuevos retos y formas de la labor etnográfica a partir de la reconceptualización del objeto de estudio de la antropología social”. Marzo 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632012000200002

- (60) Dra. Miriam Sánchez Segura, Lic. René Marcos González García, Dra. Vianed Marsán Suárez y Dra. Consuelo Macías Abraham - "Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares". (2006) Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia v. 22 n.3. Septiembre - Diciembre 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000300002
- (61) Mario Rovere - "Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad". El Ágora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte". 2006. Disponible en: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2015/05/redes-en-salud.pdf>
- (62) Programa SUMAR - "Sistema de referencia y contrarreferencia". Disponible en: <http://programasumar.com.ar/manualefectores/cap7.php>
- (63) OMS - "El impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud". 2008. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s12/es/>
- (64) Sen, Amartya - "¿Por qué la equidad en salud?" Rev. Panamericana de Salud Pública, pp. 302-309. 2002. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>
- (65) Testa, Mario - "Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud". 1988.
- (66) Weisbrot, Mariela - "Actualización: Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud". Revista Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria, pp. 100-103. Julio - Septiembre 2014. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/4e1491d9117f057605bd8e034e48ffa2.pdf>

(67) Bonal, Ruiz - "Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles". 2012. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014

Anexos

ANEXO A: Guía de preguntas a médico clínico del CeSAC

1. Sistema de salud público: ¿Cuál es su opinión con respecto al sistema de salud público de la Argentina en general y de la CABA en particular, en relación a la atención de pacientes? ¿Cuál es la situación actual del sistema de salud público?
2. Teniendo en cuenta el cambio de paradigma de atención del paciente dado el aumento de muertes por enfermedades crónicas, en líneas generales ¿cómo valoraría (OFERTA) la atención a los y las pacientes crónicos en los centros de salud de CABA en la última década? ¿Por qué? ¿Cómo es esa atención?
3. ¿Cómo está organizado el sistema de salud para atender a los y las pacientes crónicos (cáncer, EPOC, diabetes, cardio y cerebrovasculares)? ¿Qué atención debe recibir el paciente en cada nivel de atención? ¿Cómo se debería dar la comunicación entre los profesionales que atienden a pacientes crónicos entre los niveles de salud? ¿Qué distancia existe entre la realidad y la teoría? ¿Cómo es la relación del CeSAC con el Área Programática? ¿Y con el Hospital? ¿Cómo se realiza la derivación de casos para pacientes crónicos? ¿Cómo se maneja la entrega de turnos y de medicamentos?
4. ¿Cómo es el paciente crónico? ¿Qué características tiene? ¿Qué necesidades tiene? ¿Qué barreras (y precios) tiene un paciente crónico en el sistema de salud de la CABA?
5. ¿Cuál es el recorrido que hace un paciente crónico en el Área Programática del Durand? ¿Qué entiende por redes de salud? ¿Existen redes de salud en el sistema de salud público de la CABA? ¿Son efectivas para la atención del paciente crónico? ¿Por qué?

ANEXO B: Guía de preguntas al Director del CeSAC

1. ¿Qué implica ser un paciente crónico?
2. ¿Cómo es la atención que requiere un paciente crónico?
3. ¿Cuáles son los momentos clave de la atención de un paciente crónico?
4. ¿Existe algún circuito ideal/teórico para la atención del paciente crónico? ¿Y cómo es el real?
5. ¿Qué otras cuestiones, además de la atención con el o la médica, implica la enfermedad (ej. Farmacia, otros análisis médicos)?
6. ¿Considera que cambia el vínculo entre un paciente que ahora es crónico con el sistema de salud?
¿En qué ejemplos se manifiesta ese cambio?
7. ¿Cuántos médicos consulta un paciente crónico con tu enfermedad? ¿Con qué periodicidad?
Realidad vs Teoría
8. ¿Cómo es la comunicación en el CeSAC? ¿Qué y cómo se comunica?
9. ¿Cómo se trabaja con lxs trabajadorxs de admisión/seguridad/farmacia para establecer pautas de trabajo?

ANEXO C: Guía de preguntas a pacientes con enfermedades crónicas

Perfil del entrevistado/a:

- Mayor de 18 años
- Enfermedad crónica: cáncer, EPOC, enfermedad cardio o cerebrovascular, diabetes
- Se atendió alguna vez su ECNT en el CeSAC 22 o en el Área Programática del Durand.

Información básica

1. Sexo del paciente:
2. Edad del paciente:
3. Zona de residencia:
4. Empleo:
5. Enfermedad que posee:
6. Tiempo transcurrido desde que sabe que posee la ECNT:

Sobre la atención de la enfermedad

1. ¿Qué implica ser un paciente crónico?
2. ¿Cómo es la atención que requiere un paciente crónico?
3. ¿Cuáles son los momentos clave de la atención de un paciente crónico?
4. ¿En qué institución de salud recibe atención médica para su enfermedad (en qué nivel de salud)?
5. ¿Qué otras cuestiones, además de la atención con el o la médica, implica la enfermedad (ej. Farmacia, otros análisis médicos)?
6. ¿Considera que cambia el vínculo entre un paciente que ahora es crónico con el sistema de salud?
¿En qué ejemplos se manifiesta ese cambio?
7. ¿Se ha atendido en diferentes centros de salud desde que tenes la enfermedad? ¿Cuáles? ¿Hubo rotación? ¿Por qué?
8. ¿Se ha atendido con diferentes médicos desde que tenes la enfermedad? ¿Qué especialidades?
¿Tuviste rotación? ¿Por qué?

9. ¿Cuántos médicos consulta un paciente crónico con tu enfermedad? ¿Con qué periodicidad?

Sobre la calidad de la atención y las barreras

10. ¿Cómo evaluaría la atención que recibe en un Centro de Salud en general? Detallar por tipo de atención si fuera necesario (por ejemplo: médica, administrativa, farmacéutica, entre otras).
11. ¿Cómo son, en su práctica, esos momentos clave que definió unas preguntas atrás?
12. Aquellos momentos que tienen una evaluación positiva a su parecer, ¿qué hace que tengan esa evaluación?
13. Aquellos momentos que tienen una evaluación negativa a su parecer, ¿qué hace que tengan esa evaluación?
14. ¿Cuáles son aquellas cuestiones/acciones indispensables para que una evaluación sobre la atención de su salud sea positiva?