

MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO



FLACSO
ARGENTINA

Desarrollo Humano y Atención Primaria en Salud:
la mortalidad infantil, el ODS 3 y las políticas de salud implementadas en la ciudad de
Paraná, Entre Ríos (2018-2019)

Estudiante: Esp. Claudio Leandro Weissmann

Director: Mg. José María Gasparin

Índice

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. CONTEXTO Y PROBLEMATIZACIÓN	4
1.2. OBJETIVOS.....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN	8
1.4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS	13
2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	16
2.1. EL PARADIGMA DEL DESARROLLO HUMANO	18
2.2. EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES	23
2.3. EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	24
2.4. EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES Y LA SALUD	26
3. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	28
3.1. LOS ANTECEDENTES EN LA AGENDA GLOBAL	28
3.2. EL ODS 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES.....	31
4. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EL DESARROLLO HUMANO Y LA MORTALIDAD INFANTIL.....	33
4.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO HUMANO	33
4.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN PARANÁ Y LA MORTALIDAD INFANTIL	36
4.3. LA MORTALIDAD INFANTIL Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DISMINUIRLA	47
5. CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS.....	68
APÉNDICE.....	75
ÁREA PROGRAMÁTICA: CIUDAD DE PARANÁ.....	75
ÁREA PROGRAMÁTICA: CENTRO REGIONAL DE REFERENCIA DR. RAMÓN CARRILLO ...	76
ÁREA PROGRAMÁTICA: CENTRO REGIONAL DE REFERENCIA DR. GERARDO DOGMAK ..	77
ÁREA PROGRAMÁTICA: CENTRO REGIONAL DE REFERENCIA DR. ARTURO OÑATIVIA...	78

ÁREA PROGRAMÁTICA: CENTRO DE SALUD DR. ARTURO ILLIA.....	79
ÁREA PROGRAMÁTICA: CAPS URBANO JORGE NEWBERY	80
ANEXO.....	81
CUESTIONARIO DE ENTREVISTAS A DIRECTORES DE CAPS DE PARANÁ	81
CUESTIONARIO DE ENTREVISTAS A AGENTES SANITARIOS, TRABAJADORES SOCIALES Y PERSONAL DE SALUD DE CAPS DE PARANÁ	83

1. Introducción

1.1. Contexto y problematización

La Atención Primaria en Salud (APS) o, sencillamente, el primer nivel de atención en salud, es el más cercano a la población y donde los profesionales de diferentes especialidades de las ciencias médicas y las ciencias sociales brindan asistencia a los usuarios del sistema. Allí, la organización de los recursos busca dar respuestas a las necesidades de atención en el primer contacto y proporciona accesibilidad a la población que se materializa en las actividades sistemáticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prácticas de recuperación. En caso de que se necesiten cuidados más específicos, el mecanismo administrativo-asistencial prevé la referencia, que es la transferencia del paciente a un establecimiento de mayor capacidad en cuanto a métodos diagnósticos, y/o prácticas e intervenciones.

La denominación de los Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) se consolida a partir de la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de finales de los años '70. Los CAPS son efectores de salud de primer nivel de atención y responden a las demandas diarias de salud de baja complejidad, dado que sus equipos están compuestos por profesionales médicos (clínicos, pediatras, ginecólogos, obstetras), de enfermería, de odontología, de nutrición, de trabajo social, de psicología, agentes sanitarios y administrativos -la cantidad y diversidad de profesionales en cada CAPS varía entre ellos para responder a las demandas de la población con la que trabajan-. Entre las tareas que lleva adelante un CAPS se encuentran la aplicación de vacunas, los controles de los embarazos, el relevamiento de los servicios y/o la incidencia de otros factores que actúen en detrimento de la salud de la ciudadanía. Los CAPS se encuentran dentro de áreas programáticas de salud definidas por las autoridades sanitarias de la jurisdicción, en este caso, el Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.

Los CAPS se constituyen como la cara más visible de los sistemas de salud por ser el primer nivel de atención, donde las políticas gubernamentales se materializan en insumos, acciones y dispositivos orientados hacia la promoción de la salud como un

derecho. Por ello, es fundamental cómo los usuarios, las instituciones y los sectores que interactúan con los CAPS generan conocimiento acerca del desarrollo humano en la comunidad, ya que, debido a su acceso a datos demográficos y epidemiológicos, su enfoque en la prevención y la atención integral, así como su promoción de la participación comunitaria y la educación sanitaria de las personas que les permite mejorar su calidad de vida. Al servir como puntos de contacto iniciales con el sistema de salud, estos centros recopilan información sobre la salud y las necesidades de la comunidad, lo que les permite abordar no solo problemas de salud física, sino también factores sociales y ambientales que influyen en el bienestar. Partiendo de un enfoque comprensivo y participativo, en términos de la teoría del desarrollo humano, estos centros incrementan la capacidad de la comunidad para cuidar de su salud, promoviendo, además, la cohesión social y el desarrollo humano sostenible a largo plazo.

El desarrollo humano es un derecho humano inalienable y es necesario que las políticas públicas de salud lo incorporen como uno de sus objetivos para complementar el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento a través del relevamiento del acceso de la población a bienes, servicios y derechos, dado que estos datos aportan información sobre la forma de enfermar. En concordancia con ello, en el presente trabajo se conectan los conceptos fundantes del vigente paradigma del desarrollo humano con la visión que institucionalizó la atención para el bienestar, entendida habitualmente como salud.

La mortalidad infantil ha sido a lo largo del tiempo una de las problemáticas más acuciantes y, por ello, formó parte de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) y actualmente está considerada entre los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). Su relevancia se refleja en la firma de distintos convenios, tratados y guías de acción para paliar las desigualdades que han sufrido y sufren las infancias, las mujeres y su conjunción en el binomio que representan, manifestado esto en la tasa de mortalidad infantil (Ferré, 1999).

El presente trabajo analiza las políticas públicas implementadas por los CAPS de la ciudad de Paraná durante el período 2018-2019 con el objetivo de reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años, en concordancia con el punto 3.2 de los ODS que

busca para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos¹.

Para ello, se analiza el accionar de actores relevantes como las autoridades provinciales de salud, los y las directoras de los CAPS y su personal, tanto médico como trabajadores sociales y/o agentes sanitarios, que son los trabajadores del sistema de salud público que prestan atención primaria para favorecer la equidad en el acceso y la asistencia. Se trata de un estudio de caso analítico-descriptivo, con enfoque cualitativo, cuyas fuentes primarias son entrevistas semiestructuradas a funcionarios públicos, agentes sanitarios, trabajadores sociales y médicos de cinco CAPS seleccionados, y sus fuentes secundarias son los datos sobre la tasa de mortalidad infantil. La triangulación metodológica, que combina diferentes perspectivas y tipos de información, permite obtener una visión más completa del tema y comprender si las políticas de los CAPS son efectivas para reducir la mortalidad infantil.

Frente a una pregunta de investigación que inquiriere si las políticas públicas de salud para la población infantil implementadas por los CAPS de Paraná, Entre Ríos, están alineadas con la meta del ODS 3.2 de reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años durante el período 2018-2019, la construcción de las dimensiones y el abordaje intentan dar cuenta de su complejidad.

El marco teórico referencial recorre las teorías tanto políticas como filosóficas de los padres del utilitarismo y su impacto en la creación de aparatos asistenciales, y vincula la cronología del proceso salud-enfermedad con la métrica expresada en el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Se aborda la cambiante valorización de la mortalidad infantil y su prevención en los distintos niveles del sistema de salud con énfasis en el primero de ellos y el conjunto de cuidados hacia el binomio materno infantil, desde la planificación (o no) familiar, la gestación, el parto y el puerperio.

El capítulo siguiente aborda los antecedentes y el proceso de desarrollo de los ODS que culminó en la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en 2015. Se

1 Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

destaca la importancia de la participación de diversos actores en este proceso, desde gobiernos hasta la sociedad civil y el sector privado y se aborda específicamente el ODS 3, que se centra en garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas, destacando la importancia de reducir la mortalidad infantil como indicador clave de desarrollo humano y salud pública.

A continuación, se destaca el papel crucial que desempeña la APS en relación con los ODS y se discute cómo los CAPS constituyen una herramienta para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir la mortalidad infantil. Además, se enfatiza la doble función de la APS: horizontal, al integrar a la comunidad y abordar factores socioculturales locales, y vertical, al diagnosticar y tratar enfermedades.

Asimismo, se hace hincapié en la función de los actores claves para el cumplimiento de las políticas de salud, tanto a nivel gubernamental, como institucional y dentro del territorio de la denominada atención primaria.

Finalmente, se presentan una serie de conclusiones derivadas del análisis de datos que permiten vislumbrar las particularidades de las políticas públicas de salud implementadas por los CAPS de Paraná, Entre Ríos, en su objetivo de reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años durante el período 2018-2019. En este sentido, se mencionan cuáles son los desafíos para el acceso equitativo a los servicios de salud y los aspectos cruciales para garantizar una atención integral y de calidad para toda la población. De manera que no solo contribuye al entendimiento de las intervenciones de salud pública a nivel local, sino que también señala una serie de cuestiones por las que comenzar a pensar políticas futuras orientadas hacia la consecución de los ODS en lo que respecta a la mejora de la salud materno-infantil y la promoción del desarrollo humano en la comunidad local.

1.2. Objetivos

Objetivo general

Identificar si las políticas públicas de salud para la población infantil llevadas adelante por los CAPS de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, se encuentran alineadas con la meta de reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años, en concordancia con el punto 3.2 de los ODS, durante el período 2018-2019.

Objetivos específicos

- Analizar qué planes, programas y/o proyectos nacionales, provinciales o municipales, con foco en la reducción de la mortalidad infantil, se implementaron desde los efectores de atención primaria de la ciudad de Paraná.
- Identificar las principales barreras y desafíos que enfrentan los CAPS en la ciudad de Paraná, Entre Ríos, en la reducción de la mortalidad infantil en menores de cinco años.
- Establecer la relación entre las acciones y programas implementados en los CAPS y las metas del ODS 3.2 relacionadas con la reducción de la mortalidad infantil.

1.3. Justificación

Esta tesis considera tres aspectos fundamentales simultáneamente: la mortalidad infantil, la salud y los cuidados colectivos, y el desarrollo. En el contexto de la mortalidad infantil, se refiere a la importancia de abordar este problema específico, así como también la salud en general y los cuidados colectivos, que implican acciones para el bienestar de toda la comunidad. En cuanto al desarrollo, se propone una visión más amplia que va más allá de considerar a las personas únicamente como productores o consumidores de bienes y servicios.

En este enfoque, basado en el paradigma del desarrollo humano, se reconoce la importancia de promover el desarrollo humano en términos de capacidades, es decir, permitir que las personas tengan la competencia de alcanzar sus metas y aspiraciones individuales, así como de contribuir al bienestar colectivo. Asimismo, se destaca la

importancia de que las políticas públicas aborden estos tres aspectos de manera agregada y coordinada para garantizar un enfoque integral y efectivo en la mejora de la salud y el desarrollo humano.

Duflo y Banerjee (2012) enfatizan la importancia de invertir en salud y educación durante la primera infancia para reducir la pobreza y mejorar las oportunidades de vida. Argumentan que estas intervenciones tempranas tienen un impacto significativo en el desarrollo de los niños, porque los primeros años de vida son cruciales para su desarrollo físico y mental, lo que se traduce en mejores resultados en la edad adulta. La mortalidad infantil, como indicador del estado de salud general, especialmente en grupos vulnerables, está relacionada con la esperanza de vida y el nivel educativo (Guzmán y Orellana, 1986). Abordarla requiere considerar factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud y el bienestar infantil, ya que reducir esta mortalidad no solo mejora la salud de los niños, sino que también contribuye a un desarrollo humano más equitativo y sostenible. Por ello, las políticas públicas deben estar basadas en evidencia, evitando enfoques fundados en ideologías o intuiciones, y orientarse hacia intervenciones que realmente generen un impacto positivo.

La mortalidad infantil es un indicador incorporado en el IDH y es parte de los ODS del año 2015 a conseguir para el año 2030. Desde hace años se viene destacando la aparición de la mortalidad como consecuencia de la relación entre salud, enfermedad y atención, ya se plantee desde un modelo biomédico, de servicios de salud o de determinación social (por ejemplo, Guzmán y Orellana, 1986). En esta dirección, los diferentes abordajes tienden a integrar de una manera jerarquizada una variedad de niveles de determinación dentro de sus modelos teórico-metodológicos (OPS, 2017).

Ahora bien, son pertinentes algunas consideraciones sobre la accesibilidad a la salud. La salud de un país no es simplemente la consecuencia de sus sistemas de salud, porque existen unos determinantes en el nivel individual y otros tantos en el nivel colectivo que son tenidos en cuenta para la determinación de tendencias a largo plazo². Los datos enseñan cómo la disponibilidad de atención médica en razón del indicador que, por ejemplo, correlaciona la cantidad de médicos por habitantes en una

2 Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

determinada área, lleva a conjeturar que la accesibilidad y la disponibilidad de atención médica en un área será proporcional a la variación, sea de aumento o de disminución, del índice de riqueza (OPS, 1997).

Las actividades políticas y sociales que giran en torno a los valores democráticos son unos componentes que se desprenden del trabajo en el territorio de los actores sociales e, indudablemente, inciden sobre el diálogo que sostienen los CAPS con la población de la zona programática a la cual deben brindar sus servicios de salud. Desde un enfoque estratégico, las decisiones de los actores sociales conforman agendas que potencian u obstruyen la llegada de las políticas públicas a los usuarios en salud.

El horizonte temporal de este trabajo es de los años 2018 y 2019, interludio entre la elaboración de los ODS y la pandemia por COVID-19, luego de la cual se produjo un reacondicionamiento de los sistemas de salud mundiales. Esta situación implicó un cambio en la dinámica institucional en la adaptación al nuevo contexto, con modificaciones tales como en los lineamientos de las políticas sanitarias, el redireccionamiento de partidas presupuestarias, las modificaciones en actividades extramuros por parte del personal de salud, etc.

La accesibilidad de la población de un área a la salud se relaciona con distribución territorial de los CAPS en términos de derecho humano: en el relevamiento de su incidencia en los indicadores como la morbi-mortalidad infantil, en la accesibilidad como co-relación entre distribución territorial y densidad poblacional, y el registro de las acciones situadas por iniciativa de los actores sociales que interactúan con los CAPS e inciden a través de su labor en los indicadores del desarrollo humano.

Aunque hay documentos institucionales de organismos internacionales que enfatizan la importancia de hacer lecturas interdisciplinarias, la cantidad de investigaciones científicas y académicas que exploran la intersección entre la APS y la perspectiva del desarrollo humano es bastante limitada.

Entre ellas se encuentra la publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997) que destaca la importancia de la salud como un componente esencial en el proceso de desarrollo humano y enfatiza que este desarrollo implica aumentar las opciones de las personas, lo cual se logra ampliando las capacidades esenciales y de funcionamiento, enmarcado en una lógica de integración de la comunidad. De acuerdo

con este informe, las tres capacidades esenciales para el desarrollo humano son tener una vida larga y sana, poseer los conocimientos necesarios y tener acceso a los recursos para un nivel de vida aceptable, entre lo que resalta la relevancia de la equidad en el acceso a la educación, la salud y los derechos políticos como aspectos fundamentales en la perspectiva del desarrollo humano.

Adicionalmente, Picazzo Palencia *et al.* (2011) abordan la teoría del desarrollo humano y sustentable centrándose en fortalecer la salud como un derecho y una libertad universal. En este marco, destacan su importancia para promover el bienestar y la equidad en la sociedad resaltando la necesidad de garantizar el acceso a la salud como un pilar fundamental para el desarrollo sostenible y la realización plena de los individuos. En esta misma línea, Franco-Giraldo (2012) menciona, desde una mirada institucionalista, que es necesario actuar sobre los determinantes sociales y macroeconómicos de la salud, como el modelo de desarrollo del país y el régimen político, haciendo hincapié en la aplicación de enfoques sociales progresistas basados en la equidad, el desarrollo sostenible y el bienestar para revitalizar la APS. De esta manera, la APS debe articularse con la promoción de la salud y la salud pública, ya que son áreas esenciales e indivisibles, ligadas por su componente humano y el uso del poder, y solo así se podrán lograr transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables.

Fathalla y Fathalla (2008) explican que la importancia de la investigación en salud para fortalecerla y fomentar el crecimiento económico nacional está ampliamente reconocida en la actualidad, puesto que contribuye a que los sistemas de salud brinden atención de calidad, equitativa y justa a las personas. El camino para alcanzar sus objetivos lleva a identificar los desafíos, proponer soluciones efectivas, monitorear el desempeño de los sistemas de salud y generar nuevos conocimientos para desarrollar tecnologías y métodos más efectivos en salud pública. En la misma línea, Delgado Cruz *et al.* (2014) entienden que basar el sistema de salud en la APS es una estrategia orientada a garantizar el derecho a la salud con la mayor equidad y solidaridad. La APS debe brindar una atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y promoción de la salud, ya que su objetivo es asegurar el acceso a la salud de manera equitativa y solidaria, a través de principios como la

integralidad, la prevención y la participación comunitaria (OPS, 2008). A su vez, de acuerdo con Pasarín Rúa *et al.* (2008), si bien la capacidad de acción del sistema sanitario es limitada, los profesionales de la APS son quienes más pueden contribuir a la mejora de la salud de la comunidad elaborando estrategias comunitarias globales y participativas, logrando que las intervenciones engloben objetivos de mejora de salud. Esto demuestra que la APS y la salud pública trabajan conjuntamente para el desarrollo de la salud comunitaria, siempre que tengan en cuenta los demás servicios de la comunidad y favorezcan la capacitación y la participación social.

En lo que respecta a experiencias más cercanas, Macinko *et al.* (2007) analizan cómo la APS se relaciona con el desarrollo social y el abordaje de las desigualdades en salud en la región latinoamericana, destacando que estos países han reconocido la necesidad de reducir la exclusión en salud a través de la ampliación de los sistemas de protección social. Para ello, se debe garantizar la cobertura universal con equidad, prestar atención integral a lo largo del tiempo, hacer énfasis en la prevención y promoción de la salud, y asegurar la atención del paciente desde el primer contacto, ya que una APS desarrollada y consolidada puede mejorar la satisfacción de los pacientes, reducir hospitalizaciones evitables y el uso innecesario de servicios de urgencia.

Por su parte, Giraldo Osorio y Vélez Álvarez (2013) muestran que en América Latina la APS tiene una relación estrecha con el desarrollo humano, aspecto que busca revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que mejore la salud garantizando servicios centrados en las necesidades y expectativas de la población. A través del estudio de casos en comunidades de Guatemala, Nicaragua, Chile y Haití, estas autoras muestran que la implementación de la APS en los sistemas de salud de América Latina no solo busca mejorar la atención médica (Pardell, 2004), sino también promover un desarrollo humano equitativo, sostenible y centrado en las necesidades de la población.

Cuando se profundiza la búsqueda de este tipo de investigaciones en niveles subnacionales, la ausencia de bibliografía evidencia un área de vacancia de estudios sobre la relación de la APS y la perspectiva del desarrollo humano. Por ello, esta tesis busca contribuir a la creación de nuevas perspectivas de trabajo en áreas específicas que incorporan la salud y el desarrollo como términos complementarios, con mejoras de

las relaciones interinstitucionales entre la APS y el mayor nivel de complejidad de la ciudad de Paraná, así como en el desarrollo de la práctica profesional del personal de salud.

1.4. Estrategia metodológica y técnicas de análisis

Esta investigación es un estudio de caso analítico-descriptivo que emplea un enfoque cualitativo, en tanto se interesa por especificar si las políticas implementadas por los CAPS de Paraná, como parte del sistema de salud estatal –más allá de su jurisdicción– de acuerdo con el territorio y su población, se encuentran alineadas al objetivo de reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años, en concordancia con el punto 3.2 de los ODS.

Esto implica la descripción de un conjunto de elementos dentro de un recorte territorial y temporal y la ausencia de hipótesis se justifica porque esta investigación se centra en comprender un fenómeno en su contexto natural, explorando y describiendo detalladamente las situaciones particulares sin la necesidad de probar o refutar una hipótesis predefinida. A su vez, dado que el objetivo general es analizar si las políticas públicas llevadas adelante por los CAPS de la ciudad de Paraná se encuentran alineadas al objetivo de reducir la mortalidad infantil en el período definido, no se busca generalizar los resultados a una población más amplia y por ello no se requiere formular una hipótesis que pueda ser generalizable. Además, al no estar limitado por una hipótesis específica, este trabajo ahonda en el contexto del caso seleccionado, capturando la complejidad y la diversidad de las experiencias de los participantes, lo que enriquece la comprensión del fenómeno estudiado.

Para el análisis se utilizaron tanto fuentes primarias como secundarias. Las primeras son entrevistas semi estructuradas a funcionarios públicos en salud y cuestionarios con preguntas abiertas a los agentes sanitarios, trabajadores sociales y médicos de estos CAPS, todos ellos actores clave con el fin de captar sus experiencias y visiones como gestores y ejecutores de la política pública. Así, se exploran las funciones de articulación y relevamiento que son llevadas a cabo por los actores centrales de los CAPS y si ello promueve una perspectiva de desarrollo humano. Con respecto a las fuentes

secundarias, se trata de la recolección de series estadísticas de la tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Paraná en el período abordado.

La muestra incluye cinco CAPS, que son el Centro Regional de Referencia Dogmak, el Centro Regional de Referencia Oñativia, el Centro Regional de Referencia Ramón Carrillo, el Centro de Atención Primaria Arturo Illia y el Centro de Atención Primaria Jorge Newbery, que destacan de los demás por la cantidad de población a cargo (representatividad del n:N. Ver Anexo), ser de mayor nivel de complejidad (poseen equipamiento para diagnóstico por imágenes, laboratorio de análisis bioquímicos y guardia activa las 24 h), determinando esto que sean receptores de derivaciones de otras áreas programáticas (valor cualitativo muestral) y sus CAPS. Asimismo, su elección también responde a su ubicación geográfica dentro del mapa de la ciudad, ya que se encuentran situados en el norte (CAPS Dogmak), sur (CAPS Jorge Newbery), oeste (CAPS Ramón Carrillo), el centro (CAPS Arturo Illia) y el este (CAPS Oñativia) de Paraná, respectivamente (ver Apéndice con georreferenciación de cada CAPS elaborada por el Ministerio de Salud de Entre Ríos, donde se muestran las áreas de cobertura y la distribución poblacional).

Para la exploración de las acciones situadas que fueron llevadas a cabo tras la iniciativa de los actores institucionales durante los años 2018 y 2019, se realizaron entrevistas a directores de los CAPS seleccionados y a aquellos agentes que se hallaban dentro del equipo de atención materno infantil. Los directivos entrevistados fueron la Psicopedagoga Clarisa Marín, directora de CAPS Jorge Newbery, el Lic. Raúl Hegenreder, director del CAPS Arturo Illia, la Dra. Georgina López, directora del CAPS Ramón Carrillo, la Dra. Daniela Waldner, directora del CAPS Dogmak y el Bioquímico Nicolás Roldán, director del CAPS Arturo Oñativia. En relación con la selección de los directivos, ante la eventualidad de encontrar más de un profesional que haya ejercido la función durante el período considerado, se optó por realizar la entrevista al funcionario que se hubiese desempeñado durante mayor tiempo dentro del centro respectivo.

La finalidad es que estos relatos en torno a experiencias de articulación en la cohorte establecida acerquen a la comprensión de la articulación efectiva de los CAPS con organizaciones de la comunidad en términos de aquellas agendas en desarrollo dentro de cada área programática. Estas entrevistas desde el punto de vista de la

espontaneidad aportan un valor medio u alto (Marradi *et al.*, 2018), por el contexto *in situ* donde fueran realizadas, permitiendo la clarificación a través de la repregunta y aumentando la flexibilidad en las respuestas. Las limitaciones en este caso están dadas por el tiempo o duración de las entrevistas, ya que la agenda de los funcionarios públicos en salud suele estar frecuentemente cargada, y por la subjetividad de las distintas respuestas, que se relaciona con la cantidad de años en la gestión que tenga ese funcionario, su previa participación en el CAPS como profesional y su participación político-partidaria.

A su vez, los agentes sanitarios, trabajadores sociales y médicos de los CAPS desde el punto de vista asistencial son el nexo presencial profesional en territorio, con acciones de relevamiento propias al área programática (pesquisa de servicios “básicos”, control de inmunizaciones, articulación para la programación de turnos en el primer nivel, enlace con otros organismos injerencia comunitaria: escuelas, clubes, etc). Estos trabajadores, con el aval de las direcciones, contestaron a modo personal y en base a sus percepciones en la práctica diaria respecto a cuestiones que hacen al territorio y su vinculación interinstitucional.

Se realizaron ocho entrevistas a personal de los CAPS contemplados en la muestra que están representados de la siguiente manera: por el CAPS Dr. Ramón Carrillo se entrevistó a la Dra. Florencia Felici, ginecóloga y obstetra; por el CAPS Dr. Arturo Illia, a la agente sanitaria Fabiana Nichea y a la médica pediatra Dra. Silvia Canle; por el CAPS Dr. Gerardo Dogmak se entrevistó a la Lic. Anahí Salva, trabajadora social, y a la Lic. Verónica Nieto, obstétrica comunitaria; del CAPS Jorge Newbery se dialogó con la Dra. Natalia Bedoya, ginecóloga y obstetra; y del CAPS Dr. Arturo Oñativia se conversó con la Lic. Lidia Camejo, trabajadora social, y con la Dra. Virginia Vera, pediatra y directora del CAPS municipal Kentenich que no se encuentra incluido entre los seleccionados, pero que tiene el área programática más grande de Paraná. Así, la muestra se conforma por cuatro médicas, una obstétrica, dos trabajadoras sociales y una agente sanitaria.

En relación con la tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Paraná en el período abordado, información recolectada con fuentes secundarias, se precisa que la morbi-mortalidad infantil indica la cantidad de niñas y niños fallecidos del total de recién nacidos vivos, disgregados entre el período neonatal y el post-natal. Este registro lo

elabora la Dirección de Epidemiología de la provincia, a través del Departamento de Bioestadística y la División de Hechos Vitales, dependiente del mismo.

Los datos se extraen del Registro Civil, que asienta los nacimientos y decesos, e impacta luego en la Dirección de Maternidad e Infancia de la provincia de Entre Ríos. Estos datos incluyen los provistos por el Hospital San Roque con una repartición propia, dado que se trata de la única maternidad pública y el centro de referencia y derivación de la ciudad de Paraná.

Esta combinación, entrevistas personales (un método cualitativo) con datos publicados por organismos oficiales (cualitativos o cuantitativos), así como los relatos “en *off*”, que se desprenden hacia el investigador, en el contexto de instituciones de relevancia, hacen que la utilización de las fuentes y métodos de recolección de datos sirvan para integrar diferentes perspectivas y tipos de información, constituyendo un claro ejemplo de triangulación metodológica, que con sus alcances permite obtener una visión más completa del tema investigado (Creswell, 2014).

2. Marco Teórico referencial

Desde un punto de vista conceptual, la salud ha ido evolucionando históricamente y se puede decir que lo mismo sucede con el adjetivo “primaria”. La presencia de la “enfermedad” de manera opuesta, se ha manifestado en los distintos momentos de la humanidad como “preludio de muerte”. Describir el concepto salud es describir los conceptos mismos de las relaciones sociales y sus condicionantes, esto puede ser casi tan difícil de circunscribir como fácil de comprender desde el punto de vista semántico. Los conceptos sobre la “salud” son tan ciertos como diversos, dependiendo del grupo humano o social, institución, u organización que los promulgue.

La denominación de APS se desprende de la Declaración sobre la Atención Primaria en Salud que la OMS realizó en la cumbre de Alma Ata en el año 1978, y se refiere al primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde

residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978, punto VI).

En la ciudad de Paraná, la APS se implementa a través de los CAPS, que son los encargados de ejecutar la política en salud dirigida a las poblaciones destinatarias y promover el acceso a una salud integral en tanto política de Estado. Ello es así porque el sistema de salud argentino se caracteriza por ser descentralizado, donde la responsabilidad de la prestación de servicios de salud se distribuye entre los tres niveles de gobierno, es decir, nacional, provincial y municipal (Belló y Becerril-Montekio, 2011). A nivel nacional, el Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad sanitaria que tiene a su cargo la definición de las políticas públicas de salud, la regulación del sistema, la asignación de recursos y la coordinación con las provincias y municipios. Entre sus funciones se destacan fijar los estándares de calidad de la atención médica, regular la producción y distribución de medicamentos, administrar los programas nacionales de salud, brindar apoyo técnico y financiero a las provincias y municipios, y supervisar el funcionamiento del sistema de salud, entre las más relevantes. En cuanto al nivel provincial, estos distritos son responsables de la provisión de servicios de salud en su territorio. Cada uno tiene su propio Ministerio de Salud o Secretaría de Salud, que es el organismo encargado de implementar las políticas de esta índole, a la vez que las provincias tienen a su cargo la gestión de los hospitales públicos provinciales, la atención primaria de la salud y la sanidad escolar. En lo que respecta al nivel municipal, estas circunscripciones tienen la responsabilidad de colaborar con las provincias en la provisión de servicios de salud en su territorio. Algunas de las principales funciones de los municipios en materia de salud son gestionar los centros de salud municipales, implementar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, controlar la calidad del agua y los alimentos, y realizar campañas de vacunación.

El sistema de salud argentino se financia principalmente con recursos públicos que provienen de los presupuestos de los tres niveles de gobierno, a lo que se suman recursos privados procedentes de las obras sociales, las prepagas y el pago directo por parte de los usuarios (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

El paradigma del desarrollo humano propone un concepto integral de salud que va más allá de la ausencia de enfermedad. Se centra en el bienestar físico, mental y social,

considerando aspectos como la calidad de vida, la equidad y la participación activa en la sociedad. Este enfoque busca promover no solo la curación, sino también la prevención y la mejora continua de las condiciones que influyen en la salud de las personas. Definir la salud en pocas palabras no es tarea fácil, como tampoco lo es encontrar una igualdad de criterios respecto a este concepto, ya que estos han ido variando con las percepciones de las distintas civilizaciones. En la antigüedad -y aún hoy-, en algunos grupos humanos se creía que las enfermedades eran un castigo de los dioses (...) en todas las situaciones, la persona afectada era un sujeto pasivo que, con culpa o sin ella padecía del genio de una divinidad o malignidad superior (Zorrilla, 2020, p. 21).

2.1. El paradigma del desarrollo humano

El concepto de desarrollo humano se materializa teóricamente para Haq (1995), en primer lugar, como crítica “positiva” al utilitarismo corriente de pensamiento ético y filosófico que sostiene que la acción correcta es aquella que produce la mayor cantidad de “felicidad”, y luego como una ampliación del concepto de bienes primarios.

El utilitarismo como corriente de pensamiento tuvo su mayor auge en los siglos XVIII y XIX, desarrollada y popularizada principalmente por los filósofos británicos Jeremy Bentham y John Stuart Mill. De acuerdo con Bentham (2015), el utilitarismo destaca la importancia de buscar la "mayor felicidad para el mayor número", mientras que Mill (1999) enfatiza su perspectiva ética y política. Se trata de una corriente que influyó en diversas disciplinas, como la filosofía moral, la economía, la ética política y la legislación, proponiendo tomar decisiones que maximicen la felicidad o el bienestar general y minimicen el sufrimiento individual. El proceso de evaluación de la utilidad implica asignar un valor positivo a las acciones, o negativo en términos de felicidad/sufrimiento y a través de la comparación determinar el mejor plan posible a ejecutar en la toma de decisiones, partiendo de un principio categórico moral y propio de esta filosofía, que es el bienestar social.

Como menciona Da Silveira (2003), John Rawls, acérrimo crítico del utilitarismo, sostenía que la teoría de la justicia puede ser vista como el intento de construir una alternativa teórica a esta forma de pensamiento. El utilitarismo asume que cada

individuo debe ocuparse de identificar lo que mejor le conviene, no porque los individuos no puedan equivocarse en este punto, sino porque cualquier alternativa es peor.

Rawls introdujo el concepto de "bienes primarios", que son elementos básicos que se consideran esenciales para el bienestar y la libertad en una sociedad justa. Se identifican dos categorías principales de este tipo de bienes: por un lado, las libertades básicas, que incluyen derechos fundamentales como la libertad de pensamiento, expresión, asociación y el derecho a un juicio justo. Estas libertades son prioritarias y no pueden ser sacrificadas en aras de otros objetivos sociales. Por el otro, las oportunidades sociales y económicas, que abarcan aspectos como el acceso a la educación, oportunidades laborales, ingresos y riqueza. A su vez, el mismo autor, argumenta que una distribución justa de estos bienes es esencial para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades en la sociedad.

Amartya Sen filósofo indio y premio Nobel de economía (1999) critica el utilitarismo por ser demasiado limitado y por no considerar adecuadamente la justicia, la equidad, las capacidades y las libertades individuales. Postula su enfoque de las capacidades como una alternativa más robusta para evaluar el bienestar y la justicia social.

Como explica Ortega Landa (2004), el utilitarismo es la ética de la economía de libre mercado; y por lo tanto, es valioso observarlo y tratar de generar una medida alternativa de la bondad de un estado de cosas. Una medida de este tipo también puede utilizarse para legitimar políticas públicas que no apuntan simplemente a maximizar la acumulación de capital. Además, el utilitarismo en su forma original era una especie de llamamiento a los gobiernos para que dejaran que el mercado hiciera su trabajo sin interferencias, para justificar el egoísmo demostrando que el mayor bien para el mayor número se logra mediante el egoísmo individualista. Por lo tanto, como guía de política pública era simplemente un consejo de hacer lo menos posible, dentro de los límites impuestos para evitar la anarquía, la inestabilidad social y la guerra (p. 151).

Sen es considerado padre del paradigma actual del desarrollo humano por abordar el desarrollo contrastando los ingresos con la "calidad de vida". Para ello, mostró la situación de las minorías, los ancianos, las mujeres y los niños en diversos sistemas políticos y con distintos marcos normativos. Sen argumenta que el desarrollo debe ser entendido como un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutaban las

personas, en lugar de centrarse únicamente en medidas económicas como el ingreso *per capita* o la utilidad agregada.

El paradigma del desarrollo humano no tuvo “nada de novedoso” según las palabras de uno de sus principales creadores, el paquistaní Mahbub ul Haq (1995), quien sostenía que el desarrollo humano como concepto era un tema ampliamente tratado por pensadores como Aristóteles o Kant, quienes desarrollaron una filosofía política y económica pensada en el “bienestar humano”. Haq (1995) aborda la necesidad de redefinir el concepto de desarrollo destacando la importancia de centrarse en el bienestar humano. Para ello se debe garantizar a los miembros de la sociedad cuatro componentes esenciales para el crecimiento en términos de una ciudadanía plena: equidad, sostenibilidad, productividad y empoderamiento. El desarrollo humano y el crecimiento económico conviven en la medida en la que las mejoras que se logran en uno: énfasis en la educación, la salud y las habilidades de las personas; producen un aumento de la productividad y la capacidad de innovar, lo que impulsa el crecimiento económico, a su vez el crecimiento económico permite el financiamiento en servicios esenciales, e infraestructura (como ejemplo: escuelas y hospitales) que son determinantes para elevar el desarrollo humano. En este sentido, el paradigma del desarrollo humano cubre todos los aspectos del desarrollo, ya sea crecimiento económico o comercio internacional, déficits presupuestarios o política fiscal, ahorro o inversión o tecnología, servicios sociales básicos o redes de seguridad para los pobres. Ningún aspecto del modelo de desarrollo cae fuera de su alcance, pero la posición ventajosa es la ampliación de las opciones de las personas y el enriquecimiento de sus vidas. Todos los aspectos de la vida -económico, político o cultural- son vistos desde esa perspectiva. El crecimiento económico, como tal, se convierte sólo en un subconjunto del paradigma del desarrollo humano (Haq, 2004, p. 17).

La principal preocupación de Haq (1995) se centró en la normativización de la métrica del IDH y en su aplicación, en respuesta a las críticas que sufrió el IDH en base a sus limitaciones para la creación de indicadores precisos que “contemplaran igualdad” en cuestiones de género, raza o el impacto de la polución. Como las libertades del individuo en gran medida están sujetas a otros factores como la política y el entorno, para lograr

reducir brechas y avanzar en pos del desarrollo sostenible se interpela mayormente al análisis de distintos convenios internacionales y el rol de los organismos internacionales. Organismos como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los Bancos Regionales para el Desarrollo deben centrar sus políticas de planificación en conjunto y de manera anual con las revisiones de agencias internacionales especializadas dentro de la Organización de Naciones Unidas (ONU), como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), o el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre otros. Haq (1995) abogó por un enfoque más humano y holístico del desarrollo, buscando mejorar la calidad de vida de las personas en lugar de simplemente medir el crecimiento económico.

Haq (1995) y Sen (1999) compartieron una visión común de centrarse en el bienestar humano y en el desarrollo de políticas que mejoraran las condiciones de vida de las personas poniéndolos en el centro del enfoque. Su colaboración fue esencial para impulsar la discusión sobre el desarrollo humano en la arena global.

Sen (1999) argumenta que el desarrollo no se trata solo de crecimiento económico, sino de ampliar las libertades y capacidades de las personas, de manera que la libertad del individuo se convierte en el núcleo esencial del desarrollo. Define al desarrollo “como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos”, donde “la libertad real representa la capacidad de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos” (Sen, 1992, p. 81) y le permite realizar acciones valiosas en los ámbitos en que se desarrollan. Este autor, entiende que el desarrollo es un proceso dinámico y no simplemente como un resultado final y, a su vez, considera que la mejora constante en las capacidades y libertades de las personas son esencial para un desarrollo sostenible.

De esta manera, desafía la idea de medir el desarrollo sólo a través de indicadores económicos como el PIB, argumentando que este enfoque no captura adecuadamente la realidad de las condiciones de vida y las libertades individuales. Por ello, propone una ética del desarrollo que destaque la importancia de abordar la desigualdad, la pobreza y

las privaciones para garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de vivir vidas plenas.

Asimismo, Sen (1999) identifica diversas libertades sustantivas, como la libertad política, la libertad económica y la libertad social, todas cruciales para el desarrollo humano, y argumenta que son interdependientes y se refuerzan mutuamente. También destaca que la democracia y la participación activa son instrumentos vitales para lograr un desarrollo genuino, ya que la libertad política permite a las personas influir en las decisiones que afectan sus vidas. Entre sus aportes se destaca el reconocimiento del nivel de agencia de las mujeres para el cambio social, evidenciando que la alfabetización, el acceso a trabajo calificado y cargos públicos, como así también al manejo de tierras por parte de las mujeres son claves para lograr sociedades menos violentas (con reducción de las tasas de mortalidad materno infantiles, tasa de fecundidad, mejoras en las decisiones familiares, etc.).

El paradigma del desarrollo humano se enfoca en el bienestar integral de las personas, más allá del crecimiento económico. Este encuadre, basado en las capacidades y libertades individuales, requiere de políticas públicas que promuevan el desarrollo humano en todas sus dimensiones, por lo que la colaboración entre organismos internacionales, la sociedad civil y las comunidades es fundamental para asegurar que las acciones respondan a las necesidades reales. El desarrollo humano genuino requiere del compromiso y la colaboración de todos los sectores de la sociedad para construir un futuro más justo, equitativo y sostenible.

A partir de los aportes de Sen (1999), al paradigma del desarrollo humano se suma el enfoque de las capacidades y ambos se complementan al compartir una visión centrada en el bienestar integral de las personas, más allá del crecimiento económico. Estas dos conceptualizaciones reconocen la desigualdad como un obstáculo y abogan por políticas públicas que la reduzcan y promuevan la equidad, empoderando a las personas para que tomen control de sus vidas donde el desarrollo humano se traduzca en sociedades más justas, equitativas y sostenibles.

2.2. El enfoque de las capacidades

Sen (1979) introduce el concepto de "enfoque de las capacidades", que se centra en la posibilidad real de las personas para llevar a cabo interacciones valiosas desde el punto de vista de su propio bienestar, y la atención se dirige hacia lo que las personas pueden hacer y ser, más allá de las simples posesiones materiales. Este enfoque contiene el concepto de "funcionamientos" como parte integral de su análisis del desarrollo humano, que son estados de bienestar y acciones, que una persona puede lograr o hacer en su vida diaria y que comprenden una amplia gama de actividades y logros, entre ellas, cómo estar saludable, recibir educación, participar en la vida política, disfrutar de la cultura y tener acceso a recursos básicos. Con el objetivo de reducir desigualdades, las políticas en salud pública y las intervenciones en salud son esenciales para mejorar funcionamientos y capacidades.

A partir del enfoque de las capacidades de Sen (1979), Martha Nussbaum (2012, 2016) ha realizado importantes contribuciones en la relación entre filosofía política, ética y desarrollo humano, aportando su propia perspectiva de los funcionamientos para el desarrollo potencial de las capacidades que son esenciales para una vida humana digna y plena.

Si la capacidad es una cara de la moneda, la otra es el funcionamiento. Un funcionamiento es la realización activa de una o más capacidades. (...) Disfrutar de buena salud es un funcionamiento, como también lo es estar tranquilamente tendido en la hierba. Los funcionamientos son seres y haceres que, a su vez, vienen a ser los productos o las materializaciones de unas capacidades (Nussbaum, 2016, p. 44).

De acuerdo con esta autora, existe una diferencia moral entre una política que promueve la salud y otra que promueve las capacidades en materia de salud, ya que la segunda es la que en verdad respeta la elección de estilo de vida de la persona (Nussbaum, 2016).

Nussbaum (2012) elaboró una lista de 10 "capacidades centrales" que deben ser consideradas por todo orden político que se centre en el desarrollo humano: vida; salud física (salud sexual y reproductiva, incorporar una alimentación acorde, disponer de un lugar adecuado para vivir); integridad física; sentidos, imaginación y pensamiento; emociones; razón práctica; afiliación; otras especies; juego; y control sobre el entorno político y material.

Nussbaum (2016, p. 59) entiende que las capacidades centrales se sustentan mutuamente entre sí en múltiples sentidos. Dos son, sin embargo, las que parecen desempeñar un papel arquitectónico diferenciado, pues organizan y tienen una presencia dominante sobre las demás. Son las de la afiliación y la de la razón práctica. Dominan sobre las demás en el sentido de que, cuando las otras están presentes de manera acorde con la dignidad humana, esas dos están entrelazadas entre ellas. Si las personas están bien alimentadas, pero no facultadas para ejercer la razón práctica ni para hacer planes sobre su salud y su nutrición, la situación no es plenamente acorde con la dignidad humana: se las está cuidando, como se cuida de los bebés y de los niños de muy corta edad.

Aunque comparten un enfoque común en la importancia del desarrollo humano y las capacidades para la justicia social, Sen (1979) y Nussbaum (2012, 2016) difieren en la forma en que conceptualizan y operacionalizan estos conceptos en su trabajo teórico y aplicado. Sen (1979) propone desde lo moral y lo filosófico un concepto más amplio al momento de definir las capacidades, con una fuerte interpretación coyuntural a nivel cultural, y enraizadas mayormente con la agencia y autonomía de los individuos. En contraste, Nussbaum (2012, 2016) construye un marco más específico y detallado basado en su lista de capacidades centrales universalmente aplicables como base para la justicia social.

2.3. El Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se trata de una medida o métrica compuesta que evalúa el nivel de desarrollo humano de un país más allá del PIB. Desarrollado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en la década de 1990, tiene basamento en los trabajos de Mahbub ul Haq y Amartya Sen y se ha transformado en una herramienta ampliamente utilizada para comparar el desarrollo humano entre diferentes países a lo largo del tiempo, porque evalúa el progreso de una sociedad considerando la salud, la educación y el nivel de vida (PNUD, 2010).

El IDH está compuesto por los datos agregados de un tercio del Índice de Esperanza de Vida (IEV), junto al Índice de Educación (IE) y también el Índice de Producto Interno

Bruto (IPIB). Por ende, los tres índices inciden sobre el valor final del IDH de un país, de manera que el indicador no permite la disociación de un Producto Interno Bruto (PIB) alto respecto de la esperanza de vida o las posibilidades de acceso a la educación. Ello, en consecuencia, es válido para los restantes indicadores que conforman el índice, de manera que un sistema de educación gratuito no es disgregable del impacto negativo que las carencias en las necesidades básicas tienen en el Índice de Desarrollo Humano. La fórmula para calcular el IDH ha evolucionado a lo largo de los años para reflejar mejor las dimensiones clave del desarrollo humano y en la actual cada uno de los componentes se expresa con un valor entre 0 y 1, siendo los valores cercanos a 1 indicadores de un mayor desarrollo en cada componente (PNUD, 2022b).

El IDH se ha “aggiornado” con el transcurso del tiempo para incluir un enfoque más amplio del desarrollo humano y se utiliza para clasificar los países en cuatro categorías: muy alto, alto, medio y bajo. La preocupación por la desigualdad en términos de acceso los principales indicadores del IDH, llevó en 2010 al PNUD a la creación de Índice de Desarrollo Humano ajustado por Desigualdad (IDHD), que es una variante del IDH que toma en cuenta no solo los promedios nacionales de salud, educación e ingresos, sino también la desigualdad en la distribución de estos factores dentro de una sociedad. Mientras que el IDH tradicional simplemente calcula el promedio de estos indicadores para un país en su conjunto, el IDHD ajusta estos valores según el nivel de desigualdad en cada uno de ellos (PNUD, 2022b).

La fórmula básica del IDHD es similar a la del IDH tradicional, pero con un ajuste adicional para tener en cuenta la desigualdad en cada componente. Sin embargo, la forma exacta en que se calcula puede variar según la metodología utilizada por el PNUD. El IDHD reconoce que la igualdad es un componente fundamental del desarrollo humano, por lo que un país puede tener un alto IDH promedio, pero si la distribución de la salud, la educación y los ingresos es muy desigual, esto puede indicar problemas de injusticia social y exclusión que afectan negativamente al bienestar general de la población. Por lo tanto, el IDHD proporciona una medida más completa del desarrollo humano al tener en cuenta tanto los promedios como la distribución de los indicadores clave (PNUD, 2022b).

A su vez, en la década de 1990 el PNUD creó el Índice de Desarrollo Humano ajustado por Género (IDG) para capturar las diferencias en los logros de desarrollo humano entre hombres y mujeres, destacando áreas donde las disparidades de género son más pronunciadas en cada país. El cálculo del IDG implica ajustar los componentes del IDH estándar para tener en cuenta las disparidades de género en tres dimensiones principales: salud, educación e ingresos. Es importante tener en cuenta que el IDG no proporciona información sobre la magnitud absoluta de las disparidades de género o sobre cómo se distribuye el desarrollo humano entre los géneros dentro de la población, sino que es una medida relativa que se utiliza para resaltar las diferencias de género en el contexto del desarrollo humano en general.

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), también desarrollado por primera vez en el Informe sobre Desarrollo Humano de 2010 del PNUD, utiliza indicadores específicos en tres dimensiones principales: salud, educación y nivel de vida estándar y proporciona una visión más completa y holística de la pobreza al considerar múltiples aspectos de la privación humana, lo que permite una comprensión más precisa de las condiciones de vida de las personas y la formulación de políticas más efectivas para combatir la pobreza en todas sus dimensiones (PNUD, 2010).

Mientras que el IDH se centra en dimensiones clave del desarrollo humano, como la salud, la educación y el nivel de vida, el IPM se enfoca específicamente en identificar y medir la pobreza en múltiples dimensiones, incluyendo la salud, la educación y el nivel de vida. Estas dos medidas proporcionan perspectivas diferentes pero complementarias del desarrollo humano y la calidad de vida de una población.

2.4. El enfoque de las capacidades y la salud

El concepto “salud” es indivisible e inherente al concepto de desarrollo, tanto desde el punto de vista del desarrollo económico y el acceso a bienes, como en lo que hace a los fines de un desarrollo sostenible o “desarrollo humano”. La preocupación tanto por parte de los individuos, como de las comunidades y sus “gobernantes” por mejorar las condiciones de vida en contraposición con la enfermedad y la muerte ha estado presente a lo largo de la historia.

Sen (1979) enfatiza la importancia de la salud en su enfoque de las capacidades, que son las libertades y oportunidades reales que las personas tienen para llevar la vida que valoran. La salud es una de las capacidades claves porque impacta directamente en la capacidad de las personas para realizar sus funciones vitales y llevar una vida plena. Es decir, una buena salud no solo es valiosa en sí misma, además, mejora la capacidad de una persona para desempeñar actividades sociales, económicas y culturales. La salud es un componente esencial para lograr un desarrollo humano sostenible y equitativo, dado que el enfoque de las capacidades da lugar a una concepción de salud positiva, de carácter pluralista, que no se reduce a la ausencia de enfermedad o a cualquier otra concepción predeterminada de lo que significa 'estar sano', 'ser sano' o 'tener salud', e inspira un razonamiento ético que reconoce la valoración que los sujetos hacen de su propia vida y la pluralidad de las concepciones de la vida buena como una condición fundamental para la evaluación de la salud y para la acción en el campo de la salud pública (Restepro-Ochoa, 2013).

La salud es una dimensión esencial para la libertad (Sen, 1999). Este autor la aborda cómo las condiciones de salud pueden influir significativamente en la capacidad de las personas, especialmente las mujeres en la consecución de vidas plenas. Por ejemplo, el aumento de la mortalidad durante la edad fértil se atribuye parcialmente a complicaciones relacionadas con la maternidad, pero la desventaja femenina en la supervivencia durante la lactancia e infancia no puede explicarse solo por esto, ya que la principal causa parece ser la falta de atención a la salud y nutrición de las mujeres, especialmente durante la infancia por negligencia en asistencia médica, hospitalización y alimentación de las niñas (Vilches *et al.*, 2014).

Nussbaum (2016) destaca la relevancia de asegurar un acceso equitativo a la atención y a los recursos necesarios para mejorar la salud de las personas. El dinero no es otra cosa que un instrumento para reparar las desigualdades, en el sentido de que si queremos que las personas con discapacidades físicas sean capaces de desplazarse en una sociedad como el resto de las personas, necesitamos dedicarles dinero adicional, adaptando los edificios mediante la construcción de rampas, o introduciendo plataformas elevadoras en los autobuses, entre otras medidas. (...) la razón por la que se precisa de un gasto extraordinario es que la sociedad en cuestión ha obrado de manera injusta en

el pasado (Nussbaum, 2016, p. 79). Esta autora también sostiene que la salud incluye no solo el aspecto físico, sino también el mental, reproductivo y emocional para llevar una vida activa y participativa.

Las conceptualizaciones de desarrollo humano y salud presentadas en este marco teórico brindan una base para llevar adelante el análisis que tiene por objeto este estudio, es decir, si las políticas públicas de salud para la población infantil implementadas por los CAPS de Paraná están alineadas con la meta de reducir la mortalidad infantil en menores de 5 años, en concordancia con el punto 3.2 de los ODS, durante el período 2018-2019. El enfoque de capacidades, en particular, tiene gran relevancia en el estudio acerca de cómo las políticas de salud impactan en las libertades y oportunidades de las familias y comunidades para disfrutar de una buena salud y reducir la mortalidad infantil. Considerando este marco teórico, se realizará el análisis considerando los datos disponibles y la información recabada de los entrevistados.

3. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

3.1. Los antecedentes en la agenda global

Los ODS fueron elaborados en un proceso liderado por las Naciones Unidas que involucró la participación activa de diversos actores, incluidos gobiernos, sociedad civil, sector privado y organizaciones internacionales. En 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó formalmente la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye 17 ODS y 169 metas específicas. Abordan una amplia gama de cuestiones, desde la erradicación de la pobreza hasta la acción climática y la promoción de la paz y la justicia, y representan un compromiso global para abordar los desafíos más apremiantes del mundo de manera integrada y sostenible.

Sus antecedentes se remontan a junio de 1972, con la realización de la Primera Conferencia Mundial Sobre el Medio Ambiente de Naciones Unidas en Suecia, dando inicio al movimiento ambiental a nivel internacional con la Declaración y el Plan de

Acción de Estocolmo para el Medio Ambiente Humano e incidiendo en la creación del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). En 1987, la Comisión Brundtland para Naciones Unidas elaboró el Informe Nuestro Futuro Común o Informe Brundtland, en el que se definió el desarrollo sostenible por primera vez como el desarrollo que permite satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro de satisfacer sus propias necesidades (...) Por tanto, se requería la integración de las políticas ambientales y las estrategias de desarrollo (en sus componentes económico y social). Esta condición llevó al tratamiento, a lo largo del tiempo, de ‘tres dimensiones’ o ‘tres pilares’ del desarrollo sostenible (el económico, el social y el ambiental)³.

En la década de 1990, en particular, en 1992 la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) o Cumbre para la Tierra en Río de Janeiro enfatizó la viabilidad del desarrollo sostenible, resultando en la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, que estableció veintisiete principios para un desarrollo centrado en la humanidad y el medio ambiente. Estos eventos marcaron hitos significativos en la agenda internacional hacia la sostenibilidad del medio ambiente y el desarrollo equitativo.

El siguiente paso fueron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), elaborados en el año 2000 durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas que dio como resultado la Declaración del Milenio. En esta declaración se acordaron ocho ODM que fueron considerados como metas específicas y medibles a alcanzar para el año 2015: erradicar la pobreza extrema y la hambruna; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras patologías; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y fomentar una asociación mundial para el desarrollo. A lo largo de los quince años siguientes, los países, las agencias de desarrollo y otras partes interesadas trabajaron para implementar programas y políticas destinadas a lograr estos objetivos, a la vez que se realizaron evaluaciones periódicas para dar seguimiento al progreso y abordar los desafíos surgidos en el camino.

3 Comisión Económica para América Latina. *Acerca de Desarrollo Sostenible*. <https://www.cepal.org/es/temas/desarrollo-sostenible/acerca-desarrollo-sostenible>

A nivel regional es de destacar la injerencia para la búsqueda, creación, concreción y evaluación de políticas por parte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) creada en 1948 por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC).

Los ODM proporcionaron un marco global para la acción y movilizaron esfuerzos significativos hacia la mejora de las condiciones de vida en diversas partes del mundo, y en el año 2015 fueron seguidos por los ODS que tienen un alcance más amplio y ambicioso para abordar los desafíos mundiales hasta 2030. Su proceso de elaboración comenzó en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible o Río+20 en 2012, y continuó con la constitución del Grupo de Trabajo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OWG, por sus siglas en inglés) en 2013, compuesto por representantes de diferentes países y regiones que trabajaron en la identificación y formulación de los objetivos y metas. Además, se llevaron a cabo consultas y diálogos a nivel global para involucrar a una variedad de partes interesadas, como la sociedad civil, la academia, el sector privado y otros actores.

Como se mencionó, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un plan de acción adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, cuyo objetivo es erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, con miras a cumplir sus metas para el año 2030. La Agenda 2030 incluye diecisiete ODS, que son: 1) fin de la pobreza, es decir, erradicar la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo; 2) hambre cero, que busca poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible; 3) salud y bienestar, garantizando una vida sana y promoviendo el bienestar para todos en todas las edades; 4) educación de calidad, a partir de garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos; 5) igualdad de género, que implica no solo lograr la igualdad entre los géneros, sino también empoderar a todas las mujeres y niñas; 6) agua limpia y saneamiento, garantizando la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos; 7) energía asequible y no contaminante, a partir de asegurar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos; 8) trabajo decente y crecimiento económico, que implica promover el crecimiento económico

sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos; 9) industria, innovación e infraestructura, lo que significa construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación; 10) reducción de las desigualdades, en y entre los países; 11) ciudades y comunidades sostenibles, logrando que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles; 12) producción y consumo responsables, es decir, modalidades de consumo y producción sostenibles; 13) acción por el clima, que equivale a adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos; 14) vida submarina, es decir, conservar y utilizar de manera sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible; 15) vida de ecosistemas terrestres, a partir de gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad; 16) paz, justicia e instituciones sólidas, que significa promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles; y 17) alianzas para lograr los objetivos, fortaleciendo los medios de implementación y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

La presente tesis se concentra en el ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, especialmente en su meta 3.2 que se enfoca en poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de cinco años para 2030, reduciendo la mortalidad neonatal a doce por cada mil nacidos vivos y la mortalidad de menores de cinco años a veinticinco por cada mil nacidos vivos. El panorama delineado permite, a continuación, ahondar en la especificidad del ODS 3 y dar cuenta de su importancia en esta tesis.

3.2. El ODS 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Para alcanzar estos objetivos es esencial garantizar una calidad de vida óptima y fomentar el bienestar general a lo largo de todas las etapas de la vida. Se han registrado notables avances en el aumento de la esperanza de vida, que ha aumentado de 66,5

años en 2000 a 73,3 años en 2019 (OMS, 2023) y en la disminución de ciertas causas de muerte comunes, como la mortalidad infantil y materna, ya que las muertes de niños menores de cinco años se han reducido de 12,5 millones en 1990 a 5,2 millones en 2019 (OMS, 2020), mientras que las muertes maternas se redujeron del 70 % y 67 %, respectivamente, sumado al hecho de que nivel global la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo se redujo en casi un 50 % en el mismo período (OMS, 2023). Asimismo, han existido progresos significativos en la ampliación del acceso al agua potable y saneamiento, y el combate contra enfermedades como la malaria y la poliomielitis. La OMS (2020) informa que, entre 2000 y 2020, el acceso a agua potable mejorada aumentó del 83 % al 90 % de la población mundial, mientras que la tasa de mortalidad por malaria se redujo en un 60 % entre 2000 y 2019, y se han implementado programas de vacunación que han llevado a la erradicación de la poliomielitis en muchas regiones. Pero a pesar de estos logros, se requieren más esfuerzos para eliminar completamente diversas enfermedades y abordar una variedad de desafíos persistentes y emergentes en materia de salud (Naciones Unidas, 2018).

El ODS 3, “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, cuenta con trece metas y veintiséis indicadores. Esta investigación se centra – sin perder la perspectiva horizontal- en la meta 2: De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos.⁴

Toman entonces particular relevancia dos indicadores dentro de esta meta: tasa de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad en niños menores de cinco años.

La reducción de la mortalidad infantil es de suma importancia para el desarrollo humano por varias razones. En primer lugar, es un indicador de salud pública, ya que su reducción indica mejoras en el acceso a la atención médica, la nutrición, el saneamiento y otros determinantes de la salud. En segundo término, es un reflejo del cuidado materno y la salud prenatal, porque la reducción de la mortalidad infantil suele ir de la

4 Agenda 2030 en América Latina y el Caribe. Plataforma regional de conocimiento. <https://agenda2030lac.org/es/ods/3-salud-y-bienestar/metas/32>

mano con mejoras en el cuidado prenatal, la atención durante el parto y el apoyo postnatal a las madres y los recién nacidos. En tercer lugar, contribuye directamente a mejorar la calidad de vida de las familias y las comunidades, dado que menos muertes de niños significan menos sufrimiento para las familias y menos carga emocional y económica. El cuarto motivo es que puede impulsar el desarrollo económico al reducir la carga económica de enfermedades evitables y mejorar la productividad de la población al garantizar que más niños sobrevivan y alcancen su potencial completo. Finalmente, también puede romper el ciclo intergeneracional de la pobreza y la mala salud, puesto que cuando los niños sobreviven y prosperan, tienen más probabilidades de acceder a la educación y de convertirse en adultos sanos y productivos, lo que a su vez beneficia a las futuras generaciones.

La mortalidad infantil, cuyas políticas para reducirlas es el centro nodal de esta tesis, forma parte de la métrica del IDH dentro de la óptica de las capacidades, en tanto se garantiza la salud como un derecho humano universal.

4. La atención primaria de la salud, el desarrollo humano y la mortalidad infantil

4.1. La atención primaria de la salud y el desarrollo humano

La atención primaria de la salud como institución desempeña un papel fundamental en los lineamientos generales y particulares definidos en los ODS, porque se ocupa tanto de las bases del modelo médico asistencial como así también se encuentra alienado con los cuatro pilares que constituyen el desarrollo humano como paradigma: equidad, sostenibilidad, participación y productividad. En este sentido, hace un aporte relevante en la construcción de sistemas de salud sólidos y orientados a la comunidad, contribuyendo a la mejora de la salud poblacional.

Según Kroeger y Luna (1987), la APS responde a una política de salud definida cuyos antecedentes se encuentran en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre la

Atención Primaria del año 1978 y establecen que debe contener programas destinados a poblaciones específicas (como madres, niños y adolescentes, trabajadores, personas de edad avanzada, incapacitados, etc.), otros programas para la salud general (que se ocupen de la alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental, etc.) y otros para la prevención, protección y control de enfermedades (Zamora et al, 2022). La APS no debe confundirse con el servicio básico en salud o primer nivel de atención, ya que no todos los programas mencionados que conforman la APS son llevados adelante en los CAPS. Aunque la atención primaria tiene como objetivo llegar a toda la población con servicios esenciales de manera equitativa, la realidad demanda que se atiendan las necesidades básicas de los sectores pobres o marginados, pero esto no debería limitarse únicamente a ellos (Kroeger y Luna, 1987).

Los CAPS son un instrumento de articulación cercana a la población, dado que mediante la interdisciplina se interpelean, se afrontan y resuelven los determinantes sociales de la salud como un conjunto de percepciones de bienestar y capacidades de la ciudadanía, en contraste a una visión utilitarista del significado del desarrollo humano (OPS, 2007). El sistema de salud les otorga un rol y un papel crucial en la reducción de la mortalidad infantil por varias razones.

En primer lugar, se encuentra el acceso a la atención médica preventiva, ya que la APS garantiza que las madres y los niños tengan acceso a servicios médicos como vacunaciones, controles prenatales y exámenes de salud infantil que ayudan a prevenir enfermedades y complicaciones que pueden llevar a la mortalidad infantil. En segundo lugar, se relaciona con la detección temprana y tratamiento de enfermedades infantiles por su capacidad de identificar y tratar rápidamente problemas de salud como infecciones respiratorias, diarrea, desnutrición y malaria que puede evitar que estas enfermedades se conviertan en fatales. En tercer lugar, los profesionales de la salud en los CAPS brindan educación para la salud y asesoramiento a las madres y las familias sobre prácticas de cuidado infantil saludables, alimentación adecuada, higiene y prevención de enfermedades, lo que ayuda a empoderar a las familias para cuidar mejor de sus hijos y prevenir enfermedades. La cuarta razón es que la APS actúa como un punto de referencia para casos más complejos que requieren atención especializada,

donde los profesionales de la salud pueden referir a los pacientes a hospitales u otros centros de atención secundaria o terciaria cuando sea necesario, y también pueden realizar un seguimiento de los pacientes para garantizar que reciban el cuidado continuo que necesitan. Por último, la APS se centra en proporcionar una cobertura universal de servicios de salud accesibles, asequibles y de calidad para todas las personas, incluidas las comunidades rurales y marginadas. Al garantizar una cobertura universal de salud, se reduce la disparidad en el acceso a la atención médica y se mejora la salud de las poblaciones más vulnerables, lo que contribuye a la reducción de la mortalidad infantil a nivel global.

Las acciones de la APS se enmarcan dentro de la Agenda “Salud en Todas las Políticas” de la OMS, adoptada como una guía de trabajo en conjunto para alcanzar el ODS 3 (Buss *et al.*, 2016). Se trata de un sistema horizontal -en tanto integra a la comunidad y el territorio analizando los factores socioculturales locales para la concreción de la política sanitaria específica, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad- así como un sistema vertical que se encarga del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad articulando con instituciones de mayor nivel de intervencionismo (OPS, 2017). La horizontalidad se ve cuando el territorio es tomado como propio, tanto por los individuos como a nivel colectivo, y la población da por sentado ciertos derechos sobre las propiedades o instituciones que lo conforman (Shaw, 1983) sean plazas, clubes o el propio centro de salud, este sentido de pertenencia despierta “acciones sociales” que son relevadas por las instituciones y que pueden ser canalizadas por el efector.

Las direcciones de los CAPS son responsables de planificar y coordinar la prestación de servicios de APS en su área de influencia, que implica identificar las necesidades de salud de la población, establecer prioridades, asignar recursos y desarrollar estrategias para abordarlas de manera efectiva, así como al manejo del personal, campañas de educación y concientización en “terreno” y la coordinación con el segundo y tercer nivel, entre otras funciones.

De Petri *et al.* (2013) indican que la APS es una estrategia dirigida justamente a proveer servicios sanitarios para todos, desempeñando un rol importante en la asistencia, la prevención, la promoción y la rehabilitación en salud. Su misión consiste en extender el

sistema sanitario hasta los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia – con sus saberes y cultura – y la medicina científica (p. 452).

A 40 años de Alma Ata y en función de los objetivos del primer nivel de atención en salud, las acciones en territorio que en Argentina tienen el nombre de APS hablan de una agenda transformadora en desarrollo en el sentido de la equidad (Rovere, 2006). Autores como Calvo Solano (1998) reflexionan sobre una atención primaria de tipo ambiental donde se considere un desarrollo sostenible en cada una de sus dimensiones, desde lo sanitario a lo socioeconómico y lo educativo, situación que ayuda a integrar lo estadístico y lo documental.

4.2. La atención primaria de la salud en Paraná y la mortalidad infantil

La ciudad de Paraná, capital de la provincia de Entre Ríos, es el municipio cabecera del departamento de Paraná, con una superficie de 137 km². La población de la ciudad durante los años 2018 y 2019, período de recorte temporal de esta tesis, ascendía a un poco más de 247.863 habitantes, cifra identificada en el censo de 2010⁵.

En lo que respecta a la atención de salud, el sistema sanitario provincial está compuesto por tres subsistemas, que son el público, el privado y el de las obras sociales. A nivel municipal se replica el sistema y en cuanto a la ciudad de Paraná, el subsistema público cuenta con veintisiete CAPS, entre los que se encuentran los cinco que forman parte de la muestra de esta tesis, y tres hospitales: Hospital Clínico quirúrgico San Martín, Hospital Materno Infantil San Roque y Hospital de Salud Mental Dr. Roballos, de los cuales los dos primeros responden al nivel III de atención⁶. De los cinco CAPS considerados, cuatro de ellos son de gestión provincial -Carrillo, Dogmak, Newbery y Oñativia- y dependen de la Dirección General de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud de Entre Ríos, mientras que el restante es de gestión municipal -Illia-. A su vez, cuenta también con Centros Integradores Comunitarios (CIC) de gestión participativa y

5 Ministerio de Salud de Entre Ríos. *Áreas Programáticas: Ciudad de Paraná*. <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/ciudad-de-paran.jpeg>

6 Ministerio de Salud de Entre Ríos. *Hospitales de Entre Ríos*. <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2024/03/hospitales1.pdf>

creados a partir de una iniciativa de nivel nacional, generalmente vinculados al ámbito municipal (Marcó, 2012).

Para comprender el funcionamiento del sistema de salud de la ciudad, es necesario remontarse al año 2008 cuando el gobierno de Entre Ríos presentó el Plan de Desarrollo Integral de Salud, respaldado por la OPS, con el propósito de establecer políticas de salud a largo plazo como parte de la agenda de desarrollo provincial. Este enfoque implicó un proceso de evaluación de las condiciones locales y como resultado la provincia lanzó una iniciativa que enfatizaba la participación ciudadana a través de la acción comunitaria, la formación y la coordinación entre los distintos niveles de atención y de gestión gubernamental. El objetivo principal fue fomentar la implementación de nuevas acciones preventivas dirigidas a grupos vulnerables, basadas en principios de medicina social, trabajo en equipo, enfoque interdisciplinario y cooperación técnica para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud.

A pesar de estos avances, diversas auditorías identificaron que el sistema de salud de la provincia se encontraba fragmentado y que las principales causas eran la falta de definición de los territorios y poblaciones a cargo en los establecimientos de salud, un primer nivel de atención desjerarquizado e inaccesible, la descentralización desordenada de servicios especializados, la presencia de programas de salud verticales no integrados eficientemente, la segmentación institucional en el financiamiento, y debilidades en la organización y gestión del sistema (Marcó, 2012; Ley 10531 de 2017). Como señala el presupuesto provincial de 2018, en su clasificación programática, estas deficiencias se tradujeron en la falta de accesibilidad de la población a servicios básicos de salud, la admisión en niveles superiores de problemas que podrían resolverse en niveles inferiores, la falta de alineación entre servicios y necesidades de los usuarios y su consecuente insatisfacción, además de un incremento en los indicadores provinciales de mortalidad materna e infantil por causas en su mayoría evitables.

En este marco de situación, en el año 2018 se inició el proceso de regionalización que implicó la búsqueda de un sistema de salud coordinado y cooperativo dentro de áreas geográficas. El Decreto 2425/2018 recategorizó los servicios de salud en tres niveles de acuerdo con su capacidad resolutoria. El primero es el Nivel I-Bajo Riesgo con 2 subniveles: I A y I B. El subnivel I A para en áreas programáticas mayores a 5.000

habitantes y con disponibilidad de camas de internación general para resolver problemas de salud de bajo riesgo, y el subnivel I B en áreas programáticas de menos de 5.000 personas, con camas de observación clínica, internación de pacientes crónicos, de tercera edad o vulnerabilidad social. El segundo es el Nivel II-Mediano Riesgo con 2 subniveles que responden a su capacidad resolutoria clínica y quirúrgica. El subnivel II A con las cuatro especialidades básicas y cirugía programada de bajo riesgo con especialidades médicas condicionadas a la disponibilidad de profesionales, y el subnivel II B con las cuatro especialidades básicas, cirugía programada y de urgencia y especialidades médicas. El último es el Nivel III-Alto Riesgo que tiene la mayor capacidad de resolución y está dividido en dos subniveles: III A con terapia intensiva no especializada con condiciones de resolver total o parcialmente procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, y III B con terapia intensiva especializada con especificidad para resolver patologías que requieren acciones asistenciales más complejas y específicas (Decreto 2524/2018, Anexo I).

Los CAPS Carrillo, Dogmak y Oñativia son de nivel I A. Si bien un efector de este nivel dispone de camas de observación clínica, internación de pacientes crónicos, de tercera edad y sociales, Brinda atención médica con médicos generalistas y puede disponer de atención pediátrica, gineco obstétrica y clínica hasta 3 veces a la semana; Obstétricas; Salud mental; kinesiología; Trabajo social; Nutrición; Odontología; Agentes sanitarios y/o Promotores de salud; Laboratorio; Radiología simple y ecografía; Guardia médica activa o pasiva (Decreto 2524/2018, Anexo I), los CAPS Oñativia, Carrillo y Dogmak contaban solo con una sala de observación al momento del recorte temporal del trabajo.

Por otro lado, los CAPS Illia y Newbery son de nivel I B, cuya característica es que tienen camas de internación y eventual derivación, para resolver problemas de salud de bajo riesgo. La oferta sanitaria la brindan médicos generalistas, clínicos, pediatras y tocoginecólogos; Obstétricas; Salud mental; kinesiología; Trabajo social; Nutrición; Odontología; Agentes sanitarios y/o Promotores de salud; Laboratorio; Radiología simple y ecografía; Guardia médica activa o pasiva (Decreto 2524/2018, Anexo I), pero durante 2019-2019 Illia solo tenía una sala de internación abreviada (SIA), que se utilizaba para la observación de pacientes pediátricos respiratorios como conducta

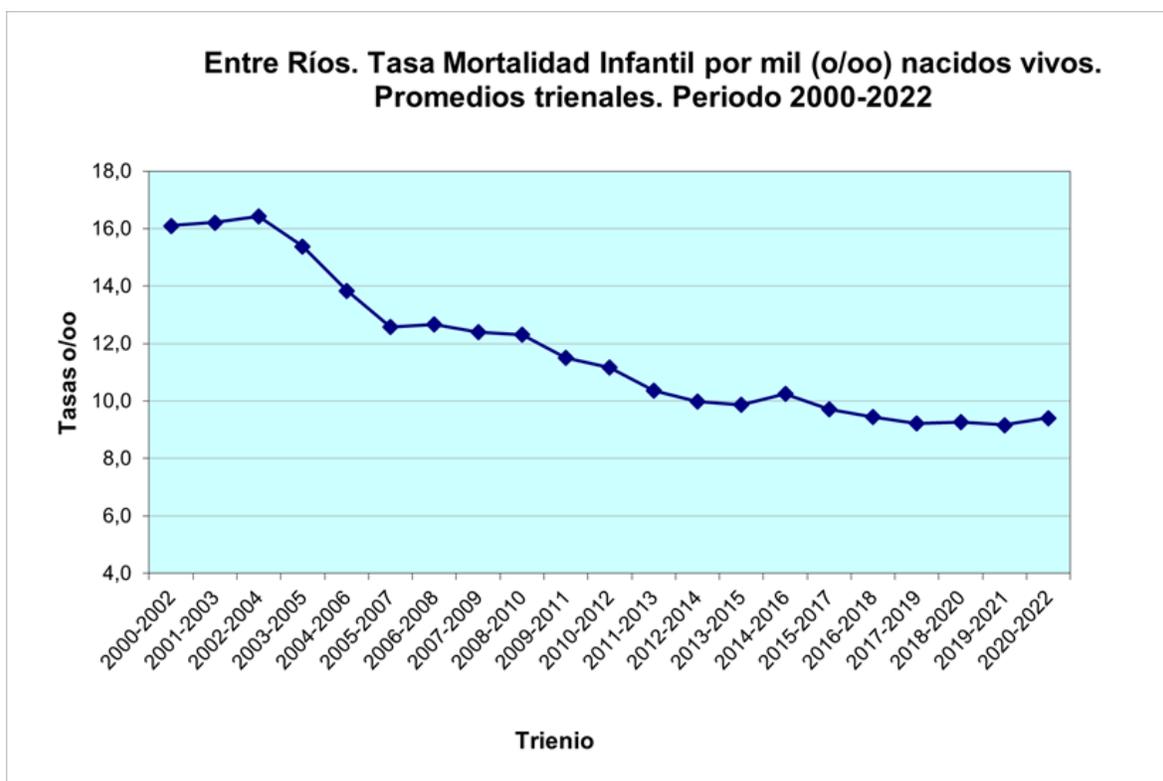
previa a su derivación al Hospital San Roque, mientras que Newbery no tenía ningún tipo de cama de internación.

A su vez, en este período se consolidó el proceso de regionalización de la atención perinatal instituida mediante la Resolución 3397/2017 del Ministerio de Salud de la provincia. Su objetivo es el de facilitar la accesibilidad a una atención de calidad y adecuada a las embarazadas de alto riesgo, a partir de la organización de un flujo más ordenado y eficiente de pacientes entre los diferentes niveles de atención. Parte de los resultados de este proceso se ven reflejados en el descenso de los indicadores de mortalidad materna e infantil.

Entre Ríos. Tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo. Período 2000-2019

Año	Total provincial	Menores de 1 año	De 1 a 4 años
2000	7.9	16.9	0.5
2001	7.8	14.9	0.5
2002	8.1	16.5	0.5
2003	8.1	17.2	0.5
2004	7.6	15.5	0.5
2005	7.5	13.2	0.6
2006	7.3	12.6	0.5
2007	8.2	11.9	0.6
2008	7.5	13.5	0.4
2009	7.3	11.8	0.4
2010	7.7	11.6	0.4
2011	7.7	11.0	0.4
2012	7.4	10.8	0.4
2013	7.8	9.2	0.4
2014	7.5	9.9	0.3
2015	7.8	10.4	0.3
2016	8.3	10.4	0.4
2017	7.6	8.2	0.5
2018	7.9	9.7	0.3
2019	7.7	9.8	0.4

Nota: Adaptación de *Entre Ríos. Tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo. Período 2000-2019*. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Serie Estadísticas Vitales - Información Básica. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reporte-interactivo>



Nota: Entre Ríos. Tasa de Mortalidad Infantil según promedios trienales móviles. Período 2000-2022.
 Dirección General de Estadística y Censos de Entre Ríos. Disponible en:
<https://www.entrerios.gov.ar/dgec/salud/>

En el caso de los fallecimientos neonatales, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) da cuenta de que la mayoría de ellos se explican principalmente por tres causas: partos prematuros, asfixias durante el parto e infecciones⁷⁸. Por su parte, dentro de los factores determinantes se cuentan aspectos socio-sanitarios, el estado inmunológico, el acceso a una atención adecuada y la capacidad de los cuidadores para detectar potenciales problemas graves en los niños. Según la información provista por esta misma entidad revelan más del 50 % de las muertes de niños y niñas menores de cinco años podrían haberse evitado con intervenciones simples, oportunas y eficaces, motivo por el cual un parto seguro y la provisión de cuidados neonatales esenciales son indispensables para prevenir estas pérdidas.

7 Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). *Reporte interactivo de estadísticas de salud.* <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reporte-interactivo>

8 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

En lo que respecta a la ciudad de Paraná, se aprecia un mayor fluctuación en la tasa de mortalidad infantil entre los años 2010 y 2019, ya que entre 2010 y 2013 se produjo un sensible descenso de 17.9 ‰ a 12.9 ‰, para luego volver a incrementarse año tras año hasta llegar a 16,2 ‰ en 2019. Esto responde, en parte, a la mencionada fragmentación del sistema de salud provincial que tiene entre sus consecuencias el incremento en la mortalidad infantil por causas evitables y que la reorganización y regionalización de 2018 tuvo entre sus objetivos disminuir.

La reorganización y regionalización del sistema de salud de Entre Ríos en 2018 se centraron en mejorar la atención sanitaria mediante la creación de microrregiones y el fortalecimiento de la atención primaria. Su objetivo era reducir la fragmentación, mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención, favorecer la planificación y la ejecución de políticas que respondan a las necesidades locales, priorizando la APS como primer nivel de atención, en particular, para garantizar el acceso y la continuidad de la atención y la promoción de la salud en la comunidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Si bien estos cambios significativos han permitido un mejor acceso a la salud y son un paso importante hacia un modelo más integrado y efectivo, los resultados inmediatos en la reducción de la mortalidad infantil en ciudades como Paraná han sido mixtos. Esto sugiere la necesidad de un seguimiento continuo, ajustes en las políticas implementadas y un compromiso sostenido para abordar las dimensiones sociales relacionadas con la salud y garantizar que los beneficios de estas reformas se traduzcan en mejoras tangibles.

TABLA 5 - DEFUNCIONES INFANTILES Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS SEGÚN DEPARTAMENTO DE OCURRENCIA
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS - AÑOS 2.010 A 2.019

DEPARTAMENTO	AÑO 2.010		AÑO 2.011		AÑO 2.012		AÑO 2.013		AÑO 2.014		AÑO 2.015		AÑO 2.016		AÑO 2.017		AÑO 2.018		AÑO 2.019	
	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.	DEF.	TASA MORT.
TOTAL	245	10,9	223	10,0	219	10,0	187	8,4	209	9,0	220	9,4	216	9,8	169	7,7	188	8,9	169	8,8
COLÓN	6	7,3	12	15,3	2	2,7	1	1,2	3	3,9	2	2,8	8	13,1	4	7,5	0	0,0	0	0,0
CONCORDIA	62	15,5	65	15,8	70	17,8	51	12,5	58	13,3	64	14,1	62	14,8	60	13,6	60	13,9	39	10,2
DIAMANTE	1	1,4	2	3,4	2	3,1	1	1,4	1	1,3	0	0,0	1	1,3	1	1,6	1	1,6	0	0,0
FEDERACIÓN	7	5,4	2	1,8	2	1,9	1	0,9	2	1,7	2	1,6	1	0,8	4	3,5	1	0,8	2	1,7
FEDERAL	3	7,1	3	6,9	1	2,6	0	0,0	2	5,1	1	2,6	1	3,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0
FELICIANO	2	11,8	0	0,0	0	0,0	1	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
GUALEGUAY	3	3,0	3	3,0	2	2,0	5	5,2	3	2,9	5	4,8	3	2,9	0	0,0	3	3,4	5	5,4
GUALEGUAYCHÚ	15	7,9	19	9,9	18	9,8	13	6,7	21	10,5	13	6,5	15	8,3	11	6,2	9	5,7	13	8,9
I. DEL IBICUY	0	0,0	0	0,0	1	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	333,3	1	500,0
LA PAZ	3	2,4	4	3,4	10	8,3	2	1,7	3	2,6	3	2,6	2	1,8	2	1,9	4	4,0	3	3,3
NOGOYÁ	2	5,6	5	13,7	2	6,5	0	0,0	0	0,0	2	5,9	1	3,8	2	7,0	1	3,3	1	3,7
PARANÁ	116	17,9	87	13,0	86	12,7	90	12,9	99	13,7	107	14,6	101	14,4	76	11,2	98	14,6	94	16,2
SAN SALVADOR	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	76,9
TALA	1	3,5	0	0,0	0	0,0	2	7,5	0	0,0	2	6,8	2	7,2	1	3,8	0	0,0	0	0,0
URUGUAY	16	8,0	14	7,2	20	10,6	15	8,4	12	5,8	14	6,9	9	4,4	5	2,4	5	2,5	6	3,3
VICTORIA	6	10,4	3	6,0	1	1,9	3	5,5	2	3,9	1	1,8	3	6,0	2	3,7	1	2,0	1	2,2
VILLAGUAY	2	2,2	4	4,5	1	1,1	1	1,2	3	3,5	4	4,5	7	8,5	1	1,2	3	3,6	3	3,9
SIN ESPECIFICAR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

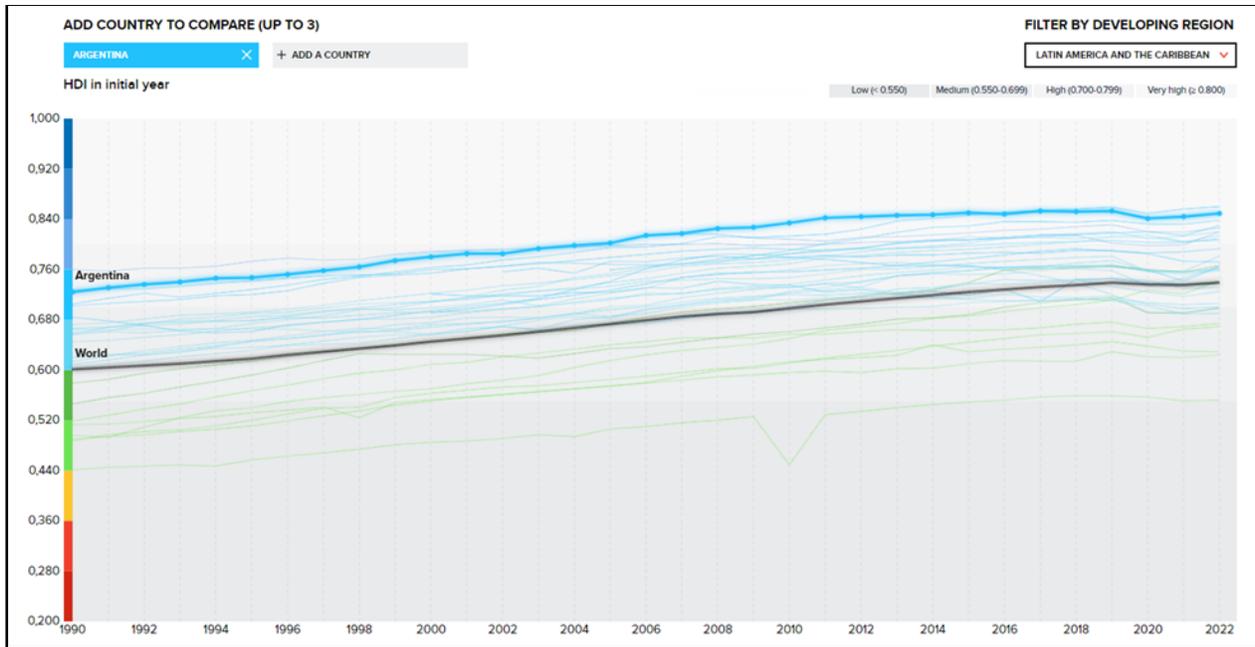
Fuente: División Estadística Vitales, División

Nota: Boletín de Mortalidad Infantil, Fetal, Materna y Nacimientos. Año 2.019, p. 7. Departamento Bioestadística, Ministerio de Salud de Entre Ríos.

Si se analiza el desempeño del país en términos de desarrollo humano, se observa un incremento sostenido desde la década de 1990, con un IDH de 0,724 puntos que representa un valor elevado en relación con los parámetros establecidos, hasta los 0,853 puntos registrados en el año 2019, que implica un valor muy alto. En términos comparativos, entre 1990 y 2019 Argentina se ha encontrado por encima de los indicadores mundiales y regionales, dado que el primero de ellos mostraba 0,601 puntos (valor medio) en 1990 y 0,739 puntos (valor alto) en 2019⁹, mientras que el segundo contaba con 0,637 puntos (valor medio) en 1990 y 0,768 puntos (valor alto) en 2019¹⁰.

9 United Nations Development Programme. *Human Development Index* (HDI). <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>

10 United Nations Development Programme. *Data Downloads. Table 2: Trends in the Human Development Index, 1990-2022* <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads>



Nota: Human Development Index (HDI). United Nations Development Programme. 2014. Disponible en: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>

		Human Development Index (HDI)							
		Value							
HDI rank	Country	1990	2000	2010	2015	2019	2020	2021	2022
	Developing countries	0,513	0,569	0,639	0,672	0,691	0,689	0,688	0,694
	Regions								
	Arab States	0,550	0,615	0,672	0,691	0,709	0,704	0,704	0,704
	East Asia and the Pacific	0,507	0,594	0,689	0,728	0,757	0,760	0,761	0,766
	Europe and Central Asia	0,663	0,680	0,746	0,782	0,802	0,792	0,797	0,802
	Latin America and the Caribbean	0,637	0,686	0,735	0,758	0,768	0,755	0,754	0,763
	South Asia	0,444	0,500	0,574	0,616	0,635	0,635	0,631	0,641
	Sub-Saharan Africa	0,404 ^b	0,429	0,502	0,533	0,549	0,547	0,546	0,549

Nota: Data Downloads. Table 2: Trends in the Human Development Index, 1990-2022. United Nations Development Programme. 2014. Disponible en: <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads>

La comparación entre la evolución del IDH con el desarrollo del IDHD, IDG y el IPM enriquece el análisis del desempeño de Argentina en lo que respecta a desarrollo humano. Los valores de IDHD disponibles inician en 2010, momento en que mostraba 0,716 puntos, lo que representa una variación del 14,1 % con respecto del IDH del mismo año (0,834 puntos). Esta situación pone en evidencia el grado de desigualdad en la distribución de los promedios nacionales de salud, educación e ingresos. Para 2019 el

IDHD arrojaba 0,744 puntos, una diferencia de 12,8 % con respecto del IDH de 0,853 puntos del mismo año¹¹.

En lo relativo al IDG, los datos del PNUD muestran que en 1990 el valor era de 0,968 puntos con una brecha de 0,023 puntos entre el desarrollo humano entre hombres y mujeres, mientras que en 2019 esos valores representaban 0,998 puntos de IDG con una brecha de 0,001 puntos¹². En cuanto al IPM, el PNUD no muestra los datos desagregados por año como los restantes indicadores, sino que muestra que entre 2011 y 2021 en Argentina el promedio de la línea de pobreza nacional fue del 42 %¹³.

De todas formas, en este contexto, es conveniente revisar en qué estado se encontraban las provincias argentinas. En 2017 el PNUD elaboró el Índice de Desarrollo Sostenible Provincial (IDSP), considerando las tres dimensiones principales del desarrollo sostenible: crecimiento económico, inclusión social y sostenibilidad ambiental. Estas dimensiones están compuestas por subdimensiones, a saber: la dimensión de crecimiento económico se desagrega en las subdimensiones ingreso *per capita* y capital humano; la dimensión inclusión social se compone de las subdimensiones pobreza, empleo, salud y educación; y, finalmente, la dimensión sostenibilidad ambiental se forma con las subdimensiones emisiones y residuos (PNUD, 2017). Los valores del IDSP están entre 0 y 1, que significa que cuanto más cercanos a 1 se encuentran, mayor es el nivel de desarrollo sostenible de la provincia. La construcción de este índice se apoya en la creencia de que el desarrollo sostenible es una combinación entre el crecimiento económico, la inclusión social y la sostenibilidad ambiental. Por lo tanto, si en una provincia se experimentan mejoras en las tres dimensiones simultáneamente, el IDSP se incrementará más que si se experimentan mejoras solo en una o dos de las dimensiones (PNUD, 2017, p. 47).

11 United Nations Development Programme. Inequality-Adjusted Human Development Index (IHDI). <https://hdr.undp.org/inequality-adjusted-human-development-index#/indicies/IHDI>

12 United Nations Development Programme. *Gender Development Index (GDI)*. <https://hdr.undp.org/gender-development-index#/indicies/GDI>

13 United Nations Development Programme. *Data Downloads. Multidimensional Poverty Index 2023 statistical data tables 1 and 2* <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads>

IDSP en Argentina por jurisdicción, 2016

Jurisdicción	IDSP	Ranking	Crecimiento económico	Inclusión social	Sostenibilidad ambiental
CABA	0,792	1	0,761	0,776	0,840
Chubut	0,595	2	0,500	0,709	0,595
Mendoza	0,588	3	0,556	0,521	0,702
San Luis	0,579	4	0,542	0,493	0,729
Neuquén	0,571	5	0,480	0,612	0,634
Santa Cruz	0,567	6	0,492	0,689	0,537
Entre Ríos	0,565	7	0,503	0,592	0,604
Río Negro	0,564	8	0,465	0,572	0,676
Buenos Aires	0,556	9	0,447	0,472	0,811
Santa Fe	0,553	10	0,528	0,460	0,696
Misiones	0,550	11	0,494	0,407	0,826
San Juan	0,548	12	0,537	0,345	0,889
Tierra del Fuego	0,545	13	0,504	0,772	0,415
Córdoba	0,541	14	0,525	0,443	0,683
Catamarca	0,537	15	0,512	0,445	0,681
La Rioja	0,536	16	0,458	0,486	0,690
Tucumán	0,535	17	0,508	0,371	0,812
La Pampa	0,524	18	0,541	0,555	0,480
Jujuy	0,517	19	0,449	0,457	0,673
Corrientes	0,467	20	0,527	0,273	0,707
Salta	0,464	21	0,463	0,299	0,720
Formosa	0,451	22	0,473	0,297	0,653
Chaco	0,436	23	0,433	0,294	0,652
Santiago del Estero	0,313	24	0,432	0,297	0,238
Total del país	0,570		0,512	0,491	0,735

Nota: Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030, p. 48. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2017. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/informe-nacional-sobre-desarrollo-humano-2017-informacion-para-el-desarrollo-sostenible-argentina-y-la-agenda-2030>

A nivel subnacional el desarrollo sostenible es heterogéneo. Con casos extremos en los que los índices de algunas provincias son mayores que las de otras en todas las dimensiones. Sin embargo, también se desiguales entre provincias con índices similares, pero con un desbalance en las dimensiones económica, social y ambiental

(PNUD, 2017). Para la provincia de Entre Ríos, se observa que tanto en crecimiento económico como en sostenibilidad ambiental se encuentra por debajo del total nacional, mientras que en inclusión social lo supera con amplitud, y todo ello lleva a que su IDSP se encuentre por debajo del total del país.

Cabe señalar la desactualización de los informes de IDSP, por lo que las cifras registradas en 2016 son las últimas publicadas. Por otro lado, el PNUD elaboró un mapa del desarrollo humano en Argentina en el año 2022 con información sobre los años 1996, 2001, 2006, 2011, 2016 y 2021 (PNUD, 2022a), periodicidad que no da cuenta de las modificaciones ocurridas a partir de la pandemia de COVID-19 del año 2020, ya que no provee datos desagregados del período 2018-2019 que es el de interés para esta tesis. Sin embargo, permite ver la evolución del desempeño del IDH de cada provincia, en particular de Entre Ríos que arroja los siguientes valores: en 1996 su IDH era de 0,763 puntos y se ubicaba en la posición 16° entre las subunidades nacionales. Las dimensiones analizadas¹⁴ fueron el Índice de Esperanza de Vida, con un valor de 0,799; Índice de Educación, con 0,903; e Índice de Ingresos, con 0,586. En 2001 su IDH bajó levemente hasta los 0,762 puntos en la posición 22 (Índice de Esperanza de Vida 0,820; Índice de Educación 0,923; Índice de Ingresos 0,546); en 2006 se apreció un ascenso a la posición 11 con un valor de 0,804 puntos (Índice de Esperanza de Vida 0,836; Índice de Educación 0,952; Índice de Ingresos 0,624); en 2011 registró nuevamente un descenso con un valor de 0,825 puntos en la posición 16 (Índice de Esperanza de Vida 0,842; Índice de Educación 0,959; Índice de Ingresos 0,675), para finalmente ubicarse en el 11° lugar en 2016 con 0,845 puntos (Índice de Esperanza de Vida 0,864; Índice de Educación 0,991; Índice de Ingresos 0,678). Para los años comprendidos, el IDH de la provincia se ubicó por debajo del promedio nacional, si bien se aprecia un incremento en todas sus dimensiones para el período (PNUD, 2017).

De la misma manera que a nivel nacional, para las provincias también se elaboró el IDG y los resultados del PNUD (2017) muestran que en 1996 el de Entre Ríos era de 0,754 puntos, ubicándose en la posición 19. Las dimensiones analizadas fueron el Índice de Esperanza de Vida igualmente distribuido, con un valor de 0,800; Índice de Educación

14 <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>

igualmente distribuido, con 0,903; Índice de Ingresos igualmente distribuido, con 0,558. En 2001 su desempeño fue de 0,755 puntos que lo posicionó en el lugar 22 (Índice de Esperanza de Vida igualmente distribuido 0,821; Índice de Educación igualmente distribuido 0,924; Índice de Ingresos igualmente distribuido 0,521); en 2006 registró un incremento con 0,799 puntos y se ubicó 12° (Índice de Esperanza de Vida igualmente distribuido 0,837; Índice de Educación igualmente distribuido 0,951; Índice de Ingresos igualmente distribuido 0,608); en 2011 su valor fue de 0,822, a pesar de lo cual se ubicó en la posición 16 (Índice de Esperanza de Vida igualmente distribuido 0,844; Índice de Educación igualmente distribuido 0,959; Índice de Ingresos igualmente distribuido 0,663), mientras que en 2016 su IDG de 0,835 lo posicionó en el 13° lugar (Índice de Esperanza de Vida igualmente distribuido 0,866; Índice de Educación igualmente distribuido 0,980; Índice de Ingresos igualmente distribuido 0,661). También en este índice la provincia estuvo todos los años medidos por debajo del promedio nacional y, como se observa, todas las dimensiones incrementaron sus valores para este período, excepto para el Índice de Ingresos igualmente distribuido que entre 1996 y 2006 pasó de 0,558 a 0,608 y de 2011 a 2016 pasó de 0,663 a 0,661 (PNUD, 2017).

4.3. La mortalidad infantil y las políticas públicas para disminuirla

De acuerdo con UNICEF (2017), a nivel global en 2017 se produjeron 6,3 millones de muertes de niños, niñas y adolescentes, de las cuales el 85 % fue durante los primeros cinco años de vida. Dentro de este 85 %, el riesgo de morir fue mayor durante el primer mes de vida, con una tasa media de 18 ‰, mientras que entre el primero y el décimo segundo mes de vida la tasa desciende al 12 ‰. Entre los doce meses y los cinco años de vida, la probabilidad se encuentra en el 10 ‰ y entre los cinco y los quince años se ubica en el 7 ‰.

Los factores de riesgo de este grupo poblaciones tienen diferentes orígenes y son diversos entre los países. La OMS (2018) señala como riesgos las enfermedades infecciosas, como las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la malaria. Entre los principales motivos de muerte entre los recién nacidos se encuentran el parto prematuro, las complicaciones en el parto (entre ellas, asfixia perinatal, traumatismo obstétrico), las

infecciones y las anomalías congénitas. El acceso a intervenciones básicas es lo que permite salvar esas vidas, como el parto asistido por personal cualificado, la atención postnatal de calidad, como alimentación (es decir, la lactancia materna y una nutrición adecuada), la vacunación y el tratamiento de enfermedades infantiles comunes. Este informe sostiene que para el año 2030 sesenta y cuatro países, incluyendo Argentina, no alcanzarán la meta del ODS 3.2.

Como menciona Ceriani Cernadas (2019), los nacimientos prematuros afectan la salud pública, especialmente en bebés de muy bajo peso al nacer, que a pesar de representar solo el 1 o 2 % de los nacimientos, constituyen alrededor del 50 % de la mortalidad neonatal. De acuerdo con este autor, los determinantes que contribuyen a la prematuridad involucran aspectos sociales y biológicos, con la pobreza desempeñando un papel crucial histórica y actualmente, que perpetúa un ciclo de malos resultados de salud, sumado a factores maternos como la intensidad del trabajo manual, el embarazo adolescente y la educación inadecuada, que junto con influencias ambientales contribuyen a la prematuridad y trastornos relacionados.

Cuando se mira el caso de la Argentina, de acuerdo con la OMS (2020), en 2017 las principales causas de muerte infantil diferían entre los grupos de 0 a 1 año y de 1 a 4 años. En el primer grupo se registran, de las más a las menos frecuentes, las enfermedades neonatales; anomalías congénitas; infección de las vías respiratorias bajas; síndrome de la muerte súbita del infante; enfermedades diarreicas; meningitis; cardiomiopatía, miocarditis, endocarditis; desnutrición proteico-energética; obstrucción íleo parálitico e intestinal y lesiones por accidentes de tráfico. Para el segundo grupo, las causas fueron, de las más a las menos frecuentes, anomalías congénitas; infección de las vías respiratorias bajas; lesiones por accidentes de tráfico; ahogamiento; leucemia; cáncer cerebral y del sistema nervioso; enfermedades diarreicas; situaciones relacionadas con el fuego, el calor y sustancias calientes; cardiomiopatía, miocarditis, endocarditis y meningitis.

Top 10 causes of death in Argentina for both sexes aged 0 to 1 year (2017)

[Hide filters](#) | [Top-10 deaths](#) | [Top-10 DALYs](#) | [Underlying data](#) | [Download with OData API](#)

Filters

Country

Argentina ▼

Year

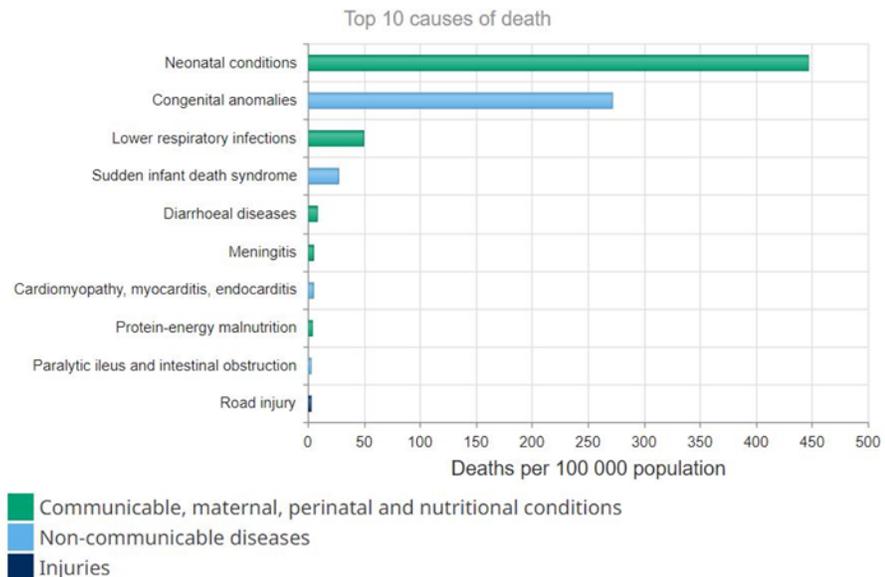
2017 ▼

Sex

Both sexes ▼

Age group

0 to 1 year ▼



Nota: Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. World Health Organization. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

Top 10 causes of death in Argentina for both sexes aged 1 to 4 years (2017)

[Hide filters](#) | [Top-10 deaths](#) | [Top-10 DALYs](#) | [Underlying data](#) | [Download with OData API](#)

Filters

Country

Argentina ▼

Year

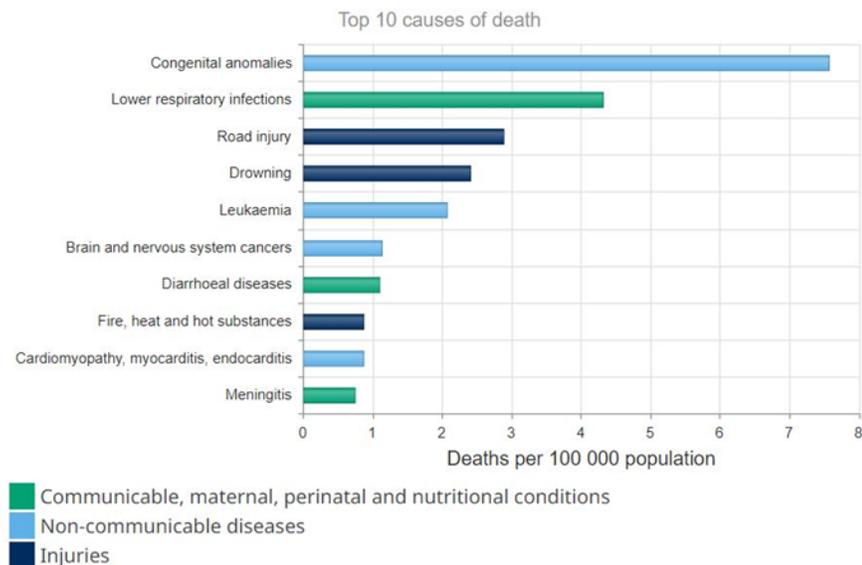
2017 ▼

Sex

Both sexes ▼

Age group

1 to 4 years ▼



Nota: Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. World Health Organization. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

Frente a este panorama, las recomendaciones de la OMS (2018) se orientan a mejorar la atención primaria con mayores recursos destinados, especialmente durante el nacimiento y la primera semana porque la incidencia de las defunciones durante este período es elevada. A su vez, el mismo organismo destaca, entre sus recomendaciones, la necesidad de reforzar la atención materna y neonatal desde el inicio del período de gestación hasta el posnatal. Asimismo, destaca la necesidad de reducir las desigualdades de la cobertura sanitaria, en particular, brindando servicios a los recién nacidos en entornos de fragilidad, promoviendo la participación de las familias y las comunidades en la demanda de atención neonatal de calidad. De esta manera, las intervenciones de salud pública deben abordar los riesgos sanitarios particulares de cada grupo de edad, atendiendo a las necesidades etarias específicas.

Como mencionó anteriormente, en septiembre de 2015 Argentina adhirió a la Agenda 2030 y a los diecisiete ODS. Como consecuencia, el país inició un proceso de adaptación e implementación de políticas y programas que permitieran llevar adelante dicha agenda, tanto a nivel nacional y como subnacional. La coordinación se concentró en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS) que inició el proceso de priorización de metas nacionales (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales [CNCPS], 2019). Para alcanzar las metas propuestas para el año 2030, se elaboró la “Guía para el proceso de adaptación de los ODS en el gobierno provincial”, cuyo objetivo fue definir los lineamientos y ofrecer sugerencias metodológicas para la incorporación de los ODS en las gestiones provinciales. Como resultado de ello, el CNCPS firmó convenios de localización de la Agenda 2030 con diecinueve provincias -Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán- con el objetivo de adaptar de las metas de desarrollo sostenible a cada realidad provincial (Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe, 2019).

Entre Ríos adhirió en septiembre de 2020 con la firma del Decreto 1506, por lo que durante el período estudiado en esta tesis la provincia no contaba con metas de

desarrollo sostenible hacia las cuales orientar su programas y políticas. Sin embargo, al aplicar en su jurisdicción programas nacionales permite rastrear si se llevaron adelante políticas alineadas con dicho objetivos durante el período bajo estudio, es decir, 2018-2019.

Para el caso de los objetivos vinculados a la salud, en 2018 se encontraban en ejecución los siguientes programas nacionales y provinciales: Redes, Sumar, Equipos Comunitarios, Agentes Sanitarios, Prosane, VIH/ETS, Salud Sexual y Reproductiva, Adolescencia, Inmunizaciones, Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, de Prevención y Control del Cáncer de Mama, Pesquisa Neonatal, Remediar, Salud Vial, Diabetes, Prevención de ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles) con Alimentación Saludable, Promoción de la Actividad Física, Programa Entre Ríos Libre de Humo de Tabaco, Detección y control de celiaquía, Abordaje integral de la ERC, Municipios y Comunidades Saludables, Prevención y abordaje de la Violencia Social, TBC, Educación Vial, Salud en contexto de encierro, Hemoterapia (Provincia de Entre Ríos, s. f.b)¹⁵.

De ellos, solo unos pocos tienen como objetivo la reducción de la mortalidad infantil, que es lo que interesa en esta investigación.

En lo relativo a la coordinación de los niveles de gobierno, necesaria para llevar adelante la política sanitaria descentralizada del país, es necesario contar con capacidades estatales desarrolladas, marcos institucionales sólidos, recursos adecuados y mecanismos de coordinación. En Argentina, los principales problemas de las políticas multinivel de salud comprenden la falta de coordinación vertical (entre niveles) de gobierno, la distribución desigual de recursos y capacidades entre las distintas regiones, la falta de definición clara de responsabilidades y competencias entre los actores involucrados, y la dificultad para lograr consensos y acuerdos debido a intereses divergentes (Suárez y Gasparrini, 2019). Para el caso de esta tesis, se identifica la necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación vertical para que no se transformen en una barrera para lograr la reducción de la mortalidad infantil en menores de cinco años. Entre las principales dificultades se encuentran la descentralización asimétrica, ya que la distribución de competencias en materia de salud entre el gobierno nacional, las provincias y los municipios no siempre está claramente definida y genera

¹⁵https://www.entrerios.gov.ar/presupuesto/leypres/2018/pdf/01_45_00_LIST_DESC_F1.pdf

superposición de funciones, vacíos de atención y dificultades para la coordinación efectiva, sumada a la disparidad en las capacidades de gestión y recursos financieros entre las diferentes jurisdicciones, lo que dificulta la implementación homogénea de políticas y programas de salud. Otro de los problemas es la necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación, fortaleciendo la comunicación y/o los diálogos entre los niveles de gobierno (nación-provincia-municipios) intercambiando información relevante para la toma de decisiones y resolución de problemas conjuntos. Otro desafío es reducir el déficit de financiamiento, dado que la asignación de recursos presupuestarios para la salud son a menudo insuficiente y el financiamiento no siempre asegura una distribución equitativa entre las diferentes jurisdicciones y sectores de la población, lo que profundiza las desigualdades en la prestación de los servicios. No menos relevantes son los contextos políticos e ideológicos diversos, puesto que los diferentes niveles de gobierno pueden tener prioridades diferentes en materia de salud, lo que dificulta la búsqueda de consensos y la definición de agendas comunes, generando tensiones y dificultando la colaboración en la implementación de políticas.

Por último, y no menos importante, no se han hallado fuentes oficiales, estudios realizados relativos a si se implementan mecanismos de rendición de cuentas entre los diferentes niveles gubernamentales y cuáles serían esos resultados obtenidos.

A continuación, se caracterizan los programas nacionales ejecutados entre 2018 y 2019 relacionados con el ODS 3.2.

Programas orientados a la reducción de la mortalidad infantil, 2018-2019

Programa	Nacional	Provincial	Fecha de Implementación	Alineado con el ODS 3.2
Programa Nacional de Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas	X		2006	Sí
Programa Alimentación Sana, Segura y Saludable de las Niñas y los Niños	X		2018	Sí
Programa de Cuidados Perinatales y Disminución de la Morbimortalidad Materna y Neonatal (Perinatología)	X		2016	Sí
Programa SUMAR	X		2010	Sí
Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas	X		2008	Sí
Salud Sexual y Procreación Responsable	X		2002	Sí
Remediar	X		2002	Sí

Fuente: Elaboración propia.

El Programa Nacional de Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas o Programa Nacional de Pesquisa Neonatal, dependiente de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez de Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, tiene como objetivo la detección y tratamiento de patologías congénitas en los recién nacidos, tanto en establecimientos públicos como privados de todo el país. Se ejecuta en conjunto con las jurisdicciones provinciales, quienes capacitan al personal de salud, garantizan los insumos, implementan sistemas de información y monitorean y evalúan el programa, ya que no hay articulación con las autoridades sanitarias municipales, situación que responde a la particularidad de la coordinación entre los niveles de gobierno en la política descentralizada de salud. Su objetivo es detectar

patologías como la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito, la fibrosis quística, la galactosemia, la hiperplasia suprarrenal congénita y la deficiencia de biotinidasa y el diagnóstico se acompaña del abordaje terapéutico a base de drogas, fórmulas y suplementos especiales, alimentos y suplementos dietarios especiales, de acuerdo a cada patología, y teniendo en cuenta las nuevas alternativas de tratamientos aprobados provee además equipamiento completo y kits de diagnóstico” (CNCPS y Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales [SIEMPRO], 2021, p. 99).

La detección temprana de enfermedades en recién nacidos se orienta a identificar afecciones que no presentan síntomas durante el periodo neonatal, pero que, de no ser tratadas rápidamente, pueden causar daños permanentes o incluso llevar a la muerte. Dado que estas enfermedades no se manifiestan clínicamente, es esencial emplear pruebas bioquímicas para su detección, seguidas de una confirmación diagnóstica que permita un tratamiento oportuno.

El Programa Alimentación Sana, Segura y Saludable de las Niñas y los Niños, con dependencia de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, está destinado a mujeres gestantes, madres y niños del sector público nacional y promueve la lactancia materna, el acceso de la población a la información sobre buenas prácticas alimentarias y la estrategia del Manejo Comunitario de la Desnutrición Aguda. Esta estrategia se refiere a la provisión de alimentos y fórmulas de pronta recuperación, como “la leche fortificada, a todas las jurisdicciones como complemento para las mujeres que amamantan y las niñas y los niños de 1 y 2 años con cobertura exclusiva del sector público” (CNCPS y SIEMPRO, 2021, pp. 102). El programa busca ampliar el conocimiento de la población sobre prácticas alimenticias beneficiosas, fomentar la adopción de hábitos alimentarios saludables y prevenir la malnutrición. Para ello, difunde las Guías Alimentarias para la población infantil (GAPI) orientadas a mejorar el acceso a información sobre buenas prácticas alimentarias, actualizar herramientas de promoción y supervisión de la salud infantil, promover el acceso a alimentos para recién nacidos prematuros de alto riesgo y grupos vulnerables, elaborar recomendaciones específicas para mejorar la alimentación de prematuros, otorgar acreditaciones a hospitales y centros de salud que apoyen la

lactancia materna y la salud infantil y actualizar las guías dirigidas a profesionales de la salud.

El Programa de Cuidados Perinatales y Disminución de la Morbimortalidad Materna y Neonatal (Perinatología), dependiente de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, está destinado a mujeres gestantes, madres y niños del sector público nacional, y se enfoca en mejorar la atención de la persona gestante, del parto, del puerperio y del recién nacido, disminuyendo las inequidades. El plan contempla el fortalecimiento de las redes de atención médica materno-infantil, así como la regionalización de la atención perinatal, que implica asegurar que los partos se realicen en instalaciones de salud apropiadas, adaptadas a la complejidad de las necesidades tanto de la madre como del recién nacido. Asimismo, se busca garantizar que todos los nacimientos ocurran en instituciones sanitarias capaces de abordar cualquier complicación relacionada con el parto, asegurando las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) como parte de la estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Esto se hace respetando los derechos del grupo familiar, permitiéndoles compartir y disfrutar plenamente de este momento crucial (CNCPS y SIEMPRO, 2021).

El Programa SUMAR - Apoyo del Proyecto de Cobertura Universal de Salud Efectiva en Argentina, dependiente de la Secretaría de Equidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, promueve un acceso equitativo, efectivo y de calidad a los servicios de salud priorizados para toda la población con cobertura pública exclusiva. Desde el año 2010 este programa financia el tratamiento de cardiopatías congénitas en niños hasta los 6 años. Por cada persona inscripta en el programa que realice una consulta y control, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados. Estos recursos tienen la forma de transferencias monetarias a las provincias y transferencias a los establecimientos de salud de mayor complejidad cuando brinden servicios de salud alta complejidad priorizados a los beneficiarios del programa (CNCPS y SIEMPRO, 2021).

El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, con dependencia de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, con destino a niños con cobertura básica exclusiva, tienen como propósito

formar una red nacional para garantizar el diagnóstico precoz y la corrección quirúrgica oportuna de los defectos cardíacos congénitos, que permite disminuir los tiempos de espera y garantizar la realización de las intervenciones necesarias, para todos los niños de nuestro país (CNCPS y SIEMPRO, 2021, p. 100).

Este programa busca mejorar la identificación y tratamiento temprano de niños que padecen enfermedades cardíacas y no cuentan con obras sociales, además de fortalecer la red de atención para abordar las cardiopatías congénitas, desde el período prenatal hasta el seguimiento posterior al tratamiento. En cada provincia hay un Centro Asistencial de Referencia, ubicado en el hospital pediátrico más complejo, que en el caso de Paraná es el Hospital San Roque.

El programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, dependiente de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, se destina a la población en general y sus objetivos se resumen en garantizar el acceso a la información y prestaciones de servicios de salud sexual y procreación responsable; disminuir la morbimortalidad materno infantil, prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de las y los adolescentes; prevenir y detectar enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y patologías genitales y mamarias. Se implementa a través de CAPS y hospitales públicos y se capacita a los equipos de salud mediante la articulación con el Programa de Equipos Comunitarios (CNCPS y SIEMPRO, 2021).

El programa Remediar, que depende de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, está destinado a la población con cobertura pública exclusiva y busca asegurar la provisión de medicamentos esenciales a través de los centros de salud de todo el país que dan respuesta al 80 % de las consultas del primer nivel de atención (CNCPS y SIEMPRO, 2021).

En cuanto a los programas provinciales aplicados entre 2018 y 2019, si bien el análisis de su contenido muestra que guardaban relación con el ODS 3 y su meta 3.2, se recuerda que Entre Ríos recién adhirió a la Agenda 2030 y a los ODS en septiembre del año 2020, por lo que durante el período mencionado no contaba con metas de desarrollo sostenible definidas normativamente hacia las cuales orientar su programas y políticas. Los programas provinciales Materno Infante Juvenil, dependientes de la Dirección Materno Infante Juvenil del Ministerio de Salud de la provincia, tenían por objetivo

prevenir y disminuir la mortalidad materno infantil juvenil y mejorar los resultados perinatales, buscando garantizar que cada mujer y neonato accedan al nivel de complejidad que por riesgo corresponda (regionalización perinatal). A partir de la disminución de la morbi-mortalidad es posible mejorar las condiciones de vida de la población materno infantil y adolescente, de capital importancia para el desarrollo social de la provincia. La ejecución de estos programas implica el trabajo articulado de los distintos sectores y actores sociales abocados a la tarea de mejorar la calidad de vida de la población, dado que además de evitar la enfermedad y la muerte, busca satisfacer las necesidades integrales de las personas para su desarrollo y la activa participación de la familia y la comunidad.

Se trata de los siguientes programas: RCP (reanimación cardio pulmonar) Neonatal, Lactancia Materna, IRAB: infecciones respiratorias, EDA: enfermedades diarreicas, Salud Integral de la Niñez, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Integral de las y los Adolescentes, Salud de la Mujer, Apoyo Nutricional y Pesquisa Neonatal (Provincia de Entre Ríos, s. f.a); Pesquisa Neonatal, que busca disminuir la morbimortalidad neonatal y el retraso mental severo en los recién nacidos del sistema hospitalario provincial, mediante análisis de la sangre seca para las 6 determinaciones obligatorias por ley: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, déficit de biotinidasa, hiperplasia adrenal y fibrosis quística. Una vez confirmados los casos, se inicia el tratamiento y se realiza un seguimiento integral hasta los 15 años; y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que se lleva adelante en hospitales y centros de salud donde se aplican diecinueve vacunas gratuitas y obligatorias, mientras que en zonas de difícil accesibilidad a los servicios de salud emplea estrategias de vacunación para lograr coberturas óptimas en toda la población¹⁶.

Más allá de las políticas vigentes, para identificar las acciones situadas de reducción de la mortalidad infantil en menores de 5 años entre 2018 y 2019 en los CAPS de Paraná, se entrevistó a los principales actores institucionales, es decir, el personal de los CAPS seleccionados y sus directivos.

16 Ministerio de Salud de Entre Ríos. *Programas Provinciales*.
<https://www.entrerios.gov.ar/msalud/>

Todas las profesionales que forman parte del personal de los CAPS coincidieron en indicar que los centros llevan adelante actividades con otras instituciones de sus áreas programáticas, como clubes, escuelas, jardines de infantes, centros de jubilados o iglesias, que revisten la forma de talleres de promoción de la salud, es decir, que se configuran como actividades extramuros. Las temáticas abordadas por estos talleres son comunes a todos los CAPS, como la lactancia, nutrición para embarazadas, nutrición de niños y familiar o campañas de promoción de la salud y prevención de determinadas enfermedades, sobre todo las estacionales. Un ejemplo de esto último es el Programa Postas Respiratorias, mencionado por el director del CAPS Oñativa, el bioquímico Nicolás Roldán, que busca reducir la mortalidad infantil y las formas graves de las enfermedades respiratorias durante los meses de bajas temperaturas, o las campañas de invierno IRAB (Infecciones Respiratorias Agudas Bajas) y Cuidame del Frío indicadas por la Dra. Daniela Waldner, directora CAPS Dogmak. Se trata de la instalación de dispositivos especialmente dedicados al abordaje de los cuadros respiratorios en las instituciones de salud. Entre las actividades extramuros llevadas adelante por el CAPS Carrillo, la Dra. Felici, que se desempeña como ginecóloga en este efector, señaló el desarrollo de clases de yoga para niños con problemas de desarrollo cognitivo, lo que pone de manifiesto una concepción de la salud pública no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un fenómeno multifactorial en el que la intersectorialidad desempeña un papel crucial. Esto implica una acción coordinada para garantizar una atención integral de la salud que aborde tanto las necesidades médicas como las sociales de las comunidades.

Sin embargo, en los testimonios hay discrepancias sobre cómo se originan esas capacitaciones para la población. En algunos casos las actividades y campañas de salud son iniciativas de los CAPS y no del Ministerio, lo que implica que los centros de salud articulan con referentes comunales para el desarrollo de programas extramuros y se hacen talleres en diferentes instituciones de la sociedad civil. Esto es posible porque los presidentes vecinales son referentes comunales con los que hay buena comunicación, como en el caso del CAPS Illia, cuyos agentes sanitarios tienen grupos de WhatsApp con los referentes. A raíz de esta articulación se organizan talleres en las comisiones vecinales y se dan turnos programados para las personas que la comisión

vecinal detecta que los necesitan, como explicó la agente sanitaria Fabiana Nichea. En otros casos, las actividades no se realizan por iniciativa del CAPS, sino por pedido de instituciones como comedores, escuelas o referentes de merenderos hacia las áreas de trabajo social y salud mental del centro de salud y se piensan acciones específicas para dar respuesta a las necesidades planteadas.

Los testimonios muestran que los agentes sanitarios son actores de relevancia en el nexo entre el centro de salud y la comunidad, dado que son quienes detectan las necesidades de salud su área, monitorean el cumplimiento de los controles previstos de acuerdo al calendario o de la aplicación de vacunas y hacen seguimientos de las situaciones, sobre todo de familias con alto riesgo social, por ejemplo. En este punto es interesante resaltar el aporte de la Dra. Georgina López, directora del CAPS Carrillo, que considera que estos centros más que seguimientos realizan acompañamiento, porque el primer nivel acompaña, sugiere, educa y ofrece herramientas para la toma de decisiones de sus pacientes. La profesional destaca el acompañamiento como una herramienta esencial en la APS, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, enfoque integral que permite brindar consejería adecuada, apoyo en la toma de decisiones sobre el embarazo, seguimiento durante el embarazo y el postparto, y derivación oportuna al segundo nivel cuando sea necesario. En este sentido, el acompañamiento se presenta como un elemento fundamental para garantizar una atención de calidad y humanizada en la APS.

Los controles prenatales son parte de las acciones destinadas a evitar la mortalidad infantil y si el CAPS detecta que la paciente no concurre al centro o discontinúa los controles, se hace una búsqueda activa, se la cita y si pasa más un mes sin revisarse, desde el centro de salud los agentes sanitarios van a su domicilio a buscarla. En caso de los controles post-natales, la Dra. Virginia Vera, pediatra del CAPS Oñativia, comentó que los médicos hacen el control del peso, talla y desarrollo psicomotor niño en el consultorio y si ven algún déficit hablan con los agentes sanitarios, quienes van al barrio para ver el ámbito en el que vive el niño, cómo es su casa y cuáles son las necesidades de su familia para poder abordar la situación de manera personalizada.

A su vez, el área de trabajo social tiene un rol importante en la comunidad porque son quienes crean la red con los referentes barriales o de los merenderos y ello facilita que

las personas acudan a los CAPS ante cualquier necesidad. Esta relación entre el área y los referentes sociales permite al CAPS revisar cómo está el vínculo con la comunidad y si las prácticas que se llevan adelante son las necesarias para esa población o cómo habría que modificarlas, de manera que se genera una relación virtuosa que permite ver si la comunidad necesita algo más y se hace otra actividad al respecto.

El testimonio de la trabajadora social del CAPS Oñativia, Lidia Camejo, ilustró la situación descrita al señalar que el efector tiene una cobertura muy extensa que abarca barrios con población muy heterogénea y características muy diversas. El CAPS forma parte de la red sureste, que es una red interinstitucional con escuelas de la zona, centros de salud como los CAPS Newbery, Papa Francisco e Illia, organismos del Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia de Entre Ríos (COPNAF), la biblioteca caminante, la Fundación CRESCER (Caminos de Revalorización con Educación, Salud y Cultura en Entre Ríos) que se ocupa de prevenir y asistir en relación con consumos problemáticos y adicciones, entre otros actores sociales. Al trabajar con la misma población, estas organizaciones vieron la necesidad de realizar un abordaje en conjunto y actualmente se realizan reuniones una vez al mes con referentes de cada institución.

Una característica que se reiteró en todas las entrevistas a las profesionales que se desempeñan como personal de los CAPS, es que mencionaron los programas de salud vigentes y dieron detalles de su aplicación en los centros, pero no reconocieron si se trataban de planes nacionales o provinciales, excepto las trabajadoras sociales que sí pudieron indicar a qué jurisdicción corresponde cada uno.

La trabajadora social del CAPS Dogmak, Anahí Salva, mencionó el Programa Nacional Primeros Años - Acompañamos la Crianza que, si bien no forma parte de las políticas de salud destinadas a disminuir la mortalidad infantil, su aplicación tiene incidencia en la reducción del fenómeno desde la perspectiva del desarrollo humano. Este programa depende de la Subsecretaría de Derechos para la Niñez, Adolescencia y Familia de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Salud de la Nación y está destinado a mujeres embarazadas y a los responsables de la crianza de niños de 0 a 4 años. Se ocupa de capacitar a facilitadores en desarrollo infantil integral y a organizaciones de la sociedad civil y vecinos para crear redes comunitarias y fortalecer

las capacidades de crianza de las familias con niños de 0 a 4 años y personas gestantes en situación de vulnerabilidad social. Es uno de los programas más importantes porque el centro de salud se acerca a los domicilios y se establecen fuertes lazos entre el efector, las familias y la comunidad. Esto muestra que la concepción subyacente de salud que sostiene la aplicación del programa se relaciona con las premisas del desarrollo humano, en el sentido de entenderla como un aspecto integrante de una visión más global que la considera como un fenómeno que trasciende lo meramente biológico, abarcando implicaciones sociales, económicas y políticas de gran relevancia. Por otro lado, el CAPS Dogmak cuenta con un grupo de profesionales especializados en infancias debido a la gran cantidad de población pediátrica. Para dar una respuesta más ordenada y organizada a los requerimientos concretos de la comunidad que asiste, se formó un equipo de infancias con trabajadores sociales, psicólogos, psicopedagogos y fonoaudiólogas que buscan cubrir las necesidades de alfabetización o aprendizaje, que son las de mayor demanda.

A través de las entrevistas se identificó que el Programa Sumar es uno de los más destacados para la atención prenatal. En el caso del CAPS Newbery, la ginecóloga Natalia Bedoya señaló que con el dinero recaudado de la atención de embarazadas se compraron detectores de latidos, material para Papanicolaou y se realizaron arreglos edilicios para mejorar la atención. El Programa Remediar es otro de los más mencionados y las profesionales lo han destacado como un plan fundamental, ya que provee medicación a las embarazadas, como hierro, ácido fólico y antibióticos indispensables para su gestación. En ambos casos, se trata de programas nacionales, dado que, como se explicó precedentemente, la agenda de ODS se instrumenta de manera vertical descendente, desde la nación hacia las provincias. Ello es así en virtud del Decreto 499/2017, que establece el CNCPS como organismo responsable de coordinar las acciones para la implementación de la Agenda 2030.

En relación con lo último, tanto los profesionales que conforman la burocracia de base de salud como los directivos de los CAPS consultados mencionan desconocer de qué se tratan la Agenda 2030, los ODS y cuáles son sus implicancias. Si bien *a priori* este desconocimiento no obstaculiza la implementación de los diversos programas vigentes para disminuir la mortalidad infantil, sí se presenta como un problema a resolver para la

implementación de una atención médica integral y alineada con las metas globales de salud. Particularmente, en lo que respecta al ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, para alcanzarlo es clave que los profesionales de la salud estén familiarizados con él y con su meta 3.2, ya que la falta de conocimiento sobre el tema podría implicar limitaciones en la identificación adecuada de las necesidades de salud de sus pacientes que están relacionadas, como el acceso a agua potable, saneamiento, educación o atención de salud mental.

A propósito de la consulta sobre cuáles son las medidas para evitar la mortalidad infantil, las profesionales coinciden en que las acciones se dividen en pre y post-natales. Las primeras son las llevadas adelante durante la gestación y constan de controles de embarazo, detección precoz de problemas del crecimiento, control para prevención de partos prematuros y, en caso de que se detecte alguna patología en embarazadas, se las deriva al centro de mayor complejidad que es el Hospital San Roque. Con respecto a los controles post-natales, la Dra. Silvia Canle, pediatra del CAPS Illia, indicó que, entre las medidas de prevención de la mortalidad infantil, además del control del peso, talla y desarrollo psicomotor, se desarrolla el control de vacunas y que se detectó una baja del 80 % de las inmunizaciones. Esto produce un riesgo de resurgimiento de enfermedades que habían estado controladas, como el sarampión, ya que Argentina fue declarado país libre de esta enfermedad. Sin embargo, el virus fue reintroducido en el territorio por la inmigración procedente de países en los que esta inmunización no es obligatoria y pone en riesgo a los menores de un año.

En lo que atañe a la evaluación de los programas orientados a la reducción de mortalidad infantil, se destaca que ninguna de las profesionales de los CAPS consultadas tiene información al respecto. La mayoría coincide en que desde el centro de salud en que trabajan no se realizan evaluaciones, aunque algunas de ellas identifican al Ministerio de Salud de la provincia como el ente que lleva adelante algún tipo de control, sin poder especificar de qué se trata. Quienes aportaron información sobre el tema fueron la trabajadora social del CAPS Dogmak y la pediatra del CAPS Illia. La primera señaló que desde el Ministerio se generaron espacios de encuentros entre profesionales de salud mental que trabajan con infancias, pero no tiene conocimientos sobre los resultados de esas reuniones. La segunda mencionó que el Ministerio hace

informes con información recabada de la Sociedad Argentina de Pediatría y de UNICEF y los distribuyen a los médicos por mail. Se destaca entonces nuevamente la heterogeneidad en la comunicación para la revisión, con una suerte de “instituciones de apoyo”.

A lo largo de las entrevistas se aprecia que los programas de salud para la primera infancia se orientan a disminuir la mortalidad infantil y, en líneas generales, están en consonancia con la meta del ODS 3.2, pero varias profesionales señalaron que no se llevan adelante medidas para garantizar la equidad de acceso a dichos programas. Los testimonios muestran que las relaciones desarrolladas entre las áreas operativas de los CAPS, a través de trabajadores sociales y agentes sanitarios, y los diversos referentes comunales son estrategias *ad hoc* que responden a las necesidades comunales detectadas y que no encuentran una respuesta en los programas de salud nacionales o provinciales. Sin embargo, a pesar de contar con estos mecanismos de resolución de demandas insatisfechas por parte de los programas de salud, en lo atinente al acceso equitativo a los servicios de salud que proveen estos planes no se han llevado adelante acciones que logren garantizarlo, ni desde el ámbito institucional, ni desde las prácticas profesionales. Esta es una de las principales barreras y desafíos que enfrentan los CAPS de Paraná para la reducción de la mortalidad infantil, junto con la falta de recursos materiales y la falta de especialidades médicas que llevan a la necesidad de referir a los pacientes a centros de salud de mayor complejidad.

Otra de las barreras identificadas por las profesionales es la existencia de una gran cantidad de niños que no asisten a los controles programados y que conlleva la necesidad de actuación de los agentes sanitarios, pero que no pueden dar con su paradero porque indicaron sus domicilios de manera incompleta o se mudaron y se les pierde el rastro. En este sentido, reforzar los mecanismos de seguimiento y control constituye una necesidad de primer orden en el trabajo de prevención de la mortalidad infantil y se presenta como un área de vacancia de las políticas de salud implementadas por los CAPS de Paraná.

Como se ha señalado, los programas de salud implementados durante el período 2018-2019 en Paraná guardan relación con los objetivos establecidos en el punto 3.2 de los ODS, orientados a la reducción de la mortalidad infantil, a pesar de la falencia en el

acceso equitativo a los servicios. Si bien este aspecto, que es uno de los requisitos para alcanzar el desarrollo humano, se encuentra ausente, no tiene incidencia en el contenido de los programas de salud ni en las prácticas médicas, que son las que, en definitiva, definen si las acciones se orientan o no a la consecución de las metas del ODS 3.2.

5. Conclusiones

La Declaración de Alma-Ata, un hito en la historia de la salud pública, identificó la APS como una pieza clave para garantizar un nivel aceptable de salud para todos los habitantes del planeta y enfatizó la necesidad de incorporarla en los programas políticos de desarrollo, otorgándole mayor prominencia y reconocimiento. Por ello, en la presente tesis se buscó ampliar el enfoque de la salud, reconociendo el poder de la prevención y la existencia de múltiples determinantes, algunos de los cuales residen en ámbitos no sanitarios, es decir, basados en el modelo médico terapéutico tradicional. La salud debe situarse como un componente clave dentro de los programas de desarrollo, reconociendo su rol para reducir la pobreza y promover el desarrollo económico, donde el acceso universal y equitativo a la atención sanitaria cumplen un rol protagónico.

El análisis de los testimonios recabados entre las profesionales y directivos que integran el personal de los CAPS revela una serie de hallazgos significativos sobre la articulación efectiva de estos centros con organizaciones comunitarias y la implementación de programas de salud en el contexto de Paraná.

En primer lugar, se destaca que los CAPS llevan a cabo una variedad de actividades extramuros en colaboración con diversas instituciones de la comunidad, como clubes, escuelas, jardines de infantes, centros de jubilados e iglesias. Estas actividades, mayormente en forma de talleres de promoción de la salud, abordan temáticas comunes a todos los CAPS, como la lactancia, nutrición, y campañas de prevención de enfermedades estacionales. Ejemplos concretos incluyen el Programa Postas Respiratorias, destinado a reducir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias durante los meses de bajas temperaturas, y las campañas de invierno IRAB y Cuidame del Frío, enfocadas en abordar cuadros respiratorios.

A través de la presente investigación se logró identificar cuáles son los programas y proyectos nacionales y provinciales enfocados en la reducción de la mortalidad infantil implementados desde los efectores de atención primaria en Paraná. Entre estos programas, los profesionales de los CAPS mencionaron en mayor medida a los Programas Sumar y Remediar, aunque a lo largo de las entrevistas los directivos y las profesionales del área social dieron mayores precisiones sobre los programas implementados.

Relacionado con lo precedente, se identificó que la coordinación gubernamental multinivel en las políticas de salud en Argentina presenta diversas dificultades que obstaculizan su implementación efectiva y el logro de reducir la mortalidad infantil en menores de 5 años. Problemas explicados precedentemente como la descentralización asimétrica, vacíos de atención y dificultades para la coordinación efectiva, disparidad en las capacidades de gestión de los diferentes niveles de gobierno y diversos recursos financieros disponibles, dificultan la implementación homogénea de políticas y programas de salud. La recurrente deficiencia de los canales de comunicación entre los diferentes niveles de gobierno, sumada a los contextos políticos e ideológicos diversos, terminan dificultando la colaboración en la implementación de políticas. Si bien no forma parte de esta tesis el análisis de posibles soluciones, es importante mencionar que para superarlas se requieren medidas como fortalecer marcos legales, mejorar la comunicación, incrementar la participación, aumentar el financiamiento y establecer mecanismos de monitoreo y evaluación, ya que abordar estas dificultades es crucial para alcanzar una atención médica integral y alineada con las metas globales de salud.

En cuanto a las barreras y desafíos que enfrentan los CAPS en la reducción de la mortalidad infantil, se identificó la necesidad de una mayor coordinación intersectorial y una mejor articulación con otros actores de la comunidad para garantizar una atención integral, efectiva y un acceso equitativo a los servicios de salud. La falta de recursos y la limitada accesibilidad a servicios especializados también se presentaron como obstáculos a superar en la labor de reducir la mortalidad infantil.

A su vez, se estableció que las acciones implementadas en los CAPS se encontraban alineadas con las metas del ODS 3.2, que se refiere a la reducción de la mortalidad infantil. Estas acciones incluyen controles de embarazo, detección precoz de problemas

de crecimiento, prevención de partos prematuros y seguimiento postnatal para garantizar la salud y bienestar de los recién nacidos. A pesar de ello, tanto los profesionales de base de salud como los directivos de los CAPS consultados manifestaron desconocer la Agenda 2030 y los ODS, incluyendo sus implicaciones para el sector sanitario. Si bien esta falta de conocimiento no impide la ejecución de programas actuales para reducir la mortalidad infantil, sí representa un desafío para alcanzar una atención médica integral y alineada con las metas globales de salud. El ODS 3 y su meta 3.2 son particularmente relevantes en este contexto, ya que la falta de conocimiento sobre el tema podría limitar la identificación de necesidades de salud relacionadas con estos objetivos, como el acceso a agua potable, saneamiento, educación o atención de salud mental, obstaculizando así la implementación de estrategias preventivas y la colaboración intersectorial necesarias para alcanzar las metas globales de salud. Por este motivo, se considera crucial abordar el desconocimiento a través de medidas como la capacitación y el desarrollo de materiales informativos para ayudar a los médicos a identificar oportunidades para intervenciones preventivas que aborden las causas fundamentales de las enfermedades y promuevan la salud y el bienestar, en línea con el enfoque integral de los ODS.

Es importante destacar que la investigación mostró que las prácticas llevadas adelante por los CAPS para la APS no solo implicaron la provisión de servicios de salud básicos, sino también la participación activa de las comunidades en su propia salud. El compromiso de las comunidades son elementos fundamentales para el éxito de los programas de APS, especialmente en lo que respecta a la detección de necesidades y enfermedades. La APS provista por los centros de salud de Paraná está en consonancia con los principios del desarrollo humano, ya que coloca a las personas en el centro del desarrollo, siempre y cuando exista una colaboración efectiva entre todas las partes involucradas. Esto implica un compromiso de responsabilidad social por parte de los actores del sistema de salud para garantizar que la APS sea una realidad accesible y efectiva para todos.

Al centrarse en las personas y las comunidades, la APS busca promover la equidad sanitaria y construir sistemas de salud orientados hacia las necesidades reales de la población, a la vez que fortalece la confianza en las autoridades de salud al promover

una atención cercana y accesible. En principio y de manera implícita, la APS no solo “mejora la salud” de las personas, sino que también contribuye al desarrollo humano sostenible y a la construcción de sociedades más justas y equitativas.

A pesar de estas barreras, se evidencia un compromiso por parte de los CAPS y las organizaciones comunitarias para abordar las necesidades de salud de la población, especialmente en el contexto de la primera infancia. Si bien existen deficiencias en el acceso equitativo a los servicios de salud, los programas implementados en los CAPS están alineados con los objetivos de desarrollo sostenible, particularmente en la reducción de la mortalidad infantil.

La salud es una construcción colectiva con un componente ético, técnico y político que requiere de políticas sociales y económicas con inclusión. Desde la perspectiva del derecho, la salud es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación, es decir, que todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

El desafío de la inclusión y la equidad en salud implica entre algunas cosas lograr el acceso a los servicios con calidad y eficacia a todos por igual superando barreras geográficas, económicas, sociales y culturales, a través de una fuerte decisión política que requiere la construcción de estrategias universalmente demostradas como efectivas, pero adaptadas a las particularidades de cada población.

Referencias

- Amaro Cano, M. C. (2003). *El mundo árabe y la medicina*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, 2018
- Banerjee, A. y Duflo, E. (2012). *Repensar la pobreza. Un giro radical en la lucha contra la desigualdad global*. Taurus.
- Bentham, J. (2015). *Introducción a los principios de la moral y la legislación*. Marbot.
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 96-108.
- Bertolotto, A., Fuks, A. y Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36(94), 362-374.
- Buss, P. M., Fonseca, L. E., Galvão, L. A. C., Fortune, K. y Cook, C. (2016). Health in all policies in the partnership for sustainable development. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(3), 186-191.
- Calvo Solano, M. (1998). Atención primaria ambiental: un modelo para el desarrollo en el espacio de lo local. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 6(2).
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000200004&lng=en&tlng=es
- Ceriani Cernadas, J. M. (2019). Las causas principales de la prematuridad y los muy frecuentes trastornos que ocasionan. *Arch Argent Pediatr*, 117(4), 210-211.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). *Métodos y aplicaciones de la planificación regional y local en América Latina*. CEPAL.
- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2019). *Guía para el proceso de adaptación de los ODS en el gobierno provincial*.

- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (2021). *Guía de Programas Sociales*.
- Da Silveira, P. (2003). *John Rawls y la justicia distributiva*. Campo de Ideas.
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., Carcagno, A. y De Titto, E. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6), 452–460.
- Decreto 499/2017 [Poder Ejecutivo Nacional]. Establece el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales como el organismo responsable de implementación de la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. 13 de julio de 2017.
- Decreto 1506 de 2020 [Poder Ejecutivo de la Provincia de Entre Ríos]. Adhesión de la Provincia de Entre Ríos a la Agenda 2030 y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible impulsados por la Organización de Naciones Unidas en 2015. 24 de septiembre de 2020.
- Decreto 2524/2018 [Poder Ejecutivo de la Provincia de Entre Ríos]. Adhesión de la Provincia de Entre Ríos a la Resolución N° 900 E/17 del Ministerio de Salud de la Nación. 13 de agosto de 2018.
- Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Sánchez Pérez, Y. y Rodríguez Cruz, R. (2014). Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 255-267.
- Dois, A., Bravo, P., Contreras, A., Soto, M. G., & Mora, I. (2018). Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos [Training and competencies for primary care teams from the perspective of Chilean experts Treinamento e competências para equipes de atenção primária na perspectiva de especialistas chilenos]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 42, e147. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147>
- Fathalla, M. y Fathalla, M. M. F. (2008). *Guía práctica de investigación en salud*. OPS.

- Ferré, E. (1999). *La infancia como construcción social: hacia una nueva construcción de niñez y adolescencia* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí - Universidad de la República.
- Franco-Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94.
- Giraldo Osorio, A. y Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392.
- Gofin, J. y Gofin, R. (2012). *Salud comunitaria global. Principios, métodos y programas en el mundo*. Elsevier.
- Guzmán, J. M., & Orellana, H. (1986). Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en países seleccionados de América Latina ¿ nuevas tendencias?: los casos de Cuba, Chile y Costa Rica.
- Haq, M. (1995). *Reflections on Human Development*. Oxford University Press.
- Haq, M. (2004). The human development paradigm. En S. Fukuda-Parr y S. Kumar (eds.) *Readings in Human Development* (pp. 17-19). Oxford University Press.
- Kroeger, A. y Luna, R. (1987). *Atención Primaria de Salud*. Principios y métodos. OPS.
- Ley 10531 de 2017. Presupuesto de la Administración provincial. 4 de diciembre de 2017.
- Ley 10660 de 2018. Presupuesto general de la Administración provincial. 26 de diciembre de 2018.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3), 73–84.
- Marcó, L. N. (2012). *Reformulación del primer nivel de atención de Salud en Entre Ríos*. Programa Salud para Todos. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Marradi, A., Archenti N, y Piovani, J. I. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Siglo XXI.
- Mill, J. S. (1999). *El utilitarismo*. Alianza Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación (s/f) *Módulo 4: Herramientas para la Planificación y Programación Local. Colección Salud social y comunitaria - Guía para la construcción de herramientas para planificar y programar estrategias de salud en territorio.*

Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Entre Ríos. Perfil sanitario provincial.*

Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos (2019). *Boletín de Mortalidad Infantil, Fetal, Materna y Nacimientos. Año 2.019.*

Naciones Unidas (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3).* CEPAL.

Nussbaum, M. C. (2012). *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades.* Herder.

Nussbaum, M. C. (2016). *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano.* Paidós.

Nussbaum, M. y Sen A., (1996). *La calidad de vida.* Fondo de Cultura Económica.

Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe (16 de diciembre de 2019). *Convenios de localización de la Agenda 2030 con las provincias de Argentina.*

<https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/modalidades/convenios-de-localizacion-de-la-agenda-2030-con-las-provincias-de-argentina>

Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.*

Organización Mundial de la Salud (9 de septiembre de 2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Organización Mundial de la Salud (22 de febrero de 2023). *Mortalidad materna.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Panamericana de la Salud (1997). *Salud en el desarrollo humano: escenarios y prioridades para el nuevo milenio.* OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.* OPS.

- Organización Panamericana de la Salud (2008). La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. OPS.
- Ortega Landa, R. (2004). Amartya Sen: Utilitarianism, Ethics and Public Policy. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico*, 2, 149-152.
- Pardell, H. E. L. I. O. S. (2004). El nuevo profesionalismo médico: una ideología expresada en conductas. *Monografías Humanitas*, 7, 11-22.
- Pasarín Rúa, M. I., Miller, R. y Segura Benedicto, A. (2008). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Atención Primaria*, 40(3), 115-117.
- Picazzo Palencia, E., Gutiérrez Garza, E., Infante Bonfiglio, J. M. y Cantú Martínez, P. C. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales*, 19(37), 254-279.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones. Caminos al desarrollo humano*. PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2017). *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030*. PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022a). El Mapa del Desarrollo Humano en Argentina. *Serie de Políticas para la Recuperación*, 4. PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022b). *Informe sobre Desarrollo Humano 2021/2022. Tiempos inciertos, vidas inestables. Configurar nuestro futuro en un mundo en transformación*. PNUD.
- Programa de Fortalecimiento Institucional de la Subsecretaría de Planificación Territorial de la Inversión Pública (2017). *Plan Estratégico Territorial Paraná, Entre Ríos*.
- Provincia de Entre Ríos (s. f.a). *Presupuesto 2018. Carácter 1: Administración Central. Jurisdicción 45: Ministerio de Salud. Subjurisdicción 00: Ministerio de Salud. Descripción de los Programas*.

https://www.entrerios.gov.ar/presupuesto/leypres/2018/pdf/01_45_00_LIST_DESC_F7.pdf

Provincia de Entre Ríos (s. f.b). *Presupuesto 2018. Carácter 1: Administración Central. Jurisdicción 45: Ministerio de Salud. Subjurisdicción 00: Ministerio de Salud. Política de la Jurisdicción.*

https://www.entrerios.gov.ar/presupuesto/leypres/2018/pdf/01_45_00_LIST_DESC_F1.pdf

Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica.

Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(12), 2371-2382.

Rovere, M (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. OPS.

Sen, A. (1979). Equality of What? En S. McMurrin, *Tanner Lectures on Human Values*, 1. Cambridge University Press.

Sen. A. (1992). *Inequality Reexamined*. Claredon Press.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.

Suárez, G. y Gasparini, G. (2019). *Políticas públicas multinivel. Aportes para su gestión [Ponencia]*. Primer Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Villa María, Villa María, Córdoba.

United Nations Children's Fund (2018). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. UNICEF.

Vilches, A., Macías, O. y Pérez, D. (2014). La transición a la Sostenibilidad. Un desafío urgente para la ciencia, la educación y la acción ciudadana. Temas clave de reflexión y acción. *Documentos de Trabajo de Iberciencia*, 1. OEI.

World Health Organization (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. WHO.

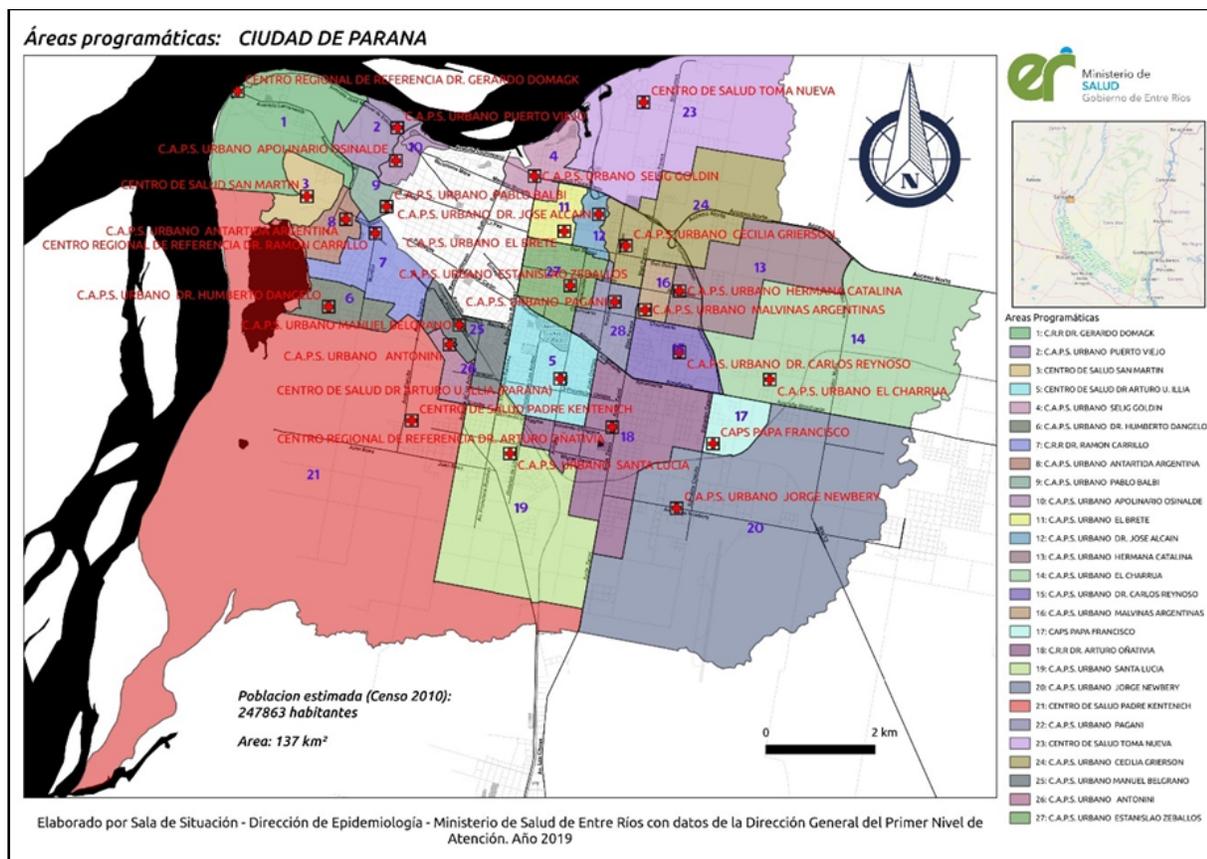
World Health Organization (2020). *Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. WHO.

Albornoz Zamora, E. J., Guzmán, M., Arteaga Yáñez, Y. L., Ortega Guevara, N. M., Luna Alvarez, H. E., Castillo Castillo, M. A., ... & Ovando Ochoa, F. D. (2022). Cuidados humanos como eje de la Enfermería en la Salud.

Zorrilla, A. (2020). *Atención Primaria de la Salud. Conceptos Básicos. Experiencia en la Provincia de Formosa, Argentina*. Ciccus.

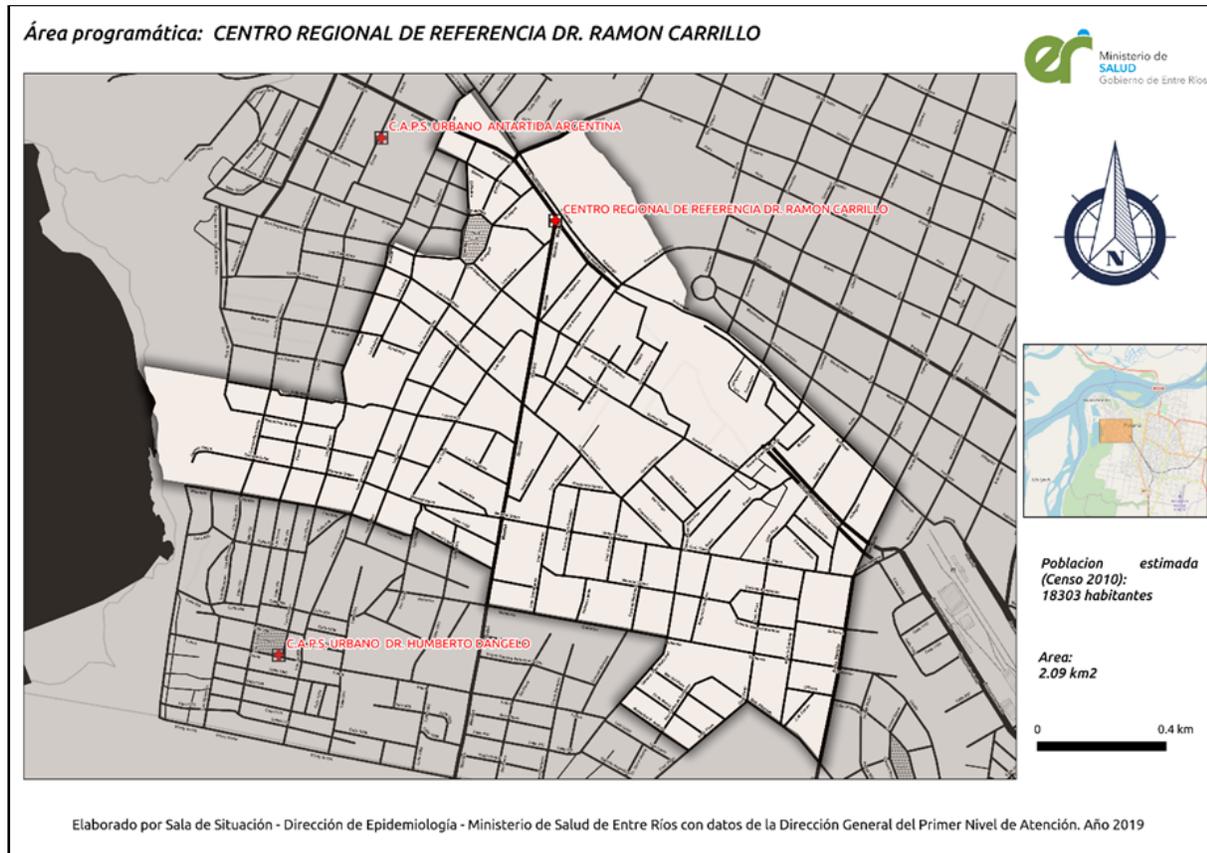
Apéndice

Área programática: Ciudad de Paraná



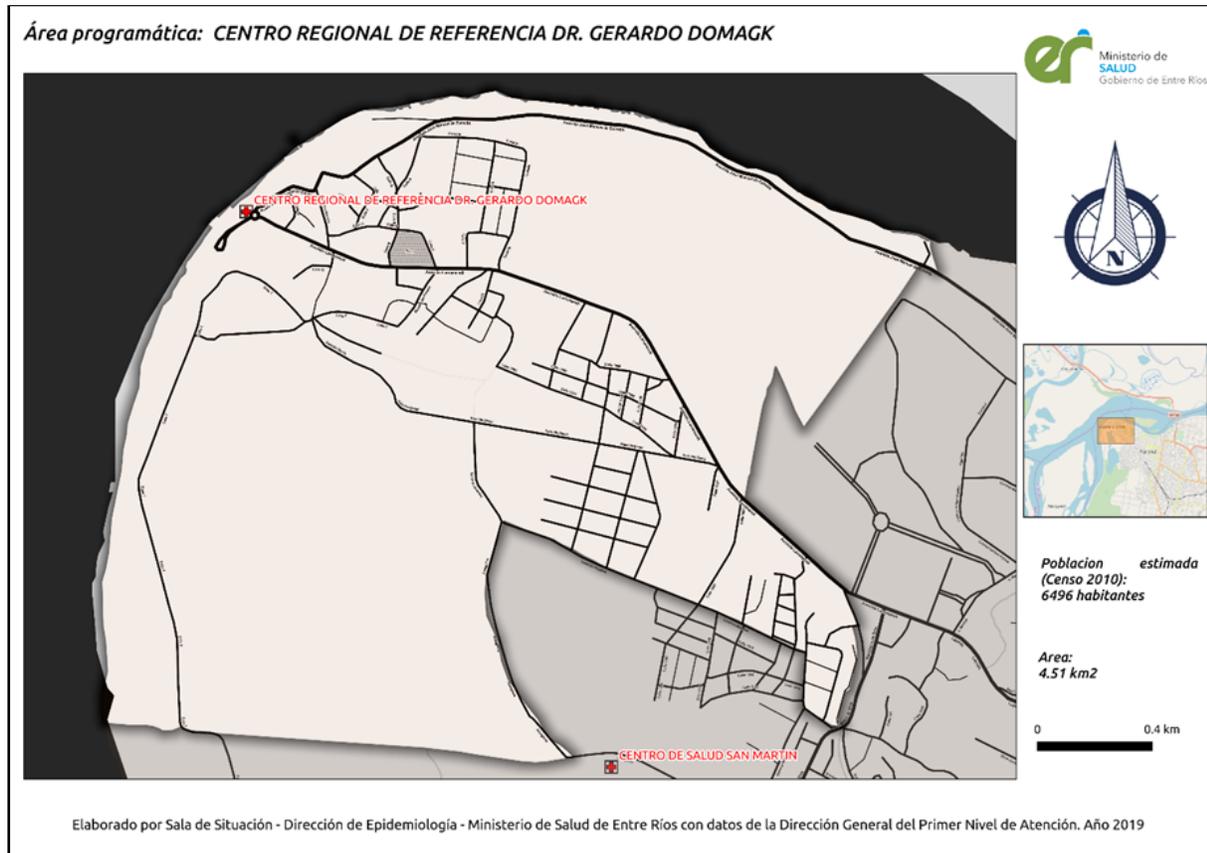
Nota: Área programática: Ciudad de Paraná. Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2019. Disponible en: <https://www.entrieros.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/ciudad-de-paran.jpeg>

Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Ramón Carrillo



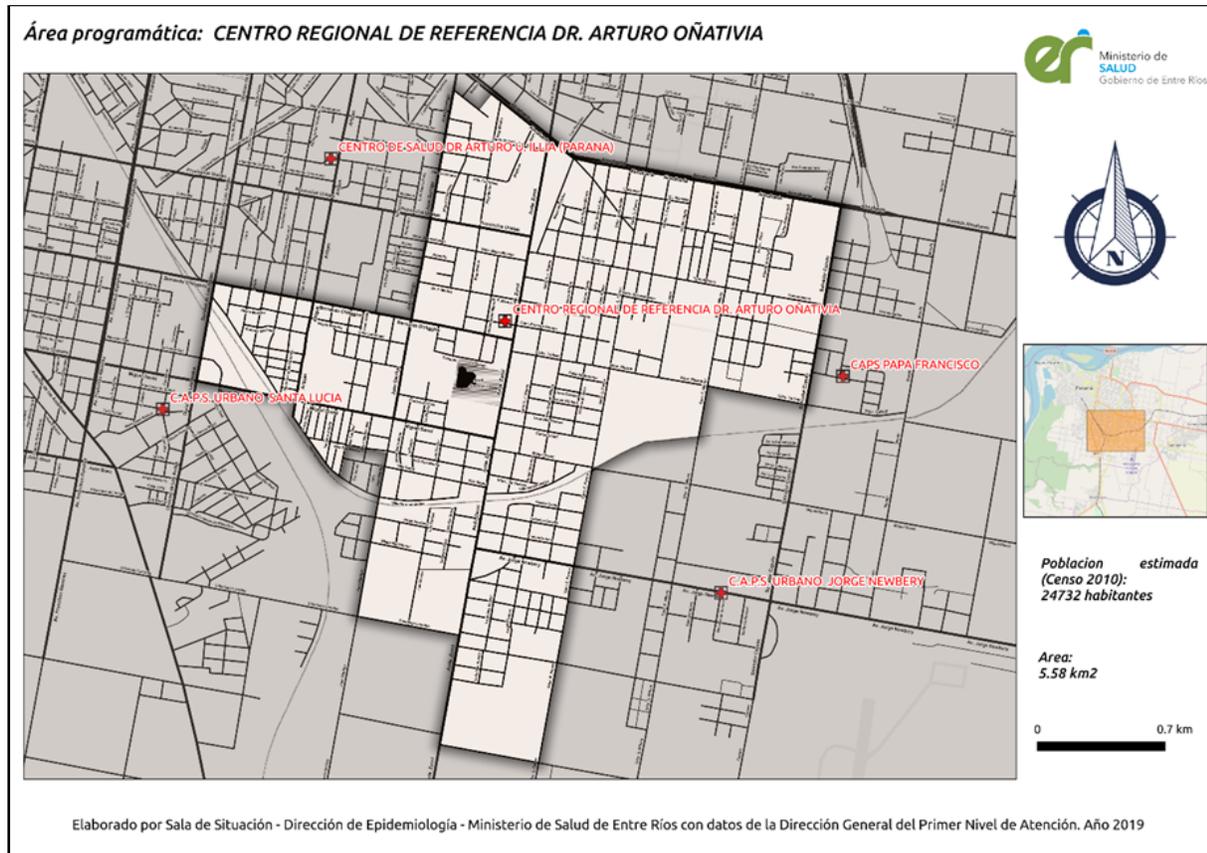
Nota: Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Ramón Carrillo. Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2019. Disponible en: <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/centro-regional-de-referencia-dr.-ramon-carrillo.png>

Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Gerardo Dogmak



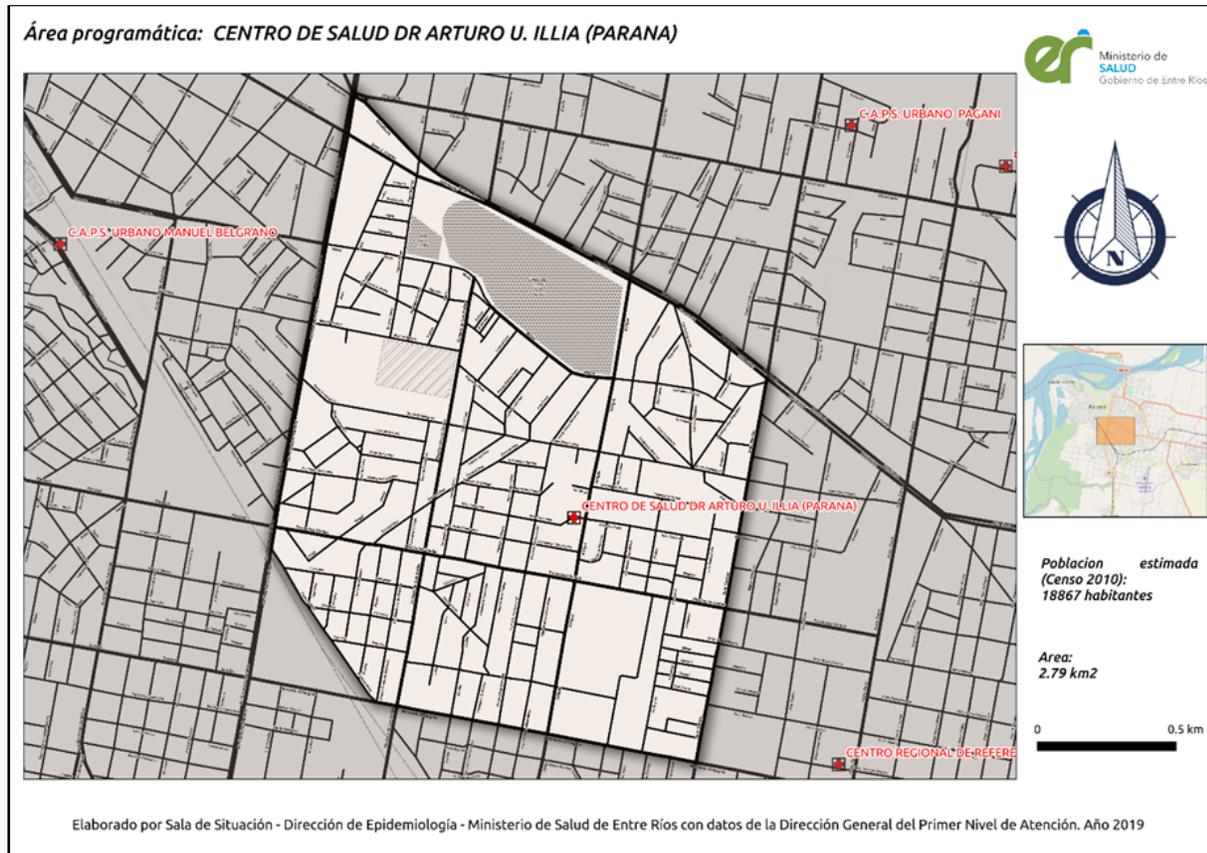
Nota: Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Gerardo Dogmak. Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2019. Disponible en: <https://www.entrieros.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/centro-regional-de-referencia-dr.-gerardo-domagk.png>

Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Arturo Oñativia



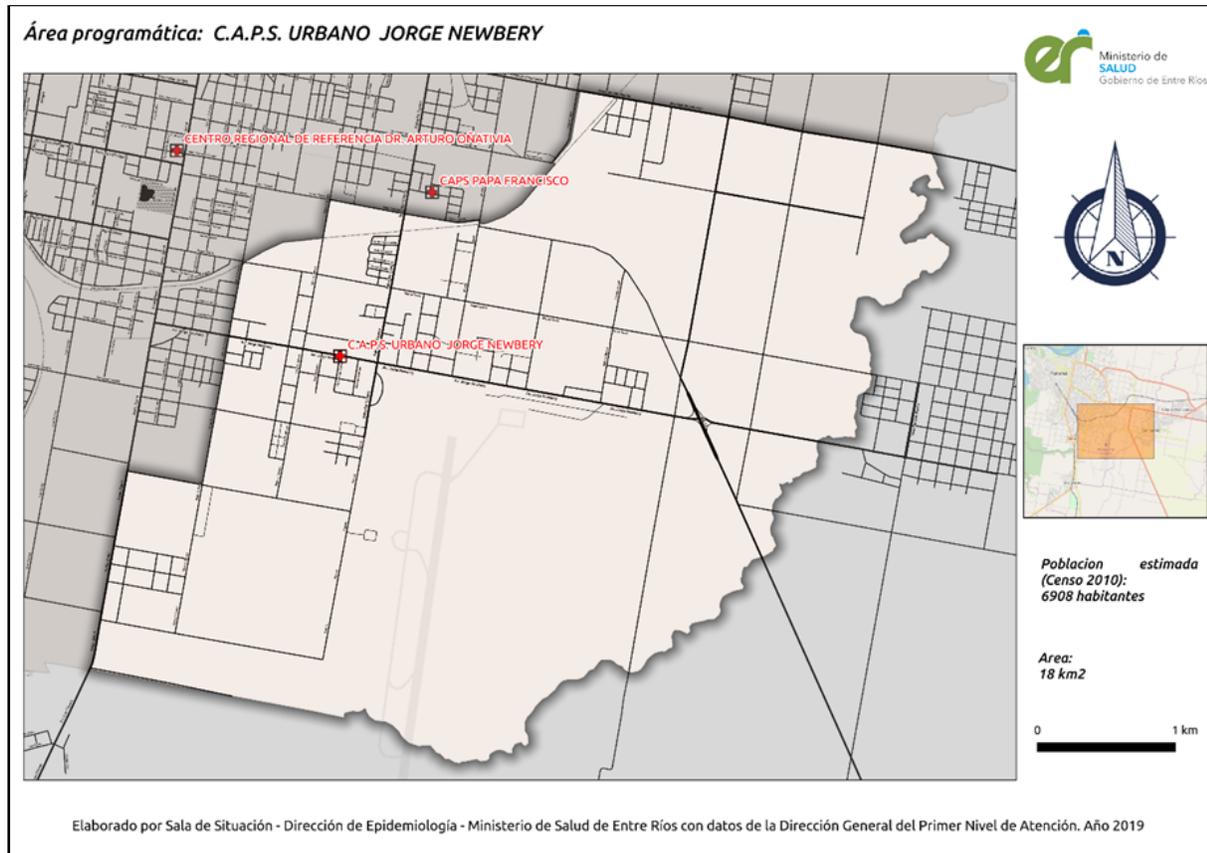
Nota: Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Arturo Oñativia. Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2019. Disponible en: <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/centro-regional-de-referencia-dr.-arturo-oativia.png>

Área programática: Centro de Salud Dr. Arturo Illia



Nota: Área programática: Centro Regional de Referencia Dr. Arturo Illia. Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2019. Disponible en: <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/centro-de-salud-dr-arturo-u.-illia-parana.png>

Área programática: CAPS Urbano Jorge Newbery



Nota: Área programática: CAPS Urbano Jorge Newbery. Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2019.
Disponible en: <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2019/10/c.a.p.s.-urbano-jorge-newbery.png>

Anexo

Cuestionario de entrevistas a directores de CAPS de Paraná

1. Nombre del entrevistado.
2. Cargo y área de trabajo en el CAPS.
3. ¿Cómo definiría la relación del centro de salud con la comunidad y, más específicamente, con las instituciones u organismos del área programática?
4. ¿Cuáles son los programas nacionales o provinciales para la disminuir la mortalidad infantil que se implementaron? ¿Podría describir brevemente las características de los programas y cómo fueron gestionados?
5. ¿Cuáles son los cuidados y controles pre, peri y post-natales que ofrece el centro de salud a la población?
6. ¿Cuáles son los programas nacionales o provinciales para la salud materna que se implementaron? ¿Podría describir brevemente las características de los programas y cómo fueron gestionados?
7. ¿Cuál es el criterio que primó (2018-2019) en las derivaciones a otros efectores de salud y a centros de mayor complejidad?
8. ¿Cuál es la dinámica de comunicación entre el centro de salud y el Hospital Materno Infantil “San Roque” para los controles post-natales de la madre y los controles de la primera infancia en el niño?
9. ¿Existen otras acciones, más allá de los programas nacionales o provinciales y los controles, que se lleven a cabo con las madres en el período pre y post-natal? Por ejemplo, los cargos de promoción del ejercicio físico.
10. ¿Se realizan actividades en conjunto con otros organismos o instituciones – escuelas, de los diferentes niveles, iglesias, comedores comunitarios, asociaciones civiles, etc.?
11. ¿Existen referentes dentro de estos organismos, que usted recuerde, que medien en la relación con la comunidad o tengan un papel destacado en la relación con los usuarios del centro de salud?

12. ¿Cómo influye la relación con los referentes de la comunidad en el desarrollo de los programas nacionales o provinciales y en el desarrollo de acciones extramuro? Por ejemplo, las Asesorías en Salud.

Cuestionario de entrevistas a agentes sanitarios, trabajadores sociales y personal de salud de CAPS de Paraná

1. Nombre del entrevistado.
2. Cargo y área de trabajo en el CAPS.
3. ¿Cómo definiría la relación del centro de salud con la comunidad y, más específicamente, con las instituciones u organismos del área programática?
4. ¿Cuáles son los programas nacionales o provinciales para la reducción de la mortalidad infantil que se implementaron? ¿Podría describir brevemente las características de los programas y cómo fueron gestionados?
5. ¿Cuáles son los cuidados y controles pre, peri y post-natales que ofrece el centro de salud a la población?
6. ¿Qué medidas específicas se han tomado en el centro de salud para abordar la mortalidad infantil en el período mencionado? ¿En qué medida esas acciones han contribuido a la consecución de este objetivo?
7. ¿Cuáles fueron los criterios utilizados para identificar y priorizar las necesidades de salud infantil en la comunidad atendida por el centro de salud?
8. ¿Se evaluó el impacto de estos programas en la salud infantil y en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años?
9. ¿Cuál es el criterio que primó (2018-2019) en las derivaciones a otros efectores de salud y a centros de mayor complejidad?
10. ¿Cuál es la dinámica de comunicación entre el centro de salud y el Hospital Materno Infantil “San Roque” para los controles post-natales de la madre y los controles de la primera infancia en el niño?
11. ¿Existen otras acciones, más allá de los programas nacionales o provinciales y los controles, que se lleven a cabo con las madres en el período pre y post-natal? Por ejemplo, los cargos de promoción del ejercicio físico.
12. ¿Se llevaron a cabo campañas de concienciación o educación dirigidas a la prevención de enfermedades infantiles y la promoción de estilos de vida saludables para familias y cuidadores durante este período?

13. ¿Se implementaron medidas específicas para garantizar la equidad en el acceso a estos programas por parte de toda la población infantil, incluyendo grupos vulnerables y marginados?

14. ¿Se realizan actividades en conjunto con otros organismos o instituciones –escuelas de los diferentes niveles, iglesias, comedores comunitarios, asociaciones civiles, etc.?

15. ¿Existen referentes dentro de estos organismos, que usted recuerde, que medien en la relación con la comunidad o tengan un papel destacado en la relación con los usuarios del centro de salud?

16. ¿Cómo influye la relación con los referentes de la comunidad en el desarrollo de los programas nacionales o provinciales y en el desarrollo de acciones extramuro? Por ejemplo, las Asesorías en Salud.