

MANIFIESTO “LA SALUD EN TIEMPOS DE AJUSTE”

Lectura al cierre del XXXIII Congreso – 19 de noviembre de 2018

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG), que integra y representa a los equipos de salud del primer nivel de atención de la mayor parte de las jurisdicciones del país, con más de 30 años de trabajo en el cuidado de la salud de las poblaciones más vulnerables y a 40 años de la Declaración de Alma Ata, manifiestan que el tema de la salud y la organización de un Sistema Nacional de Salud, orientado en base a la estrategia de atención primaria de la salud, continúa sin ser hasta ahora prioridad de ningún gobierno, ni se ha dado un debate nacional al respecto. Los intentos realizados en distintos momentos históricos por algunos gobiernos democráticos, han fracasado por la influencia de intereses corporativos, y las actuales políticas económicas y sanitarias están profundizando la inequidad y la segmentación de la atención de distintos grupos de población.

La multiplicidad de programas nacionales, provinciales y municipales, la mayoría de ellos con directa aplicación final en el primer nivel de atención, generan una gran fragmentación en las actividades de los servicios de salud, en la atención de a pacientes, y la diversificación e ineficiencia en el trabajo de los equipos de salud, sumado a un escaso e irregular financiamiento. Por otra parte, no se ha recuperado el papel rector del Estado sobre el sector salud y se continúa subsidiando al sector privado y a la seguridad social. Por último, la comunidad no tiene voz ni voto en las decisiones referentes a la organización de los subsistemas de salud.

Aunque existen Centros de Salud del sector público donde se trabaja en equipo, en la gran mayoría de los efectores del primer nivel el trabajo es individual, sin que existan criterios unificados de atención; se suma un escenario laboral signado por el multiempleo, la inestabilidad laboral, que genera mucha incertidumbre, estrés y enfermedades ocupacionales, y jubilaciones que no reflejan el nivel de ingresos de la vida activa.

Las líneas de intervención de los actuales decisores de las políticas de salud se encuentran direccionadas por el financiamiento de organizaciones internacionales, lo que constituye una gran contradicción ya que nos condiciona, nos endeuda y nos impide una reorientación de los recursos financieros.

Ante la iniciativa del Gobierno Nacional denominada "cobertura universal de Salud o CUS", implementada como eje político básico en la salud nacional, la FAMG reitera su absoluto desacuerdo y preocupación. La FAMG propone un sistema de salud integral e integrado, financiado por el Estado y fuertemente regulado como garante del derecho a la salud, accesible, equitativo y humanizado.

La FAMG, también expresa su más enérgico repudio a la decisión tomada por el gobierno nacional de rebajar de rango al Ministerio de Salud de la Nación al nivel de Secretaría, quedando bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, medida que debe reverse en forma urgente.

Entendemos a la FAMG como un movimiento que nuclea a trabajadores de los equipos de salud a lo largo y ancho de la Argentina, sosteniendo su impronta de trabajo e identidad con la equidad, la justicia social, los derechos humanos, la calidad de atención de los servicios de salud en todos los niveles prestacionales, la participación social activa y el compromiso con los/as ciudadanos/as. Ratificamos a nuestro movimiento como parte de otros colectivos que reivindican la salud como derecho y a los estados como garantes de dicho derecho. Enfatizando el principio asociativo con las organizaciones de la sociedad civil, grupos de usuarios de servicios, organizaciones de trabajadores, organizaciones hermanas del país y de Latino América.

Nos solidarizamos con lxs compañerxs de enfermería de CABA que han sido excluidos de la rama profesional de la carrera sanitaria.

Proponemos contrarrestar las actuales políticas neoliberales en el sector salud, condicionadas por fondos de organismos internacionales, en especial la propuesta de "cobertura universal de salud" (CUS). Sostenemos el derecho a la salud y, por ende, las políticas públicas que lo garanticen, las que deberán asegurar:

- 1.- La APS como estrategia central del sistema de salud*
- 2.- La integralidad como un concepto medular del trabajo en salud*
- 3.- La participación social, ciudadanía y construcción de actores sociales como roles centrales.*
- 4.- El reconocimiento de la diversidad y saberes con los que hay que vincularse para construir una nueva concepción de salud.*
- 5.- El enfoque relacional como base para una práctica nueva donde la subjetividad e intersubjetividad sean materia prima para la emancipación.*

Convocamos a quienes se sientan parte de este movimiento a fortalecernos hoy más que nunca y entender que colectivamente, "otra salud es posible".

Documento FAMG noviembre 2018

LA SALUD EN TIEMPOS DE AJUSTE¹

La **Federación Argentina de Medicina General (FAMG)**, que integra y representa a los equipos de salud del primer nivel de atención de la mayor parte de las jurisdicciones del país, con más de 30 años de trabajo en el cuidado de la salud de las poblaciones más vulnerables, a 40 años de la Declaración de Alma Ata manifiestan que el tema de la salud y la organización de un Sistema Nacional orientado en base a la estrategia de atención primaria de la salud, continúa sin ser hasta ahora prioridad de ningún gobierno, ni se ha dado un debate nacional al respecto. Los intentos realizados en distintos momentos históricos por algunos gobiernos democráticos, han fracasado por la influencia de intereses corporativos, y las actuales políticas económicas y sanitarias están profundizando la inequidad y la segmentación de la atención de distintos grupos de población.

En este documento se resumen las principales definiciones extraídas de las declaraciones de los Congresos de los últimos 15 años, tratando de formular una propuesta actualizada de la posición de la FAMG en el contexto político y sanitario actual, vinculadas con el sistema de salud argentino, con la estrategia de APS en nuestro país, y en particular con la situación del equipo de salud del primer nivel de atención.

A. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Los problemas estructurales del Sistema de Salud argentino

El sistema de salud se encuentra en crisis a nivel nacional, desde hace mucho tiempo, aunque no ha sido hasta ahora prioridad de ningún gobierno, ni se ha dado un debate nacional al respecto. La Constitución Nacional no define en su texto original en forma explícita el derecho a la salud, pero a partir de la reforma de 1994 la incorporación de los pactos internacionales incluyen la obligación de los Estados Nacionales de garantizarlo, y muchas constituciones provinciales reconocen en forma explícita la responsabilidad del Estado en asegurar el derecho a la atención de la salud de sus habitantes.

Considerando que, desde el punto de vista constitucional, la salud no es una responsabilidad expresamente delegada por las provincias a la Nación, la atención sanitaria se encuentra fundamentalmente a cargo de los gobiernos provinciales. Sin embargo, en la práctica esta responsabilidad se ejerce solo desde los servicios públicos o estatales de salud, ya que el funcionamiento de los servicios de la seguridad social y privados se encuentran regulados por leyes y normas nacionales, a veces del sector económico, como es el caso de los sistemas prepagos. Con relación a ellos, los gobiernos provinciales se limitan en general solo a la habilitación de los establecimientos o a otorgar las matrículas profesionales. En muchas provincias, los municipios asumen también responsabilidades en la gestión de servicios y programas de salud.

¹ Para la elaboración se seleccionaron párrafos, se actualizaron textos y se ampliaron conceptos de documentos FAMG. a los fines analizar la realidad sanitaria argentina y plantear medidas a futuro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, noviembre de 2018.

- Compilado y coordinación: Prof. Dr. Horacio O. Pracilio (UNICen) con la colaboración del Dr. Saúl Flores (UNLP).
- Participantes de la Comisión Redactora: Rafael Passarini (FAMG), Esteban Ariel Vianello (APaMGFES LP), Di Marco Oscar (ARES RN), Adriana A. Feltri (SMR Nqn), Celina Ciani (ASMGyF SF), María Rosa Chiabrando (AcFuDES TdF), Patricia Ramonell (AMGyES SL).
- Colaboraron: María Beatriz Taboada y Gustavo Cáceres (APARSE SDE), Patricia Vigna (AMES CABA), Sandra Carmona (AMGyES SL), Víctor Orellana (STMG Tuc), Ricardo Cordone y Valeria Bulla Goggia (ASMGyF SF).
- Redacción Final: Horacio Pracilio, Patricia Ramonell, Adriana Feltri, Esteban Vianello y Rafael Passarini.
- Manifiesto: Rafael Passarini y Patricia Ramonell.

El gobierno nacional, a través de la autoridad sanitaria y otros organismos como la Superintendencia del Seguro de Salud, formula políticas, administra algunos servicios e institutos de investigación, y desarrolla programas de salud en todas las jurisdicciones provinciales y municipales. Muchos de estos programas no son financiados por el presupuesto nacional, sino con créditos externos que, si bien han permitido ciertos avances en la implementación de la estrategia de atención primaria, formación de recursos humanos, provisión de medicamentos en el primer nivel de atención, y desarrollo de actividades de promoción y prevención, no ofrecen la garantía de sustentabilidad necesaria para que se transformen en cambios estructurales en el sistema de salud.

Más allá del señalado marco constitucional, la Argentina no cuenta con un encuadre jurídico constitucional y legal a nivel nacional y provincial que otorgue unidad y coherencia a todo el sistema de salud. No existe una Ley Nacional de Salud ni tampoco leyes provinciales integrales y, por lo tanto, en toda la normativa jurídica nacional y provincial, no existe una clara delimitación de las competencias nacionales, provinciales y municipales en materia de salud, tanto en materia legislativa, como en la definición de políticas de salud. Esta situación se deriva en la superposición, contraposición y vacíos legales, que generan graves problemas en el funcionamiento de los sistemas de salud.

Uno de los problemas estructurales que impide garantizar el acceso universal a la atención de la salud es la segmentación del sistema. En el país co-existen tres subsistemas (público, privado y obras sociales) con distintas modalidades de financiamiento, cobertura y provisión. Cada uno se “encarga” de diferentes estratos de población según capacidad de pago, inserción laboral, clase social, nivel de ingreso; dando como resultado una ciudadanía regulada en lo referente al acceso a los servicios y un sistema inequitativo en relación a la cobertura.

Aunado a la segmentación aparece otro problema estructural que es la fragmentación, es decir, la presencia de múltiples entidades no integradas en una red de servicios de salud. Esta fragmentación se expresa en falta de coordinación y así, por ejemplo, los servicios no colaboran entre sí y compiten; múltiples agentes operan sin articulación impidiendo la integración de redes de atención y la estandarización de la calidad de la atención, dificultando la longitudinalidad y continuidad asistencial y generando incrementos en costos de transacción y una asignación y distribución ineficiente de los recursos materiales y el capital humano del sistema sanitario.

Las instituciones del Estado han perdido su pertenencia social y se han erigido en bastiones de poder con concentración de decisiones no consensuadas. De esta forma se generan políticas verticales, reduccionistas, fragmentadas y de escaso impacto social ya que están más dirigidas a aplacar las demandas sociales mediáticas que a consolidar un sistema de protección, promoción y recuperación de la salud de toda la población. Por otra parte, no se ha recuperado el papel rector del Estado sobre el sector salud y se continúa subsidiando al sector privado y a la seguridad social. Por último, la comunidad no tiene voz ni voto en las decisiones referentes a la organización de los subsistemas de salud.

2. La atención primaria de la salud en la Argentina

En la larga historia del sistema de salud argentino, no ha habido una conducción hacia una política de Atención Primaria de la Salud nacional, más allá de la retórica hipócrita de la dictadura cívico-militar en ocasión de la reunión de Alma Ata en 1978, donde el gobierno utilizó ciertas experiencias históricas como la de Alvarado en la provincia de Jujuy, gestadas en gobiernos democráticos y líderes como Carrillo y Oñativía, para mostrar la situación en Argentina. No obstante, a nivel provincial y municipal se han ido desarrollando en el país numerosos ejemplos de modelos de APS, plagados de marchas y contramarchas al ritmo de los gobiernos de turno. De esta forma, la atención primaria ha tenido poco lugar en un sistema de salud donde los hospitales han ocupado el centro de la escena, con grandes estructuras de un accionar centrífugo para un modelo de atención centrado en la atención de la enfermedad, en la mayor complejidad tecnológica, fragmentado y con tendencia a las especialidades de segundo y tercer nivel, lo que es aún más evidente en el sector privado; por lo que se ha tomado como poco trascendente el trabajo en otros escenarios.

La dimensión legislativa en salud funciona como barrera para la organización de un sistema sanitario basado en la APS. Dada la configuración política del país, con ausencia de una verdadera rectoría nacional basada en un acuerdo federal de

políticas sanitarias, de un acompañamiento legal y sustentable de recursos financieros, tenemos un mosaico legislativo sanitario que dificulta la articulación interjurisdiccional de la atención de la salud. La gestión provincial y/o municipal de los servicios, incluyendo los del primer nivel de atención, y la difícil coordinación entre los distintos niveles de atención, impacta negativamente en la equidad y en la calidad de la atención de grandes grupos de población, sumado a cierta tradición de beneficencia de los servicios estatales y no de cumplimiento de derechos.

En las últimas décadas, influenciados por un escenario internacional favorable y con la implementación de algunas políticas nacionales mencionadas, se está modificando lentamente esa realidad y comenzando a visibilizarse la importancia de los efectores del primer nivel de atención. Sin embargo, los mismos enfrentan también problemas estructurales y organizacionales para poder implementar una APS que garantice el acceso universal con calidad de la atención, teniendo en cuenta que el sistema sanitario argentino está asentado sobre la provisión pública, a la que tienen derecho todos los habitantes del país.

La fragmentación no se ha resuelto en los últimos años, incluso se ha profundizado, ya que los programas que se han generado son focalizados o específicos por patologías y/o problemáticas, como a nivel nacional el Plan Nacer/Sumar, Plan Materno Infantil, Remediar, Jefas y Jefes de Hogar, PROFE/Incluir Salud, Médicos Comunitarios, más los programas a nivel provincial y municipal. A título de ejemplo, cada uno de estos programas impone un registro específico propio que se superpone con los otros, generando múltiple información que no puede cruzarse. No es inocente la focalización, ya que trabaja sobre indicadores sensibles al supuesto desarrollo de los países; mortalidad infantil, mortalidad materna, control del SIDA, etc., dejando de lado indicadores "globales" de salud.

Otra dimensión de esta problemática sanitaria que impide fortalecer la APS, se relaciona con el financiamiento de la salud, que en la Argentina constituye el 23,8 % del gasto público, pero sólo el 6% del gasto global en salud del país. De lo público el 61,3 % del gasto en APS es municipal, generando un importante componente de inequidad, no solo en la distribución de los servicios para distintos sectores de población, sino que también suele traducirse en condiciones precarias para muchos trabajadores de la APS.

A manera de resumen podríamos señalar que la valoración de la APS está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial (Testa, 2004). La APS, tal como se configura e inserta en el sistema sanitario argentino, tiene un significado concreto que se expresa como un elemento aislado con baja legitimidad social y se materializa e interpreta como un conjunto de servicios del primer nivel, con escasos recursos y baja resolutivez. Y un significado abstracto - el que corresponde a su definición ideológica-, como se observa en innumerables documentos de políticas de salud donde, muchas veces, cuando se habla de APS, en realidad se refiere al primer nivel de atención o a una canasta de servicios básicos focalizados por enfermedades, o por grupo de edad.

3. La situación del equipo de salud del primer nivel de atención

El objetivo del sistema sanitario es el cuidado de la salud de las personas y dar respuesta a la morbilidad y mortalidad sanitariamente evitable y, por ende, al sufrimiento consiguiente. Dos componentes integran el sistema sanitario: a) el que ofrece una red de servicios de atención de las personas, con primer, segundo y tercer nivel; y b) el que ofrece servicios a las poblaciones (salud pública). El primer nivel de atención, más cercano al lugar donde vive la gente, está más relacionado con las acciones de APS, ya que interactúa con las comunidades y resuelve la mayor parte de los problemas de enfermedad, aunque las acciones orientadas al cuidado integral de la salud no se manifiestan en plenitud.

Desde la doctrina sanitaria tradicional la función del equipo de salud del primer nivel de atención es doble: a) como puerta de entrada accesible, y eventual derivación a otro nivel si lo considera necesario; y b) función de acompañamiento longitudinal e integral de las personas bajo responsabilidad. La longitudinalidad, se caracteriza por la relación interpersonal entre equipo de salud, paciente y familia, a fin de ofrecer coordinación de cuidados respecto a todos los problemas de salud de las personas bajo responsabilidad a lo largo de su vida. La continuidad le ofrece a la persona el seguimiento de problemas concretos de salud, en los distintos niveles del sistema sanitario. Para ello es necesario conformar equipos de salud básicos, interdisciplinarios, para contrarrestar la hegemonía corporativa de muchas especialidades y subspecialidades médicas lineales.

En el sistema sanitario argentino, se dificulta tanto la continuidad como la longitudinalidad. En general no hay una puerta preferencial definida, y para el acceso a especialidades no es obligatoria la derivación desde el profesional del primer nivel de atención. Son diversas las puertas de ingreso al subsistema de atención ambulatoria, con las habituales barreras de accesibilidad. El primer contacto puede ser en el primer nivel pero también, indistintamente, en el segundo. La consulta se realiza en general solo a libre demanda, tanto en el sector público como en las obras sociales, y a excepción de algunos programas nacionales, no se nominaliza la población o no se utiliza para garantizar la longitudinalidad. En muchos casos hay un tope en las consultas mensuales, lo que genera una alta demanda insatisfecha.

Cabe destacar que en algunos servicios del subsistema de las obras sociales se utiliza el modelo norteamericano "managed care" de los 70's, que introdujo la figura del médico del primer nivel en su rol de portero (gatekeeper), enfatizando los atributos que hacen a la característica del profesional de APS: primer contacto y coordinación de la referencia a los especialistas. Sin embargo, en la definición norteamericana el rol de filtro (gatekeeping) refiere al proceso de autorización de las derivaciones por un médico generalista designado para cumplir esta función. La mayoría de los seguros sociales pagan al mal llamado médico de atención primaria por capitación y, como uno de los pilares del managed care, el gatekeeping ha sido considerado esencial como estrategia de contención de costos.

En el sector público argentino, debido a la fragmentación y segmentación del sistema que no integra el trabajo entre los niveles de atención, no se ha desarrollado en general este sistema del médico gerenciador en el primer nivel de atención, aunque algunos programas nacionales lo proponen. Aunque existen Centros de Salud del sector público donde se trabaja en equipo, en la gran mayoría de los efectores del primer nivel el trabajo es individual, sin que existan criterios unificados de atención. Las modalidades de contratación, en muchos casos precarizadas, las dificultades a su capacitación y actualización, y los bajos salarios del personal del primer nivel de atención, contradicen los reiterados discursos de priorizar la estrategia de atención primaria. Los recursos se vuelcan a grupos gerenciales o a sub-especialidades médicas que basan su accionar en la enfermedad y no en el cuidado de la salud. Así aparece un escenario laboral signado por el multiempleo, la inestabilidad laboral, que genera mucha incertidumbre, estrés y enfermedades ocupacionales, y jubilaciones que no reflejan el nivel de ingresos de la vida activa. En la mayoría de las provincias, los equipos de salud interdisciplinarios, tienen diferentes regímenes laborales para cada profesión, con niveles salariales y dependencias administrativas diversas, y se encuentran desamparados por no contar con una carrera sanitaria justa y equitativa.

Existen migraciones de profesionales de unas provincias a otras, debido a diferencias laborales y salariales, ya que en algunas provincias los salarios no alcanzan a cubrir las necesidades básicas de los trabajadores de la salud, y esto significa que en muchos lugares los profesionales se van de los servicios del sector público cuándo, en la mayoría de los casos, se formaron en ellos.

4. Sobre las actuales políticas de salud

La realidad sanitaria nacional nos desafía a enfrentar una concepción de la Salud como mercancía, o sea sistemas de atención de la salud para pocos, siempre fragmentado, basados en alta tecnología y sin relación con lo social. Los Seguros de Salud aparecen entonces - bajo la forma de supuestas coberturas universales - como la forma organizada de concebirlos. A la histórica demora del Estado en constituirse en garante de la salud pública hoy hay un vaciamiento de los ministerios, desmantelando equipos de trabajo en áreas clave y desfinanciando recursos y programas que aún con sus imperfecciones daban alguna respuesta. Todo esto en función de una supuesta reorganización que enmascara una concepción del Estado ausente y sordo ante las necesidades, y depositando en las leyes del mercado el cumplimiento de responsabilidades civiles y sociales.

Las líneas de intervención de los actuales decisores de las políticas de salud se encuentran direccionadas por el financiamiento de organizaciones internacionales, lo que constituye una gran contradicción ya que nos condiciona, nos endeuda y nos impide una reorientación de los recursos financieros.

Ante la iniciativa del Gobierno Nacional denominada "cobertura universal de Salud o CUS", anunciada como eje político básico en la salud nacional, la FAMG desea expresar su absoluto desacuerdo y preocupación. El mismo se sustenta en

que este tipo de modelos alienta la transferencia de recursos estatales al sector privado que tienden a reducir el volumen de prácticas garantizadas y financiadas dejando por fuera las de más alto costo (oncológica, trasplantes, etc.) y generando las condiciones para que las mismas sean obtenidas en el mercado. También existiría el peligro de que la cobertura del primer nivel de atención pueda ser privatizada, tal cual se realiza a través del modelo del PAMI. La historia ha demostrado en Latinoamérica que estos modelos sólo generan universalidad de las inequidades, excluyen poblaciones y mercantilizan la atención de la Salud.

La Cobertura Universal de Salud (CUS) puesta en vigencia por el Decreto 908 en agosto de 2016, se constituye formalmente como soporte real de la política de salud del gobierno nacional. El mismo explicita supuestas acciones que no se vendrían realizando en los servicios de salud y soslaya intencionalmente otros. Entre los “olvidos” no se menciona la cobertura que brinda el subsector estatal de salud (denominado “público”). La referencia más aproximada a éste es a través de la frase “personas que carecen de una cobertura pactada”. Eufemismo mediante, entendemos que se trata de la población sin Obra social y/o “prepaga”, y que cotidianamente se atiende en la red pública de salud por una razón básica (no la única): es la histórica forma en que el Estado con sus diferentes jurisdicciones brinda cobertura.

¿Puede ser que la CUS esconda la intención de transferir los recursos públicos a los actores del sector privado mediante la vía del aseguramiento? Las experiencias de países que siguieron este modelo de cobertura nos deberían servir para desalentar avances en este sentido si el objetivo es garantizar el derecho a la salud. Es más, esto nos retrotrae a los profundos debates que tuvieron lugar en nuestro país en los años 90 y de los que fuimos parte, cuando también el avance de las políticas neoliberales contribuyó a imprimirle, donde encontró espacio y aliados, un sentido menos solidario y pro-mercado a la atención de la salud.

La propuesta CUS condiciona nuestro sistema de salud hacia un modelo de seguros privados, en los cuales a nivel estatal solo será posible garantizar una “canasta básica de prestaciones” reducida a las de bajo costo, dejando las de mayor costo (oncológicas o trasplante, entre otros) en manos del mercado. Esto significa que aquellas personas sin obra social solo podrán obtener en el estado un listado de prácticas mínimas y al requerir las que se sitúen por fuera, deberán obtenerlas comprándolas en el mercado, endeudándose en condiciones de enfermedad o mediante la judicialización como tal ya sucede en países como Colombia. El sistema de obras sociales nacionales y prepagas también se verá afectado por la disminución de prácticas garantizadas por el actual Programa Médico Obligatorio (PMO) generándose el mismo mecanismo de obtención en el mercado, judicialización, etc. Posteriormente lo mismo ha de suceder con las obras sociales provinciales donde en función de la “disciplina fiscal” ya planteada por el gobierno nacional a las provincias, aplicarán recortes importantes de presupuestos y asignaciones al gasto social provincial donde se encuentran estas obras sociales. Se hace además necesario considerar que el estado nacional genera con esta iniciativa una fenomenal transferencia de fondos públicos, destinados a la salud estatal, hacia el sector privado para que posteriormente este sector “provea de determinadas prácticas” a las que los estados (provinciales, municipales, etc) deben correrse como prestadores y garantistas.

Estamos ya rodeados de seguros (de la seguridad social y privados) con financiamiento público (directo e indirecto). Y hasta de seguros promovidos por el estado (ART's, 1995) y aún creados por el Estado, como las OOS que nacen por ley nacional (OS de la carne y otras). El mismo PAMI (1971) que se comporta como un seguro porque se financia con aportes de sus afiliados. Nada hace suponer que sea la CUS quien genere un sistema integral e integrado de salud porque constituye un seguro a la demanda y no a la oferta (tal cual se implementa el Plan Sumar) y no explicita el “cómo” mejorar el primer nivel de atención, más allá del Anexo I del Decreto 908/16. Es posible que las advertencias de que una “canasta básica” diluirá la responsabilidad del Estado a prestaciones mínimas, generando aún mayor inequidad en el sistema, se pase a un peligro mayor pues, logrando la nominalización de sectores de población, se pueden generar “capitas” para un primer nivel muy básico (que no necesariamente sería un Centro de Salud) y que a su vez puede ser tercerizado, con un segundo y tercer nivel deficitario, al mejor estilo PAMI. Imaginemos que se incorporen médicos de cabecera para la asistencia de un grupo poblacional desde un consultorio barrial, poniendo fin a los Centros y Equipos de Salud por los que tanto peleamos, pues entendemos que es la única forma posible de cuidar la salud y atender la enfermedad con la calidad y la eficiencia necesarias.

En septiembre de 2018 el gobierno nacional rebajó de rango al Ministerio de Salud de la Nación al nivel de Secretaria, quedando bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. La Federación Argentina de Medicina General expresa su más enérgico repudio a esta decisión ya que una medida de esta naturaleza atenta contra la salud de la población en tanto el ministerio es la autoridad de alcance nacional que permite generar y articular acciones, gestionar recursos, y tener un rol rector sobre todo el sistema de salud. De tomarse estas medidas --amparada claramente en decisiones que pretenden achicar el rol del estado suponiéndolo ineficiente-- se cerraría el camino para la construcción de políticas de salud, que ya han sido en estos años seriamente dañadas, tales como aquellas de salud reproductiva y como hemos visto últimamente en programas como el de inmunizaciones. Entendemos la Salud como un Derecho inalienable que debe tener la máxima importancia en las prioridades políticas y sociales y como expresión institucional ocupar un lugar central en el estado. Reclamamos urgentemente se revise esta decisión y que se expliciten cuáles serán las políticas de salud que serán llevadas adelante en el marco de la crisis ya que como consecuencia de la misma estamos asistiendo al empeoramiento de las condiciones de salud. Como Federación Argentina de Medicina General nos manifestamos en contra de cualquier intento de considerar a la salud como una mercancía y alertamos a la población para que junto a los equipos de salud ayude a resistir cualquier intento de socavar el sistema público de salud, único garante de la atención y mejora del estado de salud de nuestro país.

B. LAS PROPUESTAS DE LA FAMG

1. Sobre el Sistema de salud

La FAMG propone un sistema de salud integral e integrado, financiado por el Estado y fuertemente regulado como garante del derecho a la salud, accesible, equitativo y humanizado. Los médicos especialistas en medicina general y de familia de la República Argentina que desempeñan su actividad profesional en el primer nivel de atención, junto al resto de los integrantes del equipo de salud, reclaman a los estados municipales, provinciales y nacional, la formulación de un PLAN NACIONAL DE SALUD construido desde la participación plena de todos los trabajadores del equipo de salud y sustentado en las necesidades de una población cuya condición se encuentra nuevamente en franco deterioro en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y emocionales. Esta situación está generando una vez más una demanda asistencial basada en enfermedades forjadas en políticas erróneas, lo que ya hemos visto hace un par de décadas que significó una verdadera epidemia que sembró muertos a lo largo y ancho del país y produjo lesiones irreparables en poblaciones enteras, cuyas secuelas son asistidas por programas focalizados, sustentados más en la beneficencia que en la responsabilidad de un sistema que debe reparar los daños provocados. Daño que no solamente se ha producido sobre las personas, sino que ha condicionado el hábitat deteriorando en medio ambiente, descuidando los recursos naturales y avasallando las culturas originarias de nuestro país.

Hoy más que nunca se ha puesto en evidencia la consolidación del denominado "Movimiento de Medicina General". Este movimiento que nuclea a trabajadores de salud de los equipos a lo largo y ancho de la Argentina manifiesta su impronta de trabajo e identidad con la equidad, la justicia social, los derechos humanos, la calidad de atención de los servicios de salud en todos los niveles prestacionales, la participación social activa y el compromiso con los ciudadanos. Ratificamos así a nuestro movimiento como parte de otros colectivos que reivindican la salud como derecho y a los estados como garantes de dicho derecho. Enfatizando el principio asociativo con las organizaciones de la sociedad civil, grupos de usuarios de servicios, organizaciones de trabajadores, organizaciones hermanas del país y de Latino América.

Convocamos a quienes se sientan parte de este movimiento a fortalecernos hoy más que nunca y entender que colectivamente, "otra salud es posible". Apelamos a cada uno de nosotros, a sentirnos parte de estos procesos, interactuar, proponer, discutir, consensuar y expandir el movimiento mediante la militancia por la salud colectiva y la integración de los equipos de salud con la comunidad para transferir las decisiones en esos ámbitos y no desde la programación abstraída de la tecno-burocracia.

La construcción de un sistema integral de salud se debe sustentar en valores éticos fundamentales, derivados de los principios normativos de la Bioética, aplicables a la atención de la salud en general, y en particular a la estrategia de atención primaria de la salud (10). El principio bioético de "justicia" se basa en el derecho individual y social de los

ciudadanos a la atención de la salud, y se expresa en los valores éticos de universalidad, solidaridad y equidad. La universalidad significa asegurar el acceso oportuno de toda la población a todos los niveles de prevención y de atención, con independencia de la condición económica, social, cultural o de salud de los ciudadanos. La solidaridad debe constituir la base financiera del sistema, y en la preeminencia del interés colectivo sobre el particular, cuando ambos entran en conflicto; es hora en la Argentina de pasar de un sistema de solidaridad grupal, a otro de solidaridad nacional. Finalmente, la equidad significa una distribución de los servicios y recursos de salud según las necesidades de la población, con prioridad de los miembros más vulnerables, a fin de reducir las graves desigualdades en la cantidad y calidad de los servicios que se prestan a diferentes grupos de población por razones geográficas, económicas, sociales o culturales. El sistema de salud argentino debe considerar la amplitud territorial y aplicar el modelo de interculturalidad que implica la diversidad étnica y multicultural de nuestro país.

Los valores vinculados con el principio bioético de “beneficencia” enfatizan la calidad e integralidad en la atención de la salud. La calidad significa garantizar el mejoramiento constante de atención en base al conocimiento científico actualizado y al cuidado humano personalizado. La integralidad alude a la satisfacción de todas las necesidades de la población en base a un modelo de atención que asegure el cuidado primordial de la salud con un enfoque holístico y ecológico, que contemple no solo la dimensión biológica, sino también los aspectos psicológicos, sociales, culturales y espirituales de la condición humana. La respuesta debe ser global, integrada, de forma que cada prestación de salud atienda en una síntesis unificadora lo físico y lo mental, lo preventivo y curativo al mismo tiempo, lo médico junto con lo social, y visualice al individuo en su contexto familiar, ambiental y social. (10)

En uno de los documentos, la FAMG propone un modelo de atención basado en la integralidad, para lo cual ha definido este concepto mediante una mirada colectiva, en base a los siguientes postulados:

- Integralidad del Estado: Movimiento instituyente de las nuevas políticas públicas que consideren a todos los problemas de salud como construcciones sociales y culturales. Cada sujeto vive de manera diferente según el momento y el espacio que habite. El desafío actual entonces involucra no sólo al sector salud, sino también al Estado y la Sociedad como un todo. Hace a la necesidad de ampliar el campo para el análisis y la intervención frente a estos problemas buscando instituir un nuevo Estado.
- Integralidad de la red de salud: proceso que pone en movimiento un otro modo de pensar en salud. Capaz éste de integrar paulatinamente lo fragmentado por el mercado, por lo biológico, por los sistemas que tienden a homogeneizar sin respetar las singularidades. Así, ratificamos una vez más a la Atención Primaria de la Salud (APS) como noble estrategia organizadora de la red, partiendo de las necesidades de la población y reconociendo las diferencias entre los sujetos entre sí y con los objetos. Entre capacidades instaladas y recursos en función tanto del cuidado de la salud como de la atención de las enfermedades.
- Integralidad de la clínica: Sugiere ésta una ampliación del objeto del saber y de la intervención, sin prescindir del núcleo que hace al saber técnico específico. Una nueva clínica ampliada, capaz de sortear el reduccionismo de los sujetos considerados como objetos inertes y sin capacidad de decisión. La supremacía única del tecnicismo que “todo lo puede” o el uso de la tecnología de última generación como única garantía de calidad en el proceso de atención de la enfermedad. Formulando dispositivos que garanticen racionalidad y uso responsable de los mismos. Así, la integralidad del abordaje habrá de expresarse en proyectos terapéuticos longitudinales. Sostenemos que los procesos de cuidados deben ser en el marco de la responsabilización por los resultados con el consecuente reconocimiento del sujeto en su contexto y sus derechos sobre su cuerpo y su vida. Es necesario continuar avanzando a la sustitución de la clínica tradicional caracterizada del modelo hegemónico que no es más que un modo de detentar el poder autoritario.

Finalmente, el principio bioético de “autonomía” se expresa en los valores de humanización, participación social y responsabilidad, que pone el acento en el derecho de las personas y los pueblos en ser protagonistas del proceso de salud-enfermedad-cuidado de su propia salud. La atención de la salud debe considerar, comprender y respetar la condición humana, así como los sentimientos, modos de vida, pautas culturales, valores y creencias de las personas y las comunidades, basado en el reconocimiento antropológico de las mismas o del paciente como “sujeto”. Para ello, desde las prácticas de máxima

complejidad a las mínimas intervenciones o amenidades realizadas por personal profesional, técnico, auxiliar o de apoyo, no pueden considerarse actos exclusivamente técnicos sobre órganos o sistemas, aislados de la realidad personal y social de cada ser humano, familia y comunidad. Por último, es necesario que todos los actores políticos y sociales que ejercen poder sobre el sistema de salud deben asumir la responsabilidad en el cumplimiento de estos valores. (10)

Con tales propósitos, se propone la formulación de una Ley Nacional de Salud, que permita cumplir con el espíritu de la Carta Constitutiva de la OMS, que determina que los gobiernos de los países miembros “asuman una responsabilidad indelegable en el cuidado de la salud de los pueblos”. Con tal fin se debe convocar a todos actores sociales a construir una política sanitaria que apunte a fortalecer un sistema de salud bajo control público universal, con efectividad clínica y legitimidad social para superar las inequidades en salud, responder al mapa epidemiológico nacional, y garantizar los componentes esenciales previstos en la estrategia de APS.

Una Ley Nacional debe establecer los principios filosóficos de un Sistema Nacional de Salud, que deben ser el marco para la organización, financiamiento, el modelo de atención, y el desarrollo de los recursos humanos. En tal sentido, la Ley debe establecer los mencionados principios y valores éticos de universalidad, solidaridad, equidad, calidad, integralidad y participación, garantizando la gratuidad de los servicios públicos. Debe priorizar la atención de los grupos más vulnerables, como los niños, los ancianos, los discapacitados, las comunidades en condición de pobreza, con perspectiva de género e integrar la diversidad sexual. En particular, debe considerar la atención de la salud de los pueblos originarios distribuidos en diversas comunidades en nuestro país. También debe promover la garantía de calidad, integralidad y humanización de los servicios, así como los mecanismos de participación de la comunidad y la responsabilidad de los diversos actores del sistema de salud.

El instrumento jurídico que se propone debe ser una Ley marco, que plantee los principios generales para la aplicación de los derechos constitucionales a la salud, a gozar de un ambiente sano, a la atención de la salud, y las obligaciones de los distintos niveles jurisdiccionales para garantizarlos, según sus respectivas competencias. Debe ser del tipo que promueva la adhesión posterior por parte de las provincias, para asegurar la sanción posterior de Leyes provinciales también integrales. No obstante, si existe voluntad política, a partir de los acuerdos básicos, existen herramientas fiscales y legales para lograr que se produzca una adhesión general a los fundamentos de la Ley Nacional.

Para lograr la vigencia de un sistema nacional de salud, la Ley Nacional debe surgir del consenso entre las provincias, los actores políticos y los diversos actores sociales que forman parte del sistema de salud, de lo contrario no tendrá aplicabilidad y sustentabilidad en el tiempo. Además de la concertación federal, existen varias cuestiones de competencia nacional que pueden ser incluidas en una Ley, como cuestiones de orden público; por ejemplo, en materia de regulación de la seguridad social, el sector privado y el desarrollo de los recursos humanos.

Entre otras cosas, la Ley debería establecer que los presupuestos nacionales y provinciales de salud deben garantizar el financiamiento genuino del sistema en su conjunto, así como un marco para la construcción de un sistema único de información sanitaria confiable, oportuno y accesible a todos los actores y niveles del sistema de salud. Asimismo, que la producción nacional de medicamentos y vacunas debe ser centro de las políticas públicas, manteniendo actualizado un vademécum esencial y exigiendo su uso racional. En relación a medicamentos y tecnología de alto costo deberá existir una regulación estatal que vele por los derechos de los pacientes, pero contrarrestando los intereses mercantilistas de las corporaciones.

Proponemos un gran acuerdo político y social para contrarrestar las actuales políticas neoliberales en el sector salud, condicionadas por fondos de organismos internacionales, en especial la propuesta de “cobertura universal de salud” (CUS). El derecho a la salud, y por ende, las políticas públicas que lo garanticen, deberán al menos asegurar:

- La APS como estrategia central del sistema de salud.
- La integralidad como un concepto medular del modelo de atención en salud.
- La participación social, ciudadanía y construcción de actores sociales como estrategia política para la sustentabilidad del sistema.

- El reconocimiento de la diversidad y saberes con los que hay que vincularse para construir una nueva concepción de la salud.
- El enfoque relacional como base para una práctica nueva donde la subjetividad e intersubjetividad sean materia prima para la emancipación.

2. Sobre la atención primaria de la salud

Para avanzar en pasos superadores de la fragmentación y segmentación del sistema sanitario, se propone como primer paso promover acuerdos políticos en los diferentes niveles jurisdiccionales para que la atención primaria sea una política de estado, pensada como estrategia organizadora del sistema y no como mero nivel prestacional. La estrategia de atención primaria de la salud debe incorporar la intersectorialidad declamada en la Declaración de Alma Ata, así como integrar a los otros subsectores del sistema de salud. Una política de Atención Primaria que considere al ciudadano como un sujeto en su singularidad e inserción sociocultural, y a las poblaciones enmarcadas en territorios atravesados por desigualdades e inequidades, así como potencialidades, buscando producir una atención integral.

En relación a la actual desarticulación del sistema sanitario, esta política nacional de AP será la guía que permitirá ir articulando hacia dentro los diferentes programas focalizados, que se manejan a nivel nacional, para integrarlos progresivamente en las funciones de las redes de atención y hacia afuera servirá para articular con las obras sociales y el sector privado.

Dicha política de Estado tendría que explicitar fundamentos y directrices para fortalecer la atención primaria mediante las siguientes premisas:

1. Tener territorio adscripto para facilitar la planificación y programación descentralizada, así como el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales con impacto en la situación, en los condicionantes y determinantes sociales de la salud de poblaciones que constituyen ese territorio, considerando siempre el criterio de equidad.
2. Posibilitar y garantizar el acceso universal y continuo a los servicios de salud de calidad y resolutivos, caracterizados como la puerta de entrada abierta y preferencial de la red de atención, acogiendo a los usuarios y promoviendo la vinculación y co-responsabilidad para la atención de sus necesidades de salud.
3. Adscribir a los usuarios y desarrollar relaciones de vínculo y responsabilización entre los equipos y la población adscripta, garantizando la continuidad de las acciones de salud y la longitudinalidad del cuidado. La longitudinalidad, como responsabilidad del cuidado integral de las personas a cargo, es característica básica de la atención primaria.
4. En relación a la actual desarticulación del sistema sanitario, esta política nacional de AP será la guía que permitirá ir articulando hacia dentro los diferentes programas focalizados, que se manejan a nivel nacional, para integrarlos progresivamente en las funciones de las redes de atención y hacia afuera servirá para articular con las obras sociales y el sector privado. En relación a la gestión, promoverá el registro único, el uso de protocolos y herramientas de gestión, así como la historia clínica informatizada.
5. Coordinar la integralidad en sus variados aspectos a saber: englobando las acciones programáticas y las demandas espontáneas; articulando las acciones de promoción de la salud, prevención de daños, vigilancia de la salud, tratamiento y rehabilitación y manejo de las diversas tecnologías del cuidado y de gestión necesarias a estos fines, y a la ampliación de la autonomía de las personas y colectividades; trabajando en forma multiprofesional, interdisciplinaria y en equipo; realizando la gestión del cuidado integral de las personas, y coordinando con el conjunto de la red de atención
6. Estimular la participación de los ciudadanos en la organización y reorientación de los servicios de salud, como forma de ampliar su autonomía y capacidad en la construcción de cuidados a su salud y de las personas y colectividades en el territorio, en el enfrentamiento de los determinantes, las determinaciones sociales y los condicionantes de la salud, a partir de lógicas centradas en la persona y en el ejercicio del control social.
7. Incorporar el concepto de alta complejidad de lo social. El conocimiento sobre lo social va de lo global a lo específico y se hace necesario reforzar el concepto de equipo de salud del primer nivel. Es más comprendida la alta complejidad de la patología médica -en general es superespecialización con elevado uso de tecnología- que la alta complejidad social. La alta complejidad de lo social implica contar con el recurso adecuado para cada situación y debe también plantearse por niveles de resolución como la red de servicios médicos, pero en sentido inverso (hacia a la comunidad).

8. Una Política Nacional de Atención Primaria (PNAP), debe ser la que organice la diversidad de programas nacionales relacionados con actividades de atención primaria, y la articulación de estos programas deberán seguir las directrices de esta PNAP, configurando un proceso progresivo y singular que considere e incluya las especificidades locales y regionales. Así mismo en dicha política estarían expresadas: a) las funciones de las redes de atención a la salud; b) las responsabilidades comunes a todas las esferas de gobierno así como las particulares de cada nivel gubernamental; c) la infraestructura y funcionamiento de la AP incluyendo educación permanente, atribuciones profesionales comunes y específicas y procesos de trabajo de los equipos de AP; d) el financiamiento de la AP que necesariamente deberá ser aumentado; y e) la participación y control social.
9. A su vez una Política Nacional de Atención Primaria (PNAP), deberá ser la que organice la diversidad de programas nacionales relacionados con actividades de atención primaria, y la articulación de estos programas deberán seguir las directrices de esta PNAP, configurando un proceso progresivo y singular que considere e incluya las especificidades locales y regionales. Así mismo en dicha política estarían expresadas: a) las funciones de las redes de atención a la salud; b) las responsabilidades comunes a todas las esferas de gobierno así como las particulares de cada nivel gubernamental; c) la infraestructura y funcionamiento de la AP incluyendo educación permanente, atribuciones profesionales comunes y específicas y procesos de trabajo de los equipos de AP; d) el financiamiento de la AP que necesariamente deberá ser aumentado; y e) la participación y control social.
10. Redefinir el rol de cada uno de los niveles del Estado:
 - a. Nacional: ejerciendo su rol de rectoría sobre los tres subsectores, normativa y territorialmente, asegurando a través de un financiamiento genuino, políticas y programas que garanticen la equidad en todo el país.
 - b. Provincial: asegurando la accesibilidad a las redes de servicios de salud y garantizar el capital/talento humano calificado para los tres niveles de atención, incorporando el concepto de equipo de salud interdisciplinario para la alta complejidad de lo social.
 - c. Municipal: realizando acciones de promoción de la salud a través de la intersectorialidad y el trabajo comunitario; respondiendo a problemáticas sociales complejas, contribuyendo al cuidado integral de la salud. En el caso de contar con servicios asistenciales del primer y segundo nivel, convenir con la respectiva jurisdicción provincial para que el financiamiento de los mismos no le impida destinar recursos a la atención primaria de la salud.

Una futura Ley Nacional de Salud deberá integrar y jerarquizar, necesariamente, la política de APS para alcanzar los objetivos mencionados. Sin embargo, no hay duda que los cambios para fortalecer la AP en nuestro país constituyen un proceso a mediano y largo plazo, con intervenciones progresivas en diferentes ámbitos y dimensiones, que necesita ir ganando apoyo social para imponer a la AP como estrategia organizativa del sistema de salud. De ahí que es importante recuperar la planificación estratégica que permita avanzar en pasos progresivos hacia dentro del sistema, buscando una mayor vinculación de la AP con la salud pública y, hacia afuera del mismo, procurando fortalecer la intersectorialidad para impactar en las determinaciones sociales de las inequidades en salud.

Sobre la Declaración de Astaná de noviembre 2018 (16), la FAMG sostiene que se encuadra a la APS solo como un medio para lograr la cobertura universal de salud. Como ya se expresó, la atención primaria de salud incluye acciones para abordar los determinantes sociales de la salud y la participación de la comunidad, por lo tanto, es más amplia y, de hecho, incluye la cobertura universal de salud que en muchos países está siendo implementada por compañías privadas de seguros de salud, agudizando de esta forma las desigualdades. Además, la declaración oficial no resalta que los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de brindar servicios de salud y de gobernar, de modo que los determinantes sociales maximicen la salud y la equidad. Los desafíos que plantea y sus causas económicas y políticas fundamentales deben ser expresados más explícitamente, reconociendo que el complejo médico-farmacéutico-industrial es responsable fundamental en el desfinanciamiento de los sistemas de salud.

El desarrollo económico y social equitativo requerirá el rechazo del paradigma neoliberal actualmente dominante y el establecimiento de un orden económico sostenible y equitativo a nivel mundial y nacional. Parte del Enfoque de la APS debe respaldar la Carta de la Tierra (2000). Se debe destacar que la atención primaria de salud es parte de un sistema nacional de salud integral e integrado, en coordinación con otros sectores. En definitiva, se vuelve a caer en reduccionismos conceptuales peligrosos sobre la atención de la salud de las personas, familias, comunidades y ecosistemas.

3. Sobre el equipo de salud del primer nivel de atención:

La FAMG, con respecto a los equipos de salud del primer nivel de atención, y considerando a este como un nivel de alta complejidad socio-cultural, propone lo siguiente la conformación de equipos básicos, integrados por agente sanitario y/o enfermero, médico, odontólogo y trabajador social. El médico debería ser especialista en medicina general o de familia y el enfermero con especialización en salud familiar y comunitaria. De acuerdo con las condiciones de cada región, las características demográficas, epidemiológicas y socioculturales de cada población, el equipo debería completarse por otros profesionales (obstétricas, psicólogos, nutricionistas, etc.) sumados a los agentes comunitarios o promotores de salud que también deberían contar con formación técnica suficiente para incorporar los conceptos y prácticas de la APS relativos a cada categoría profesional y ser reconocidos como tal en las carreras sanitarias.

El equipo de salud del primer nivel de atención debería lograr la Integración con otros equipos Interinstitucionales, intersectoriales y otros actores sociales locales para coordinar las acciones de promoción de la salud y realizar análisis de situación local (ASIS), proyectores de investigación-acción y proyectos de intervención en base a la planificación local participativa. Por otra parte, procurar la integración de Redes Personales, Familiares y Comunitarias. El resultado u objetivo final será el empoderamiento del centro de salud como parte integrante de la comunidad, ésta se apropia del mismo y les pertenece a todos.

Una política nacional de AP servirá de paraguas para superar los problemas relacionados con el capital/talento humano y permitirá promover una cultura favorable a la atención primaria entre los usuarios y los servicios de salud, y al mismo tiempo presentará un escenario para acuerdos con las universidades y centros de formación para orientar las currículas hacia el desarrollo de competencias para la AP.

Reorganizar el sistema de salud alrededor de una APS abarcadora de calidad, enfrenta el problema de la carencia de una formación médica y de enfermería orientada a desarrollar competencias más importantes para el trabajo en APS. Entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinario e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad; el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad.

A fin de lograr que los perfiles profesionales respondan a las verdaderas necesidades de las distintas regiones del país, se debería establecer la necesaria coordinación con las políticas de educación superior, definiendo las pautas para la formación, capacitación y educación permanente del personal de salud. Por otra parte, profundizar en lo que respecta a la formación de grado, ya que todavía en muchas universidades los currículos no han sufrido importantes cambios desde un modelo educativo centrado en la enfermedad y en el “ejercicio liberal de la profesión” a un modelo holístico e integral basado en el modelo bio-psico-social. La promesa generada por nuevas escuelas de medicina, integradas en departamentos de ciencias de salud, es una iniciativa que debe ser debidamente estimulada por el Estado, para alcanzar un nuevo paradigma de formación del capital humano en salud.

Proponemos la creación de un órgano permanente de concertación nacional, como una Comisión o un Consejo de políticas sobre el capital humano en salud, integrado por representantes del gobierno nacional, las Universidades, los gobiernos provinciales, las instituciones profesionales, científicas y gremiales que representan a los diversos trabajadores de la salud. Este Consejo debe definir las pautas de formación, capacitación, perfiles ocupacionales, ingreso, condiciones de trabajo, contratación de los distintos profesionales. Debe establecer las pautas para la homologación de títulos y certificaciones, y garantizar la movilidad y radicación del trabajador de la salud. Se deberá acordar entre la nación y las provincias los estándares mínimos a respetar de condiciones de trabajo a implementar en las carreras sanitarias provinciales, que garanticen el ingreso por concurso, la capacitación continua en servicio y la promoción y escalafonamiento de acuerdo a los méritos, abandonando así la precariedad laboral actual de los contratos, becas y los diferentes modelos de seguros públicos focalizados. También se deberían establecer las bases mínimas que deben cumplir los diversos regímenes laborales de los trabajadores de la salud en los diversos sistemas de atención, públicos, privados y de la seguridad social.

REFERENCIAS:

1. FAMG: Declaración de El Bolsón, Río Negro (2003)
2. FAMG: Documento de Potrero de los Funes, San Luis (2006)
3. FAMG: Propuestas para una Ley Nacional de Salud - Rosario, Santa Fé (2008)
4. FAMG: Declaración de "Salud del Litoral Argentino". Santa Fé (2015)
5. FAMG: Declaración de Bariloche – Río Negro (2016)
6. FAMG: "Declaración final Congreso FAMG, Mar del Plata 2017"
7. FAMG: "Declaración sobre la degradación del Ministerio de Salud", Buenos Aires, 2018.
8. ASMGyF: "Posición de la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF) ante la Cobertura Universal de Salud (CUS)". Santa Fe, noviembre de 2017.
9. Passarini, Rafael: ¿La CUS resuelve las necesidades de salud de la argentina?, XXXI Congreso de Medicina General, Bariloche, noviembre 2016.
10. Pracilio, Horacio O.: "Valores éticos para un sistema de salud", FCM-UNLP, La Plata, 2015.-
11. FAMG: "Desafíos de la atención primaria de la salud en Argentina", 2018. Forti, S.; Passarini, R.; Alasino, A.; Montenegro, D.
12. Laurell A.C.: "Cobertura universal de salud (CUS) vs Sistema Único y Público de Salud (SUS)". Curso de Posgrado Salud Colectiva, presentación power point, Santa Rosa, 2016.-
13. Tobar Federico: "Herramientas para el análisis del sector salud", 2006.
14. OMS: "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud", Informe sobre salud en el mundo 2000, Cap. 2, 2002.- <http://www.who.int/whr/2000/es/>
15. APaMGFES: "Documento formación de recursos humanos para la salud humana". Santa Rosa (La Pampa), noviembre 2014.
16. <http://www.mareablanca.cat/declaracion-alternativa-de-astana-sobre-atencion-primaria-de-salud/>

ANEXO I

GRUPO DE TRABAJO SALUD SOCIOAMBIENTAL

La Salud Socioambiental en la práctica de los Equipos de Salud: realidades y desafíos.²

El Grupo de Trabajo en SSA de la FAMG se constituyó durante el desarrollo del XXVI Congreso de Medicina General, que tuvo lugar en Mar del Plata, en octubre de 2011. En esa ocasión fueron programadas varias actividades sobre temáticas de ambiente y salud, incluida una mesa central. A partir del interés manifestado por asistentes al congreso, decidimos comenzar un espacio de formación, reflexión y acciones en SSA. Bajo los objetivos iniciales de 1) formarnos en SSA; 2) compartir y difundir información en temáticas de SSA; 3) compartir con equipos de salud de todo el país percepciones, saberes, experiencias locales, propuestas, en SSA; 4) articular con ONG, Universidades, organizaciones de médicos/equipos de salud comprometidos con la salud socioambiental de las poblaciones, movimientos sociales, asambleas, foros y redes de salud; y 5) trabajar en proyectos de investigación-IAP-epidemiología comunitaria, formación en SSA, impulso y adhesión de propuestas de prevención de daños en SSA, comenzamos a encontrarnos periódicamente, y a partir de esos encuentros y debates acordamos las concepciones de ambiente y salud que tomaríamos como referencia para el desarrollo de actividades.

Entendemos al Ambiente como un sistema complejo emergente de la interacción sociedad-naturaleza. Sistema integrado por distintos componentes a diferentes escalas. Complejo ya que, si bien implica atender la heterogeneidad de sus componentes, fundamentalmente requiere trabajar sobre la interdefinibilidad y mutua dependencia de sus funciones (no se trata de engranaje mecánico). El emergente es una construcción que varía en función de la cosmovisión de cada sociedad y de su entorno ecológico- natural.

Entendemos a la Salud, siguiendo concepciones vertidas en asambleas populares, como “capacidad de lucha individual y colectiva para cambiar las condiciones de vida”. Al decir de Floreal Ferrara “lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad”. Y así, siguiendo a Jaime Breilh: “construir la defensa y la promoción de la vida concibiendo a la salud como vivir bien, vivir sano, bajo los principios fundamentales de la vida: sustentabilidad soberana, relaciones solidarias, modos de vivir y trabajar saludables y bioseguros”.

El contexto en el que desarrollamos nuestras actividades es denominado por el Pensamiento Ambiental Latinoamericano como Crisis Ambiental: “crisis de un modelo económico, tecnológico y cultural que ha depredado a la naturaleza y negado a las culturas alternas. El modelo civilizatorio dominante degrada el ambiente, subvalora la diversidad cultural y desconoce al OTRO (al indígena, al pobre, a la mujer, al negro, al Sur), mientras privilegia un modo de producción y un estilo de vida insustentables que se han vuelto hegemónicos en el proceso de globalización”. Entendemos se trata de una Crisis Civilizatoria de alcance global, que se ha instalado fuertemente, habiendo llegado a un punto de no retorno, que algunos teóricos definen como el comienzo del Antropoceno: “es la actual época del periodo Cuaternario en la historia terrestre y designa una nueva era geológica en la cual el hombre se convierte en una fuerza de transformación con un alcance global y geológico. Según diferentes especialistas y científicos habríamos ingresado hacia 1780 al Antropoceno, esto es, con el advenimiento del capitalismo”. Las características principales del Antropoceno son: cambio climático efecto del calentamiento global por aumento de emisiones de CO₂ y otros gases de efecto invernadero; degeneración general del tejido de la vida en la Tierra y pérdida de biodiversidad; cambios en los ciclos biogeoquímicos del agua, del nitrógeno y del fósforo; aumento de la población.

En este contexto, desde 2012 iniciamos, a partir de la inclusión voluntaria de equipos de salud de diferentes regiones del país, un relevamiento no sistematizado de problemáticas y conflictos socioambientales. Resultaron, así como principales

² Encuentro Madre Tierra: Una Sola Salud”- Mesa: “Crisis ambiental, del Campo a la Ciudad” La Salud Socioambiental en la práctica de los Equipos de Salud: realidades y desafíos - 12 a 16 de junio de 2017. Rosario, Argentina.

emergentes: los residuos sólidos urbanos, la basura tecnológica, la carencia o calidad deficiente del agua y de saneamiento urbano, las antenas y cables de alta tensión, contaminación industrial de tierra aire y agua, agroquímicos en cultivos extensivos (monocultivos de soja, maíz, girasol) e intensivos (producción frutihortícola), minería a cieloabierto, hidrofractura, polo petroquímico.

Como emergentes clínico-epidemiológicos relevamos los siguientes: problemas respiratorios agudos y crónicos; cáncer; hipotiroidismo; malformaciones congénitas; abortos espontáneos; esterilidad; problemas crónicos de la piel; enfermedades gastrointestinales, diarreas, parasitosis; metales en sangre.

A partir de estas realidades, elaboramos un proyecto de investigación cualitativo que ofrecemos a los equipos de salud de todo el país como herramienta para su trabajo territorial. A corto plazo, trabajar en la realización de una capacitación virtual en temas de salud socioambiental para equipos de salud a través de la plataforma de la FAMG. A su vez, en su territorio de residencia y de trabajo, cada integrante de este grupo participa de organizaciones, movimientos, estructuras estatales, que abordan, entre otras, la problemática de los agrotóxicos, su vinculación con la producción de alimentos y el trabajo infantil, propugnando el cese de las fumigaciones, a través de resistencias, redacción y control de implementación de ordenanzas, articulaciones intersectoriales de investigación y acciones, , avanzando fuertemente hacia el fomento del desarrollo de producción agroecológica de alimentos. Otros integrantes participan de observatorios: de problemáticas ambientales, de cáncer, de uso de agroquímicos; de proyectos de investigación en perfil epidemiológico, en contaminantes de suelo, agua y aire; de cátedras de salud socioambiental. A lo largo de estos años, hemos ido desarrollando actividades formativas, conferencias, mesas debate, talleres, en el marco de los Congresos Nacionales y Provinciales de la FAMG, en Jornadas de Residentes de Medicina General, en Jornadas Interuniversitarias de Ambiente y Salud, en congreso de Pediatría Ambulatoria, en carrera de Medicina de la UNLaM, en Jornada de Derecho Ambiental, en Congresos de Médicos de Pueblos Fumigados, de Salud Socioambiental.

Para finalizar, y recurriendo al pensamiento de Edgar Morin pero apelando, al decir de Jaime Breilh, a una “recuperación dialéctica múltiple”, siendo que “no solamente la humanidad es un subproducto del devenir cósmico, también el cosmos es un subproducto de un devenir antropológico” y que “somos 100% naturales y 100% culturales”, aspiramos, como “tierra que camina” que somos, a partir del trabajo colectivo, a asumir cabalmente el rol de respetuosos y genuinos co-creadores de esta nuestra Madre Tierra.

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:

<http://famg.org.ar/index.php/institucional/grupos-de-trabajo/grupos-de-trabajo/393-salud-socioambiental>

ANEXO II

GRUPO DE TRABAJO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El grupo de trabajo en Salud Sexual se fue construyendo hace ya más de una década sobre la práctica que los Equipos de Salud, particularmente ligados al Primer Nivel de Atención, fueron teniendo en relación a este vasto campo de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

El rol que los médicos generalistas y las distintas disciplinas que componen el Equipo de Salud tienen en relación a este núcleo de prácticas y saberes, fue motivo de desvelo de nuestra Federación y de muchas de las Asociaciones Locales que la componen. Enormes tensiones con otras especialidades acerca de los alcances disciplinares se han generado en relación a ello, fundadas muchas veces en intereses corporativos y en perspectivas que estaban muy lejos de partir del derecho de las personas a acceder a cuidados en su salud que permitieran disfrutar de una vida sexual placentera, sin riesgos ni violencias y en un marco de diversidad de identidades, orientaciones y prácticas.

Por ello desde hace décadas fuimos forjando un espacio de encuentro dentro de nuestra organización federal, que ayude a desarrollar las experticias necesarias para poder desde nuestro rol en el Sistema de Salud dar respuesta a las necesidades de las personas en estos aspectos, favorecer las prácticas de cuidado, reconocer las determinaciones e inequidades de género que limitan las posibilidades y derechos. Planteando la imperiosa necesidad de capacitarnos técnicamente en la provisión de servicios apropiados tanto en consejerías, como en acceso a métodos anticonceptivos, interrupción de embarazo, violencia de género y acompañamiento en modificaciones de las corporalidades en función de los cambios de identidades de género.

Desde esa dialéctica de trabajo y producción teórica, hemos ido construyendo también una referencia política en el campo, que nos ha permitido realizar gran incidencia desde distintos espacios de trabajo, promoviendo la creación de movimientos más amplios que sirvan para movilizar al conjunto de los profesionales y Equipos de Salud en pos de avanzar socialmente para lograr incidir en políticas públicas y garantías de acceso a los Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. Algunos ejemplos de ello son el integrar CLACAI (Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro) desde su creación, haber sido parte del impulso inicial de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir (Congreso FAMG de La Pampa 2014), ser parte constitutiva de REDAAS (Red por el Acceso al Aborto Seguro) conformar múltiples Consejos Asesores de Programas y Planes vinculados a la salud sexual, impulsar investigaciones y capacitaciones en la temática.

Además, estamos alertas constantemente ante situaciones que a nivel local, municipal, provincial, nacional pudieran vulnerar derechos en materia de salud sexual reproductiva y no reproductiva. Acompañando y abriendo, como así también comunicados en repudio o adhesiones ante situaciones que generan retrocesos en materia de derechos desde una perspectiva de género. Siempre desde la premisa de garantizar derechos y accionar ante posibles vulneraciones de los mismos.

En ese mismo sentido en cada uno de los Congresos anuales de la FAMG participamos coordinando, proponiendo, llevando a cabo espacios de capacitación, actualización e intercambio de experiencias, mesas debate, conversatorios, talleres, conferencias, espacios de reflexión-discusión ejemplo de ello: Mesas ILE, Actualización Métodos Anticonceptivos de larga duración, Capacitación en AMEU, etc.

Se han conformado herramientas -recursos-insumos como ser historias clínicas unificadas para algunos de los temas abordados, afiches sobre ILE, tarjetas guía para tratamiento de embarazos no intencionales.

Durante el año 2018 compañerxs de esta Federación y de este grupo de trabajo han participado y aportado en el debate por la LEY IVE en el Congreso de la Nación.

Hacemos circular novedades sobre la temática local, nacional como de Latinoamérica y El Caribe, así también material bibliográfico, de investigación y actualización.

XXXIII Congreso Nacional de Medicina General,
Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
19 de noviembre de 2018



Continúa siendo un desafío garantizar la representación y participación federal, seguir generando acciones e instancias de encuentros e intercambios en pos de la salud de la comunidad. Por lo que convocamos a integrarse a los espacios de las comisiones regionales y a formar parte de este gran colectivo.

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:

<http://famg.org.ar/index.php/institucional/grupos-de-trabajo/grupos-de-trabajo/395-salud-sexual-y-reproductiva>