



FLACSO
ARGENTINA

Área de Estado y Políticas Públicas

Tesis para optar por el Título de Magister en Políticas públicas y Desarrollo

Título

“Cursos de Vida y los determinantes de la Salud Pública en la Provincia de La Rioja”

Tesista: Sergio Guillermo Busca Higa

Director de Tesis: Dra. Sara Zurita Martínez, PhD

Lugar y Fecha: Buenos Aires, 2024

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte fundamental de este viaje académico y personal que culmina con la realización de mi tesis de maestría.

A mis padres Armando y Amalia les debo más de lo que las palabras pueden expresar. Su amor incondicional, paciencia interminable y sacrificios silenciosos han sido la base para el desarrollo de mi vida, cada página escrita, cada desafío superado, es una manifestación de la educación, los valores y el amor que ustedes me han brindado a lo largo de los años.

Quiero dedicar un espacio especial de agradecimiento a mis hijos, Mariano y Santino, quienes, a pesar de la distancia física, siempre han estado cerca de mi corazón, Gracias por comprender mis ausencias, por alentarme desde lejos y por ser mis mayores impulsores, incluso a través de la distancia. Este logro no sería posible sin la inspiración que ustedes representan en mi vida.

Quiero dedicar unas palabras de agradecimiento a mi compañera de vida, Natacha has sido mi roca y mi mayor apoyo en cada paso de este viaje hacia la culminación de mi tesis de maestría, espero que este logro sea el primero de muchos que compartiremos en nuestra vida juntos. Agradezco cada momento a tu lado y ansío continuar construyendo nuestro futuro en equipo.

A toda la Familia que de alguna manera compartimos risas, lágrimas y momentos inolvidables a lo largo de esta travesía. Gracias por ser mi red de apoyo, por entender mis ausencias y celebrar mis éxitos como propios.

A mis profesores quienes han guiado mi aprendizaje con sabiduría y dedicación. en especial a mi amiga y directora de tesis Sara, agradezco su disponibilidad para discutir ideas, resolver dudas y brindar valiosos comentarios que han enriquecido significativamente mi trabajo, su compromiso y dedicación han dejado una marca indeleble en mi desarrollo académico, como también en todos nuestros años de amistad.

Finalmente, quiero expresar mi profundo agradecimiento a FLACSO Argentina por brindarme la oportunidad de realizar esta maestría. Esta experiencia ha sido invaluable, y estoy agradecido por la calidad de la educación recibida.

Este logro no es solo mío, sino de todos ustedes que han sido parte de mi viaje. Gracias por ser mis pilares, mi inspiración y mi motivación. Este diploma es un testimonio de nuestro esfuerzo colectivo y dedicación.

Con gratitud y aprecio, Sergio.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
1. Planteamiento general	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Objetivos de la investigación	3
1.2.1. Objetivo general	3
1.2.2. Objetivos específicos	3
1.3. Justificación de la investigación	4
CAPÍTULO II	6
2. Marco teórico conceptual	6
2.1. Indagaciones Preliminares	6
2.2. Bases teóricas	18
2.2.1. Edad, etapas de vida, transiciones y desigualdades sociales	27
2.2.2. Cambio generacional	29
2.3. Características generales del Sistema de Salud Argentino	31
2.3.1. Desigualdades en salud	33
2.3.2. Derechos Humanos y Derechos a la Salud	35
2.3.3. Determinantes Sociales de la Salud	36
2.3.4. Equidad	39
2.3.5. Género	40
2.3.6. Etnicidad	40
CAPÍTULO III	43
3. Estrategia metodológica	43

3.1. Diseño metodológico	43
3.2. Técnicas de recopilación y recolección de datos	44
3.3. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45
3.4. Procedimiento de muestreo	45
3.5. Factibilidad	46
CAPÍTULO IV	47
4. Presentación y análisis de resultados	47
4.1. Marco normativo	53
4.1.1. Ejes de trabajo acordes a los ODS	53
4.2. Estado de situación de la población de La Rioja	56
4.2.1. Proceso de priorización provincial de objetivos y metas internacionales y nacionales	56
4.3. Análisis de situación del sector salud en la provincia de La Rioja	61
4.3.1. Consideraciones sociodemográficas	67
4.3.2. Empleo y protección social	68
4.3.3. Educación	68
4.3.4. Vivienda y hábitat	70
4.3.5. Pobreza	70
4.3.6. Salud	71
4.3.7. Personal médico y de enfermería	76
4.4. Red de servicios de salud de la provincia de La Rioja	79
4.5. Abordaje por cursos de vida	91
4.5.1. Estrategia de abordaje por cursos de vida	91

4.5.1.1. Cuidados en el periodo prenatal por cursos de vida	101
4.5.1.2. Cuidados del niño por cursos de vida	102
4.5.1.3. Cuidados del adolescente por cursos de vida	102
4.5.1.4. Cuidado del joven-adulto por cursos de vida	103
4.5.1.5. Cuidados del adulto por cursos de vida	103
4.5.1.6. Cuidados del adulto mayor por cursos de vida	104
4.5.2. Acciones para el abordaje territorial	104
4.5.3. Características de la estrategia	110
CAPÍTULO V	112
5. Conclusiones	112
CAPÍTULO VI	118
6. Discusiones	118
CAPÍTULO VII	123
7. Reflexión final	123
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXO I	142
Índice de figuras y tablas	142

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO GENERAL

En el desarrollo de este primer capítulo se realiza la presentación y descripción general de la investigación como una instancia fundamental para contextualizar y desarrollar el tema en estudio: Cursos de vida y los determinantes de la salud pública en la provincia de La Rioja.

De esta manera, a continuación se describe el problema de la investigación, así como los objetivos que la enmarcan y su respectiva justificación, con el fin de alcanzar la estructura central que determinará, orientará y justificará el proceso de esta investigación.

1.1. Planteamiento del Problema

A nivel mundial, la salud de las personas constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y su adaptación permite el crecimiento, desarrollo individual y social, requisito indispensable para el desarrollo de la población con equidad. Por esta razón, el presente trabajo tomará el enfoque desde la perspectiva por cursos de vida (ECV) como modelo y abordará los momentos del continuo de la vida, de este modo reconocer que el desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, como también de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, de la misma forma, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

Los determinantes de la salud son el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Las dimensiones cursos de vida y determinantes de la salud se relacionan y generan un impacto sobre las vidas individuales y colectivas de toda la sociedad. Así mismo, los modos institucionales de regulación del trayecto de vida, el rol que juega el sistema socioeconómico y las políticas del estado también se harán sentir sobre la historia de vida de cada individuo inserto en una sociedad.

En 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, conocida como “Declaración de Alma Ata”, de gran importancia en la historia de la salud mundial contemporánea, la cual tuvo el gran valor de reconocer las graves desigualdades existentes y reclamar un “nuevo orden mundial” que permitiera “salud para todos” a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

En América Latina, se observa que durante la última década se ha asistido a cambios importantes en relación con el perfil demográfico, como así también epidemiológico de la población y a transformaciones en la gestión y financiamiento de los sistemas de salud nacionales, dejando en evidencia las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud de toda la población.

A nivel país, en estos últimos años, ha habido avances en la perspectiva de la salud integral en los distintos programas y direcciones del Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, la implementación resulta muchas veces heterogénea ya que no todas las provincias de Argentina cuentan con los mismos dispositivos, presupuestos y posibilidades de acceso a la salud.

Finalmente, en la provincia de La Rioja, en consonancia con las políticas sanitarias de atención impulsadas por el Ministerio de Salud de la Nación, se llevan a cabo las estrategias de abordaje, que son puestas en práctica en la provincia y que hasta el momento, si bien se han logrado avances en las diferentes líneas estratégicas, no han alcanzado el impacto deseado en salud. Aún persisten inequidades que trascienden generaciones y que no se han podido superar.

En definitiva, las generaciones actuales, independientemente de su edad, deberían tener la oportunidad de alcanzar su potencial de salud y tener una vida mejor sin comprometer su futuro ni el futuro de las próximas generaciones.

El lugar elegido para este estudio es la provincia de La Rioja, tanto la ciudad capital como las diferentes jurisdicciones, que pueden mostrar tendencias de inequidad y accesibilidad a la red de salud pública provincial.

Teniendo esto presente, la pregunta problema de esta investigación es:

¿Cuál es la estrategia de abordaje desde el enfoque por “Cursos de Vida” para el fortalecimiento del sistema de salud de la provincia de La Rioja?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo General

Describir la estrategia de abordaje desde el enfoque por cursos de vida para el fortalecimiento del sistema de salud público de la provincia de La Rioja.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Describir el contexto en el que se desarrolla la situación de salud de la población a partir de los indicadores de los determinantes de la salud en provincia de La Rioja.
2. Describir el estado de salud a partir de indicadores de resultado sanitarios.
3. Identificar y describir el marco normativo del enfoque por cursos de vida dentro del sistema sanitario.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los motivos para realizar esta investigación se dan en el marco de un panorama dinámico, en el cual se requiere un modelo de atención renovado como también universal, para la construcción y el fortalecimiento de una salud pública más justa y equitativa.

En ese contexto, se desprende este trabajo que surge de la necesidad de profundizar sobre la temática del enfoque por curso de vida, con el fin de proponer un cambio de paradigma en la salud pública, pensando de un modo diferente de abordar las brechas en salud, e ir a la raíz de éstas. Al mismo tiempo, significa reforzar el compromiso, la justicia y la equidad; de este modo, ver a la persona en su trayectoria de vida, como un todo. Es necesario resaltar también y poder visibilizar las causas sociales de la enfermedad, a partir de lo mencionado anteriormente, incrementar la participación de las poblaciones y articular voluntades.

El desarrollo de esta temática aportará aspectos relevantes con el objetivo de ampliar las fronteras del conocimiento para la formulación de una política pública bajo una estrategia en la atención de salud en el sistema público provincial, centrada

en las personas y no en la enfermedad, teniendo como beneficiarios de esta estrategia, a todas y todos los riojanos.

Asimismo, se pretende dar sustento a una estrategia para fortalecer el acceso y la equidad del sistema público de salud provincial, desarrollando una reingeniería de los servicios de salud con una visión más integral y menos fragmentada del sistema. De esta manera, teniendo en cuenta tanto el contexto físico como social, permitirá optimizar el efecto de las intervenciones a partir de la identificación de los momentos más sensibles y oportunos, como así también para su implementación de manera efectiva en todo el sistema público de la provincia. En este sentido, el derecho a la salud se transforma en un proyecto político social.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En el presente capítulo se abordará el estudio del enfoque por cursos de vida. Si bien este enfoque tiene aplicaciones en diversas áreas, como la salud, la educación, la política y el trabajo social, nos puede ayudar a comprender las experiencias y necesidades de las personas en diferentes etapas de la vida, lo que puede ayudar a desarrollar intervenciones efectivas para promover la salud y el bienestar a lo largo del curso de vida.

Es por ello por lo que, a lo largo del capítulo, se realiza una sistematización de los supuestos teóricos, conceptuales, normativos que enmarcan la investigación y que son fundamentales para el buen desarrollo de ésta.

Se conectan conceptos a fin de brindar un panorama integral que permita lograr el objetivo propuesto en el presente estudio.

De esta manera, el desarrollo del capítulo permitirá identificar que las referencias bibliográficas que en este campo son variadas e incluyen un gran compendio de estudios que permiten un acercamiento al tema a investigar.

2.1. Indagaciones Preliminares

A los efectos de una mejor interpretación de las indagaciones preliminares se analizarán antecedentes tomando artículos científicos y tesis similares a este estudio, las cuales contienen al menos una variable de investigación y su objetivo general se asemeja al presente trabajo.

Kira (2022) en su estudio *Taxonomy of stressors and traumas: An update of the development-based trauma framework (DBTF): A life-course perspective on stress and trauma*, propone realizar una actualización de la taxonomía basada en el desarrollo de factores estresantes y traumas desde una perspectiva de curso de vida, la autora incluye en este estudio la pre identidad (nacimiento complicado, trastornos del apego, adversidades en la primera infancia), traumas de identidad (físicos, personales y sociales), interdependencia (primaria, secundaria y terciaria) y estresores y traumas del envejecimiento.

Es así como identifica cuatro fuentes y vías principales de estos factores estresantes basados en el desarrollo: intrapersonal, interpersonal, sistémico y ambiental.

Por ello, las fuentes sistémicas se dividen en “A” sistémicas, incluidos los traumas perpetrados por grupos, instituciones o gobiernos, y “B” sistémicas, traumas como las recesiones y el calentamiento global. Además, las fuentes y vías ambientales se dividen en ambientales “A” (físicas), traumas como terremotos y huracanes, y ambientales “B” (biológicos/patógenos), traumas como pandemias.

La autora, pone en discusión las diferentes tendencias en la definición de trauma y sus limitaciones considerando los datos empíricos recientes que proporcionaron evidencia de la validez predictiva limitada del modelo actual de trastorno de estrés postraumático y, al enfrentar eventos graves de la vida real como la pandemia de COVID-19.

En conclusión, menciona que la macro dinámica de acumulación y proliferación y la interacción entre los estresores y traumas de preidentidad,

identidad y posidentidad determinan el impacto total en la salud mental desde una perspectiva de curso de vida.

Jones *et al.* (2019) expresa en el estudio *Life Course Approaches to the Causes of Health Disparities*, cómo las exposiciones físicas, ambientales y socioeconómicas socialmente modeladas en diferentes etapas del desarrollo humano dan forma a la salud dentro y entre generaciones, también ofrece las siguientes cuatro estrategias para guiar este proceso: (1) avanzar en la comprensión de las exposiciones múltiples y sus interacciones, (2) integrar los enfoques del curso de vida en la comprensión de los mecanismos biológicos, (3) explorar la transmisión transgeneracional de las disparidades en la salud, y (4) integrar los enfoques del curso de vida en las intervenciones de disparidades de salud. El autor plantea como desafío el apoyo del enfoque del curso de vida y la tensión entre los recursos para abordar la inmediatez de los problemas de salud pública y los tiempos antes de que una inversión en investigación genere conocimiento práctico. Es así como, reducir las disparidades de salud requiere una acción oportuna hoy. Sin embargo, la persistencia de las disparidades en la salud, a pesar del mandato de varias décadas para eliminarlas.

En conclusión, los enfoques del curso de vida pueden conducir a conocimientos etiológicos sobre los procesos de desarrollo los cuales generan disparidades antes de la concepción, prenatalmente, durante la infancia y la primera infancia, durante la adolescencia, la edad adulta media, la edad adulta avanzada y entre generaciones.

También estos enfoques tienen la capacidad de informar el diseño y el momento óptimo del curso de vida y como así también de las intervenciones en esos procesos.

Para concluir, los autores plantean que pueden proporcionar conocimientos etiológicos sobre cómo la identidad social y la posición dentro de las estructuras sociales influyen en las trayectorias de salud.

Ferrucci *et al.* (2016), en su trabajo denominado *Age-Related Change in Mobility: Perspectives From Life Course Epidemiology and Geroscience*, afirma que la movilidad es la capacidad física más estudiada y relevante que afecta a la calidad de vida de las personas, afirma que se pueden adquirir patrones eficientes de movilidad durante el desarrollo incluso por parte de los niños afectados por deficiencias graves. De forma análoga, los deterioros asociados a la edad en los sistemas fisiológicos relacionados con la movilidad se compensan y las limitaciones abiertas de movilidad sólo se producen cuando la gravedad ya no se puede compensar.

En este marco, resulta importante comprender la historia natural de estos primeros cambios e intervenir en ellos sería probablemente la estrategia más eficaz para reducir la carga de la discapacidad en la población.

En conclusión, ampliar este enfoque a otros dominios fisiológicos requiere recopilar e interpretar datos de estudios epidemiológicos del curso de vida, establecer medidas normativas de movilidad, función y actividad físicas, y conectarlos con las trayectorias del curso de vida de los dominios fisiológicos relevantes para la movilidad.

Según los autores Davis *et al.* (2016), en su estudio denominado *Aging and Hearing Health: The Life-course Approach*, plantea las causas, las consecuencias como así también, las implicaciones de aplicar una política práctica en relación con la magnitud de la pérdida auditiva desde la perspectiva del curso de la vida.

En este trabajo se afirma que las habilidades sensoriales disminuyen con la edad. Más del 5% de la población mundial, aproximadamente 360 millones de personas, tienen pérdida auditiva discapacitante.

En consecuencia, afirman que la capacidad auditiva es un tema importante en la medicina geriátrica porque está asociada con numerosos problemas de salud, que incluyen deterioro cognitivo acelerado, depresión, mayor riesgo de demencia, equilibrio deficiente, caídas, hospitalizaciones y mortalidad temprana.

También, manifiestan que hay implicaciones sociales, como la reducción de la función de comunicación, el aislamiento social, la pérdida de autonomía, el deterioro de la capacidad de conducción y el declive financiero.

En conclusión, el inicio de la pérdida auditiva es gradual y sutil, afectando primero la detección de sonidos agudos y dificultando la comprensión del habla en ambientes ruidosos, pero no en ambientes silenciosos. En consecuencia, son comunes los retrasos en el reconocimiento y la búsqueda de ayuda para las dificultades auditivas.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, afirman que para terminar la pérdida auditiva relacionada con la edad no tiene cura conocida y las tecnologías (audífonos, implantes cocleares, y dispositivos de asistencia) mejoran los umbrales, pero no restablecen la audición a la normalidad.

Atendiendo a estas consideraciones, la salud auditiva se puede lograr de muchas maneras, afirmando que una de las posibilidades es a través de comunidades proactivas y de iniciativas como de legislación de atención médica de apoyo, entonces el estudio de la salud auditiva podrá reconceptualizarse dentro de un curso de vida más amplio con modelos de envejecimiento saludable.

Como expresa Calabrese (2021) en su trabajo "*Childhood cognitive skills and later life presence of chronic diseases: a life-course approach*", el autor propone determinar si las habilidades cognitivas más altas están asociadas con un menor riesgo de enfermedades crónicas utilizando el enfoque del curso de vida junto con regresiones estadísticas.

Se utilizan datos de una cohorte de personas mayores de 50 años, con una regresión lineal múltiple, sumando la variable ingreso del hogar. También, se adopta la regresión logística binaria para investigar las tasas de actividad y las habilidades cognitivas.

Dentro de este marco, se encuentra que las personas que tenían mayores habilidades cognitivas a los 10 años tienen menos probabilidades de sufrir una enfermedad crónica, mientras que el riesgo es mayor para aquellos que tenían habilidades cognitivas por debajo del promedio a la edad 10 años. En cuanto a los ingresos, la regresión sugiere que cuanto más altos son, menos probable es que sean sujetos a condiciones de salud crónicas, aunque medien habilidades cognitivas.

En resumen, el estudio sugiere que, con respecto al enfoque del curso de vida, se dan dos aspectos principales que parecen influir en la aparición de enfermedades crónicas.

Los comportamientos preventivos de enfermedades y condiciones socioeconómicas son dos aspectos combinados que dan forma al camino de la situación inicial, con diferentes resultados en función de las elecciones y de las conductas del individuo.

Desde una perspectiva política, afirma que las campañas que abogan por un estilo de vida saludable pueden hacer que las personas entiendan la importancia de las elecciones en el desarrollo de la salud a lo largo de la vida.

Los autores Hosking *et al.* (2011), en su trabajo denominado "*A life course approach to injury prevention: a "lens and telescope" conceptual model*", plantean una revisión de los conceptos centrales de lesiones, como también de los principios del enfoque del curso de vida, por otra parte, muestran el desarrollo de un modelo conceptual con el objeto de proporcionar una visión holística de los mecanismos que subyacen a la acumulación de riesgo de lesiones y sus consecuencias a lo largo de la vida.

Por otra parte, los autores proponen un modelo de "lente y telescopio" que se basa particularmente en a) una dimensión temporal extendida inherente al enfoque del curso de la vida, con vínculos entre las exposiciones y los resultados que abarcan muchos años, o incluso generaciones, y b) una perspectiva ecológica. Perspectiva, según la cual los contextos en los que viven las personas son críticos, al igual que los cambios en esos contextos a lo largo del tiempo.

Para concluir afirman que, examinando explícitamente las perspectivas intergeneracionales y ecológicas a más largo plazo, y también, por otra parte, cómo los conceptos del curso de vida pueden informar y fortalecer los enfoques

tradicionales para la prevención y el control de lesiones que a su vez tienen un fuerte enfoque en los factores proximales.

Así de este modo, el modelo propuesto también sirve como una herramienta para identificar estrategias de intervención que sea beneficiosa para otras áreas de la salud.

Tal y como plantea Aagaard-Hansen *et al.* (2019) en la investigación denominada *What are the public health implications of the life course perspective?*, propone una contribución que tiene como objetivo achicar la brecha entre la evidencia de la investigación como también ampliar aún más la discusión sobre la priorización de la salud pública mediante la introducción de tres criterios claves y la aplicación de una perspectiva de ciclo de vida de "ciclo completo".

Los autores sostienen que los tomadores de decisiones de salud pública no han asumido completamente las consecuencias de la perspectiva del curso de vida, lo que conduciría a un cambio de prioridades, que van desde el período previo a la concepción hasta la adolescencia y la vejez, Sin embargo, aunque se ha acumulado evidencia en las últimas décadas y se necesita establecer marcos de medición de la implementación en aquellos países que ya aplican la perspectiva del curso de vida en su planificación de la salud pública.

Por lo tanto, existe una necesidad apremiante de estudiar el impacto a largo plazo de las intervenciones durante los períodos previos a la concepción y prenatales, así como en la infancia y la primera infancia, cuando la plasticidad y, por lo tanto, el impacto potencial es más alto.

Pérez (2020) menciona en su trabajo *“Trayectorias laborales a través del curso de vida y salud oral en la vejez”*, basado en un enfoque epidemiológico de

curso de vida, reconstruye las trayectorias laborales individuales y mide su asociación con diferentes indicadores de salud oral en la vejez.

Se utilizó para este trabajo una encuesta representativa de historias de vida de personas entre 65 y 75 años en el país de Chile, como así también, métodos estadísticos longitudinales (análisis de secuencias) y cros-seccionales (regresión logística). De esta forma el resultado del trabajo indica el control de los factores que típicamente afectan la salud oral (características sociodemográficas y de comportamiento riesgoso para la salud) como así también se observa, que las trayectorias laborales caracterizadas por empleos continuos, formales y a tiempo completo, operan como un factor protector de múltiples indicadores de salud oral entre personas mayores.

Como conclusión, los resultados evidencian la necesidad de que las políticas públicas en salud oral se incorporen dentro de un enfoque de curso de vida y consideren el impacto negativo de desenvolverse constantemente en empleos informales o de estar durante largos períodos fuera del mercado laboral.

Schultze (2016) en su trabajo *“El paradigma del curso de la vida y el método biográfico en la investigación social sobre envejecimiento”*, afirma que la vejez es el resultado de un proceso dinámico y de una construcción social diversa.

Del mismo modo, ocurre con datos sociodemográficos que dan cuenta de la longevidad de las personas, pero no de las características adquiridas y acumuladas a lo largo de la vida, las cuales repercutirán en el modo de envejecer.

El autor sostiene que, a lo largo de nuestras vidas, estamos expuestos al influjo de fenómenos sociohistóricos que constituyen hitos significativos en nuestra biografía.

Por otra parte, plantea como los puntos de inflexión operan como bisagra en el desarrollo de la trayectoria vital, dando como resultado un envejecimiento y una vejez diferencial. Por lo tanto, por tratarse de puntos de inflexión en su vida y de hechos significativos que las personas rememoran, es que el método biográfico y las historias de vida se convierten en técnicas idóneas para esta propuesta teórica.

De forma similar considera que, las trayectorias vitales son de suma utilidad como también plantea que el paradigma del curso de la vida nos permite dar cuenta de las distintas conformaciones de la vejez al tiempo que es un límite a construcciones estereotipadas de la vejez; estereotipos que, por cierto, dan cuenta de una imagen de las personas adultas poco favorable, obstaculizando el desarrollo de una sociedad integradora.

Marzoni (2021) en su trabajo "*Pandemia, envejecimiento y políticas públicas en América Latina*", invita a reflexionar sobre el problema de las vejeces desiguales desde los enfoques del curso de vida y de la economía política del envejecimiento, en el cual propone problematizar las vejeces desiguales a partir de revisar y articular algunas premisas teóricas de los dos enfoques, el del curso de vida y el de la economía política del envejecimiento.

Afirma que hay, entonces, dos tipos de temporalidades relevantes: por una parte, la de la vida humana y, por otra, la de la vida en sociedad. Al articularlos, el individuo aparece no ya en su vida aislada sino en su inserción sociohistórica y colectiva; de la misma manera nos orienta a examinar el modo en que las estructuras sociales inciden en la forma en que las personas transitan la vejez, asimismo focaliza la atención en el rol de las instituciones y las políticas públicas

respecto de la posición social que ocupan los ciudadanos de mayor edad dentro del espacio político del Estado-Nación.

Por otra parte, encuentra que los principios teóricos más relevantes del enfoque de la Economía Política de Envejecimiento son aquellos que plantean que los factores sociales, políticos y económicos influyen en la definición y el abordaje de los problemas sociales asociados a las personas mayores, también afirma que tales definiciones y abordajes, se materializan en políticas públicas y sociales, las cuales repercuten en la situación y posición de la población envejecida.

Observa que este enfoque toma en consideración diferentes ejes generadores de estratificación, como son la clase, el género o la etnia. Por lo demás, se destaca en esta construcción teórica una interpretación ampliada de los problemas de la vejez que son puestos en relación con el contexto social, incluyendo como parte central al Estado y a sus acciones, principalmente aquellas en materia de seguridad y asistencia social.

Siguiendo con las premisas teóricas expone como el enfoque por cursos de vida, expresa que la ontogénesis humana es un fenómeno multidimensional y, por lo tanto, debe ser estudiado en forma interdisciplinaria y, al mismo tiempo, que dicho desarrollo se produce a lo largo de toda la existencia de la persona, desde el nacimiento hasta su muerte, experimentándose de diferentes maneras según cada caso.

Asimismo, afirma que, al articular estos principios teóricos antes mencionados, el individuo aparece no ya en su vida aislada sino en su inserción socio histórica y colectiva.

De igual modo argumenta que éstos permiten captar mejor la complejidad de la realidad social, nutriendo diagnósticos más certeros sobre la situación y los problemas de las personas mayores en la región, que pueden servir como punto de partida para el diseño de nuevas políticas y para interpelar las potencialidades y límites de las ya existentes.

Desde el punto de vista de Baglione (2020) en su estudio "*Curso de vida y consumos problemáticos en personas mayores: un estudio de casos en el Área Metropolitana de Buenos Aires*", plantea como eje principal la perspectiva de curso de vida, en el cual se reconstruyeron cinco trayectorias biográficas de personas de 60 años y más, residentes del área Metropolitana de Buenos Aires que se encuentren o hayan atravesado una situación de consumo problemático.

A partir de la investigación se desprenden las siguientes consideraciones: los consumos presentan una iniciación temprana, cuyo desarrollo se relaciona directa o indirectamente tanto a transiciones de tipo evolutivas, laborales y familiares, como así también a ciertos puntos de inflexión vinculados a una separación y a la pérdida de un familiar, se evidenció una concientización respecto a las consecuencias que las sustancias químicas producen en el organismo, como así también sus repercusiones en el ámbito familiar y laboral. También, se observó que las redes primarias y secundarias fueron valoradas como un pilar fundamental a la hora de promover y sostener la disminución del consumo, como así también sobrellevar episodios de recaídas; sin embargo, las redes formales jugaron un rol importante en torno al cese de estos comportamientos.

En tal sentido, afirma que abordar la problemática de los consumos y la multiplicidad de formas en las que se hace presente, desde una mirada integral,

implica reconocer si se trata de una adicción de iniciación temprana, es decir, aquella preexistente a la vejez, o de iniciación tardía, vinculada a factores estresantes vivenciados durante la vejez.

Por último, el paradigma del curso de vida se constituye en una herramienta útil, para comprender y analizar las particularidades que adquiere este tipo de comportamientos a lo largo de toda la existencia, ya que las trayectorias de vida no pueden pensarse como etapas aisladas que no tienen ningún tipo de relación entre sí.

2.2. Bases teóricas

Desde su concepción, el enfoque de cursos de vida se ha desarrollado principalmente desde la sociología, con aportes de la historia, psicología y la demografía.

El empleo de esta perspectiva se ha difundido dentro de la investigación en salud en los últimos años. Sin embargo, su uso ha sido muy limitado en el desarrollo de política sanitaria

Las corrientes principales que han trabajado sobre el enfoque de curso de vida son dos. Por un lado, la Escuela Francesa y por otro, la Escuela Norteamericana.

En ese sentido, el desarrollo de la Escuela Francesa se puede apreciar en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial. La demografía en Francia empieza a tener mucha presencia en los programas académicos y comienza en el año 60 con demógrafos de renombre como Roland Pressat, en el estudio de las biografías; las cuales reconstruyen las trayectorias de personas, sus eventos más significativos y

las relaciones entre distintos ámbitos de su vida y los cambios sociales. También, enfatizaba la importancia de estudiar las interacciones entre los fenómenos, para llevar a cabo análisis longitudinales. Así, este enfoque derivado de la demografía francesa se interesa en investigar cómo un acontecimiento familiar, económico que enfrenta un individuo modificará las probabilidades que se produzcan otros eventos en su existencia.

Ahora bien, desde el lado de la Escuela Norteamericana, el desarrollo se da a partir del siglo XX, con el enfoque de curso de vida. Un gran exponente del enfoque es Glen H. Elder (1974) que en su libro titulado "*Children of the Great Depression Social change in life experience*", encuentra sentido en el nexo que se puede establecer entre la vida de las personas y los cambios en la sociedad, como orientación teórica intenta entender esos "recorridos sociales", sus efectos en el desarrollo y su relación con las condiciones personales y socio históricas, pretendiendo construir un marco teórico metodológico.

Algunos autores han priorizado el enfoque en salud y resulta relevante ver los cambios físicos y psicológicos, además del inicio de actividades que pueden cambiar la trayectoria vital, como el consumo de drogas o alcohol, primer empleo o inicio de la vida sexual, coinciden en el enfoque teórico metodológico, el cual investiga fundamentalmente cómo los eventos históricos, y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales ya sea, por cohortes o generaciones.

Autores como Hareven (2018) enfatizan la importancia de la dimensión temporal histórica en el enfoque del curso de vida, señala también que la historia de la familia debe ser un campo interdisciplinario que utilice herramientas y modelos

conceptuales de la historia, la demografía, la sociología, la antropología y la psicología.

Autores como Cenobio-Narcizo *et al.* (2019), plantean que el enfoque del curso de vida tiene múltiples aristas relacionadas con los temas de salud. La considera como una herramienta compleja, que puede conducir a la elaboración de políticas públicas basada en evidencia sólida, cuantitativa y cualitativa; con un elevado costo y tiempo de espera prolongado, en la obtención de resultados. Es importante señalar la importancia de tener la información, vincular esta perspectiva con datos biomédicos para avanzar en la triple asociación, social-individual y biológica.

En el trabajo de Halfon & Hochstein (2002) *“Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research”* proporcionan una construcción para interpretar cómo las experiencias de las personas en los primeros años de vida influyen en las condiciones de salud y el estado funcional posteriores.

Se centran también en la relación entre las experiencias y la biología del desarrollo. El marco del enfoque por cursos de vida ofrece una mejor comprensión de cómo ocurren las enfermedades y se define la salud a lo largo del curso de la vida como un proceso dinámico que continúa durante toda la existencia, expresa que la salud es una consecuencia de múltiples determinantes que operan en contextos genéticos, biológicos, conductuales, sociales y económicos anidados que cambian a medida que una persona se desarrolla.

Además, que el desarrollo de ésta es un proceso adaptativo compuesto por múltiples transacciones entre estos contextos y los sistemas reguladores

bioconductuales que definen las funciones humanas y como las diferentes trayectorias de salud son el producto de factores acumulativos de riesgo y protección y otras influencias que se programan en los sistemas de regulación del comportamiento biológico durante períodos críticos y sensibles.

Existe una controversia con respecto al adecuado uso conceptual del enfoque del curso de vida, ya que este término es utilizado de forma indistinta por diferentes investigadores.

Tal y como define Alwin (2012) en *"Integrating varieties of life course concepts"*, la perspectiva del curso de vida se ha convertido en uno de los programas dominantes para el estudio del desarrollo humano y el envejecimiento. Su investigación reveló cinco usos diferentes del término "curso de vida": (a) curso de vida como tiempo o edad, (b) curso de vida como etapas de la vida, (c) curso de vida como eventos, transiciones y trayectorias, (d) el curso de la vida como desarrollo humano a lo largo de la vida, y e) el curso de la vida como influencias de la vida temprana (y su acumulación) en los resultados adultos posteriores.

Dando marco a una perspectiva integrada para estudiar las causas y consecuencias de los "eventos y transiciones del curso de la vida" y comprender la manera en que los "eventos de la vida" y las transiciones de roles influyen en el desarrollo de los resultados de interés a lo largo de la vida en todas las etapas.

Young (2004) en su trabajo *"Population health: concepts and methods"* propone estudiar y medir el estado de salud e introduce el concepto de determinantes de la salud, que incluyen la susceptibilidad genética, en el entorno físico, los estilos de vida y, los comportamientos personales como también los factores sociales, culturales y económicos; explicando cómo estos factores

interactúan en el curso de la vida de un individuo; utilizando un modelo biopsicosocial que conecta los mecanismos psiconeuroendócrinos y psiconeuroinmunes del individuo con el ambiente externo para producir salud y enfermedad. También, incorpora muchos temas nuevos que reflejan los cambios en las preocupaciones de salud pública contemporáneas, como los enfoques de la salud a lo largo de la vida, las interacciones entre los genes y el medio ambiente, las infecciones emergentes.

Desde hace mucho tiempo, se realizan esfuerzos para superar la estrecha visión de la salud como el opuesto de la enfermedad. Sin embargo, estos esfuerzos se han limitado a definiciones filosóficas, conceptualizaciones y modelos teóricos de la salud pública.

La evolución hacia una definición de salud que esté en mayor consonancia con el desarrollo es cada vez más necesaria. La definición de la salud presentada por la Oficina Regional de la OMS para Europa a fines del siglo XX está claramente adaptada al lenguaje del desarrollo: la salud es la medida en la cual una persona o un grupo puede cumplir sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, por un lado, y cambiar y enfrentar los desafíos del entorno por el otro. La salud se concibe, por lo tanto, como un recurso de la vida diaria y no como el objetivo de la vida es un concepto positivo que enfatiza los recursos personales y sociales, así como la capacidad física (Young, 2004).

Aun cuando OMS habla solamente de salud, el término salud está indefectiblemente asociado a la enfermedad, conformando un binomio inseparable al cual se denomina proceso llamado salud-enfermedad, las cuales se ubican en una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo o

grupo con fines prácticos ante una determinada situación o relación social (Alcantara Moreno, 2008).

Según Blanco (2011) hay tres conceptos fundamentales que guían el enfoque teórico metodológico de cursos de vida, estos conceptos son: Trayectoria, Transición y Punto de inflexión.

El concepto de trayectoria se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción (Elder, 1991).

En cierto sentido, corresponde a la visión a largo plazo del enfoque del curso de vida y se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de edad la trayectoria no supone alguna secuencia en particular ni determinada velocidad en el proceso del propio tránsito, aunque sí existen mayores o menores probabilidades en el desarrollo de ciertas trayectorias vitales. (Blanco, 2011).

Las trayectorias dan la visión dinámica, por ejemplo, del comportamiento o los resultados, a lo largo de una parte sustancial del curso de vida. Las experiencias que crean una trayectoria tienen efectos acumulativos y una secuencia exposiciones vinculadas puede aumentar o disminuir los resultados (Elder & Shanahan, 2006).

Kuh (2014) en su artículo "*A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability*", muestra la manera en que algunas trayectorias como la de la habilidad funcional capturan la tendencia natural de los sistemas biológicos que muestran un crecimiento y desarrollo rápido durante la etapa prenatal y la infancia, alcanzando un pico o meseta en la madurez y luego disminuyendo con la edad (Figura 1).

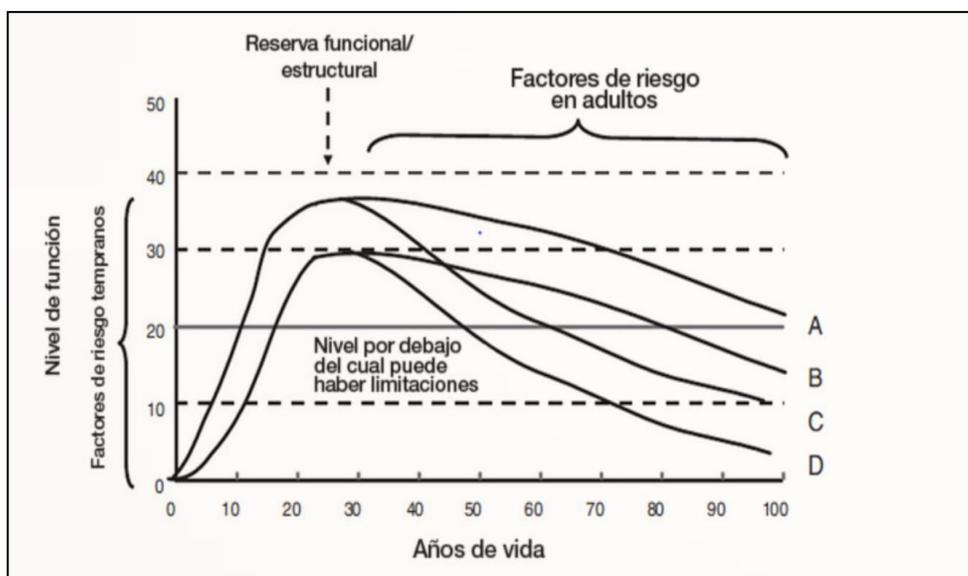


Figura 1. Trayectorias funcionales en el curso de vida. extraída de Kuh *et al.* (2014).

Como se ejemplifica en las líneas A, B, C y D, las exposiciones en los comienzos de la vida pueden afectar el curso de la reserva funcional, y las exposiciones después del período de desarrollo solo pueden afectar el momento de inicio y la tasa de disminución.

Tal y como expresa Blanco (2021) la transición hace referencia a cambios de estado, posición o situación, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles al igual que con las trayectorias, en términos generales, hay algunos cambios que tienen mayores o menores probabilidades de ocurrir, destaca también que las transiciones no son fijas y que se pueden presentar en diferentes momentos sin estar predeterminadas. Además, es frecuente que varias transiciones puedan ocurrir simultáneamente.

Entonces las transiciones pueden ser cambios en la habilidad fisiológica o los roles sociales, que pueden estar vinculados a la ganancia o pérdida de las funciones

dependiendo del comienzo o fin de los procesos fisiológicos o sociales.

Dichas transiciones vitales pueden representar un riesgo para la salud, se refieren a ventanas de susceptibilidad durante las cuales ciertas exposiciones pueden cambiar la dirección de la trayectoria de salud como observamos en la figura 2, en el artículo de “Federal Office of Public Health. Government of Switzerland” (2018), hace referencia a estos momentos o períodos pueden funcionar como puntos de inflexión, modificando la programación biológica.

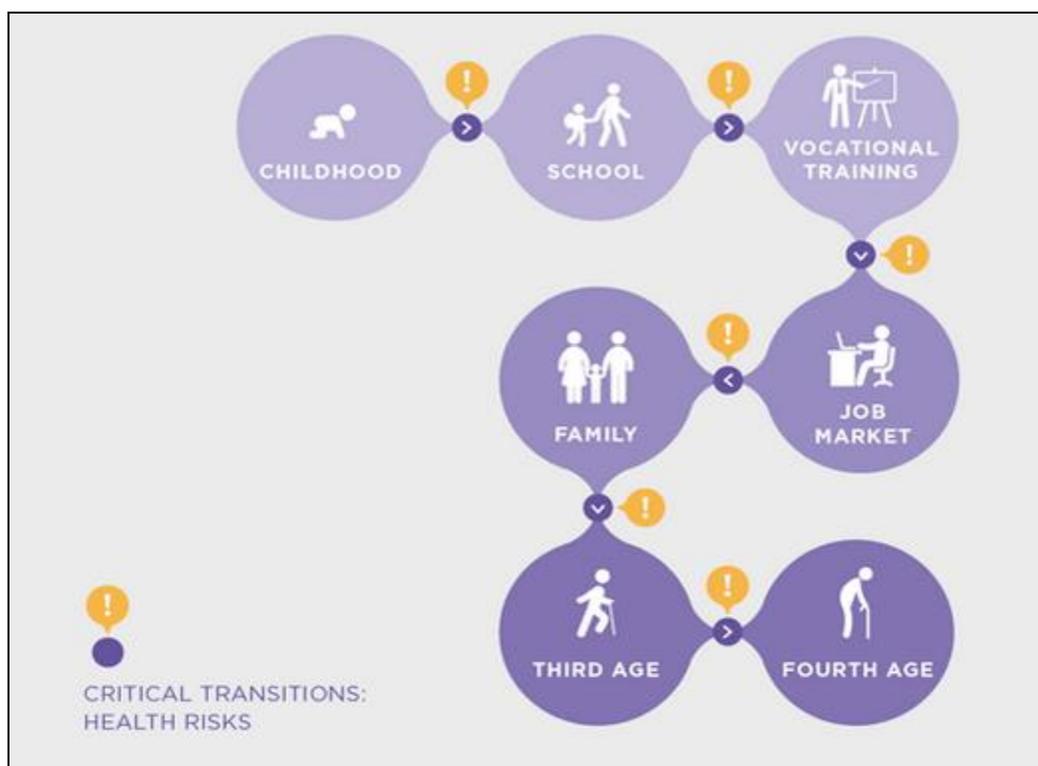


Figura 2. Momentos en los que las transiciones críticas de la vida presentan un mayor riesgo de salud. Extraída de Federal Office of Public Health. Government of Switzerland (2018).

“En la vida hay transiciones y eventos especiales, como la entrada en la vida profesional, la paternidad, el divorcio, una muerte, la jubilación o la experiencia migratoria. Con tales transiciones, el riesgo de enfermedades de salud y mentales

umenta” (Spiess & Schnyder-Walser, 2018).

Un período crítico se define como una ventana de tiempo limitada en la que una exposición que actúa por un periodo específico puede tener efectos adversos o protectores en el desarrollo y los resultados posteriores en cuanto a la enfermedad (Ben-Shlomo, 2002).

Los términos períodos críticos y sensibles a menudo se utilizan vagamente en epidemiología sin mucha distinción. En las ciencias naturales, un período crítico de desarrollo se refiere a una ventana de tiempo en la que el cambio en la organización de los sistemas o subsistemas vivos hacia una mayor complejidad, una mayor adaptabilidad y un funcionamiento más eficiente se está produciendo rápidamente y puede ser más fácilmente modificable por una variedad de factores en una dirección favorable o desfavorable (Scott, 1986).

El último concepto de punto de inflexión: se trata de eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en cambios en la dirección del curso de vida, presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales. A diferencia de las trayectorias y las transiciones que, en alguna medida, pueden presentar alguna proporción de probabilidad en su aparición (depende de cuáles trayectorias y transiciones se esté analizando), lo cual implica un cambio cualitativo en el largo plazo del curso de vida del individuo.

Estos tres conceptos representan las herramientas analíticas básicas del enfoque del curso de vida, “... *reflejan la naturaleza temporal de las vidas y captan la idea del movimiento a lo largo de los tiempos históricos y biográficos*” (Elder G. y., 2006).

Kohli (2007) en “*The institutionalization of the life course: Looking back to look*

ahead” plantea el estudio del curso de vida de una cohorte, donde afirma que el curso de la vida se ha convertido en una de las principales instituciones de las sociedades contemporáneas, y como centrarse en la política del curso de vida y sus efectos sobre el futuro del curso de vida, observa el examen de eventos sociales en el marco de una dimensión histórica, y la consideración del microanálisis como parte de una indagación de carácter longitudinal, son algunos de los puntos más relevantes de esta corriente.

La consideración del tiempo para Montepare & Barrett (2015) en el curso de vida difiere de los períodos de la epidemiología, a veces forzados, que limitan la comprensión dinámica de la salud, todo esto pone de relieve los problemas temporales que dan forma a los patrones relacionados con la edad, apuntando a los factores sociales, culturales e históricos que tienen un impacto en los procesos de desarrollo.

2.2.1. Edad, etapas de vida, transiciones y desigualdades sociales.

La edad, por definición, es una característica que muda con el tiempo y, al variar su edad, la persona va cambiando de estado

La edad es un determinante en las bases de la organización social y determinante en la distribución del bienestar, tradicionalmente se distinguen cuatro etapas básicas del ciclo de vida: la infancia, la juventud, la adultez y la vejez todas estas con oportunidades, desafíos y riesgos.

Como expresa la CEPAL (2017), existen tres aspectos de particular relevancia a la hora de considerar la edad como eje estructurante de las desigualdades sociales.

Un primer aspecto corresponde a las desigualdades entre personas situadas en diferentes etapas del ciclo de vida, en especial en el ámbito de los derechos (ingresos y trabajo, protección social y cuidados, educación, salud y nutrición y participación).

Un segundo aspecto observa los cambios y modificación de la estructura demográfica, las transformaciones socioculturales y tecnológicas, el funcionamiento de los mercados laborales, las desigualdades de género y las características y carencias de los sistemas de protección social, entre otros elementos, han contribuido a modificar las brechas intergeneracionales del bienestar. Estos factores también van transformando las necesidades, las oportunidades y la experiencia general de las cohortes de cada etapa del ciclo de vida, lo que también incide en las desigualdades sociales; las experiencias de la vejez, la juventud o la infancia presentan hoy características diferentes a las de hace cinco decenios.

En tercer lugar, la persistencia o el aumento de las desigualdades sociales están estrechamente vinculados a la acumulación de desventajas y privaciones (o, en contrapartida, de ventajas y privilegios) en el tiempo, y la reproducción intergeneracional de las desigualdades ocurre mediante procesos incrementales a lo largo del ciclo de vida. En este sentido, se considera la importancia de la trayectoria de las personas a lo largo del ciclo de vida y la acumulación y consolidación en el tiempo de constelaciones de desventajas sociales.

2.2.2. Cambio generacional

Una generación se define como un grupo de la población identificable que tiene el mismo año de nacimiento y comparte algunos eventos importantes de la vida en los momentos críticos de su desarrollo (Kupperschmidt, 2000).

Como expresa Chirinos (2009), no se puede hablar de la salud en el curso de vida sin hablar de las generaciones y su impacto en la salud, vemos como coexisten cinco generaciones, tal como se observa en la figura 3. Es la primera vez en la historia que coexisten cinco generaciones, cada una de ellas con sus propias trayectorias y experiencias que tienen un impacto en las generaciones con las que comparten su vida cotidiana, así como en las generaciones futuras.

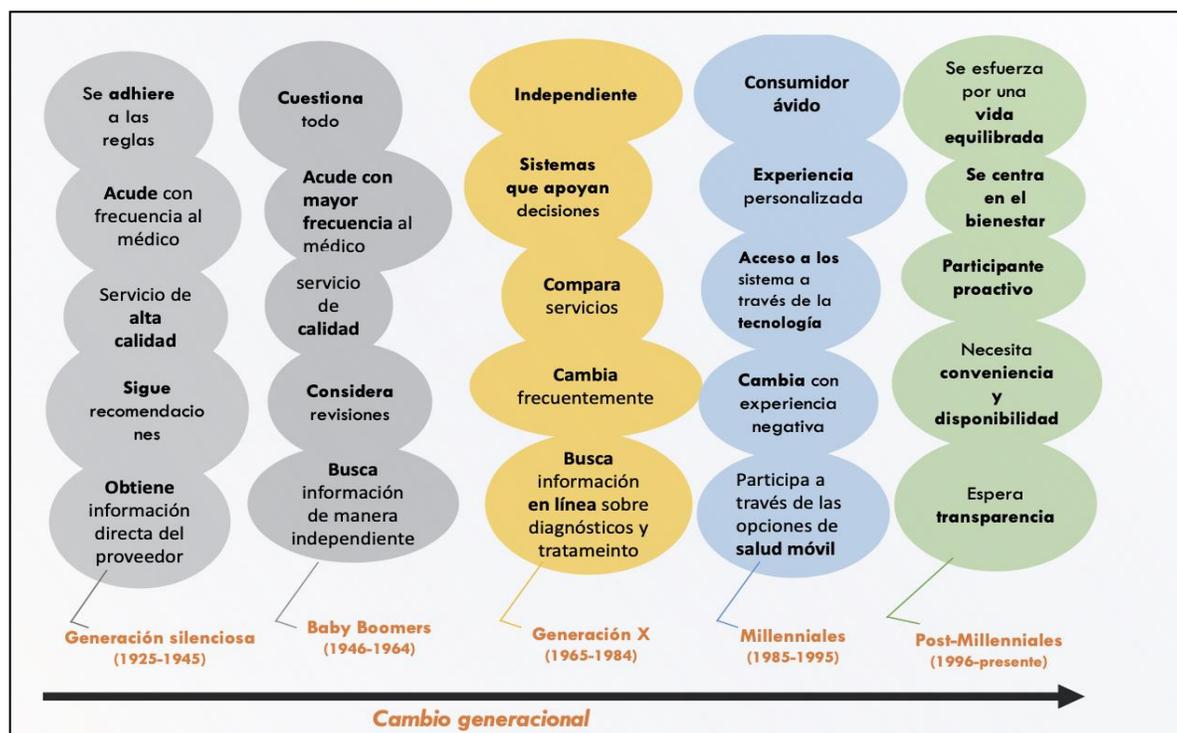


Figura 3. El cambio generacional. Reproducida de Chirinos (2009)

Kuruvilla *et al.* (2018) en su estudio "*A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals*" expresa "*Que aplicado el enfoque a lo largo de la vida puede garantizar la salud y el bienestar para todos en todas las edades*". Plantea que su implementación requiere una comprensión compartida por parte de los individuos y las sociedades de cómo la salud de la población está orientada por múltiples factores a lo largo de la vida y a través de las generaciones. Nos presenta un marco conceptual para el enfoque junto con las implicaciones para la implementación en las áreas de: política e inversión; servicios y sistemas de salud; acción local, multisectorial y de múltiples partes interesadas; y medición, monitoreo e investigación.

Todo esto tomando a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en un contexto único para aplicar un enfoque holístico y multisectorial para lograr resultados transformadores para las personas, la prosperidad y el medio ambiente, en particular dado su énfasis en los derechos y la equidad.

Como expresa Ocampo & CEPAL (2000) con respecto a las exposiciones ambientales, es preciso considerar que:

"Para analizar las relaciones entre la población y el medio ambiente hay que aplicar un enfoque que incluya, además de las tendencias demográficas, asuntos relacionados con los patrones de producción y consumo de la población, que preste atención a las políticas y a los adelantos tecnológicos destinados a impedir la degradación del ecosistema"

2.3. Características generales del Sistema de Salud Argentino

Como plantean Cetrángolo & Devoto (2002):

“El Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública”.

Los servicios de salud en Argentina están provistos por dos subsectores: el público y el privado. A su vez, estos servicios se financian por tres vertientes: la cobertura pública exclusiva, la seguridad social y la medicina prepaga.

Teniendo en cuenta la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública, y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general, llevadas a cabo en el Consejo Federal de Salud.

Para Belmartino (1999) el Ministerio de Salud de la Nación tiene formalmente a su cargo la normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación.

En el financiamiento del sistema sanitario tal y como expresa Maceira (2018) se encuentran varias fuentes: desde impuestos y tasas recogidas por los tesoros nacionales, provinciales y municipales, hasta una parte significativa asociadas con contribuciones de la seguridad social.

El sistema de seguros prepagos, por su parte, se nutre de pagos directos o compensaciones de los hogares, más allá de los abonos de bolsillo en consultas, copagos.

El modelo federal nacional brinda gran autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Ello implica que las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado.

La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, durante los últimos años, a ahondar aún más la fragmentación del sistema.

Se puede observar como el desarrollo de las obras sociales fue adoptando una creciente fragmentación, a partir de las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en los cuales se organizaban, podemos observar la falta de integración con los subsectores, como también la fragmentación que existe hacia el interior de cada subsistema.

A su vez, algunos municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de salud bajo su órbita, pero la mayoría de las provincias no tienen salud pública municipal.

El fuerte desarrollo de la seguridad social, de características centralizadas impone, a su vez, importantes restricciones a la autonomía real de los gobiernos provinciales en la provisión de salud dentro de sus territorios. Precisamente, en el

ámbito del gobierno nacional, funciona la Superintendencia de Servicios de Salud, como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud (Cetrángolo & Devoto, 2002).

El campo de la salud pública no es solamente competencia médica, sino que se amplía a otras disciplinas y a la sociedad en su conjunto, la importancia de ampliar su clásico cometido de entender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad de la población.

La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la Salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, matizadas en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud. No obstante, la interpretación del fenómeno político en el campo de la salud y el tipo de respuestas continúa siendo de corte profesionalmente sectario y fuertemente teñidos por la ideología médica (Tobar, 2001).

2.3.1. Desigualdades en salud

En la actualidad, se reconoce ampliamente que la distribución desigual de servicios de salud de calidad resulta de la influencia de una serie de determinantes sociales. El estudio de las desigualdades en salud ha sido revisado recientemente y parcialmente renovado por investigadores como Burton-Jeangros *et al.* (2015), quienes bajo la perspectiva del curso de la vida tienen como objetivo proporcionar una comprensión más completa del desarrollo de desigualdades a lo largo del tiempo en trayectorias de salud individuales específicas, influyen en cómo se

desarrollan las trayectorias de salud a lo largo de la vida y por lo tanto, contribuir a cómo se desarrollan las desigualdades en salud entre subpoblaciones y entre ella.

Bielschowsky *et al.* (2018) en su trabajo conocido como la “Trilogía de la igualdad” plantea que la preocupación por la igualdad está presente históricamente en el pensamiento de la CEPAL y gana centralidad a partir de 2010, manifiesta también que la igualdad transforma a la dignidad y el bienestar de las personas en un valor irreductible, articula la vida democrática con la justicia social, vincula el acceso y las oportunidades con una ciudadanía efectiva y de este modo fortalece el sentido de pertenencia. Además, provee el punto de partida ético-político para universalizar prestaciones, no solo en materia de acceso, sino también para reducir brechas en la calidad y las trayectorias, a todo esto, se complementan con el análisis desde América Latina y el Caribe de los principales desafíos para la consecución de los ODS de la Agenda 2030, un nuevo consenso en torno a un estilo de desarrollo que enfatiza el combate a la desigualdad y a la destrucción del medio ambiente.

El encadenamiento de desigualdades desde la infancia hasta la vejez obliga a contar, según la CEPAL (2017), con un enfoque de ciclo de vida para el diseño e implementación de políticas públicas:

“El enfoque de ciclo de vida sitúa a la persona, desde el nacimiento hasta el final de la vida, como el objeto central de la acción pública, y reconoce que sus necesidades cambian a lo largo de la vida y que la persona es el punto de partida y de llegada de la política social”.

2.3.2. Derechos Humanos y Derechos a la Salud

El concepto de salud ha recorrido un largo camino de definiciones, pasando de una noción centrada en la carencia enfermedades a otra que contempla un estado ideal de bienestar integral no sólo desde el aspecto físico, sino desde el mental y social, entendido como un fenómeno multidimensional que comprende al individuo en interacción con su contexto sociocultural y ambiental. Es así como, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) donde se afirma que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. Por ello, esta perspectiva exige un conjunto de acciones que propicien la salud de todas las personas no solo atendiendo a la disponibilidad de servicios de salud sino también garantizando condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada, acceso a la educación y alimentos nutritivos.

Podemos observar también lo planteado por OMS (2022), que propone incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos nacional como regional, para lo cual tendrá en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos, ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas y distintas intervenciones de los Estados sean formuladas con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.

Las intervenciones deben regirse por los principios de no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad.

2.3.3. Determinantes Sociales de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definidos como: “Las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren” y del “tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad”. A su vez, “las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” y en las que influyen, según su edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo que afectan su salud. Estas condiciones intervienen

y condicionan su salud, el riesgo de enfermarse, la posibilidad de rehabilitarse y en consecuencia su impacto en la esperanza de vida (Urbina, 2016).

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud ha elaborado un marco conceptual y un modelo explicativo que incluye estos componentes básicos para comprender los determinantes de la salud y que está expuesto en la figura 4.

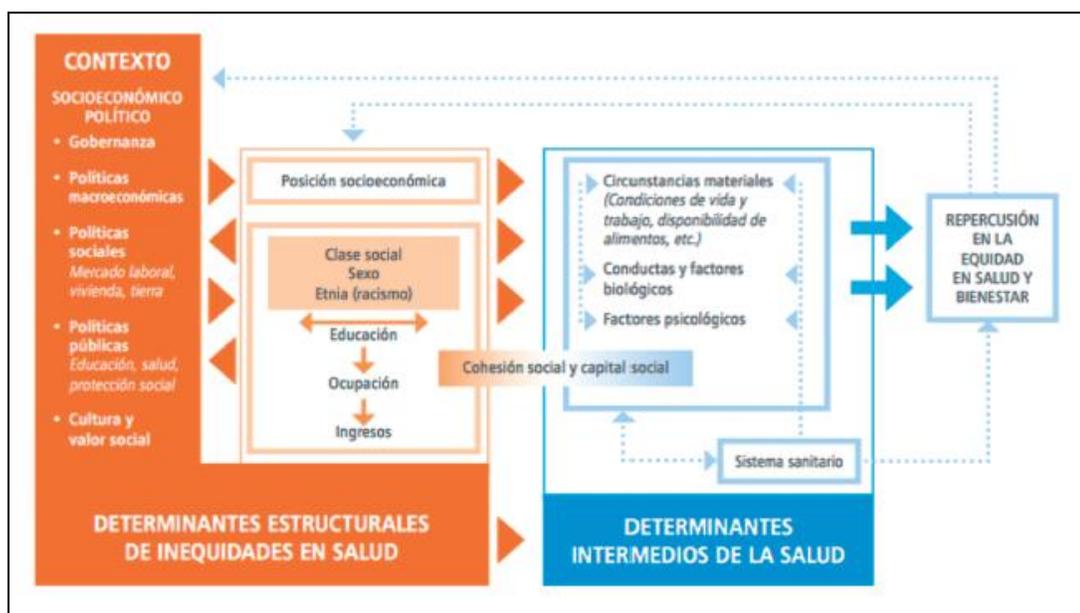


Figura 4. Determinantes sociales de la salud. Reproducido de Solar & Irwin (2010).

Urbina Fuentes (2016). manifiesta que:

“Los determinantes estructurales de la inequidad en salud se profundizan por tres mega tendencias: la transición demográfica y epidemiológica; la migración y el crecimiento urbano acelerado que afectan, influyen y condicionan la magnitud de los determinantes intermedios de la salud o determinantes sociales de salud, que son las condiciones materiales, como la calidad de la vivienda y su ubicación en la colonia, barrio o vecindario; las

posibilidades de consumo y los medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada y contar con un entorno seguro y digno de trabajo e ingresos como consecuencias de las diferencias sociales, económicas y de salud de las personas, familias, y comunidades”

En un segundo nivel se encuentran un conjunto de condiciones y factores que intermedian entre las inequidades que subyacen a los determinantes estructurales y los resultados de salud, identificados como determinantes intermedios o sociales de la salud. Entre ellos se identifican las condiciones materiales de vida (vivienda, condiciones de trabajo, saneamiento); las condiciones psicosociales (estrés laboral, violencia, carencia de redes de apoyo); el comportamiento y factores biológicos (hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco, consumo problemático de alcohol, factores genéticos) y los sistemas de salud y atención sanitaria (acceso a servicios de salud, sistemas de financiamiento).

La Comisión de Alto Nivel, denominada “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata (2019), en su documento de recomendaciones dice:

“La matriz de la desigualdad social en la Región está condicionada por la matriz (o estructura) productiva y por una cultura de privilegios, que es un rasgo histórico constitutivo de nuestras sociedades. Los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social se entrecruzan, potencian y encadenan a lo largo del curso de vida, lo que da lugar a una multiplicidad de factores de desigualdad o discriminación que interactúan de forma simultánea y se acumulan a través del tiempo y de las generaciones (OPS, 2019)”.

Teniendo en cuenta los antecedentes y contextos descriptos, a continuación, se presentarán los conceptos de los ejes transversales (equidad, género y etnicidad)

que estarán presentes en el análisis de los determinantes sociales en Argentina.

En el análisis de los determinantes de la salud es importante distinguir entre dos tipos de factores: los que determinan el riesgo y los que determinan la vulnerabilidad. Los factores socioeconómicos dan lugar a diferentes perfiles de exposición y, por consiguiente, a diferentes escalas de riesgo, pero, particularmente, determinan una mayor o menor vulnerabilidad ante niveles de riesgo similares.

2.3.4. Equidad

El vigesimoctavo período de sesiones de la CEPAL (2000), realizado en México en abril del 2000, llevó a la Secretaría a preparar un documento denominado "Equidad, desarrollo y ciudadanía", que presenta en forma integral el pensamiento de la institución sobre los retos del desarrollo de la región en el mundo de hoy en el cual, considera que se requiere una reorientación de los patrones de desarrollo de la región en torno a un eje principal, la equidad, es decir, la reducción de la desigualdad social en sus múltiples manifestaciones.

Esta es, si se quiere, la vara fundamental para medir la calidad del desarrollo, lo anterior debe estar acompañado de esfuerzos sustanciales por construir tejidos sociales que permitan desarrollar sociedades más integradas.

La equidad, en este sentido, debe entenderse en relación con el establecimiento de metas que la sociedad sea capaz efectivamente de alcanzar en estas áreas, tomando en cuenta su nivel de desarrollo. (Ocampo & CEPAL, 2000).

2.3.5. Género

Estudiar a las inequidades en salud, desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, obliga a incorporar un análisis sobre género que debe ser considerado junto con otras fuentes de inequidades, como la pobreza, la edad, la diversidad étnica y el desarrollo socioeconómico. Uno de los principales ámbitos sobre los que actúan las desigualdades de género es sobre la salud y la calidad de vida de las personas.

Es así como OPS (2010) señala en su trabajo denominado “*Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*” donde se refiere a que los determinantes de la salud relacionados con el género son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias.

Como expresa Gómez Gómez (2002), en su artículo “*Equidad, género y salud: retos para la acción*” plantea que la división por sexo del trabajo y el poder en la sociedad se refleja en desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres que repercuten en el estado de salud y sus determinantes, el acceso a la atención apropiada y la participación en la producción de la salud”.

2.3.6. Etnicidad

La identidad étnica o pertenencia a un grupo étnico es un determinante

estructural que produce estratificación social y puede generar mecanismos de exclusión. El sector salud, como reflejo del conjunto de instituciones sociales, es susceptible de reproducir las barreras y los sesgos propios de la exclusión social, en este sentido podemos observar lo que nos dice

OPS (2017) en la 29va Conferencia Sanitaria Panamericana, 69va Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, realizada en Washington, donde “llama a los Estados a tomar en cuenta la relación entre etnicidad y salud, y a promover un enfoque intercultural que contribuye, entre otros, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otros grupos étnicos, según proceda, teniendo en cuenta sus contextos nacionales, sus prioridades y sus marcos normativos”

En resumen, estas recomendaciones, manifiestan que las poblaciones sufren las consecuencias de las brechas significativas en la salud, y los datos disponibles referidos a algunas poblaciones indígenas y afrodescendientes dan cuenta de las inequidades existentes en comparación con la población general.

En este sentido podemos observar lo que concluye Pino *et. al* (2018) que en el contexto de los determinantes de la salud, en su artículo “Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas”, plantea que:

“La región de las Américas se convierte en la primera región de la OMS en dar respuesta a la necesidad de adoptar un abordaje intercultural, considerando las desigualdades de género que interaccionan con las de etnicidad, las diferencias en acceso a la salud a través del curso de vida, la promoción y el respeto de los derechos individuales y, para los pueblos indígenas, de los derechos colectivos”, también expresa que, los distintos

“grupos étnicos deben hacer uso de esta política sobre etnicidad y salud como una herramienta para garantizar el goce efectivo de sus derechos”.

CAPÍTULO III

3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El objetivo de este capítulo es presentar el diseño metodológico que enmarca la presente investigación, describiendo las variables que la sustentan, así como la manera de recopilar, ordenar y analizar los datos obtenidos en ella. Es por esto que, una vez presentado el problema de investigación y el marco teórico conceptual correspondiente, el marco metodológico resulta uno de los apartados más importantes, ya que permite organizar el proceso investigativo, describiendo, específicamente en esta investigación, variables como cursos de vida y determinantes de la salud, técnicas de investigación como la revisión documental, la definición de la población, al igual que los demás elementos que le otorgan coherencia y organización.

3.1. Diseño Metodológico

El tipo de investigación de este trabajo puede caracterizarse como teórica, ya que se pretende describir la estrategia de abordaje desde el enfoque por cursos de vida, llevando a la práctica la teoría científica, dando respuesta al problema plantado en el objetivo general.

Su nivel de investigación es descriptivo ya que ordena, resume y divide los datos de forma descriptiva.

El enfoque de la investigación es mixto (Cuali-cuantitativo). La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos en una investigación cuali-cuantitativa ofrece una perspectiva más completa y enriquecedora sobre el fenómeno estudiado. Esto

permite al investigador obtener una comprensión profunda de los aspectos cualitativos, al tiempo que recopila datos cuantitativos para proporcionar generalizaciones y validar hallazgos. La complementariedad de ambos enfoques puede fortalecer la validez y la confiabilidad de los resultados, proporcionando una visión más holística y equilibrada del tema de investigación.

Según la metodología para el levantamiento de datos, es una investigación de tipo documental y de campo.

Según el grado de manipulación de las variables, es de índole no experimental ya que no se manipulan las variables ni son controladas, y el análisis del fenómeno se basa en la observación dentro de su contexto natural.

Según el periodo de tiempo, esta investigación es de corte transversal

3.2. Técnicas de recopilación y recolección de datos

Con respecto a los datos para el análisis del problema planteado y sus objetivos, se realizó una recopilación de datos, por un lado de tipo documental utilizando fuentes secundarias, las mismas se recolectaron mediante la información publicada por el Ministerio de Salud Provincial en el formato digital y también publicaciones de dicho Ministerio, como así también los datos del INDEC, Ministerio de Salud de Nación, Organismos Nacionales e Internacionales.

Por otro lado se realizó una recolección de campo, donde se recopilaban datos mediante entrevistas a los principales funcionarios provinciales del ministerio de Salud, ya sea Ministro, Secretarios, como también a los jefes de Programas Provinciales y usuarios del sistema público de atención, con el objeto de disponer de

información relevante. De esta manera, se propone realizar una construcción teórica a partir de la información de estas fuentes.

La modalidad de llevar adelante dichas entrevistas es presencial y virtual sincrónica construyendo así, la evidencia empírica; comprendiendo e interpretando la realidad de los usuarios del sistema.

3.3. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Dado que esta investigación posee un enfoque mixto, parte de los datos recolectados son de carácter cuantitativo razón por lo cual se aplicó una estadística de tipo descriptiva, ya que no se realizan inferencias y no hay muestro de tipo probabilístico, sino que busca presentar una estadística descriptiva de distintas variables relacionadas con indicadores provinciales de salud.

Respecto a variables cualitativas, se realizó una categorización de estas. Para las entrevistas se realizó un análisis de contenido.

3.4. Procedimiento de muestreo

El muestro para realizar las entrevistas es de tipo no probabilístico y la muestra fue seleccionada por conveniencia, ya que los entrevistados fueron elegidos por su conocimiento y posiciones que ocupan en la construcción de política sanitaria, ya sea provincial o nacional y su vinculación con el abordaje territorial, como también las entrevistas a los usuarios del sistema público provincial nos llevara a conocer el grado de satisfacción de las políticas públicas provincial.

A lo largo de toda la tesis se estará respetando la perspectiva de género en una concepción plural e inclusiva.

El trabajo de campo se dividió en dos etapas, la primera instancia se basó en la búsqueda y sistematización de la información secundaria sobre los indicadores sanitarios provinciales, estadísticas vitales. En el segundo momento se inició el dialogo de los contactos y la realización de las entrevistas, lo que posibilita que las personas puedan expresar sus visiones y sentidos.

Las entrevistas realizadas a los usuarios del sistema público de salud se realizaron en le centros de atención primaria de salud de la capital provincial.

Con el fin de cumplir con estos requisitos, las personas entrevistadas fueron previamente informadas sobre la finalidad de la misma manera dando consentimiento.

3.5. Factibilidad

Este proyecto pudo llevarse a cabo ya que se dispuso de los recursos tanto físicos como económicos, habilidades adquiridas en el transcurso del tiempo en el campo de la salud pública; y, el tiempo previsto para la presentación del trabajo final de maestría estuvo dentro de los parámetros establecidos; aportando, desarrollando y brindando una mirada original sobre esta temática.

Asimismo, se contó con el compromiso al acceso de las fuentes de datos provinciales, por parte de las máximas autoridades sanitarias de La Rioja.

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se presentan los capítulos correspondientes a resultados y el análisis obtenido en el proceso investigativo, teniendo como base el alcance de los objetivos específicos planteados para esta investigación.

Se parte de la descripción del marco normativo, identificando también algunos de los antecedentes internacionales del (ECV). En este mismo contexto observamos como en nuestro país el ministerio de salud de la nación impulsa el (ECV) en el sistema sanitario público nacional.

También se presentan los datos a través de tablas, gráficos facilitando la comprensión y análisis, se describe los resultados de salud de la población de acuerdo con los indicadores de la provincia de la Rioja y cómo está compuesta su Red Sanitaria.

4.1. MARCO NORMATIVO

En la declaración Universal de los Derechos Humanos, asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de la ONU 1948, donde expresa como un ideal común para todos los pueblos y naciones. La Declaración establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero, inspirando así a la adopción de tratados a nivel mundial y regional, en especial el derecho a la salud, estas condiciones están declaradas en el artículo 25:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así mismo como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la

alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Por su parte el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) 2000 en 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000 plantea en su observación general N.º 14, que:

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados (...): a) Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud (...); b) Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información; c) Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida (...); y d) Calidad: además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras

cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” (...). (ONU, 2000).

Por otro lado, en el continente americano, la OEA, O. D. (1988) en la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”, reafirmando su propósito de consolidar en este continente, dentro del cuadro de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre, en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, expresa en relación con este derecho que:

“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

Se puede identificar además una serie de pactos que se concentran

específicamente en acuerdos sobre la salud. Entre ellos se encuentran la Declaración de Alma Ata donde se establece que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países” (OMS,1978).

En el marco de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) organizada por OMS (2011), en la cual se aprobó la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. La misma expresa el compromiso mundial de abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de promover la equidad y generar el impulso político necesario para reducir las desigualdades en materia de salud, en su artículo 13 establece que: “Los Estados se comprometen a adoptar una serie de medidas para fortalecer los sistemas de salud, así como políticas públicas basadas en los determinantes sociales de la salud, con el fin de reducir las desigualdades en salud”.

La Declaración Política fue refrendada en la resolución WHA65.8 (2012), y en una resolución posterior se reconoció la importancia de destinar esfuerzos a los determinantes sociales.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ADS 2015) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es una referencia global fundamental en relación con los principios y estándares de los derechos humanos. La Agenda 2030, expresa claramente la naturaleza interrelacionada de la salud y el bienestar humano con el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental. Por ello, el alcance de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) requiere de enfoques integrados y

colaborativos para abordar las causas de las inequidades en salud, asumiendo a la salud como un derecho humano en todas sus dimensiones.

En este sentido, el nuevo marco de metas de los ODS e indicadores de seguimiento de la Agenda 2030 en la Argentina constituye una herramienta fundamental para una política de Estado: las metas asumidas constituyen una hoja de ruta para alcanzar un desarrollo sostenible, incluyente, sin dejar a nadie atrás (Piana, 2022).

En Argentina, el derecho a la salud está garantizado por la Constitución Nacional a partir de la incorporación al plexo normativo, con jerarquía constitucional, de los tratados en materia de derechos humanos mencionados precedentemente e incluye tanto la atención de la salud oportuna y apropiada como el acceso al agua potable y a condiciones de higiene y servicios adecuados, alimentos y nutrición adecuada, vivienda segura, condiciones saludables en el trabajo y el medio ambiente, como también, tener acceso a la educación y a la información vinculada a la salud.

En nuestro país, a principios del año 2020 se crea la Dirección Nacional de Abordajes por Curso de Vida (DNACV) mediante DA 457/2020, como expresa Marcelo Bellone (2021): *“Cursos de vida tiene que ver con lo que somos nosotros como persona y cómo vamos creciendo a lo largo de nuestra vida, vemos que en ese crecimiento hay diferentes momentos donde vamos a tener mayor fragilidad, es por todo esto que la estrategia propuesta desde la Dirección de cursos de vida, es trabajar en conjunto con las tres Direcciones de línea que la componen:*

Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

Dirección de Adolescencias y Juventudes.

Dirección de Personas Adultas y Mayores”

A continuación, como se observa en la tabla 1, se mencionan algunas experiencias internacionales referidas al ECV.

Tabla 1. Antecedentes internacionales de la aplicación del ECV en salud. Adaptada de Ministerio de Salud de la Nación (DNCV, 2020).

País	Detalle
Chile	Incorporación institucional en el Ministerio de Salud dentro de su “Planificación Estratégica Nacional y Regional en Salud 2016/2020”, donde uno de los ejes estratégicos de acción definidos es “Curso de Vida”. Cuentan con políticas públicas en salud con ECV identificando programas en las siguientes áreas: educación, deporte, participación, seguridad social, medioambiente, migración trabajo justicia y sustentado en un marco regulatorio y legislativo que le otorga continuidad y seguridad financiera
Perú	Dentro de la planificación nacional, especialmente desarrollado para personas mayores a partir de enero del 2020. “Perú país saludable 2019-2030: Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida” centrado en la persona, familia y comunidad. Contempla cuidados integrales para cada una de las etapas de la vida en función de cuidados individuales, familiares y comunitarios.
México	Dentro del marco académico, existen “El estudio nacional de salud y envejecimiento de México (enasem.org)” con esta mirada para personas mayores y la “Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 1998/2011/2017”. Módulo biográfico anidado a la Encuesta Nacional de Hogares (ENH), cuyo objetivo es recolectar información longitudinal que resume la historia de vida de las personas de 20 a 54 años, en relación con distintos procesos sociodemográficos como migración, educación, trabajo, nupcialidad, arreglos residenciales, fecundidad, mortalidad, anticoncepción y discapacidad; así como condiciones de vida y bienestar. No se encontraron instancias institucionales específicas.

Colombia	En el Ministerio de Salud y Protección Social existe un Grupo de Curso de Vida. Se observa desde el 2014 el desarrollo de la incorporación del enfoque en los materiales de atención integral a la infancia, niñez y adolescencia. El enfoque de curso de vida y de determinantes sociales de la salud, está incorporada en la resolución 3280, que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Inglaterra	En su planificación nacional, desde la política la “Salud Importa. Prevención - una aproximación a partir del ECV”.
Canadá	La Agencia de Salud pública promueve diversos programas bajo el enfoque, entre otros; reducción del sedentarismo, promoción de la salud mental y resiliencia, persona mayor y violencia familiar.

4.1.1. Ejes de trabajo acordes a los ODS

La adopción del ECV, además de colaborar en el cumplimiento con los compromisos internacionales asumidos como país, contribuye a garantizar resultados de salud mejores y más equitativos, en particular con la Agenda 2030 de desarrollo sostenible. Dentro de lo que los Organismos Internacionales señalan como ODS 3+, se plantean los siguientes ejes de abordaje desde el ECV: salud y bienestar, determinantes sociales y ambientales de la salud, ejercicio de derechos. (Tabla 2).

Tabla 2. Vinculación entre los ejes de trabajo y los ODS 3+ de la estrategia de ECV 2021-2023. Adaptada de Ministerio de Salud de la Nación, (DNCV, 2020).

Dimensión	Ejes de trabajo	ODS
Liderazgo y gobernanza	Compromiso del ECV	<p>3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial</p> <p>16.a. Fortalecer las instituciones nacionales pertinentes, incluso mediante la cooperación internacional, para crear a todos los niveles, particularmente en los países en desarrollo, la capacidad de prevenir la violencia y combatir el terrorismo y la delincuencia</p> <p>16.8. Ampliar y fortalecer la participación de los países en desarrollo en las instituciones de gobernanza mundial.</p>
Ambiente y acceso a la salud equitativo	<p>Entornos saludables</p> <p>Resiliencia de servicios y calidad de la atención</p> <p>Abordaje comunitario</p>	<p>3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.</p> <p>3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p> <p>3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo</p> <p>16.7. Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades.</p>
Atención centrada en la persona	<p>Potencial de las personas</p> <p>Aumento de la capacidad funcional</p> <p>Humanización</p> <p>Discapacidad</p>	<p>3.1. Reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en todo el mundo.</p> <p>3.2. Reducir la mortalidad de recién nacidos al menos hasta el nivel bajo de 12 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en todos los países.</p> <p>3.2. Reducir la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta el nivel bajo de 25 muertes por cada 1000 nacidos vivos en todos los países.</p> <p>3.3. Para 2030 Poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis, malaria y de enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.</p>

		<p>3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar</p> <p>10.2. De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.</p> <p>16.1. Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo</p>
<p>Gestión de la información y monitoreo</p>	<p>Salud digital</p> <p>Investigación e Innovación</p>	<p>3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.</p> <p>9.c. Aumentar de forma significativa el acceso a la tecnología de la información y las comunicaciones y esforzarse por facilitar el acceso universal y asequible a Internet en los países menos adelantados a más tardar en 2020.</p> <p>9.5. Aumentar la investigación científica y mejorar la capacidad tecnológica de los sectores industriales de todos los países, en particular los países en desarrollo, entre otras cosas fomentando la innovación y aumentando sustancialmente el número de personas que trabajan en el campo de la investigación y el desarrollo por cada millón de personas, así como aumentando los gastos en investigación y desarrollo de los sectores público y privado para 2013.</p>

<p>Bioética</p>	<p>Perspectiva bioética</p> <p>Equidad y desigualdad</p>	<p>10.3. Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.</p> <p>16.7. Garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades a todos los niveles.</p>
------------------------	--	--

4.2. ESTADO DE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA RIOJA

4.2.1. Proceso de priorización provincial de objetivos y metas internacionales y nacionales

La provincia de la Rioja suscribe el convenio de cooperación firmado el 12 de Julio del 2016 entre el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales a los fines de establecer acciones de vinculación y cooperación que permitan la adaptación de las metas de desarrollo sostenible a la realidad provincial con el objeto de contribuir al alcance de las metas nacionales, para la implementación de la Agenda 2030, que representa un desafío transversal y es la única agenda de desarrollo de alcance planetario, que involucra todas las dimensiones del desarrollo sostenible y a todos los actores de la vida pública, el sector privado y la sociedad. Desde el año 2005 se encontraba en ejecución del proyecto de préstamo BIRF 8008-AR, a través del cual el Banco Mundial y una consultoría de Asistencia Técnica

cooperaban al fortalecimiento institucional del sector público, específicamente en la temática de la planificación y el presupuesto.

Como desenlace del trabajo en esa etapa, con los equipos técnicos participantes del Plan Integral de Desarrollo Provincial, se arribó a la conclusión de que el agrupamiento de los objetivos establecidos en tres lineamientos estratégicos, Desarrollo Infraestructural, Desarrollo Humano y Desarrollo Productivo, era la mejor opción para ordenar la composición del Plan.

Ministerio	ODS																		
Ministerio de Hacienda y Obras Públicas		1.2		3.c	4.5				8.10 8.b	9.2		11.4							17.19
Ministerio de Desarrollo Social		1.2 1.3	2.1																
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología					4*	5.b				9.5 9.b									
Ministerio de Gobierno, Justicia y Derechos Humanos				3.6		5.2 5.4			8.5 8.6 8.8	9.2	10.1 10.4							16.1 16.3 16.4	
Ministerio de Salud				3*															
Ministerio de Planeamiento e Industria									8.b 8.1 8.5	9.2		11.6				15.2 15.8		17.18 17.19	
Ministerio de Prod. y Desarrollo Económico			2.4																
Ministerio De Infraestructura		1.4					6.1 6.2	7.1 7.2 7.3		9.1		11.1 11.3							17.8
Secretaría de Cultura												11.4							
Secretaría de Turismo									8.9										

Figura 2. Matriz síntesis de vinculación ODS/metas/indicadores – Ministerios. Reproducido del Informe Provincial ODS La Rioja, 2019, Ministerio de Planeamiento e Industria.

Una vez suscripto el acuerdo con el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales para la adaptación en la provincia de la Agenda 2030, se decidió su inclusión en el formato de trabajo ya establecido, quedando solamente por delante la adecuación a las metodologías ya establecidas y su articulación con los ODS.

En la figura 5 se pueden observar las metas priorizadas desde los diferentes ministerios de la provincia de la Rioja, los indicadores propuestos para la convalidación de la información sobre metas e indicadores que finalmente se adaptaron a la provincia, y las propuestas de metas intermedias y finales.

En la tabla 3 se observan los indicadores propuestos por la provincia que corresponden al Sector Salud Provincial.

Tabla 3. Indicadores OSD 3 salud y bienestar. Tomado del Informe provincial ODS la Rioja. Ministerio de planeamiento e industria de la Rioja 2019.

Código de meta	Indicadores	Organismo responsable /colaborador que ejecuta la meta
3.1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.	3.1.1 Razón de mortalidad materna por cada 10.000 nacidos vivos 3.1.2. Porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal especializado	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja
3.2. 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	3.2.1. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000 niños de 1 a 4 años) 3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos).	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja

por cada 1.000 nacidos vivos.		
3.3. Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	<p>3.3.1. Número de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes (Tasa de VIH por 100.000 habitantes).</p> <p>3.3.1.b. Tasa de Mortalidad por sida x 100.000 habitantes</p> <p>3.3.2. Tasa de casos nuevos notificados de tuberculosis cada 100.000 habitantes</p> <p>3.3.4. Tasa de notificaciones de Hepatitis B en personas de 15 a 24 años cada 100.000 habitante</p> <p>3.3.11. Diagnósticos de infecciones por transmisión vectorial de Mal de Chagas cada 100.000 habitantes</p>	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja
3.4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.	<p>3.4.1. Tasa de mortalidad específica por enfermedades cardiovasculares por cada 100.000 habitantes</p> <p>3.4.2. Tasa de mortalidad por tumores malignos por cada 100.000 habitantes.</p> <p>3.4.3. Tasa de mortalidad específica por Diabetes mellitus por cada 100.000 habitante</p> <p>3.4.4. Tasa de mortalidad específica por enfermedades crónicas del sistema respiratorio por cada 100.000 habitantes</p> <p>3.4.5. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes.</p>	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja
3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo	<p>3.5.1.a. Porcentaje de personas con cobertura efectiva de servicios básicos de salud</p> <p>3.5.1.b. Tasa general de demanda efectiva de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas</p>	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja

nocivo de alcohol.	3.5.2.a. Consumo de alcohol regular de riesgo de la población de 18 años y más 3.5.2.b. Consumo de alcohol episódico excesivo de la población de 18 años y más por provincia	
3.6. Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.	3.6.1. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes.	Ministerio de Gobierno, Justicia y Derechos Humanos
3.7. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	3.7.4. Tasa de fecundidad adolescente temprana por cada 1.000 mujeres 3.7.5. Tasa de fecundidad adolescente tardía por cada 1.000 mujeres	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja
3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	3.8.1. Población en viviendas particulares por cobertura de salud	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja
3.9. reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo	3.9.2. Casos notificados de Enfermedades Gastroentéricas, diarreas por 100.000 habitantes	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja
3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la	3.a.1. Prevalencia de consumo de tabaco en población de 18 y más años	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja

Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.		
3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.	<p>3.c.1. Composición del equipo de salud - Médicos/as por 10 mil habitantes.</p> <p>3.c.2. Composición del equipo de salud - Enfermeros Sector Público (profesionales o pregrado Univ.) /10000 mil habitantes</p> <p>3.c.3. Composición del equipo de salud - Tasa de especialistas Obstetricia y Ginecología cada 10 mil habitantes</p>	Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja

4.3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LA PROVINCIA DE LA RIOJA

4.3.1. Consideraciones sociodemográficas

La provincia de La Rioja presenta particularidades sociodemográficas que inciden en la situación de salud de la población y que son necesarias de considerar.

Está ubicada en el oeste del país, conformando la región del NOA junto a Salta, Catamarca, Jujuy, Tucumán y Santiago del Estero. Con una extensión territorial de 89.680 Km² (3,2 % del área continental del país), la ciudad capital está a 498 mts. de altura sobre el nivel del mar. El territorio provincial se encuentra dividido políticamente en 18 departamentos y cabeceras (Tabla 4).

Tabla 4. División política La Rioja. Tomado de DGEC La Rioja 2020.

N.º de orden	Código	Departamento	Cabeceras
1	7	Arauco	Aimogasta
2	14	Capital	La Rioja
3	21	Castro Barros	Aminga
4	28	Gral. Felipe Varela	Villa Unión
5	35	Chamical	Chamical
6	42	Chilecito	Chilecito
7	49	Famatina	Famatina
8	56	Ángel Vicente Peñaloza	Tama
9	63	Gral. Belgrano	Olta
10	70	Gral. Juan Facundo Quiroga	Malanzan
11	77	Gral. Lamadrid	Villa Castelli
12	84	Ortiz de Ocampo	Milagro
13	91	Gral. San Martín	Ulapes
14	105	Independencia	Patquia
15	112	Rosario Vera Peñaloza	Chepes
16	119	San Blas de los Sauces	San Blas
17	126	Sanagasta	Sanagasta
18	98	Vinchina	Vinchina

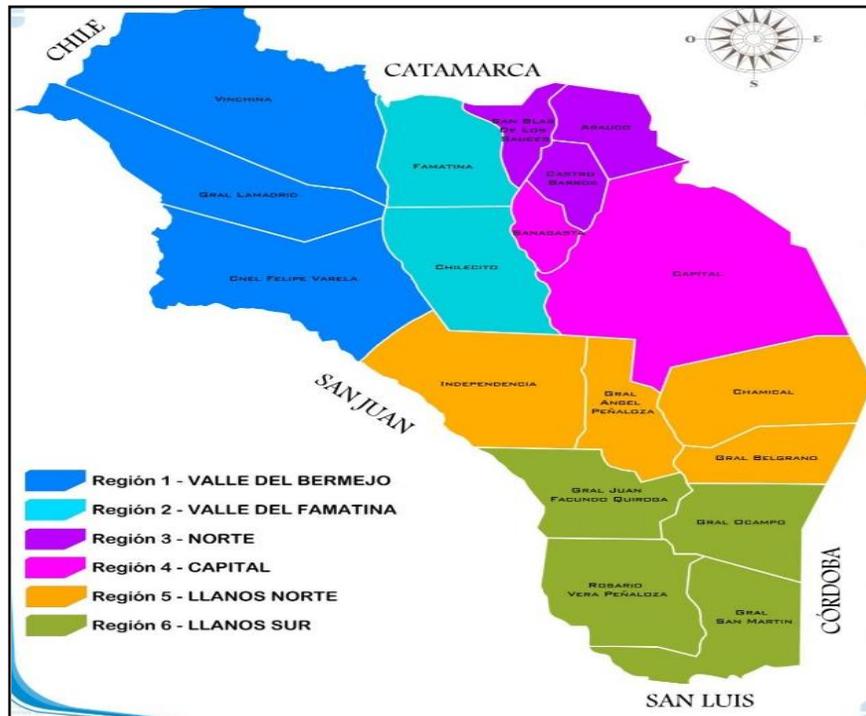


Figura 3. Provincia de La Rioja distribución por región. Fuente Dirección General de Estadísticas y Sistemas de Información, La Rioja 2019.

La población total proyectada a 2019 de la provincia de La Rioja es de aproximadamente 388 mil personas (INDEC). Su estructura por edades muestra que el 8,5% es de hasta cuatro años (32 mil), el tramo de 5 a 19 años representa el 24,3% (94 mil), el de 20 a 59 el 54,6% (212 mil), y el de 60 años y más el 12,6% (49 mil) de la población de la provincia.

Tabla 5. Población total de la provincia de La Rioja. Tomado de INDEC. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010 – 2040 en La Rioja.

Edad	2019		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	388.386	193.364	195.022
0-4	32.881	16.933	15.948
5-9	31.354	16.212	15.142
10-14	30.588	15.682	14.906
15-19	32.312	16.233	16.079
20-24	35.217	17.816	17.401
25-29	35.643	17.885	17.748
30-34	30.176	14.974	15.202
35-39	27.946	13.903	14.043
40-44	26.658	13.201	13.457
45-49	21.468	10.640	10.828
50-54	18.291	9.048	9.243
55-59	16.863	8.399	8.524
60-64	14.599	7.208	7.391
65-69	12.092	5.839	6.253
70-74	8.889	4.170	4.719
75-79	6.054	2.676	2.278
80-84	3.841	1.497	2.344
85-89	2.192	757	1.435
90-94	972	268	704
95-99	284	60	224
100 y más	66	13	53

Tabla 6. Distribución de población por sexo según departamentos provincia tomado de Dirección General de Estadísticas y Sistemas De información Provincia de La Rioja 2019.

Departamento	Ambos sexos	Mujeres	Varones	Porcentaje sobre el total provincial	Tasa de feminidad
Total	388.386	195.022	193.364	100.0	100.9
Arauco	17.856	8.826	9.030	4.6	97.7
Capital	219.320	111.015	108.305	56.5	102.5
Castro Barros	4.539	2.236	2.303	1.2	97.1

Chamical	12.554	7.793	7.761	4.0	100.4
Chilecito	58.894	29.359	29.535	15.2	99.4
Coronel Felipe Varela	9.863	4.893	4.970	2.5	98.5
Famatina	5.712	2.845	2.867	1.5	99.2
General Ángel V. Peñaloza	3.185	1.459	1.726	0.8	84.5
General Belgrano	7.951	3.967	3.984	2.0	99.6
General Juan F. Quiroga	3.857	1.836	2.021	1.0	90.8
General Lamadrid	1.839	922	917	0.5	100.5
General Ocampo	7.228	3.575	3.653	1.9	97.9
General San Martín	5.188	2.570	2.618	1.3	98.2
Independencia	2.576	1.281	1.295	0.7	98.9
Rosario Vera Peñaloza	15.501	7.823	7.678	4.0	101.9
San Blas de los Sauces	3.914	1.987	1.927	1.0	103.1
Sanagasta	2.639	1.313	1.326	0.7	99.0
Vinchina	2.770	1.322	1.448	0.7	91.3

En un segundo nivel de la pirámide poblacional hay cinco polos que aglutinan actividades político-administrativas y de servicios de salud (Tabla 7).

Tabla 7. Pirámide Poblacional – Actividades Político – Administrativas y de Servicios de Salud de La Rioja.

Ciudad	Habitantes
Chilecito	58894
Aimogasta	15594
Chamical	15554
Chepes	15501
Villa Unión	9863

Según estimaciones de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en el país se registran 3,8 millones de hogares con menores de hasta 6 años. En promedio, estos hogares tienen más de 4 integrantes y más de un menor de hasta 6 años. El 72,9% de los hogares con menores de hasta 6 años tiene sólo un menor de esa edad.

En La Rioja son 29.234 los hogares con menores de hasta 6 años, con un promedio de niños de menos de 6 años por hogar igual al total nacional (1,3 niños por hogar). En cuanto a la cantidad de integrantes total por hogar, en La Rioja es algo superior a la media nacional: 5,4 y 4,7 respectivamente. El 72,4% de los hogares con menores de hasta 6 años tiene sólo un menor en esas edades.

Los hogares con jefatura femenina representan el 43% de los hogares del país y en La Rioja es similar (44,1%). En el caso de los hogares con menores de hasta 6 años, la jefatura femenina desciende al 39% de los hogares del país, y en La Rioja la proporción baja levemente (42,6%).

Los hogares ampliados representan el 17,3% de los hogares del país y ascienden al 31,1% en los hogares con menores de hasta 6 años.

En La Rioja representan el 27,6% del total de hogares y el 51,4,6% de los hogares con menores de hasta 6 años. Como se puede apreciar, los hogares en La Rioja son más extensos y concentran integrantes de distintos núcleos familiares

Tabla 8. Indicadores sociodemográficos total nacional y La Rioja. Tomado de SIEMPRO sobre la base de EPH, INDEC, 2do trimestre 2019.

	EPH 2do. Trimestre 2019	
	Total Nacional	La Rioja
Hogares con al menos un niño de hasta 6 años	3.831.175	29.234
Cantidad promedio de NNyA de hasta 6 años en hogares con al menos un niño de hasta 6 años	1,3	1,3
Hogares con un solo niño de hasta 6 años	2.795.673	21.171
Hogares con más de un niño de hasta 6 años	1.035.502	8.063
Tamaño promedio de los hogares con al menos un niño de hasta 6 años	4,7	5,4
Hogares con jefatura femenina (en % del total de hogares)	43,0	44,1
Hogares con menores de hasta 6 años con jefatura femenina (en % de hogares con menores)	39,0	42,6

Hogares ampliados (en % del total de hogares)	17,3	27,6
Hogares con menores de hasta 6 años ampliados (en % de hogares con menores)	31,1	51,4

4.3.2. Empleo y protección social

Durante el segundo semestre de 2019, el nivel de actividad en La Rioja se ubicó en 42,2%, por debajo del nivel nacional (46,5%), el empleo en 39,9% (comparado con 42,4% a nivel nacional), y el desempleo en 9,6% (algo superior al 8,8% a nivel nacional).

En tanto, entre los jóvenes de 19 a 24 años el desempleo alcanzó al 17,7%, entre los 25 y 29 al 8,4%, y entre los adultos de 30 a 59 años al 3,1%.

Así, el desempleo por edades resulta más bajo en comparación con el promedio nacional (23,3%, 11,9% y 5,9% de cada tramo etario respectivamente).

La población ocupada en empleos no registrados abarcó a más de 35 mil personas sobre un total de poco más de 121 mil asalariados en la provincia, lo que representa a un 29,3% del total de asalariados. Dentro de este segmento de asalariados no registrados, las personas cubiertas por alguna prestación social alcanzaron el 19,9%, levemente por debajo del promedio nacional (20,5%).

Al analizarlo por grupos etarios, se obtiene que la tasa de protección tiende a incrementarse con la edad: los jóvenes de 19 a 24 años no registrados protegidos eran el 17,2%, lo que entre los jóvenes adultos de hasta 29 era de 9,1%, entre los adultos el 24,5% aunque entre los adultos mayores fue del 100%.

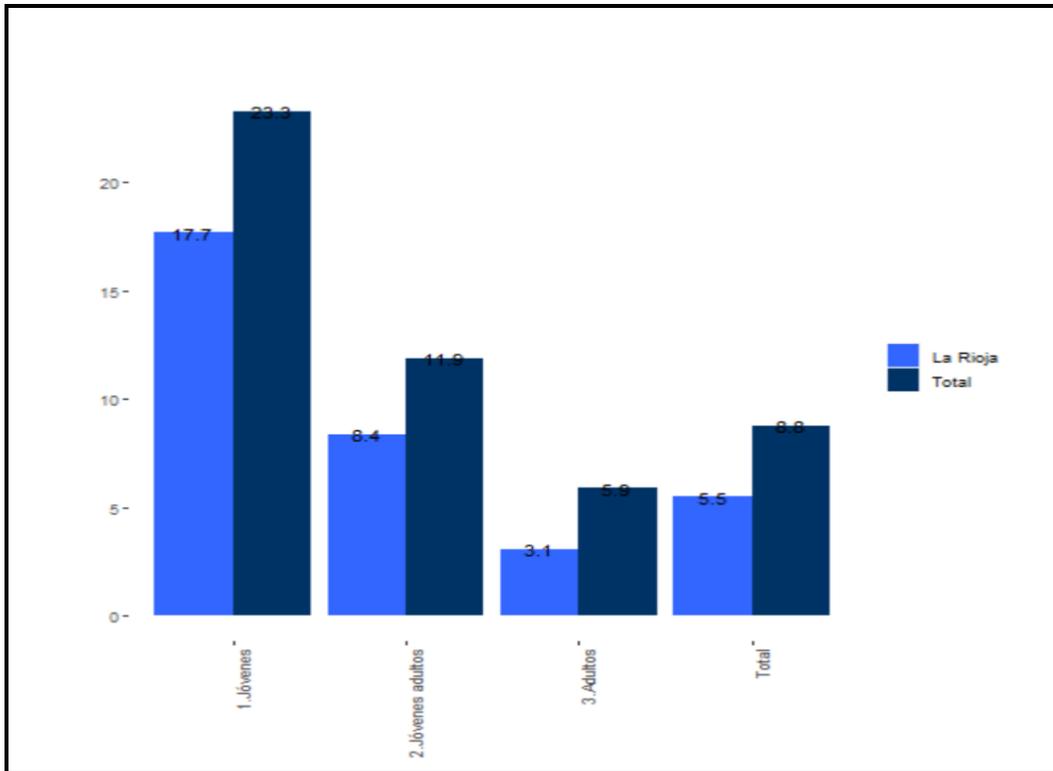


Figura 4. Tasa de desempleo general, por edad, provincial y nacional. Fuente SIEMPRO sobre la base de EPH, INDEC, segundo semestre de 2019.

4.3.3. Educación

La asistencia escolar se comporta de manera diferenciada para cada tramo de edad: los niños de cuatro años asistieron en un 53,1%, en los 5 años fue de 97,5%, en el nivel primario fue de 99,7%, en los de 13 y 14 fue de 99%, y en los de 15 a 17 de 95,6%.

El mayor contraste con el total nacional se da en las edades más tempranas, en el nivel primario y secundario se atenúan, aunque entre los 15 y 17 la diferencia vuelve a incrementarse (61,3%, 96,6%, 99,2%, 97,9% y 91,9% respectivamente).

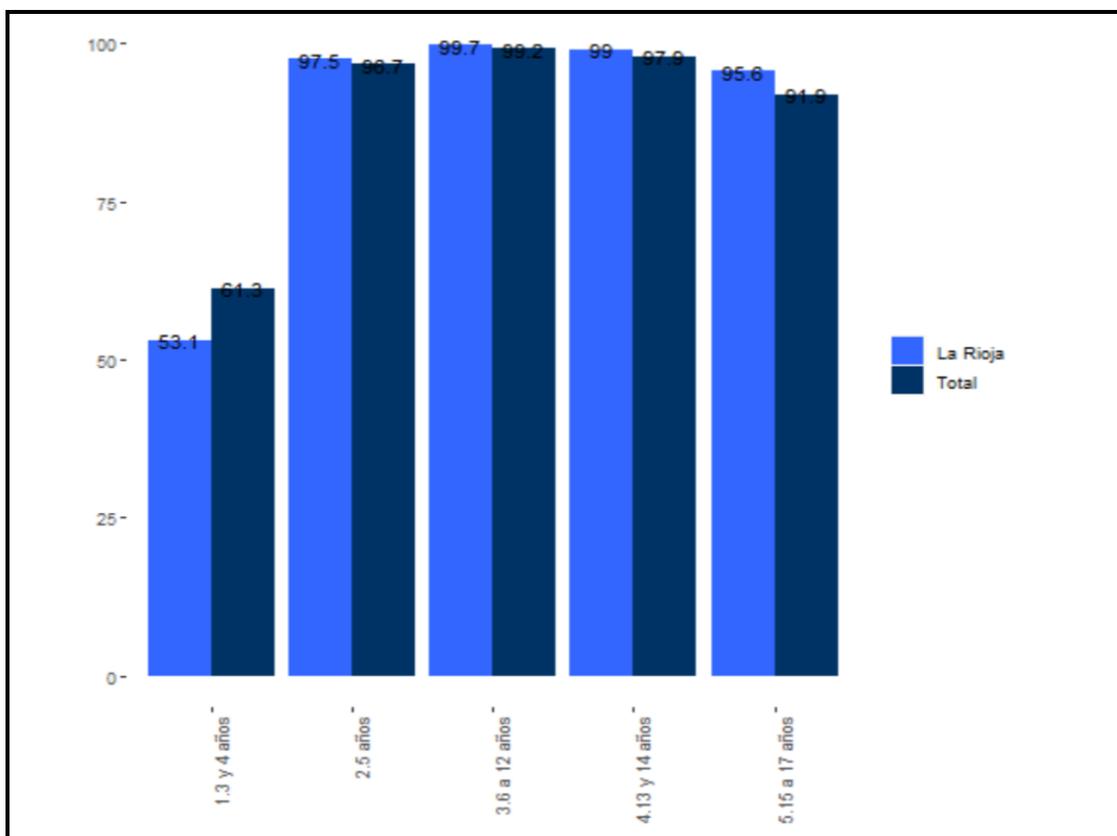


Figura 5. Tasa de asistencia por edad, provincial y nacional, tomada de SIEMPRO sobre la base de EPH, INDEC, segundo semestre de 2019.

El rezago escolar, medido como aquellos que se encuentran fuera del nivel teórico acorde a la edad, fue de 3,1% para el nivel primario, algo más bajo que el promedio nacional (4,4%), y de 13% para el nivel secundario, por debajo del 19,9% a nivel nacional. El porcentaje de población de 18 a 24 años que ha finalizado el nivel secundario o se encuentra/ encontraba en el nivel superior es del 80,1% (sobre un total de aproximadamente 55 mil jóvenes de esa edad), lo que en los mayores de 25 años fue de un 65,6% (sobre un total de más de 222 mil personas en ese rango etario). En ambos tramos la terminalidad educativa está marcadamente por encima del promedio nacional: 62,7% de los de 18 a 24 y el 59% de los de 25 años y más han finalizado al menos el nivel secundario.

4.3.4. Vivienda y hábitat

En la provincia, la precariedad material de la vivienda, o sea que tienen pisos de tierra o techos precarios, estuvo presente en el 1,1% de los hogares (algo más de mil). El déficit en fuentes de agua, esto es con red de agua fuera del terreno, pozos no protegidos, sin bomba a motor, o fuentes móviles, no fue significativa en la provincia. Los hogares con hacinamiento, sea moderado (de 2 a 3 personas por ambiente en promedio) o crítico (más de 3 personas), alcanzaron 6,9% (siete mil). Los hogares con saneamiento deficiente, es decir que la evacuación no está conectada a red de alcantarillado o fosa séptica, o bien el baño es compartido o no disponen de servicio higiénico, fueron sólo el 1,2% en la provincia (poco más de mil hogares). Los hogares que habitaban en zonas vulnerables, sea cerca de basurales, en villas o asentamientos o en zonas inundables, eran alrededor del 6,6% (siete mil hogares); y 73,5% de los hogares no contaba con gas de red (81 mil).

4.3.5. Pobreza

La población con ingresos por debajo de la línea de pobreza en el aglomerado La Rioja fue 2,5 puntos porcentuales superior a la registrada en el total urbano nacional relevado por la EPH (38% v. 35,5%). Por el contrario, la incidencia de la pobreza en La Rioja fue casi 5 p.p. inferior (3,2% vs. 8%).

Tabla 9. Pobreza e indigencia total, urbano y La Rioja 2do semestre 2019. Tomado de EPH, INDEC, segundo semestre de 2019.

	Pobreza	Indigencia
Total Urbano	35,5%	8,0%
La Rioja	38,0%	3,2%

Tabla 10. Porcentaje de población según esté bajo pobreza multidimensional y/o por ingresos provincia de La Rioja y total nacional segundo semestre de 2019. Tomado de EPH, INDEC, segundo semestre de 2019.

		Pobreza por ingresos					
		Total Nacional			La Rioja		
Pobreza multidimensional		No pobre	Pobre	Total	No pobre	Pobre	Total
	No pobre	54,3	17,2	71,5	54,8	24,4	79,2
	Pobre	9,9	18,5	28,5	7,0	13,9	20,8
	Total	64,3	35,7	100,00	61,8	38,2	100,0

El índice de pobreza multidimensional permite complementar la pobreza medida por ingresos, dando cuenta así de diferentes aspectos de la calidad de la vida de las personas que pueden reflejarse por medio de la implementación de un método integrado de pobreza. Los resultados de la estimación integrada entre ambas, resultando en una caracterización más detallada de las vulnerabilidades de la población. En este sentido, para el segundo semestre de 2019 un 45,2% de la población de La Rioja se encontraba en situación ya sea de pobreza monetaria, multidimensional o ambas (menos de medio punto porcentual por debajo del total nacional).

4.3.6. Salud

La cobertura de salud pública alcanzó al 34,6% del total de la población de la provincia (más de 134 mil personas). Este tipo de cobertura segmentada por edades muestra que entre los menores de hasta 17 años alcanzó a 39,4% (43 mil), entre los de 18 a 24 al 50,7% (28 mil), de 25 a 64 al 32,3% (62 mil), y entre los adultos

mayores de 65 años sólo el 2,6% (menos de mil personas). Por su parte, a nivel nacional la cobertura pública alcanzó al 43,2%, 48,4%, 32,6% y el 2,8% de cada tramo de edad respectivamente.

Se observa que el 57% de los nacimientos se realizan en la ciudad capital, por tener la complejidad adecuada para dichos procedimientos, bajo la estrategia de maternidad segura.

La tasa de mortalidad infantil para la provincia fue del orden del 10,3%, mientras que la razón de mortalidad materna fue del 3,1%.

Tabla 11. Tasa de natalidad, fecundidad y mortalidad tomada de DEIS. MSAL. Boletín N.º 163

Provincia	Tasa de Natalidad	Tasa de Fecundidad	Tasa de mortalidad Infantil		
			Infantil	Neonatal	Postneonatal
La Rioja	13.7	50.8	10.3	6.2	4.1

Con respecto a la mortalidad infantil el 40% de la misma corresponde a un bajo peso al nacer, menos de 1500 mg, con un intervalo de gestación de 28 a 36 semanas es el más representativo con 45% del total como muestra la figura 9.

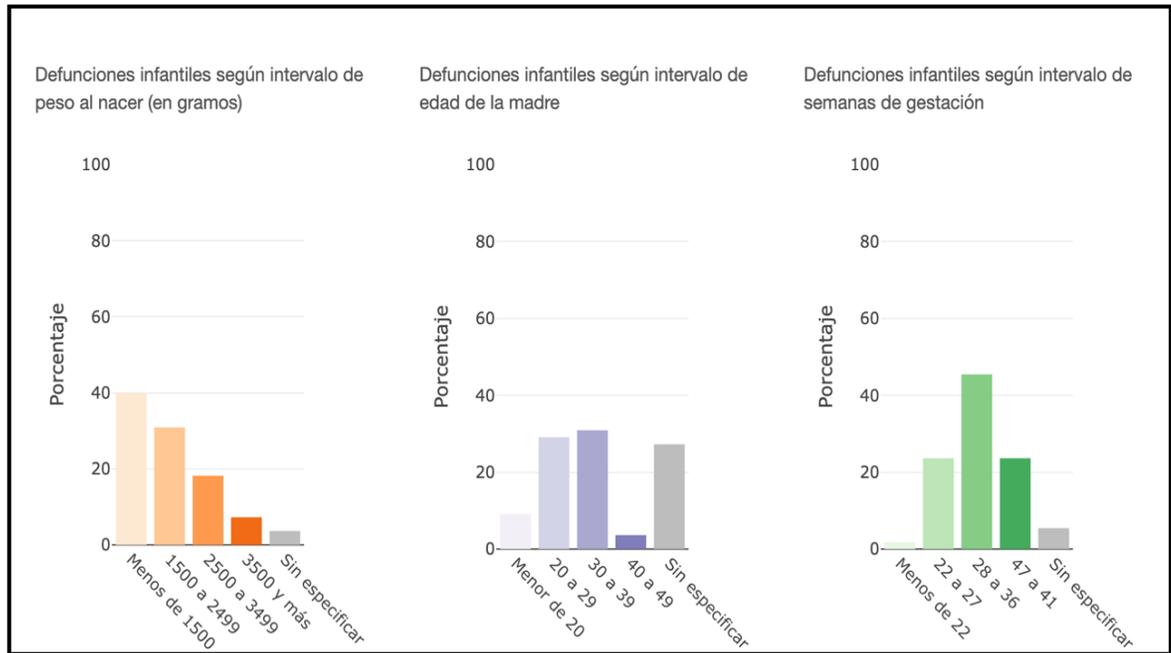


Figura 9. Defunciones infantiles según peso, intervalo de edad de la madre, intervalos de semana de gestación tomada de DEIS 2019.

Con respecto a las defunciones infantil el 67% de las mismas corresponden a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal seguidamente las malformaciones congénitas con un 20% (Figura 10).

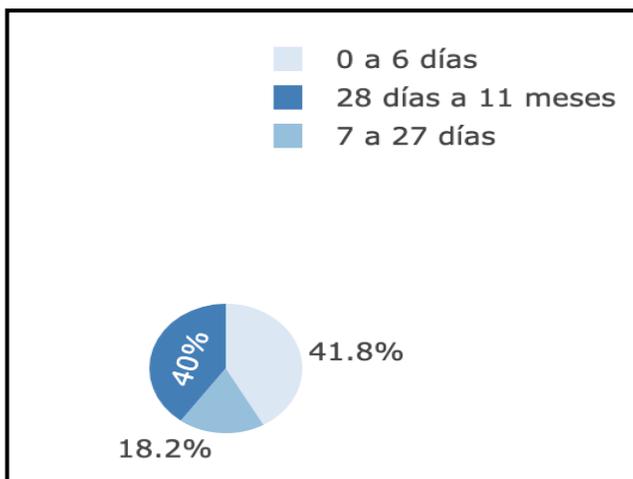


Figura 10. Defunciones infantiles tomada de DEIS 2019

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ENT), como las cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes, son las más prevalentes. Esto se ve reflejado en la figura 11, y muestra la principales causa de muerte de la población en la Provincia de La Rioja.

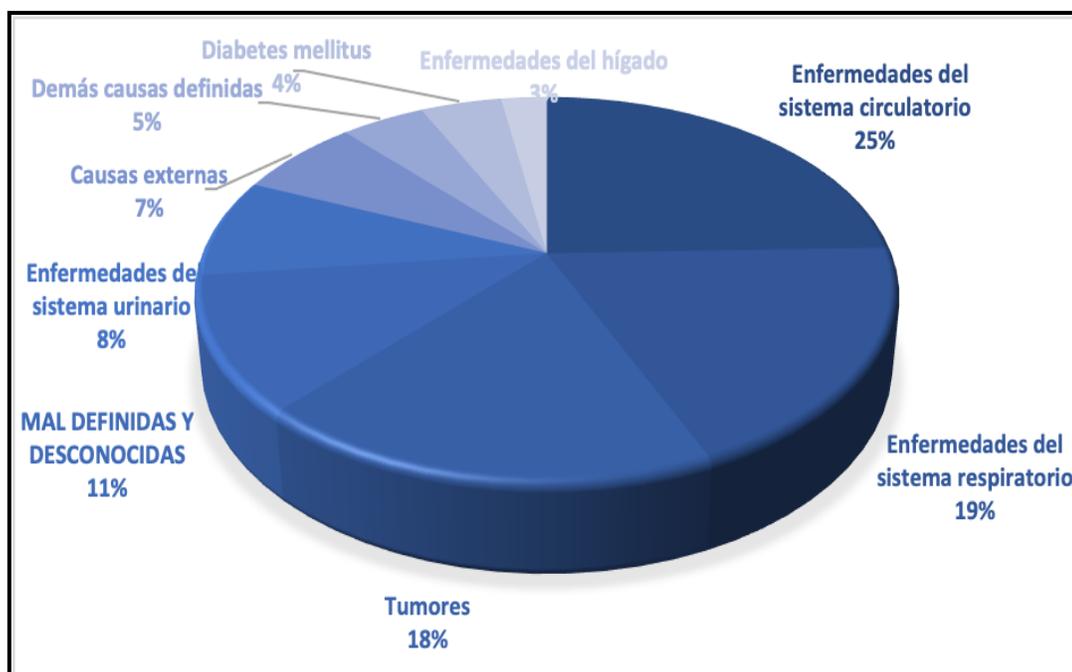


Figura 11. Principales causas de defunciones mayores año 2019. Tomado de DEIS 2019

La particularidad que presenta la provincia es la baja mortalidad por siniestralidad lo que representa un 4% de las defunciones.

Se han registrado accidentes viales graves, asociados en su totalidad a la conducción imprudente de motocicletas y ciclomotores, el no uso de casco. Todo esto se hace imperiosa la necesidad de implementar acciones comunitarias de educación vial y concientización de los riesgos detectados, mapa de calor donde se producen con mayores frecuencias, así implementar las medidas preventivas correspondientes.

Tabla 12. Defunciones por grupos de edad según agrupamiento, nacidos vivos registrados, defunciones totales según grupos de edad y maternas por departamento

Jurisdicción	Nacidos vivos	DEFUNCIONES													
		Totales	Menores de 1 año	Neonatales	Posneonatales	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más	Muertes maternas
TOTAL JURISDICCION	5320	2282	55	33	22	9	17	61	64	86	138	336	528	986	2
Arauco	246	114	3	3	0	1	2	4	2	9	2	20	30	41	0
Capital	3017	1245	37	20	17	4	9	34	39	44	86	175	311	505	2
Castro Barros	38	33	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	4	21	0
Coronel Felipe Varela	130	48	1	1	0	0	1	1	0	0	3	8	7	27	0
Chamical	203	113	1	1	0	0	0	1	2	5	5	20	27	52	0
Chilecito	844	357	7	3	4	2	2	12	5	15	19	45	74	175	0
Famatina	58	28	1	1	0	1	0	0	1	1	1	9	1	13	0
General Angel V. Peñalosa	28	21	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	8	9	0
General Belgrano	129	52	0	0	0	0	0	1	3	2	1	5	14	26	0
General Juan F. Quiroga	52	15	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	3	7	0
General Lamadrid	21	10	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	4	0
General Ocampo	67	32	0	0	0	0	0	1	2	1	1	4	9	14	0
General San Martín	60	25	0	0	0	0	0	0	1	2	2	6	5	9	0
Vinchina	26	20	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	3	11	0
Independencia	38	11	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2	4	0
Rosario Vera Peñalosa	225	111	2	2	0	0	1	3	4	2	10	19	19	51	0
San Blas de los Sauces	42	15	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	4	4	0
Sanagasta	35	17	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	5	9	0
DESCONOCIDO	61	15	2	1	1	1	0	0	0	0	2	5	1	4	0

Tabla 13. Defunciones mayores según grupos etarios y causas de muerte provincia de La Rioja 2019 tomado de DEIS 2019.

Grupo de Causas de Defunción	Total	Menores de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y mas	Sin especificar
TODAS LAS CAUSAS	2282	55	9	17	61	64	86	138	336	528	986	2
A. TOTAL CAUSAS DEFINIDAS	2045	54	9	17	56	60	77	129	307	480	854	2

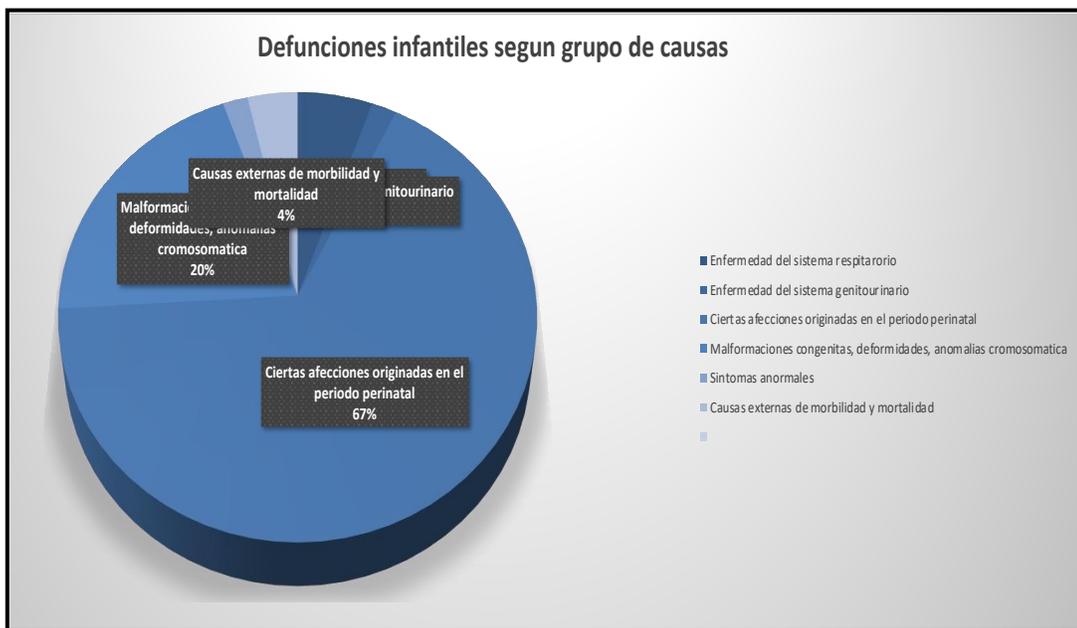


Figura 12. Principales causas de defunciones infantiles año 2019. Tomando DEIS 2019.

4.3.7. Personal médico y de enfermería

En nuestro país, la gestión sanitaria y la regulación del ejercicio profesional en salud es potestad de las diferentes provincias, se debe tener presente que la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFEPS) integra la información actualizada de los profesionales matriculados proveniente de todas las jurisdicciones del país, la cual está disponible en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) desde fines de 2011.

De acuerdo con el informe al año 2019, por el Observatorio Federal de Talento Humano en Salud (OFERHUS) indican en su trabajo denominado "Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina" que el número de médicas/os es 181.189, la relación entre médicas/os y población en Argentina es de 40,5 médicas/os cada 10 mil habitantes.

Como también que el promedio en la región de las Américas es de 23,3 cada 10 mil habitantes, según lo cual Argentina superaría incluso al conjunto de los países europeos que cuentan con 33,8 profesionales de medicina cada 10 mil habitantes (OFERHUS, 2019).

Tabla 14. Cantidad de profesionales médicos/as y enfermeros/as, tasa por 10 mil habitantes tomando OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS, 2020).

Profesión	2013		2014		2016		2019		
	Cantidad	Tasa x 10mil hab.							
Medicas/os totales	166.187	39,3	s/d	s/d	172.502	39,6	181.189	40,5	
Enfermeras/os	Auxiliares	86.073	42,4*	82.278	42,7*	80.274	44,2*	74.700	52,19*
	Técnicas/os	73.373	22,1**	78.570	23,5**	87.172	25,8**	121.739	35,57**
	Licenciadas/os	19.729		21.522		25.383		38.088	
Enfermeras/os totales	179.175		182.370		192.829		234.527		

Como se observa en la figura 13, queda evidenciando fuertes disparidades en la distribución de médicos en todo el territorio nacional, CABA continúa constituyendo un centro con amplia capacidad formadora de profesionales, que luego permanecen allí para el ejercicio profesional con un 16,63 médicos cada mil habitantes, siendo que la provincia de La Rioja está por debajo de la media nacional con un 3,85 médicos cada mil habitantes, de ese porcentaje el 60% de los mismos se encuentran en la ciudad capital de la Rioja, todavía no se logró mejorar la distribución en toda la provincia.

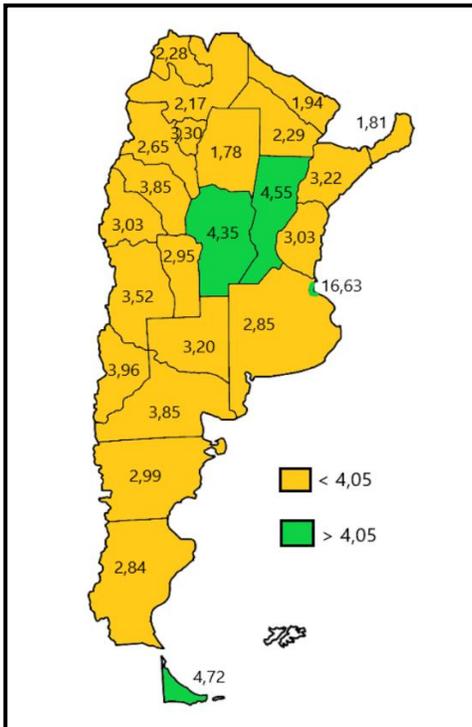


Figura 13. Tasa de médicos/as en Argentina por mil habitantes tomando OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS, 2019).

En la figura 14 se observa la tasa de enfermeras/os profesionales (licenciados y técnicos) en Argentina por mil habitantes para el año 2019 es de 3,36. El mapa muestra las provincias del país que se encuentran por encima de la media nacional y aquellas que se encuentran por debajo, evidenciándose disparidades en el ámbito nacional. En Ciudad de Buenos Aires (CABA), el número de enfermeros totales se encuentra muy por encima del resto de las jurisdicciones, contando 6,64 enfermeros cada mil habitantes. La provincia de La Rioja evidencia 3,30 enfermeros cada mil habitantes respectivamente.

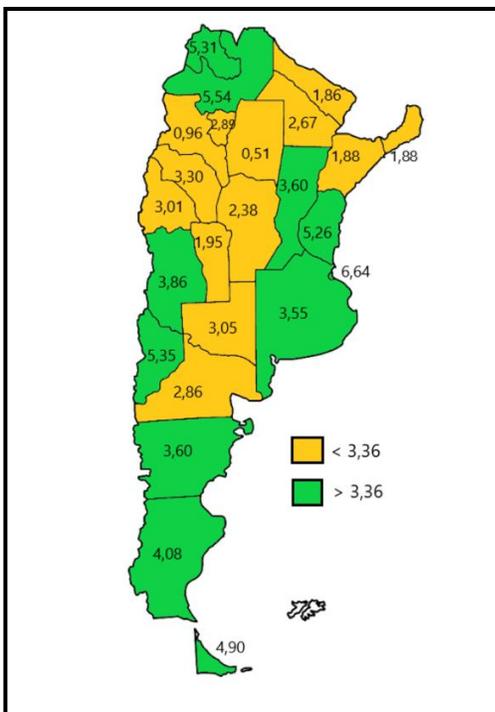


Figura 14. Tasa de enfermeras/os profesionales (licenciadas/os y técnicas/os) en argentina por mil habitantes tomado de OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud (REFEPS, 2019).

4.4. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA

La red de servicios de salud de la provincia (Figura 15) se encuentra dividida en seis zonas sanitarias y éstas en departamentos y áreas programáticas para poder ejecutar los diferentes planes provinciales y nacionales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; todas bajo un mismo régimen de una política sanitaria implementada desde el Ministerio de Salud Provincial.

Cada zona sanitaria cuenta con los diferentes niveles de atención encontrándose el máximo nivel de atención en el Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros de adultos y el Hospital Regional de la Madre y el Niño, ambos en la capital provincial.

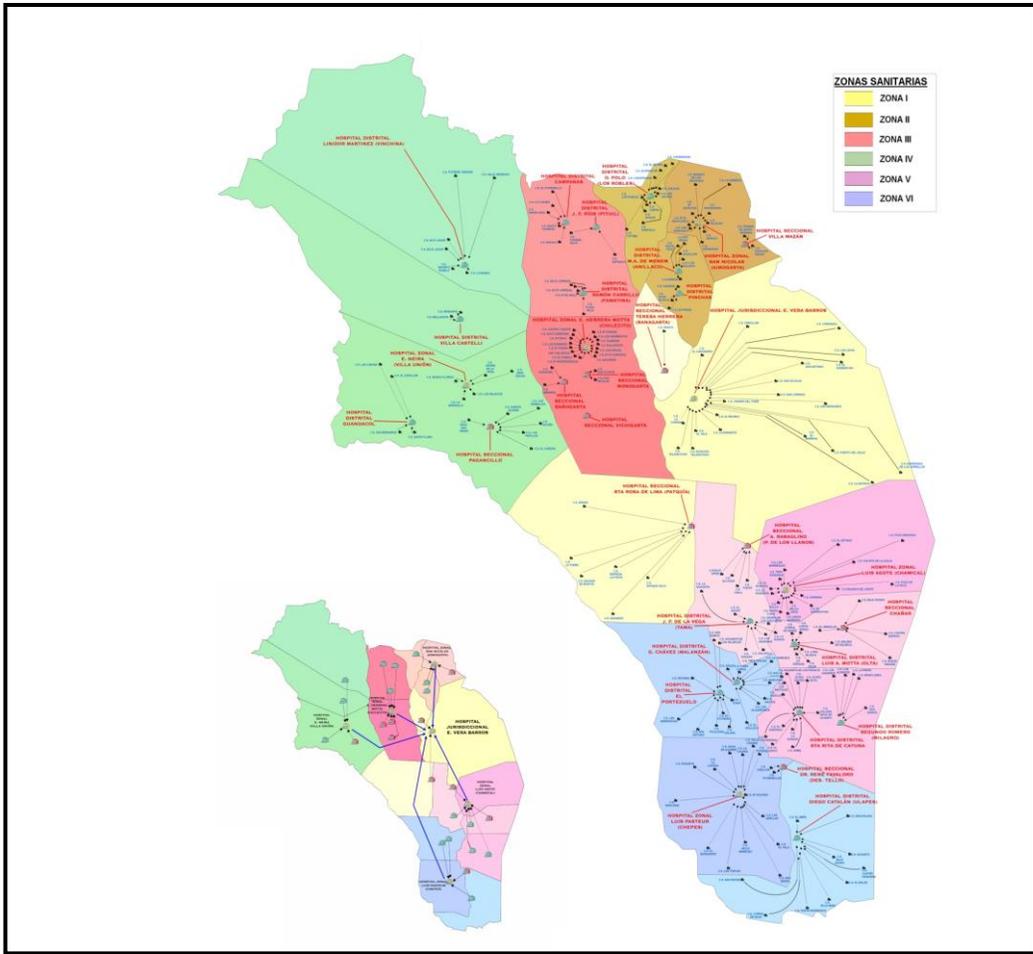


Figura 15. Red de servicios de salud de La Rioja tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

El sector público tiene un total de 257 efectores, 34 hospitales y 223 CAPS, teniendo la provincia un porcentaje de población bajo cobertura pública exclusiva de 42,6%.

Con relación a la gestión de la información, sólo el 15% de los efectores tiene implementado el sistema de información sanitaria Acuario, ese porcentaje corresponde al primer nivel de atención.

De los 34 hospitales, sólo 2 tienen sistema propio que responde parcialmente a las principales funcionalidades necesarias para cada hospital, el resto de los hospitales utilizan ServSalud, sistema provisto por el Ministerio de Salud de la Nación, que se utiliza para la carga de egresos hospitalarios.

El programa SUMAR, que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud.

Tomando la encuesta nacional de efectores a cargo de la Coordinación de Recupero de Costos del programa SUMAR, que fue respondida por el 100% de los efectores de provincia, se observa que el 79% de los efectores no realizan ningún tipo de recupero de costos, mientras que el 21% sí ejercitan formas de recupero, frente al 52% que lo hacen a nivel regional y el 47% de promedio nacional.

Con respecto a la referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención no existen herramientas formales.

El 85% de estos establecimientos no poseen procesos de digitalización de información sanitaria.

El Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD; Dec. N.º 939/00) provee un sistema para que los establecimientos públicos de salud cobren a terceros pagadores por servicios brindados a afiliados con cobertura formal aunque en la actualidad sólo permite facturar a obras sociales nacionales y PAMI. A nivel nacional y regional, la adhesión al sistema aún permanece baja (en 22,4% y 22,1%, respectivamente). En la provincia de La Rioja por su parte, 187 establecimientos se encuentran inscriptos, lo cual representa un 22,03% del total.

Esta red provincial de servicios públicos está diseñada para garantizar la prestación efectiva, eficiente y coordinada de servicios de salud a la población.

Teniendo en cuenta la descripción antes mencionada, con una marcada desigualdad en el acceso, los diferentes niveles de atención no trabajan de manera coordinada, con instalaciones inadecuadas para una correcta prestación de servicios de calidad.

El envejecimiento de la población plantea desafíos adicionales para el sistema de salud, ya que la demanda de atención médica aumenta con una población de edad avanzada.

La atención primaria de salud, que es fundamental para la prevención y la gestión de enfermedades, a menudo no recibe la atención y los recursos necesarios para el abordaje de la prevención de enfermedades y educación sanitaria, no son suficientes. También se manifiesta la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención donde no hay continuidad en la atención de los pacientes, con pocos efectores digitalizados, efectores conectados utilizando diferentes sistemas, debilidades en la referencia y contrarreferencia formal. En este contexto la red enfrenta una serie de desafíos estructurales y operativos que dificultan su funcionamiento eficiente y la prestación de servicios de calidad a toda la población. Estos problemas requieren una atención cuidadosa y esfuerzos sostenidos para mejorar el sistema de salud.

La red de servicios de salud provincial cuenta con una división que se compone así:

- Zona sanitaria I: Capital, Sanagasta, Independencia.
- Zona sanitaria II: Arauco, Castro Barros, Los Sauces.
- Zona sanitaria III: Chilecito, Famatina.
- Zona sanitaria IV: Felipe Varela, La Madrid, Vinchina.

- Zona sanitaria V: Chemical, Gral. Belgrano, Gral. Ocampo, Ángel Vicente Peñaloza.
- Zona sanitaria VI: Gral. San Martín, Vera Peñaloza, J. F. Quiroga

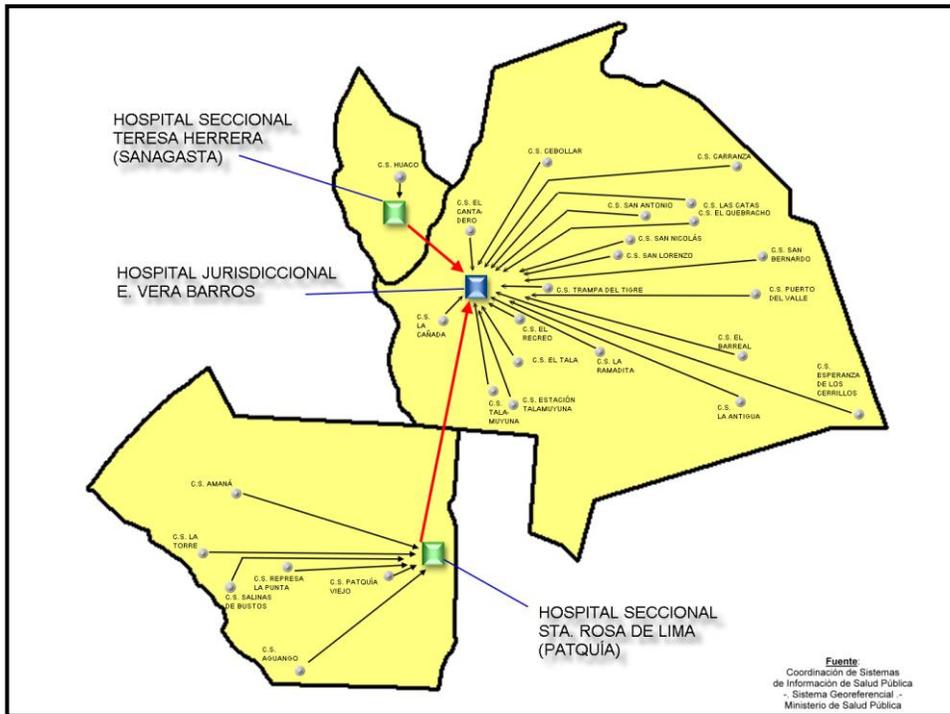


Figura 16. Zona sanitaria I tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

Zona I:

- Hospital Jurisdiccional Dr. E. Vera Barros
- Hospital de la Madre y el Niño.
- Hospital Virgen de Fátima
- Hospital Seccional Teresa de la Cruz Herrera - Sanagasta
- Hospital Seccional Santa Rosa de Lima - Patquia

- Cuenta con 50 CAPS.

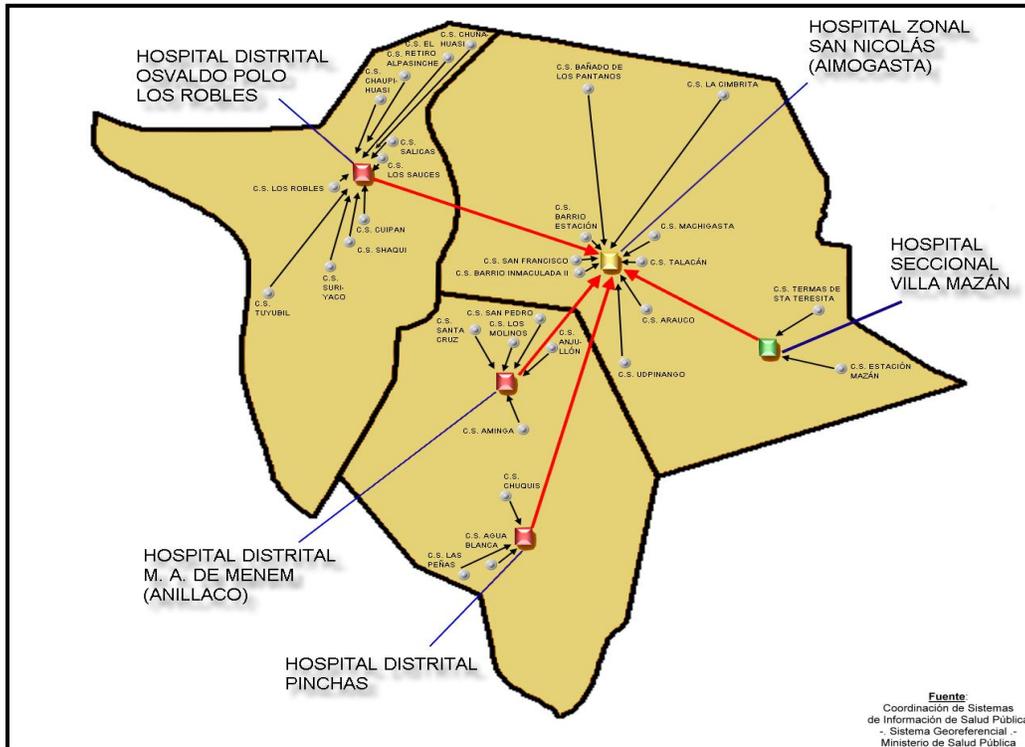


Figura 17. Zona sanitaria II tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

Zona II:

- Hospital Zonal San Nicolás - Aimogasta
- Hospital Distrital Osvaldo Polo - Los Robles
- Hospital Distrital Mohibe Akil de Menem - Castro Barros
- Hospital Distrital de Pinchas
- Hospital Seccional Villa Mazan
- Cuenta con 28 CAPS

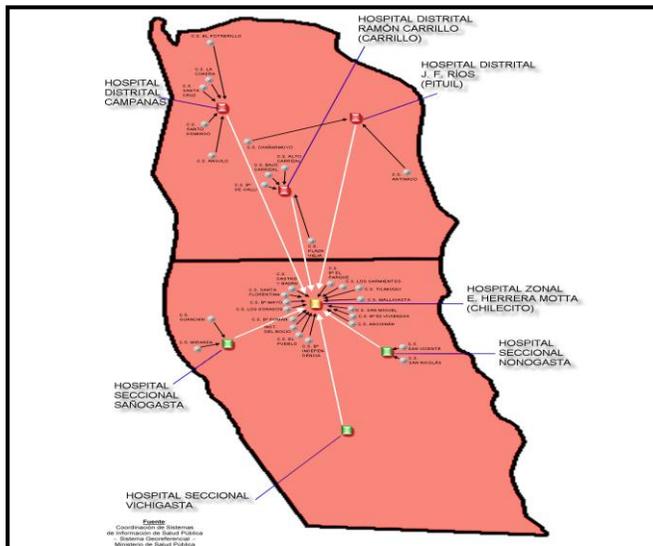


Figura 18. Zona sanitaria III tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

Zona III:

- Hospital Zonal Eleazar Herrera Motta - Chilecito
- Hospital Distrital Florencio Ríos
- Hospital Distrital Ramón Carrillo Pituil
- Hospital Distrital de Campanas
- Hospital Seccional Nonogasta
- Hospital Seccional Vichigasta
- Hospital Seccional Sañogasta
- Cuenta con 30 CAPS

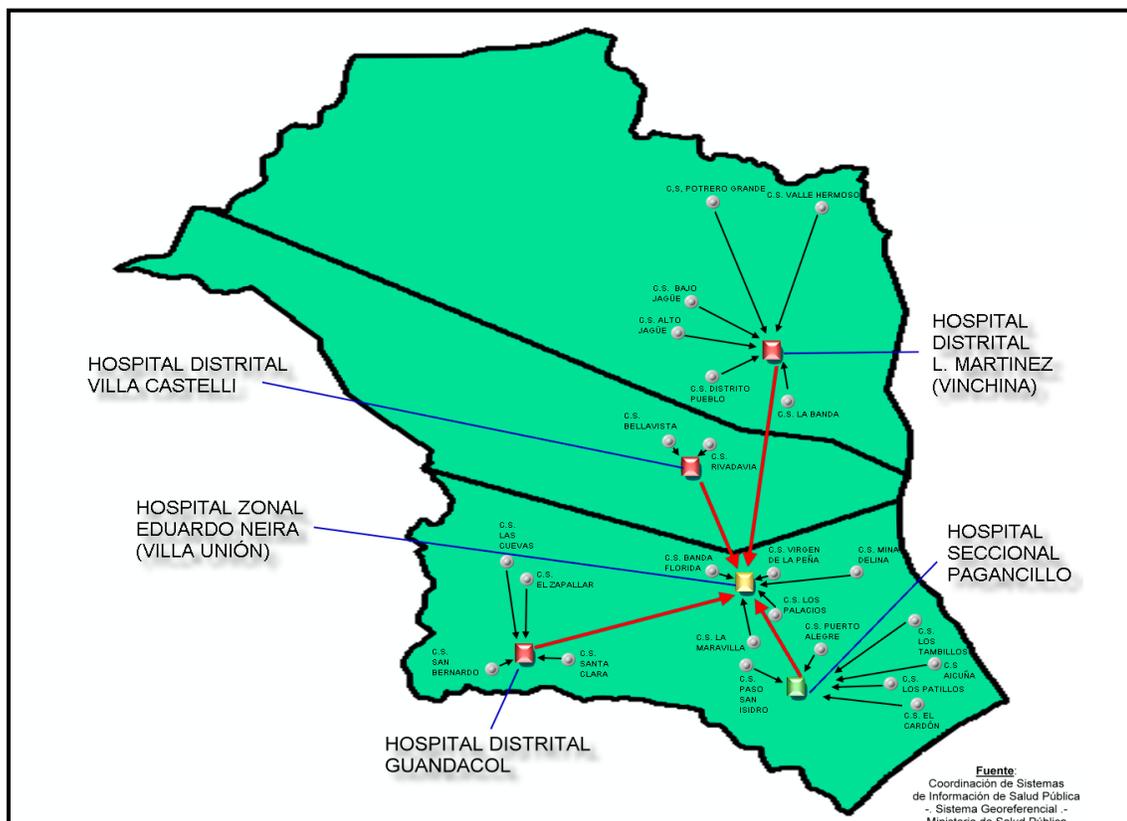


Figura 19. Zona sanitaria IV tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

Zona IV:

- Hospital Zonal Dr. Eduardo Neira - Villa Unión
- Hospital Distrital Guandacol
- Hospital Distrital Linidor Martínez - Vinchina
- Hospital Distrital Villa Castelli
- Hospital Seccional Pagancillo
- Cuenta con 24 CAPS

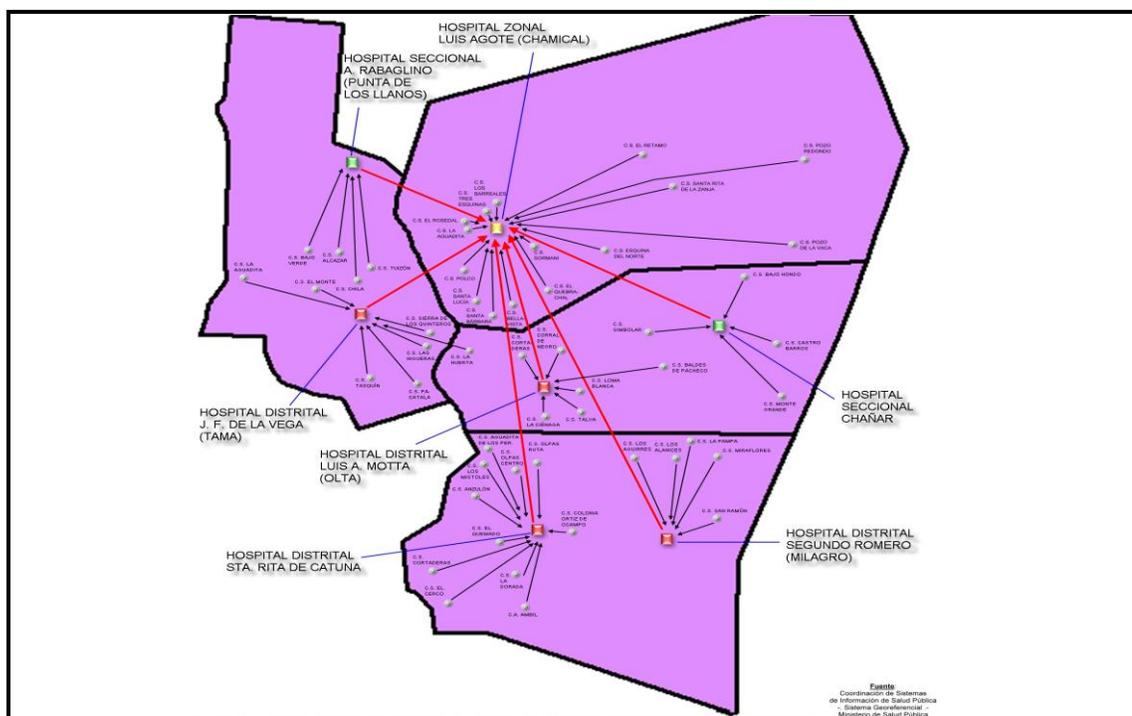


Figura 20. Zona sanitaria V tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

Zona V:

- Hospital Zonal Luis Agote - Chamical
- Hospital Distrital Enf. Luis Aldo Motta - Olta
- Hospital Distrital Santa Rita de Catuna
- Hospital Distrital Segundo Romero - Milagro
- Hospital Distrital F. de la Vega - Tama
- Hospital Seccional Chañar
- Hospital Seccional Punta de los Llanos
- Cuenta con 49 CAPS

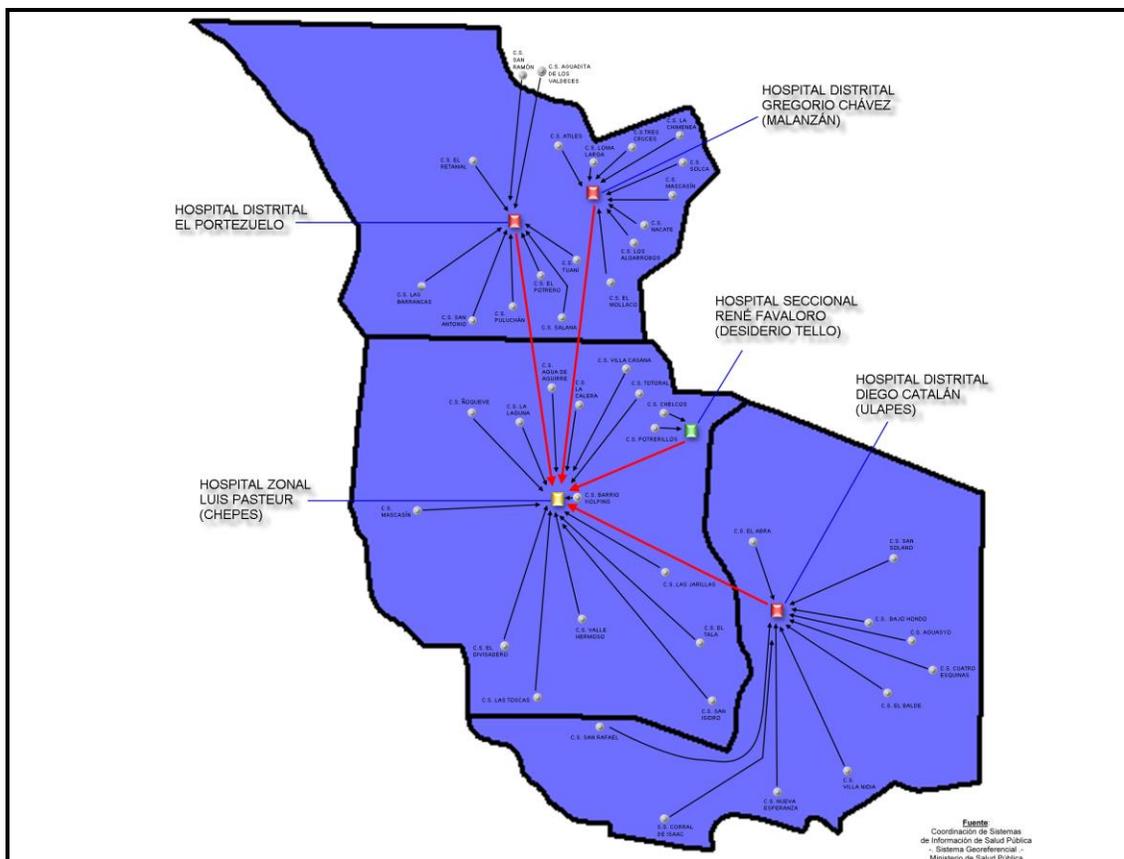


Figura 21. Zona sanitaria VI tomada de Coordinación de sistema de información de salud pública. Sistema georreferencial, Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

Zona VI:

- Hospital Zonal Luis Pasteur - Chepes
- Hospital Distrital Diego Catalán - Ulapes
- Hospital Distrital El Portezuelo
- Hospital Distrital Gregorio Chávez - Malanzan
- Hospital Seccional Dr. Rene Favaloro - Desiderio Tello
- Cuenta con 43 CAPS

Organigrama del Ministerio de salud de la Rioja

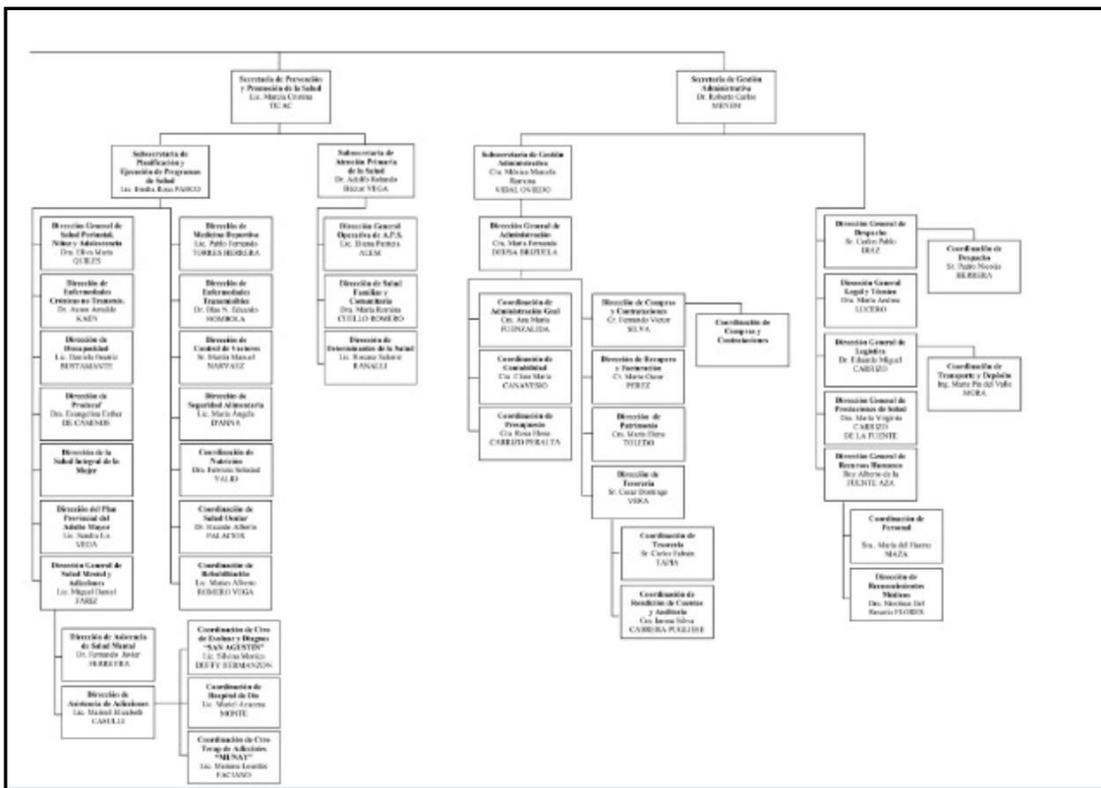
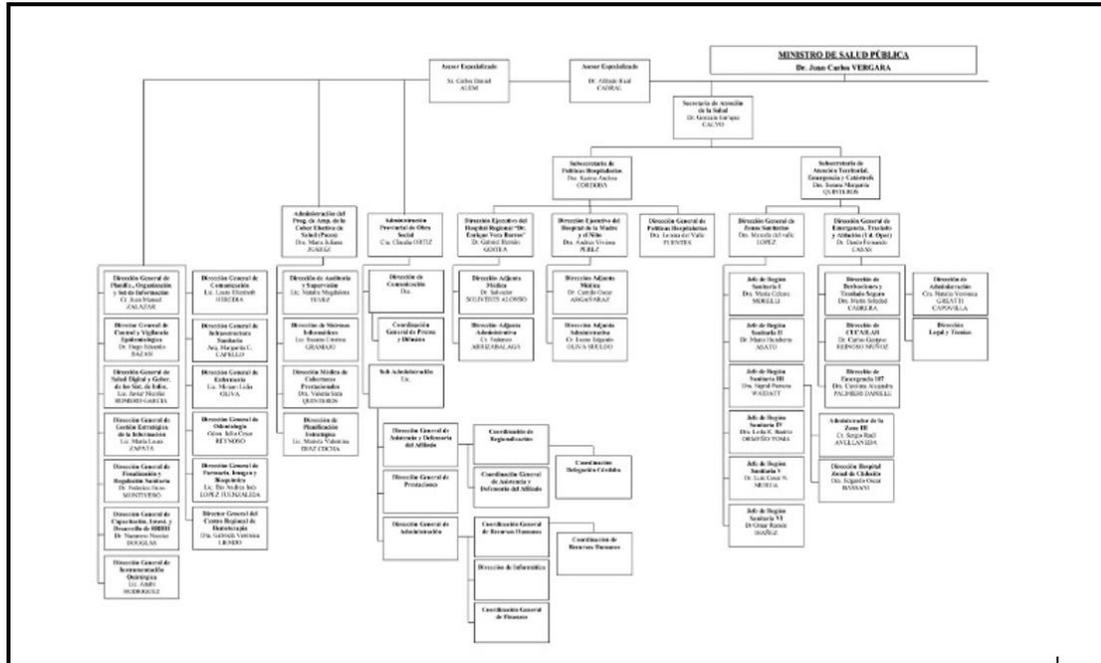


Figura 22. Organigrama del Ministerio de Salud pública la Rioja. (Rioja, 2020).

El organigrama muestra como se ha centrado en la atención médica de enfermedades y dolencias específicas en lugar de adoptar un enfoque por cursos de vida. Esto se debe a varias razones:

- El sistema de salud argentino ha estado históricamente orientado hacia la atención de enfermedades una vez que se presentan. Esto significa que se enfoca en tratar problemas de salud después de que surgen en lugar de prevenirlos desde una etapa temprana.
- La cultura médica tiende a poner un fuerte énfasis en tratar enfermedades en lugar de promover la salud en general. Esto ha llevado a una falta de atención en la prevención y en abordar los factores sociales determinantes de la salud a lo largo de la vida, no abordan de manera efectiva los determinantes sociales de la salud y no tienen en cuenta la diversidad de necesidades de salud a lo largo de la vida de las personas.
- La ausencia del enfoque por cursos de vida en el organigrama de salud de La Rioja se debe a limitaciones estructurales, presupuestarias y culturales que han prevalecido en el sistema.

Superar estas barreras requerirá un compromiso a largo plazo para reformar el sistema y promover un cambio en la cultura de atención médica hacia una visión más holística de la salud y el bienestar de la población.

4.5. ABORDAJE POR CURSOS DE VIDA

En este apartado se describe y responde a la pregunta problema de esta investigación, detallando la estrategia de abordaje como así también las dimensiones, ejes de trabajo y actores involucrados, mostrando una estrategia innovadora para la provincia, distinta de la que se viene implementando en la actualidad en el sistema público de atención provincial.

La estrategia se enfoca en identificar los momentos críticos en la vida de una persona, desde el embarazo, la infancia hasta la edad adulta y la vejez, y por último se describen las acciones de abordaje territorial oportunas, las cuales pueden afectar su salud en cada uno de estos momentos dentro del curso de vida.

En este sentido busca comprender cómo los factores a lo largo de la vida de una persona pueden afectar su salud y bienestar, prevenir enfermedades, mejorar la salud y el bienestar de la población.

4.5.1. Estrategia de abordaje por cursos de vida

Con respecto a la provincia de La Rioja, la misma viene desarrollando un trabajo articulado con todos los programas nacionales en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, los cuales tienen un abordaje de enfermedades tanto transmisibles como no trasmisibles, como también un abordaje en el primer nivel de atención bajo la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

Conforme a las entrevistas realizadas a las autoridades del ministerio de salud de la Rioja, se puede concluir que no hay en la provincia una estrategia desde la perspectiva ECV planteada en este trabajo.

Se destaca la intención de mejora del sistema provincial en el acceso a la salud de la población de acuerdo con las necesidades y las metas trazadas como prioridades provinciales mencionadas anteriormente en este trabajo.

Para el desarrollo del objetivo principal de este trabajo y teniendo en cuenta el análisis de situación del sector público de salud provincial, la estrategia ECV proporciona una perspectiva más realista del problema que enfrenta el sistema de salud, tanto la acción como la inacción tienen consecuencias.

Para el desarrollo de la estrategia ECV, la epidemiología del curso de vida de una persona incluye los efectos genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en la salud, conectar los modelos biológicos del curso de vida tiene un potencial para ayudar y generar novedosos mecanismos de causalidad de enfermedades, teniendo en cuenta los modelos de períodos críticos.

La diversidad de las trayectorias en cuanto a la salud de las personas depende de las políticas, las cuales brindan oportunidades como también pueden generar obstáculos para la salud y el desarrollo.

Las políticas de promoción y prevención con una mirada hacia el horizonte temporal ampliado, intergeneracional, prestando mayor atención a los períodos críticos y sensibles, como también a las transiciones que realiza la persona en toda la perspectiva de vida.

Así al mismo tiempo se debe tener en cuenta que los determinantes demográficos son aquellos vinculados a la estructura y a la dinámica de la población. La composición de una población y su evolución en el tiempo son factores que contribuyen a explicar el comportamiento de los procesos de salud y enfermedad.

El abordaje planteado en este trabajo abarca toda la trayectoria de una persona, reconociendo la existencia de periodos críticos en el crecimiento y desarrollo en todas las edades, abordar los momentos continuos de la vida y reconociendo que el desarrollo de las personas como de los resultados sanitarios dependen del conjunto de procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, puedan responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades de toda la provincia.

Teniendo en claro que los determinantes de la salud no solo pueden conducir a la enfermedad y la muerte, sino que son decisivos en la construcción de la salud, a partir de eso, la estrategia por cursos de vida que propongo es un proceso continuo en el que se pueden modificar las trayectorias de la vida que, dependen en gran medida del compromiso de las políticas llevadas a cabo las cuales condicionan y crean oportunidades sostenibles para la construcción de la salud universal, fortaleciendo y reorientando el sistema público, es así que el abordaje de los determinantes sociales de la salud implica el trabajo articulado intersectorial e intergubernamental bajo el liderazgo del Poder Ejecutivo representado por el Ministerio de Salud.

Para poder abordarlos en líneas generales es necesario hacer frente a problemas relacionados con la vivienda, el transporte, el empleo, la urbanización, el desarrollo económico y el medio ambiente, entre otros.

Por otro lado es fundamental identificar las oportunidades para crear las condiciones para el abordaje sanitario fortaleciendo la accesibilidad y atención en salud de los más vulnerables como también, los puntos críticos a lo largo del curso de vida, de otro modo teniendo en cuenta también la tendencia de la sociedad, el

contexto familiar, comunidad, entornos físicos y sociales, por lo tanto todo esto permitirá que las intervenciones puedan mitigar las inequidades, mediante un enfoque longitudinal, dejando de lado la visión centrada en el sector salud y desarrollar acciones intersectoriales comprendidas como políticas públicas.

Del mismo modo tomando la atención primaria de la salud como puerta de entrada al sistema sanitario, en la cual se concibe que las acciones dependen de la interacción de múltiples factores y de riesgos de las personas, es así como se puede comprender la salud-enfermedad desde una visión centrada en la intersectorialidad, bajo el paraguas de una política pública de carácter integral puede elevar la calidad de la vida, achicar la brecha de equidad y mejorar colectivamente la salud.

Al mismo tiempo es indispensable cambiar el modelo de formación ya sea de los profesionales sanitarios, como técnicos, marcados por las miradas deshumanizadas y muchas veces dirigidas por el mercado, buscando un modelo más solidario y humano, permitiendo desarrollar un sistema universal de atención.

Esta estrategia propone también la necesidad de participación real de las comunidades y organizaciones sociales, la redistribución del poder y capacidad de decisión son factores claves para una verdadera participación transformadora.

Por último, se debe considerar la manera en que los procesos del curso de vida generan asociaciones entre los factores de riesgo y los resultados de salud.

Dicho brevemente, este trabajo propone una tríada de gestión considerando los siguientes actores: las personas que reciben servicios, los equipos de salud que ofrecen servicios en los diferentes niveles de atención y el sector de financiación, y distintas áreas de gestión en salud pública.

Esta estrategia tiene ventajas para cada uno de estos actores que la conforman:

- Para las personas: permite fortalecer la capacidad de agencia y sostener la calidad de vida fomentando trayectorias saludables.
- Para los equipos de salud: permite proyectos prospectivos centrados en la persona, con una atención humanizada y en cooperación con los diferentes entornos.
- Al financiador: permite el ordenamiento de estrategias eficientes y de acciones oportunas.

Su adopción representa un enorme desafío que propiciará la transversalización de los derechos humanos y la equidad en todas las áreas.

Las estrategias actuales definen sus poblaciones y metas a partir de criterios etarios rígidos y de manera aislada, sin establecer conexiones con otras iniciativas orientadas a etapas posteriores de la vida, sin brindar protección o atención una vez que las personas traspasan los límites de edad para ser beneficiarios.

La utilidad de la estrategia por cursos de vida reúne elementos en su planificación que son fundamentales, como las prestaciones oportunas de los programas y servicios, la atención en las etapas tempranas de la vida como también la de los adultos, en otras palabras fortalece y tiene en cuenta los períodos críticos o sensibles, de la misma forma que los de mayor vulnerabilidad a los riesgos.

4.5.1.1. Descripción de las áreas interconectadas de abordaje para la transversalización de ECV

Las áreas de acción deben estar interconectadas, ya que ningún sector o ninguna intervención puede alcanzar los objetivos en forma aislada dado que el

desarrollo de la salud a lo largo de la vida es un proceso interactivo que combina genes, ambientes y comportamientos, mejorando los factores de protección que son claves para maximizar las oportunidades que puedan ayudar a fortalecer las acciones de intervención oportuna.

Para el cumplimiento de la incorporación de ECV intra e inter ministerialmente, se consideraron áreas de acción fundamentales para lograr los objetivos de esta etapa.

- Compromiso del ECV: Desarrollo de enfoque, elaboración y diseño de materiales de sensibilización y capacitación a todas las áreas con las que se tenga trabajo colaborativo.
- Entornos Saludables: Favorecer entornos saludables, con medición de factores de riesgo y protectores para garantizar la equidad de acceso a la salud en especial para poblaciones vulnerables.
- Resiliencia de los sistemas de salud y calidad de atención: Que los sistemas de salud puedan soportar las conmociones y garantizar la continuidad en el suministro universal de servicios eficaces y de calidad para todas las personas en todas las etapas de la vida y en todos los entornos (OPS) es hablar de servicios resilientes.
- Abordaje comunitario: Construir salud desde un modelo que respete los valores culturales y sociales, debe contemplar, aceptar y decidir con la gente.
- Potencial de las personas: Los individuos construyen su propia vida a través de las elecciones y acciones que toman dentro de las

limitaciones y oportunidades de la historia que viven y las circunstancias sociales en las que se encuentran. Se trata de favorecer el uso de herramientas para desarrollar la capacidad de agencia de los individuos favoreciendo la educación en salud, la autonomía y las trayectorias positivas de salud.

- **Aumento de la capacidades y habilidad funcional:** La capacidad funcional es la relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan. Asimismo, se asocia a la salud y al valor de las actividades que nos permiten ser y hacer. La habilidad funcional se compone de los atributos relacionados con salud que permiten que una persona sea y haga lo que es importante para ella.
- **Humanización:** Implica reconocer la integralidad de las personas más allá de los diagnósticos clínicos, identificando además las necesidades emocionales y sociales que tengan y que puedan afectar su salud y bienestar. La humanización de la atención en salud es una meta por la que seguir realizando esfuerzos, involucrando al personal del sector tanto asistencial y técnico como administrativo y de gestión.
- **Discapacidad:** Discapacidad, es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y designa los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que sufre algún problema de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). La discapacidad no es un fenómeno solo biológico ni tampoco únicamente social. La discapacidad es un problema de salud pública, es una cuestión de

derechos humanos y una prioridad para el desarrollo ya que se asocia y retroalimenta con la pobreza.

- Salud Digital: La Salud Digital es el concepto que incorpora las tecnologías de información y la comunicación (TIC) a productos, servicios y procesos de atención sanitaria, así como a las organizaciones o instituciones que pueden mejorar la salud y bienestar de los ciudadanos. Identificación de procesos vinculados a la salud digital en nuestro país para la consolidación y armonización bajo ECV.
- Investigación e Innovación: La colaboración con el desarrollo de la investigación traslacional para volcarlos al usuario del sistema de salud y a la política pública. Fomentar la investigación científica, mejorar las capacidades tecnológicas y alentar la innovación.
- Perspectiva bioética: Es necesaria la incorporación de la bioética para realizar reflexiones críticas sobre las controversias que surgen en las prácticas de salud y en la formulación y ejecución de políticas públicas. Conocer cuáles son los valores y principios que guían las decisiones y los comportamientos. Orientar y apoyar en situaciones de conflicto, dilemas morales para arribar a la mejor decisión posible.
- Equidad y desigualdad: La salud no puede entenderse sólo en términos de distribución de la atención sanitaria. Las diferencias en salud innecesarias, evitables e injustas por carencia de oportunidad para alcanzar igual desarrollo en salud que otros, requiere determinar prioridades de intervención de acuerdo con juicios de valor para la asignación de recursos que son limitados.

4.5.2. Aplicación de la estrategia

El enfoque de curso de vida podrá aplicarse mediante una acción colectiva y un esfuerzo de colaboración entre los diferentes sectores, promoviendo la sensibilización y transversalización entre los diferentes actores (Tabla 15).

Se propone crear un área dentro del ministerio provincial la cual, será la encargada de la organización de los ejes operativos de trabajo según las dimensiones antes mencionadas y del monitoreo de las actividades desarrolladas por cada uno de ellos.

- Dimensiones
- Liderazgo y gobernanza
- Ambiente y acceso a la salud
- Atención centrada en la persona
- Gestión de la información y monitoreo
- Bioética

Tabla 15. Dimensiones, ejes de trabajo y actores involucrados

Dimensión	Ejes de trabajo	Actores convocados
Liderazgo y gobernanza	Compromiso del ECV	Direcciones provinciales del ministerio de salud Programas provinciales Ministerio de Desarrollo Social Ministerio de las Mujeres
Ambiente y acceso a la salud	Resiliencia de servicios y calidad de la atención Entornos saludables Abordaje comunitario	Dirección de enfermedades no transmisibles. SUMAR Salud Ambiental Municipios Saludables Dirección de Salud Perinatal y Niñez Dirección de Adolescencia y Juventudes Dirección de Personas adultas y Mayores Abordaje territorial Dirección provincial APS
Atención centrada en la persona	Potencial de las personas Aumento de la capacidad funcional Humanización Discapacidad	Direcciones de línea, ECNT y ET ANDIS Dirección de Salud Perinatal y Niñez Dirección de Adolescencia y Juventudes Dirección de Personas adultas y Mayores
Gestión de la información y monitoreo	Salud digital Investigación e Innovación	TELESALUD Sector de HCE RENAPER DEIS Dirección Nacional de Epidemiología e Información en Salud Investigación traslacional
Bioética	Perspectiva bioética Equidad y desigualdad	Dirección de Salud Perinatal y Niñez Dirección de Adolescencia y Juventudes Dirección de Personas adultas y Mayores Expertos en bioética Dirección de Investigación en salud CONETEC

Fuente: Elaboración propia

4.5.3. Cuidado integral de la salud por cursos de vida según las distintas franjas de edades

1. Periodo prenatal
2. Niña niño (0 a 11 años)
3. Adolescente (12 años a 18 años)
4. Adulto Joven (18 años a 29)
5. Adulto (30 años a 60 años)
6. Adulto mayor (60 años a más).

4.5.3.1 Cuidados período prenatal por cursos de vida

En la etapa prenatal constituye un período crítico para el desarrollo de la persona, inicia con el cuidado preconcepcional, antes, durante y después del embarazo. Este período crítico orienta a la comprensión del grupo familiar sobre la importancia de planificar el momento oportuno, además la importancia de los cuidados prenatales, la necesidad del seguimiento durante el embarazo, el diagnóstico temprano de patologías maternas y fetales, parto institucional y la estimulación temprana.

Los cuidados se podrán proveer en el establecimiento de salud, como en viviendas; constituyendo las casas de espera el punto de enlace para el cuidado de la gestante con complicaciones o en fecha cercana al parto y que viven lejos, para acceder a establecimientos con capacidad resolutive.

El objetivo de los cuidados de la gestante es un embarazo saludable que disminuye los riesgos de muerte, y permite controlar y manejar las exposiciones que

sufre el feto para que este alcance un adecuado desarrollo psicomotor, emocional y social en el curso de vida.

4.5.3.2. Cuidados del niño por cursos de vida

Con respecto a este grupo ha sido priorizado por las políticas a nivel mundial y nacional en los últimos 40 años, teniendo en cuenta los (ODS) se abordaron problemas como mortalidad infantil y desnutrición crónica con un enfoque de promoción y prevención. Sin embargo, aunque aún es necesario continuar con algunos cuidados integrales ya instaurados como las inmunizaciones, se requiere contemplar cuidados para el niño que vayan acorde al contexto y necesidades de esta población en nuestra provincia como los cuidados para la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas. Hay evidencia que muestra los beneficios de la práctica de actividad física en niño de edad temprana en relación con el desarrollo cognitivo y psicomotor.

La provisión de cuidados en esta etapa se deberá brindar principalmente en el hogar, establecimiento de salud, instituciones educativas y comunidad.

4.5.3.3. Cuidado del adolescente por cursos de vida

Como respecto a este grupo etario al igual que en el niño hay actividades desarrolladas en el marco de los (ODS) a nivel mundial, se reconoce la importancia de generar oportunidades en la adolescencia no solo abordando los problemas de salud que los afecta físicamente sino considerándola una etapa decisiva para su desarrollo.

El objetivo del cuidado integral para el adolescente es alcanzar el desarrollo físico, maduración mental, desarrollo intelectual, desarrollo emocional y desarrollo social.

4.5.3.4. Cuidados del joven-adulto por curso de vida

Esta etapa en particular se caracteriza por la madurez de su capacidad biológica como de reproducción, asimismo la exposición a factores de riesgo, siendo necesario brindar acceso oportuno a los servicios de salud y realizar intervenciones preventivas que puedan identificar dichos riesgos, fomentando conductas de autocuidado, a través de la prevención y promoción de comportamientos saludables; así mismo la importancia de coordinar con locales comunales, municipalidad, centros educativos, organizaciones juveniles, entre otras, que nos permitan acercar los cuidados de salud en los diferentes espacios.

4.5.3.5. Cuidados del adulto por cursos de vida

Con respecto a este grupo poblacional, que corresponde aproximadamente el 54,6% de la población riojana, con casi 212 mil personas, es el curso de vida con la mayor cantidad de población.

Los cuidados estarán orientados principalmente a la identificación y valoración de factores de riesgo, control de daños, problemas de salud mental, por lo que se debe establecer estrategias de tamizaje de enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de cuello uterino, mama, próstata, consejería en: planificación familiar manejo del estrés, alimentación y nutrición saludable, depresión, alcoholismo, cuidado ocupacional, visita domiciliaria como también el

cuidado y seguimiento de las condiciones de salud identificadas para poder sostener el inminente proceso de envejecimiento que experimentará.

4.5.3.6. Cuidados del adulto mayor cursos de vida

Teniendo en cuenta que la esperanza de vida se incrementó a nivel mundial el desafío sanitario en esta franja sería, reducir los períodos de enfermedad como también la dependencia del cuidado, lo que se denomina envejecimiento saludable, y debe ser abordada de manera que los aspectos de salud, ya sea bienestar como funcionalidad, también los entornos socio familiares permitan continuar con el desarrollo personal del adulto mayor, las intervenciones para una mayor operatividad física, conservación cognitiva y de soporte emocional, logrando una mayor inclusión social por parte de este grupo.

En cada etapa antes planteadas se han identificado las siguientes necesidades para su intervención en el abordaje siguiendo la estrategia planteada.

Estrategias de abordaje por cursos de vida en territorio.

Gestionar los aspectos relacionados con la salud perinatal y la de los niños y las niñas, promoviendo los cuidados del embarazo, del nacimiento, del puerperio, de los primeros años y de la edad escolar, fomentando y protegiendo el desarrollo y los vínculos tempranos.

4.5.4. Acciones para el abordaje territorial

Acciones para el abordaje prenatal y del niño

- Realizar el diagnóstico y seguimiento de los riesgos para la salud de las madres y los niños.

- Desarrollar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de las madres y los niños definidos como un grupo de riesgo especial.
- Participar en el diseño y ejecución de políticas de promoción de la lactancia materna y de políticas que incidan en las prácticas alimentarias de las familias, para erradicar la desnutrición y prevenir la malnutrición en las mujeres embarazadas, los niños de toda la Provincia.
- Orientar y normatizar las políticas de salud perinatal y de niñez en base a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, haciendo especial énfasis en las situaciones de mayor vulneración, para erradicar todo tipo de privación de derechos, violencia, abuso y discriminación durante esta etapa del ciclo vital.
- Diseñar la adecuación y fomentar la implementación de las normas técnicas de atención perinatal e infantil según las nuevas necesidades epidemiológicas, orientaciones de organización de servicios y de programas y los resultados e impactos definidos.
- Implementar actividades programáticas promocionales, asistenciales y de capacitación que permitan efectivizar el acceso a las técnicas de reproducción humanamente asistida.
- Fortalecer la regionalización de servicios para la atención de la mujer embarazada y los niños.
- Mejorar el acceso a la salud escolar, en el ámbito de su competencia, mediante el fortalecimiento de acciones programadas a nivel Provincial.

- Desarrollar estrategias de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos que trabajan en torno a la salud de la mujer embarazada como de los niños.
- Diseñar acciones programáticas para la protección del neurodesarrollo de los niños, centrado en los vínculos primarios madre-hijo-familia, desde una perspectiva preventiva y de salud mental, que fomente los vínculos sanos a través del apego seguro, el juego y el diálogo, y en coordinación con los sectores involucrados.
- Gestionar, en el ámbito de su competencia, programas intersectoriales que garanticen el acceso a la rehabilitación basada en la comunidad, para todos los niños con discapacidades.
- Desarrollar, en coordinación con las áreas pertinentes del Ministerio, modelos de comunicación social que promuevan la salud desde la perspectiva de los derechos de los niños.

Adolescencia y juventud

- Coordinar el desarrollo y fortalecer la ejecución y monitoreo de acciones de promoción prevención, atención, rehabilitación y reinserción de adolescentes y jóvenes, que incluya la participación efectiva de los mismos.
- Gestionar de manera programada acciones vinculadas a la promoción de la salud, prevención del embarazo no intencional, consumo problemático de alcohol y otras sustancias, infecciones transmisión sexual, morbi-mortalidad por violencias y otras causas externas, en adolescentes y jóvenes, en el ámbito de su competencia.

- Organizar y fortalecer las redes de servicios asistenciales de complejidad creciente para garantizar el acceso y brindar la atención necesaria para las y los adolescentes y jóvenes
- Fomentar el desarrollo y monitoreo de las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias en todo el territorio Provincial.
- Asistir en la evaluación de las acciones y estrategias implementadas para el mejoramiento de la salud de la población adolescente y juvenil.
- Instrumentar las estrategias de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos que trabajan vinculados a la salud adolescente y juvenil en todo el territorio provincial.
- Asegurar que todas las acciones incluyan los abordajes transversales de géneros, diversidad sexual y corporal, y discapacidad.
- Promover la participación significativa de las y los adolescentes y jóvenes en el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas provinciales.
- Incluir en el diseño y ejecución de todas las acciones, a grupos de adolescentes y jóvenes con vulnerabilidades específicas (discapacidad, migrantes, en conflicto con la ley penal, LGBTI+; entro otros)
- Coordinar el desarrollo de modelos de comunicación social que promuevan la salud de las y los adolescentes y jóvenes.

Personas Mayores y Adultas.

- Elaborar estrategias que potencien la oportunidad del aumento de la esperanza de vida en la población; para mejorar su calidad, promover sus

derechos y garantizar su inclusión; adecuando los servicios sociosanitarios para una atención integral de las personas adultas y mayores.

- Gestionar el desarrollo e implementación de planes, programas y proyectos para la salud física, mental y social de personas adultas y mayores, promoviendo acciones de APS.
- Elaborar proyectos de promoción del envejecimiento activo y hábitos saludables que promuevan la salud.
- Abordar la promoción de la salud de las personas adultas y mayores con perspectiva de género.
- Desarrollar y fomentar programas de prevención cuaternaria.
- Desarrollar mecanismos de articulación de controles de salud, de diagnóstico y tratamiento de enfermedades vinculadas personas adultas y mayores.
- Incorporar actividades programáticas de atención para personas mayores con discapacidad.
- Establecer y generar acciones programáticas de estimulación cognitiva y prevención del deterioro cognitivo en el adulto mayor.
- Propiciar el desarrollo de servicios de salud mental y tratamiento de adicciones en las personas mayores.
- Facilitar el acceso a los servicios sanitarios respetando las capacidades y habilidades según grado de autovalencia del adulto mayor.
- Organizar y fortalecer el acceso a la red de efectores de atención con complejidad tecnológica creciente para las personas adultas y mayores.
- Fomentar la creación de servicios de atención en los establecimientos de salud adecuados a las necesidades de las personas mayores.

- Garantizar el acceso a los medicamentos a las personas adultas y mayores respetando el uso racional de los mismos y reduciendo el gasto de bolsillo en su obtención.
- Fomentar dispositivos y programas integrales domiciliarios para las personas adultas y mayores que así lo requieran.
- Facilitar la atención geriátrica adecuada de las personas mayores que requieran internación en establecimientos de salud.
- Fomentar la participación de las personas mayores en acciones que potencien un envejecimiento activo y saludable.
- Promover el desarrollo de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores.
- Fomentar capacitaciones de trabajadores de la salud en la perspectiva de envejecimiento activo y saludable.
- Difundir los derechos de los adultos mayores y brindar capacitaciones al respecto.
- Fortalecer la participación de los adultos y las personas mayores a través de la mejora de los canales existentes para que sus intervenciones sean sustrato de las decisiones sanitarias gubernamentales.
- Promocionar acciones de buen trato hacia las personas adultas y mayores que atraviesen todas las instituciones sanitarias y ámbitos de la ciudadanía.
- Prevenir y accionar contra toda forma de maltrato y abuso hacia las personas adultas y mayores en cualquiera de sus formas: físico, psicológico o financiero, proveniente del entorno familiar o de la comunidad.
- Fomentar investigaciones relacionadas con el ciclo de vida de incumbencia.

- Desarrollar una agenda de temas legislativos prioritarios para mejorar la calidad de vida de las personas adultas y mayores.
- Articular las acciones de políticas nacionales, optimizando recursos con otras áreas ministeriales del Estado Nacional, la Seguridad Social y Organizaciones de la Sociedad Civil que desarrollan tareas complementarias que ayuden a la accesibilidad de los adultos y las personas mayores a la asistencia que requieren y a la mejora de su calidad de vida y bienestar general.

4.5.5. Características de la estrategia

En resumen, esta estrategia tiene características como:

- **Accesibilidad:** Oportunidad de utilización de los servicios de salud por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.
- **Longitudinalidad:** Posibilidad de lograr una atención en salud permanente en el tiempo, así como regularidad en la relación entre el usuario y el estado que es proveedor estable de los servicios de salud.
- **Integralidad:** conjunto de servicios disponibles que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud de los diversos grupos que conforman la población, incluye también los diversos componentes de la atención en salud: promoción y prevención.
- **Coordinación y comunicación:** mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia, entre los diversos proveedores de servicios para evitar la fragmentación de la atención en salud.

- Cuidado Integral de la Salud: Incluye todas las intervenciones en los distintos niveles de atención, derivadas de la investigación sistemática orientadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación en el curso de vida de las personas.
- Formación del personal sanitario: Formación de recursos humanos en salud que conforman el equipo multidisciplinario, con competencias en atención primaria de salud para facilitar el cumplimiento de sus atributos, desde el pregrado.
- Inclusivo: considerando las necesidades y expectativas de las personas, familias y comunidad, estableciendo una adecuada relación con el equipo multidisciplinario de salud, instituyendo la corresponsabilidad en el cuidado de salud de todos y todas.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

Al identificar y describir el marco normativo del enfoque por cursos de vida se observa como los organismos internacionales, y también algunos países europeos como Latinoamericanos, consideran de manera esencial, fortalecer la comprensión como también la conceptualización de la visión de cursos de vida, con el objetivo de acercar este concepto a la práctica y gestión en salud pública.

El sistema sanitario argentino, tiene la intención de incorporar a la agenda de salud pública la estrategia de abordaje por cursos de vida en los equipos de salud, utilizando a la atención primaria para potenciar y federalizar la estructura organizativa, promoviendo la coordinación de actividades con los programas ministeriales como también vinculando a los efectores para la construcción de redes integradas de salud con el objetivo de fortalecer políticas claras para la vulnerabilidad de la infancia, adolescencia y adulto mayor.

Con respecto al contexto en el que se desarrolla la situación de salud de la población a partir de los indicadores de los determinantes de la salud en la Provincia de La Rioja, podemos decir que la provincia sostiene un conjunto de debilidades estructurales dentro del sistema sanitario las cuales fueron evidenciadas lamentablemente en la pandemia de COVID-19, unas de ellas podemos decir que es el 2do. nivel de atención, más específicamente en la infraestructura sanitaria del interior de la provincia, correspondientes a los hospitales zonales y distritales los cuales se encuentran deteriorados por el transcurso del tiempo.

En el año 2019 la cobertura pública alcanzó el 42,6% del total de la población de la provincia de La Rioja, en los menores hasta 17 años alcanzó a 39,4%, entre los de 18 a 24 el 50,7%, de 25 a 64 el 32,3%, mayores de 65 años sólo el 2,6%.

Con respecto a mortalidad, las enfermedades crónicas no transmisibles son las más prevalentes, esto muestra que todavía hay mucho para hacer para disminuir el impacto de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y crónicas, es necesario fomentar la adopción de hábitos más saludables, como también el fortalecimiento y seguimiento de las políticas de prevención vigentes.

Asimismo la red de servicios de salud pública en su estructura abarca a toda la provincia logrando así el acceso de la atención primaria en toda la provincia, lo negativo es que este acceso es inequitativo, en cuanto a la distribución del recurso humano y la gestión de turnos para la atención. Básicamente de las condiciones de gestión del subsistema público son las que generan estas asimetrías.

Esto significa que ningún riojano podría manifestar que no tiene acceso al sistema público de salud o que tiene que pagar para acceder a los servicios, aunque las condiciones de acceso en tiempo y forma dependerán de cada región sanitaria.

Prevalece una visión de estructura jerárquica, definida por niveles de complejidades crecientes, desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel de complejidad. Se encuentran dos hospitales de tercer nivel en toda la provincia, uno de adultos y otro materno infantil, este último tiene la particularidad que el 57% de los nacimientos se realizan en la ciudad capital, por tener la complejidad adecuada para dichos procedimientos, bajo la estrategia de maternidad segura y centrada en la familia.

Se evidencia que la provincia está implementando el uso de las nuevas tecnologías, informatizando toda la red sanitaria, pero en algunas localidades de la provincia queda pendiente el fortalecimiento.

Actualmente, el sistema de salud presenta una fuerte fragmentación entre los subsectores, con una deficiente gestión de la información, con datos desagregados y fragmentados, con subutilización de fuentes de datos, con una marcada desintegración con los otros subsistemas de información en salud.

Respecto a la dotación de recurso humano, tanto de médicos como de enfermeros, la tasa se encuentra por debajo de la media nacional con un 3,85 médicas/os cada mil habitantes, y un 3,36 enfermeras/os profesionales (licenciadas/os y técnicas/os), de los cuales un 60% se encuentra en la capital; dejando en evidencia la falta de incentivos por parte del sistema público, para que los profesionales se radiquen en el interior, cubriendo de esta manera mejor la red sanitaria, todo esto lleva, entre otras cosas, a la recarga de la tarea de los profesionales de planta y a la saturación del sistema de atención en los distintos niveles en la capital provincial.

Con respecto a la oferta de servicios, sólo algunos centros de salud de la capital tienen diferentes especialistas, con una oferta de medicamentos limitada, que funciona con base a cuidados profesionales prestados por médicos y enfermeros. Se observa una gran carencia de equipos multidisciplinarios, con una oferta de turnos limitada que se otorgan de manera presencial, lo que limita el acceso a un especialista.

Tanto el programa SUMAR como el programa Remediar tienen una gran participación en la provincia lo que muestra la preocupación del Ministerio de Salud

de la Nación en garantizar la cobertura de toda la población. Para lograr esta cobertura se movilizaron distintos incentivos monetarios y no monetarios (medicamentos, equipamiento médico y no médico, incentivos por producción) que se dirigieron directamente a los CAPS y, con menor intensidad, a los diferentes hospitales de la provincia.

Las estrategias estuvieron dirigidas hacia la capacitación de los equipos de salud y la elaboración de normas para la atención de la población, logrando incorporar a toda la población hasta los 64 años y brindando prestaciones específicas para el cuidado del embarazo, la primera infancia, la adolescencia y la adultez, quedando pendiente la cobertura a mayores de 64 años, con un déficit de RRHH capacitados con enfoque gerontológico.

La provincia creó el programa de Adultos Mayores, que se encuentra en sus primeros pasos de armado y ejecución, fundamentalmente generando acciones de autocuidado y todo lo relacionado al maltrato de la persona adulta mayor que afectada su dignidad, bienestar, salud e integridad.

Con respecto a la adolescencia, la provincia trabaja desde el programa provincial para garantizar la accesibilidad de adolescentes y jóvenes al ejercicio de su derecho a la salud integral, desarrollando estrategias acordes a la incidencia y prevalencia de problemáticas y las particularidades de la población de adolescentes y jóvenes, todo esto bajo la estrategia del plan ENIA, que desarrolla protocolos, lineamientos y acciones de incidencia claves para el abordaje de la problemática del embarazo no intencional en la adolescencia en el territorio.

En segundo lugar, a través de la Coordinación Técnica y su Área de Evaluación, se implementan campañas de comunicación y sensibilización a la

población sobre el embarazo en la adolescencia, articulando sus acciones y mensajes con distintas plataformas de información, consulta sobre salud sexual y reproductiva, como el servicio de atención 0800Salud Sexual, y de atención para las víctimas de violencia y abuso sexual.

Con respecto al cuidado del niño, la provincia está implementando la Estrategia de los 1000 días, en el marco de la Ley N.º 27.611 de **“Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia”** la misma consiste en asegurarles buena salud, nutrición adecuada y protección, pero también afecto, estimulación y experiencias tanto emocionales como enriquecedoras.

La misma abarca desde la etapa prenatal y los primeros dos años de vida, estas experiencias se consideran fundamentales para el desarrollo cognitivo, como del lenguaje y de las demás destrezas sociales y emocionales, tratando de articular y fortalecer la red de servicios de atención.

Con todo lo mencionado se evidencia una clara transformación de la salud en la provincia bajo la estrategia de APS con el fortalecimiento y rectoría del ministerio de salud de la nación.

Sin embargo las acciones ministeriales y la estructura organizativa demuestran que no hay una relación entre los diferentes programas que abarcan a todas las edades, se piensa en fortalecer el sistema centrado en la enfermedad como también por grupo etario en compartimentos o módulos de atención cerrados, asistiendo las necesidades de las personas, en individuos y no en colectivos, con una perspectiva en los cuales los tomadores de decisiones observan a la salud pública con una mirada en los diferentes momentos del curso de vida, con acciones

temporales tratando solo las implicancias con respecto a las enfermedades y su prevención, sin una nueva visión de promoción de la salud que es de importancia vital para la salud pública actual.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIONES

Los resultados encontrados en cuanto a la cobertura de salud pública como en el acceso al sistema sanitario en la provincia muestran, en general, valores por debajo de la media nacional en algunas franjas etarias, lo cual indica que si bien el modelo de atención en salud pública es de acuerdo a la estrategia basada de APS, tiene en la actualidad debilidades en el acceso y atención, con respecto a las prestaciones sanitarias, las mismas, están agrupadas en compartimentos de acuerdo con cada grupo etario.

Además se puede observar cómo en el abordaje territorial llevado a cabo en toda la red de servicios de salud presenta diferencias tanto en el acceso como en la cobertura ya sea por las características geográficas o poblacionales, con un nivel de complejidad entre las mismas, demostrando debilidad con respecto a la cartera de profesionales especialistas para las patologías más prevalentes, tanto en los CAPS como en hospitales de segundo nivel, en las localidades del interior de la provincia, dada que la concentración de profesionales está en la capital provincial.

Se observa también una relación programática de la salud infantil y adolescente con otros organismos del estado provincial implementando acciones multisectoriales para el logro de los objetivos provinciales bajo la estrategia de la agenda de los (ODS).

En este sentido, lo que expresa Kuruvilla (2018): *que para traducir este enfoque en las acciones se deben superar numerosas limitaciones y voluntades que*

requiere un mayor trabajo por las partes interesadas y muchos sectores de la sociedad, se observa claramente en el sistema de salud de la provincia de La Rioja.

Esto se manifiesta, en el abordaje del adulto mayor, donde se observa que la provincia está implementando y fortaleciendo esta franja etaria, pero es necesario continuar profundizando los mecanismos para incrementar la protección en la vejez, y las acciones llevadas a cabo por el equipo de salud a fin de lograr una atención integral del adulto mayor y su familia en la provincia en materia de salud pública y sobre todo el de las mujeres mayores, los ancianos indígenas y la población rural.

De los resultados obtenidos se observa que la atención primaria de la salud (APS), no obtuvo el impacto sanitario deseado en el transcurso de estos años ya que en, la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades aún no se llegan a los resultados deseados, teniendo como las principales causas de muerte, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que tienen un alto componente de poder ser prevenidas, por este motivo coincidimos con autores como Brumana *et al.* (2017) que expresa que las enfermedades no transmisibles tienen un objetivo específico en los ODS. Si bien las muertes por enfermedades no transmisibles ocurren principalmente en la edad adulta, muchas tienen sus orígenes en los primeros años de la vida, incluso a través de mecanismos epigenéticos que funcionan antes de la concepción, es entonces fundamental el reconocer los periodos críticos para el abordaje de los mismos, como también respaldar el compromiso intersectorial sistemático y basado en la evidencia sobre la prevención de las ECNT en el futuro.

Los hallazgos del presente estudio sugieren un posible cambio en el paradigma en la salud pública en la provincia de La Rioja mediante la estrategia por curso de vida, la cual tiene como objetivo principal fortalecer el acceso y la equidad del sistema público, Esta estrategia reconoce que los determinantes de la salud no son los mismos en todas las etapas de la vida, por lo que es importante adaptar las intervenciones de salud a las necesidades específicas de cada grupo de edad.

En esta línea de pensamiento, las conclusiones de este trabajo coinciden con Hosking, J. A. (2011), que expresa que el enfoque de curso de vida se destaca por su perspectiva temporal y un marco de referencia cada vez más influyente en una variedad de áreas de la salud, especialmente en la medicina preventiva, integrando los enfoques tradicionales como el de curso de vida, para identificar estrategias que aborden activamente, para poder lograr beneficios en la salud de la población y de sus generaciones.

Este trabajo comparte lo que plantea Cenobio-Narcizo et.al (2019) que el enfoque del curso de vida representa una de las conceptualizaciones más integrales para el desarrollo de investigaciones en el campo social y de salud; sus postulados y principios pueden dar cuenta de procesos complejos, como el desarrollo de las vidas a lo largo de tiempo, los cambios y los efectos que estos cambios tuvieron en la configuración de las vidas individuales y del conjunto de la familia.

El análisis de la estructura y el modelo de atención de salud de La Rioja permite pensar que se podía constituir un caso de estudio mediante el enfoque por cursos de vida, interpretando la salud individual, familiar y comunitaria como el resultado de las influencias biológicas, psicológicas, físicas, sociales y ambientales que operan desde la concepción hasta la muerte y que tienen sus mayores

repercusiones en períodos críticos del curso de vida, en este sentido, los datos, características ya sea de la población, mortalidad, natalidad y red sanitaria.

Al aplicar la estrategia teórico-metodológica de cursos de vida en la investigación sobre el abordaje de un sistema de salud provincial, se puede establecer un paradigma de atención. Este paradigma se basa en seguir los principios teóricos y la metodología del enfoque de cursos de vida, que se centra en las trayectorias individuales a lo largo del tiempo, considerando los contextos específicos. Este enfoque lleva a reflexionar sobre la interconexión entre las diferentes dimensiones de las personas y la sociedad. Sin embargo, esta investigación destaca que, desde un punto de vista teórico, es importante no perder de vista la riqueza explicativa que proporciona la idea de la interrelación de estas trayectorias individuales. En resumen, el uso del enfoque de cursos de vida ayuda a comprender cómo las experiencias y situaciones a lo largo del tiempo y en diferentes contextos están interconectadas, contribuyendo así a una comprensión más completa del sistema de salud provincial.

En relación con la identificación de los eventos relevantes, se puede observar cómo los eventos de salud, el acceso y la calidad de los servicios de salud y cómo las condiciones de vida marcan las trayectorias de todos los habitantes de la provincia de La Rioja, lo que nos propone pensar, o reorientar y transformar los programas de salud provinciales, donde hay que poner mayor énfasis en la detección temprana e intervenciones oportuna, para lograr la reducción de los factores de riesgos a nivel individual, familiar y comunitario.

En conclusión, la aplicación de la teoría de enfoque por cursos de vida en esta investigación destaca tanto fortalezas como debilidades, subrayando la necesidad

de una conciencia constante sobre estos aspectos. La dinámica naturaleza de la teoría abre nuevas y relevantes líneas temáticas, emergentes de las cambiantes realidades sociales y de salud. En este sentido, reconocemos que aún hay un amplio campo por explorar y trabajar, con oportunidades significativas para la expansión y el refinamiento de nuestro entendimiento, lo que indica que el camino hacia una comprensión más completa y aplicable de la atención en el sistema de salud provincial está lejos de completarse.

CAPITULO VII

7. REFLEXIÓN FINAL

Los sistemas de salud en todo el mundo y en especial de América Latina vienen sosteniendo un conjunto de debilidades estructurales, las cuales quedaron en evidencia a raíz de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, estas debilidades se traducen en problemas de suficiencia en el acceso, ineficiencias en la atención, dificultades de coordinación entre las diferentes áreas de gobierno, ausencia de solidaridad y situaciones de desigualdad.

Avanzar hacia la equidad es una de las asignaturas pendientes del sector salud, ya sea en la equidad en la asignación de recursos financieros, en el acceso a los servicios y en los resultados.

Frente a lo expuesto anteriormente quiero destacar la oportunidad histórica que la pandemia de COVID-19 deja en nuestro país, para debatir la centralidad de la salud pública de la población con el objetivo de lograr un desarrollo sostenible sanitario en base a la estrategia por cursos de vida.

En el escenario del año 2020, podemos señalar un camino positivo frente al recupero de un estado presente, retomando el espacio de ampliación de derechos y acciones de gobierno, dejando de lado la influencia del mercado, por sobre los servicios esenciales. Todo esto exige una visión que vaya más allá de la supervivencia como objetivo central, implicando que la salud trascienda la concepción de la lucha contra la enfermedad.

La trayectoria de vida saludable se refleja por las intervenciones que el estado debe brindar y que deben estar orientadas en apoyar a las personas en el desarrollo de sus capacidades físicas y mentales.

El uso del enfoque por curso de vida en el sistema sanitario nos permite ver y comprender las nuevas necesidades individuales y poblacionales, los nuevos desafíos que se avecinan, así como brindar intervenciones y estrategias más efectivas con relación a los cambios en la sociedad.

La buena salud no es solo una consecuencia del desarrollo económico, sino también, uno de sus principales agentes. Cuando las personas son más sanas tienen mayor productividad, mejor desempeño educativo como también laboral, y menos pobreza.

Este cambio en el modelo de atención que se propone va más allá de la detección, la medición y el seguimiento de las desigualdades.

Por otro lado, es necesario abordar sus causas a nivel poblacional y tener en cuenta que las políticas y los programas, incluidos los que se basan en la evidencia, pueden tener un impacto diferente en los grupos poblacionales distintos.

La aplicación de esta estrategia por cursos de vida implica mirar la salud desde la perspectiva de la equidad porque las mismas políticas que tienen un resultado positivo en la mejora de los indicadores generales, pueden contribuir a aumentar las brechas en cuanto a la desigualdad social en materia de salud.

Por lo tanto, las acciones futuras que disminuyan con éxito las desigualdades en la salud pueden requerir una desviación positiva de las normas, la teoría y la práctica del curso de vida ofrecen un nuevo marco estratégico para este antiguo desafío de aclarar los determinantes sociales de la salud subyacentes a lo largo del

curso de vida, podemos utilizar el enfoque de curso de vida para determinar las respuestas sociales oportunas a fin de prevenir y corregir el daño directo que las condiciones sociales tienen en los grupos poblacionales en riesgo.

Ciertamente esta teoría todavía está en evolución, la cual se basa en modelos biopsicosociales y genómicos, es necesario que las intervenciones en las ciencias de la salud evolucionen hacia un paradigma diferente que aplique un nuevo modelo epidemiológico de causalidad y que interprete la salud individual, familiar y comunitaria como el resultado de las influencias biológicas, psicológicas, físicas, sociales y ambientales que operan desde la concepción hasta la muerte y que tienen sus mayores repercusiones en períodos críticos del curso de vida.

Es importante destacar que la diversidad de las trayectorias en cuanto a la salud de todas las personas depende en gran medida por la formulación de políticas sanitarias implementadas, en este sentido puede ser que brinden oportunidades o presenten obstáculos para la salud y el desarrollo.

Los cambios en las políticas pueden eliminar o minimizar las causas injustas de esta diversidad y crear las condiciones para un desarrollo sostenible de la salud, con la intención de generar caminos hacia sistemas de salud más avanzados, que sean universales, integrales, resilientes, sostenibles y que permita su acceso garantizado por parte de todas las personas, en independencia de su estatus laboral y económico.

Hay que resaltar que este cambio en el modelo de atención que se propone va más allá de la detección, la medición y el seguimiento de las desigualdades.

Con respecto a la inserción sanitaria de La Rioja en el territorio nacional ha estado históricamente marcada por las relaciones de tipo centro/periferia con otros centros urbanos de mayor complejidad sanitaria, por sus potencialidades y limitaciones en su red de servicios de salud.

La heterogeneidad del sistema de salud público, visto en la provincia en especial en el interior de ésta, constituye un desafío en sí mismo: los valles riojanos no enfrentan las mismas posibilidades de acceso que el oeste de la provincia o la región de los llanos, en especial si se considera que esta última está particularmente afectada por la distancia y el bajo recurso de personal sanitario.

En este marco, distintas acciones promovidas desde el estado nacional se han orientado a reducir algunas de las principales desigualdades intra e interprovinciales. Todas estas políticas que promuevan la diversidad y erradican las violencias tienen que ser políticas de Estado, entre las cuales se destacan reducir las brechas en el acceso a la salud pública como también, la desigualdad de género.

Es así como el sistema de salud de La Rioja es único y singular en sus características, su composición, su evolución histórica y quienes participan en él, han experimentado en el transcurso del tiempo ciertas convergencias en algunos indicadores del nivel de vida de la sociedad, pero persisten brechas, si bien el acceso al agua, educación, salud, gas natural. Todas estas iniciativas que apuntan a incrementar el acceso equitativo a la salud y al fortalecimiento de toda la red Sanitaria como así también, los diferentes proyectos de conectividad entre los centros de atención de salud, hospitales, vinculado a esto el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria provincial.

De lo anteriormente expuesto se desprenden todos estos procesos de mejora y transformación que se ven plasmados en su plan estratégico, siguiendo la línea de estrategias de los ODS, es por esta razón, que todo esto constituye una herramienta fundamental para una política de estado, constituyendo las metas asumidas una hoja de ruta para alcanzar un desarrollo sostenible, incluyente, sin dejar a nadie atrás.

Asimismo, el propósito de este trabajo ha sido analizar y romper con los paradigmas que actualmente existen en el sector salud y comenzar a transformar la visión de cursos de vida en un enfoque que contribuya a la construcción de una estrategia de abordaje en la salud pública de mi provincia, si vemos las experiencias anteriores, podemos implementar el enfoque de curso de vida para identificar algunas de las respuestas y corregir las barreras y condiciones de salud de nuestra población de riesgo.

A partir de esto entiendo que las políticas públicas deben acompañar a las personas en las diferentes etapas de su vida, atendiendo a las necesidades específicas de cada etapa mientras velan por mantener una continuidad y articulación a lo largo del tiempo.

En tal sentido, traducir la teoría del curso de vida a la práctica, presenta muchos desafíos, ya que se pone énfasis en las enfermedades individuales o los grupos etarios específicos en lugar de tener una mirada holística de la salud a lo largo de la vida, es por esta razón que el sistema se encuentra bajo esta mirada fragmentada en la cual todavía se programan de esta manera las acciones en el ámbito de la salud pública.

Es necesario resaltar que el enfoque por curso de vida representa una oportunidad importante para reestructurar los diferentes programas, como las actividades de promoción y prevención, optimizando la financiación y deconstruyendo estructuras, de esta manera subsanar las asimetrías, mejorar la salud y el bienestar en múltiples aspectos, mirar desde otras perspectivas el sistema sanitario, nos podrá permitir avanzar con el objetivo de garantizar que todos y todas, como así también las familias puedan alcanzar su máximo potencial.

Remarco que se pueden diseñar políticas de intervención y construcción de la salud, todo esto representa un proceso continuo, de prevención, con un horizonte temporal extendido, en donde las actividades y resultados no están aislados, sino que se acumulan en el tiempo, para abordar las brechas de acceso a la salud, considerando el contexto en el cual viven las personas, con una mirada longitudinal, integrando los servicios de salud de la población que no solo es un derecho, sino que es el motor del desarrollo económico de todos y todas los que habitan mi provincia y nuestro querido país.

Esta interacción se presenta en forma de trayectorias, las cuales simbolizan los caminos de la salud tanto a nivel individual como de la población. Las trayectorias son esenciales para identificar y predecir el cómo y el cuándo de la salud de todas y todos, y permite diseñar e implementar políticas de salud más eficientes y mejor organizadas.

Como pudimos observar, los esfuerzos dirigidos a modificar los determinantes de las enfermedades han conseguido mejorar los indicadores de salud provincial, pero no han logrado reducir las brechas sociales, lo cual puede deberse a que quienes se encuentran en los estratos socioeconómicos más bajos son menos aptos

para beneficiarse de los programas de salud, ya sea por una menor conciencia de riesgo o por la imposibilidad de realizar cambios en sus estilos de vida.

No obstante, si las políticas públicas no tomaran en cuenta estos hallazgos ni sus efectos sobre las brechas sociales, sobre la concentración, la distribución de los recursos y de los perfiles de salud, la persistencia intergeneracional tendería a incrementar los problemas de acceso y los costos asociados para enfrentarlos. Las causas de esa menor capacidad de respuesta no se encuentran en el entorno temporal inmediato de esas familias o esas personas, sino en las etapas tempranas de sus vidas, o incluso en una herencia poblacional intergeneracional.

Debemos tener presente que existen barreras que superar para que el enfoque por cursos de vida (ECV) se imponga como un paradigma o una estrategia en salud pública.

En el primer caso, porque los diseños sensibles a los efectos en el curso de la vida son diseños longitudinales y estos estudios llevan aparejado un alto costo como para mantenerlos en todo este proceso de investigación y en la evaluación de resultados.

También porque el vínculo causal entre eventos temporalmente distantes es difícil de establecer por dos razones principales: la primera es la falta de control de factores que son simultáneamente responsables de las privaciones tempranas de la salud y de los problemas de salud en la adultez; la segunda, paradójicamente, el exceso de control al incluir factores situados en la cadena causal que vincularía las experiencias de las primeras etapas de la vida con las enfermedades del adulto.

Las barreras son aún mayores en la práctica, debido, entre otras cosas a que los encargados de implementar las políticas de salud no suelen estar dispuestos a

admitir períodos tan largos para poner de manifiesto los efectos de sus intervenciones. Hay indicadores con mayor visibilidad y convocatoria política, que son sensibles a las intervenciones en plazos mucho más cortos, como ser las campañas de inmunización de los niños, entonces podemos decir que las acciones emprendidas para mejorar los indicadores de salud en la infancia y la niñez temprana tienen también repercusiones a largo plazo, en especial, si se dirigen a los determinantes básicos y estructurales de la salud.

Para que esta estrategia se pueda establecer como nuevo paradigma de causalidad y como directriz conceptual de una transformación en los modelos de atención, deberán conjugarse: evidencias científicas y capacidades comunicativas que consoliden en los responsables de las políticas de salud la conciencia de la necesidad de cambio en estos tiempos actuales, la decisión política para ejecutar dichos cambios y la competencia técnica para implementarlos, tal y como señala Vilas (2013), los gobiernos se vuelven eficaces si enarbolan una causa capaz de movilizar voluntades hacia adentro y hacia afuera de las instituciones.

A partir de todo esto considero que no hay política sanitaria, sin política social y económica, teniendo en consideración lo que plantea Maceira (2020), que la pandemia está mostrando la necesidad de cambio, visibiliza las debilidades del sistema y nos impulsa a un debate responsable, inclusivo, donde la prioridad sea el cuidado de la población, más allá de la grieta política.

Y tal como señalé anteriormente en líneas generales, propongo un cambio con esta perspectiva donde el desarrollo de la salud sea generar capacidades para que todos y todas puedan desarrollarse de acuerdo con las expectativas y demandas de su entorno, la cual puede servir para hallar las soluciones desde el

ámbito de la salud pública para la construcción de una patria más justa, libre y soberana.

BIBLIOGRAFÍA

- Aagaard-Hansen, J., Norris, S. A., Maindal, H. T., Hanson, M., & Fall, C. (2019). What are the public health implications of the life course perspective. *Global Health Action*, 12(1), 1603491.
- Alcántara Moreno, G., (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-Ata. URSS*, 6-12
- Alwin DF. Integrating varieties of life course concepts. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012 Mar;67(2):206-20. doi: 10.1093/geronb/gbr146. Epub 2012 Mar 7. PMID: 22399576; PMCID: PMC3307990.
- Baglione, M. F. (2020). *Curso de vida y consumos problemáticos en personas mayores: un estudio de casos en el Área metropolitana de Buenos Aires* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Luján).
- Belmartino, S. (1999). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: quién será el árbitro?* (Vol. 12). Lugar Editorial.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges, and interdisciplinary perspectives. *International journal of epidemiology*, 31(2), 285-293.
- Bielschowsky, R. y M. Torres (comps.), *Desarrollo e igualdad: el pensamiento de la CEPAL en su séptimo decenio. Textos seleccionados del período 2008-2018*,

Colección 70 años, N° 1 (LC/PUB.2018/7-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana De Población*, 5(8), 5–31.
- Brumana, L., Arroyo, A., Schwalbe, N. R., Lehtimaki, S., & Hipgrave, D. B. (2017). Maternal and child health services and an integrated, life-cycle approach to the prevention of non-communicable diseases. *BMJ global health*, 2(3), e000295. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000295>
- Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A., & Blane, D. (2015). A life course perspective on health trajectories and transitions.
- Calabrese, P. (2021). *Childhood cognitive skills and later life presence of chronic diseases: a life-course approach* (Doctoral dissertation).
- Cenobio-Narcizo, F. J., Guadarrama-Orozco, J. H., Medrano-Loera, G., Mendoza-de la Vega, K., & González-Morales, D. (2019). Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 76(5), 203-209.
- CEPAL (14 de Junio 2017). “CEPAL promueve enfoque de ciclo de vida para revertir las desigualdades determinadas por la edad de las personas.” Notas de la CEPAL N° 92. <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-promueve-enfoque-ciclo-vida-revertir-desigualdades-determinadas-la-edad-personas>
- Cetrángolo, O., & Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual* (pp. 31-31). Pan American Health Organization.

- Chirinos, N. (2009). Características generacionales y los valores. Su impacto en lo laboral. *Observatorio laboral revista venezolana*,
- Davis, A., McMahon, C. M., Pichora-Fuller, K. M., Russ, S., Lin, F., Olusanya, B. O., ... & Tremblay, K. L. (2016). Aging and hearing health: the life-course approach. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S256-S267.
- Declaración Universal de los Derechos humanos (1948). *La Convención Internacional de los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Declaración sobre la Protección de todas las personas contra la tortura.*
- Decreto 939/2000 Poder Ejecutivo Nacional (PEN) régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).
- Elder Jr, G. H., & Shanahan, M. J. (2006). The life course and human development.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). *The emergence and development of life course theory* (pp. 3-19). Springer US.
- Elder, G., & Heinz, W. (1991). Theoretical Advances in Life Course Research. Status Passages and the Life Course.
- Ferrucci, L., Cooper, R., Shardell, M., Simonsick, E. M., Schrack, J. A., & Kuh, D. (2016). Age-related change in mobility: perspectives from life course epidemiology and geroscience. *Journals of gerontology series a: biomedical sciences and medical sciences*, 71(9), 1184-1194.
- Glen H. Elder. (1974). *Children of the Great Depression: Social change in life experience.* University of Chicago Press.
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 454-461

- Halfon, N., & Hochstein, M. (2002). Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479.
- Hareven, T. K. (2018). *Families, history, and social change: Life-course and cross-cultural perspectives*. Routledge.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud pública*, 19, 393-395.
- Hosking, J., Ameratunga, S., Morton, S., & Blank, D. (2011). A life course approach to injury prevention: a " lens and telescope" conceptual model. *BMC Public Health*, 11(1), 1-8.
- Jones, N. L., Gilman, S. E., Cheng, T. L., Drury, S. S., Hill, C. V., & Geronimus, A. T. (2019). Life course approaches to the causes of health disparities. *American journal of public health*, 109(S1), S48-S55.
- Kira, I. A. (2022). Taxonomy of stressors and traumas: An update of the development-based trauma framework (DBTF): A life-course perspective on stress and trauma. *Traumatology*, 28(1), 84–97. <https://doi.org/10.1037/trm0000305>
- Kohli, M. (2007). The institutionalization of the life course: Looking back to look ahead. *Research in human development*, 4(3-4), 253-271.
- Kuh, D., Karunanathan, S., Bergman, H., & Cooper, R. (2014). A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 237-248.

- Kupperschmidt, B. R. (2000). Multigeneration employees: strategies for effective management. *The health care manager*, 19(1), 65-76.
- Kuruvilla, S., Sadana, R., Montesinos, E. V., Beard, J., Vasdeki, J. F., de Carvalho, I. A., ... & Bustreo, F. (2018). A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 42.
- López Arellano, O., & Peña Saint Martin, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del Pensamiento Latinoamericano. *Medicina Social / Social Medicine*, 1(3), p. 82–102. Recuperado a partir de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/41>
- Maceira, D. (2018). Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino El Papel de la Seguridad Social.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino. Debate en el contexto Latinoamericano.
- Marzioni, S. C. (2021). Pandemia, envejecimiento y políticas públicas en América Latina. Apuntes teóricos para pensar el problema de las vejeces desiguales desde los enfoques del curso de vida y de la economía política del envejecimiento. *Anthropologica*, 39(47), 157-181.
- Ministerio de Salud, *Decisión Administrativa 457/2020, DECAD-2020-457-APN-JGM - Estructura organizativa.*, Ciudad de Buenos Aires, 04/04/2020. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decisi%C3%B3n_administrativa-457-2020-336067/texto.
- Ministerio de Planeamiento e Industria de la Rioja, Informe provincial ODS La Rioja 2019.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_de_gestion_2019_la_rioja.pdf

- Montepare, J. M., & Barrett, A. E. (2015). "It's about time": Applying life span and life course perspectives to the study of subjective age. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 35(1), 55-77.
- Observatorio Federal de Talento Humano en Salud.(2019). "Fuerza de trabajo en el sector salud en argentina".
- Ocampo, J. A., & CEPAL, N. (2000). *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Alfaomega. <https://hdl.handle.net/11362/1655>
- OEA (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales" Protocolo de San Salvador. *San Salvador*.
- OMS (2011) Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud; 19-21 Octubre de 2011; Río de Janeiro, Brasil: Organización Mundial de la Salud; 2011.
- OMS (2022) Salud y derechos humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS (2014) Documentos básicos. – 48.^a ed. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. 1. ISBN 978 92 4 365048 7 (Clasificación NLM: WA 540.MW6)
- ONU (2000) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos*

Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

[Accesado el 8 Marzo 2023]

- OPS (2010) *Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5701>
- OPS (2017) *Política sobre Etnicidad y Salud*. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34447>
- OPS (2019) “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- Pérez, C. C. C. R. (2020). *Trayectorias Laborales a Través del Curso de Vida Y Salud Oral en la Vejez* (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile)).
- Piana, F. P. (2022). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las políticas de implementación en la Argentina a través de los actos normativos. *Perspectivas*, (7).
- Pino, Sandra del, Coates, Anna R., Guzmán, José Milton, Gómez-Salgado, Juan, & Ruiz-Frutos, Carlos. (2018). Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201809059. Epub 26 de septiembre de 2018. Recuperado en 15 de febrero de 2023
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272018000100308&lng=es&tlng=es

- Schultze, F. R. (2016). El paradigma del curso de la vida y el método biográfico en la investigación social sobre envejecimiento. *Revista de investigación interdisciplinaria en métodos experimentales*, 1(5), 80-107.
- Scott, JP (1986). Períodos Críticos en los Procesos Organizacionales. En: Falkner, F., Tanner, JM (eds) *Human Growth*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2101-9_10
- Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (21), 27-53.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; April 2007
- Spiess, M., & Schnyder-Walser, K. (2018). Chancengleichheit und Gesundheit– Zahlen und Fakten für die Schweiz–Hintergrunddokument. *Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*.
- Tam, T. (2017). *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2017: Designing Healthy Living*. Public Health Agency of Canada.
- Tobar, F. (2001). El modelo de salud argentino: Historia, características, fallas, F. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina.
- Urbina-Fuentes, M., Jasso-Gutiérrez, L., Schiavon-Ermani, R., Lozano, R., & Finkelman, J. (2017). La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a

los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. *Gac Med Mex*, 153, 697-730.

- Urbina, M. (2016). Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud. *Colección de aniversario. Documento de postula. Academia nacional de medicina México*. [Citado el 15 de mayo del 2018]. Disponible en URL: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/DSS.pdf>
- Vilas, C. M. (2013). El poder y la política: el contrapunto entre razón y pasiones. *El poder y la política*, 1-310.
- World Health Organization. (1985). Constitución. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36853>
- Young, T. K. (2004). *Population health: concepts and methods*. Oxford University Press.

ANEXO I

Índice de figuras y tablas

FIGURAS

<i>Figura 6. Trayectorias funcionales en el curso de vida</i>	24
<i>Figura 2. Momentos en los que las transiciones críticas de la vida presentan un mayor riesgo de salud</i>	25
<i>Figura 3. El cambio generacional</i>	29
<i>Figura 4. Determinantes sociales de la salud</i>	37
<i>Figura 5. Matriz síntesis de vinculación ODS/metas/indicadores</i>	57
<i>Figura 6. Provincia de La Rioja distribución por región</i>	63
<i>Figura 7. Tasa de desempleo general, por edad, provincial y nacional</i>	68
<i>Figura 7. Tasa de asistencia por edad, provincial y nacional</i>	69
<i>Figura 9. Defunciones infantiles según peso, intervalo de edad de la madre, intervalos de semana de gestación</i>	73
<i>Figura 10. Defunciones infantiles</i>	73
<i>Figura 11. Principales causas de defunciones mayores año 2019</i>	74
<i>Figura 12. Principales causas de defunciones infantiles año 2019</i>	76
<i>Figura 13. Tasa de médicos/as en argentina</i>	78
<i>Figura 14. Tasa de enfermeras/os profesionales (licenciadas/os y técnicas/os) en Argentina</i>	79
<i>Figura 15. Red de servicios de salud de La Rioja</i>	80
<i>Figura 16. Zona sanitaria I</i>	83

<i>Figura 17. Zona sanitaria II</i>	84
<i>Figura 18. Zona sanitaria III</i>	85
<i>Figura 19. Zona sanitaria IV</i>	86
<i>Figura 20. Zona sanitaria V</i>	87
<i>Figura 21. Zona sanitaria VI</i>	88
<i>Figura 22. Organigrama del Ministerio de Salud pública la Rioja</i>	89

TABLAS

<i>Tabla 6. Antecedentes internacionales de la aplicación del ECV en salud</i>	52
<i>Tabla 7. Vinculación entre los ejes de trabajo y los ODS 3+ de la estrategia de ECV 2021-2023</i>	53
<i>Tabla 8. Indicadores OSD 3 salud y bienestar</i>	58
<i>Tabla 9. División política La Rioja</i>	62
<i>Tabla 5. Población total de la provincia de La Rioja</i>	64
<i>Tabla 6. Distribución de población por sexo</i>	64
<i>Tabla 7. Pirámide Poblacional – Actividades Político – Administrativas</i>	65
<i>Tabla 8. Indicadores sociodemográficos total nacional y La Rioja</i>	66
<i>Tabla 9. Pobreza e indigencia total, urbano y La Rioja 2do semestre 2019</i>	70
<i>Tabla 10. Porcentaje de población según esté bajo pobreza multidimensional y/o por ingresos provincia de La Rioja y total nacional segundo semestre de 2019</i>	71
<i>Tabla 11. Tasa de natalidad, fecundidad y mortalidad</i>	72
<i>Tabla 12. Defunciones por grupos de edad según agrupamiento, nacidos</i>	75

*vivos registrados, defunciones totales según grupos de edad y maternas
por departamento*

*Tabla 13. Defunciones mayores según grupos etarios y causas de muerte
provincia de La Rioja 2019* 75

Tabla 14. Cantidad de profesionales médicos/as y enfermeros/as 77

Tabla 110. Dimensiones, ejes de trabajo y actores involucrados 99