

"La salud es integral, el equipo es interdisciplinario"

# FP Salud

REVISTA CIENTÍFICA Y SINDICAL  
DE LA FED. DE PROFESIONALES DEL GCBA



# “La salud es integral, el equipo es interdisciplinario”

- |              |  |              |  |
|--------------|--|--------------|--|
| <b>04 //</b> | <b>Autoridades</b>   | <b>20 //</b> | <b>Las Consecuencias de la Fragmentación de la Carrera de Profesionales de la Salud en el GCABA: Un Análisis Sindical, Legal y Profesional</b> |
| <b>05 //</b> | <b>Editorial</b><br>Equipo Editorial de FPSALUD  | <b>23 //</b> | <b>Dividir nunca suma</b><br>Carolina Cáceres  |
| <b>08 //</b> | <b>Defender la Unidad del Equipo de Salud: La Ley 6035 en el Centro del Debate</b><br>Andrés Añón  | <b>32 //</b> | <b>Seguridad y Calidad en Inmunizaciones: Un Desafío Permanente</b><br>Andrea Ramirez  |
| <b>10 //</b> | <b>Contaminantes emergentes: un problema invisible que amenaza nuestros ecosistemas</b><br>María Rosa Smith  | <b>35 //</b> | <b>La importancia de la participación ocupacional en la recuperación de quemaduras graves</b><br>Sofía Altera, Analía Castro                   |
| <b>16 //</b> | <b>Jornada de la Federación de Profesionales del GCABA “INTERDISCIPLINA EN SALUD: desafíos y estrategias para una atención de calidad sin fragmentar al equipo de salud”</b> |              |  |

## **Edición #2**

**42 //**

**Características de la demanda de internación para rehabilitación en el instituto de rehabilitación psicofísica desde el año 2001 al 2018**

Nélida Inés Duce, Marina Inés Figueira, María Eugenia Maidana, Daiana Carolina Vazza

**50 //**

**Del dicho al hecho. Equipos Básicos territoriales: análisis desde la práctica profesional**

Laura Svirsky

**56 //**

**El desgaste laboral y su impacto en las y los profesionales de salud**

Andrea Berra



ISSN 3072-7464

# Autoridades

## AUTORIDADES DEL CONSEJO EJECUTIVO DE FEDERACIÓN DE PROFESIONALES DEL GCABA:

- **Presidente:** Lic. Andres Añon (APGCABA)
- **Vicepresidente:** Dra. Rosa Favre (ABC)
- **Secretaria General:** Lic. Verónica García (ANDYLMU)
- **Secretaria Gremial:** Lic. Cristina Inés Varela (AFOCABA)
- **Secretaria de Finanzas y Administración:** Lic. Pablo Balliani (AAK)
- **Secretaría de Actas:** Dra. Marcela E. Yassin (AGOCIBA)
- **Secretaría de Prensa y Difusión:** Lic. Carolina A. Cáceres (ALE)
- **Secretaría Promoción Social:** Lic. Graciela P. Martínez (ATOGBA)
- **Secretaría Asuntos Culturales:** Dra. Marta Josefina Ferraris (AFAM)

## LAS AUTORIDADES DE LA PUBLICACIÓN SON:

- **Directora:** Carolina A. Cáceres
- **Editor Responsable:** Andrés Añon
- **Coordinadora del Equipo Editorial:** Rosa Favre
- **Equipo Editorial:** Verónica García, Cristina Varela, Pablo Balliani, Marcela E. Yassin, Graciela Martínez, Marta Josefina Ferraris
- **Comité Científico:** María Rosa Smith (Farmacia); Cecilia Gianni (Antropología); Gabriel Cicuttin (Veterinaria); Florencia Pelagagge (Terapia Ocupacional) y Andrea Gonzalez (Nutrición).
- **Diseño y Diagramación:** Romina Malla
- **Comunicación y Promoción:** Roxana Pereyra
- **Armado y edición:** Kilak Design Studio

# Editorial



Esta nueva edición de FPSalud nos encuentra en una coyuntura crítica. En un escenario de retroceso de derechos laborales y ofensiva contra lo público, resurgen discursos y propuestas que buscan dividir al Equipo de Salud. Lo hacen en nombre de un supuesto “reconocimiento”, pero su verdadera intención es clara: fragmentar lo colectivo, debilitar nuestra organización y reinstalar un modelo de salud verticalista, excluyente y anacrónico.

Algunos sectores insisten en reflotar lógicas corporativas que creíamos superadas, proponiendo una carrera exclusiva y reforzando un modelo médico hegemónico que ha demostrado ser insuficiente para abordar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Los discursos que relativizan el rol de determinadas profesiones dentro del sistema de salud no son nuevos. Se montan sobre prejuicios y desconocimientos que buscan reinstalar un sentido común conservador, biologicista y jerárquico.

En este marco, defender la Carrera Profesional Ley 6035 es mucho más que sostener una normativa: es defender la concepción de salud como derecho, como construcción colectiva, y como práctica interdisciplinaria centrada en las personas y sus comunidades.

Desde la Federación de Profesionales del GCABA, respondemos con la fuerza de la historia, con la convicción construida en cada hospital, en cada centro de salud, en cada lucha: a los proyectos corporativos de fragmentación, les respondemos con unidad y acción.

Lanzamos un Plan de Lucha que incluyó comunicados, campañas en redes, intervenciones territoriales, reuniones abiertas y articulación en los lugares de trabajo. Todas estas acciones tienen un mismo horizonte: sostener la unidad del colectivo profesional, visibilizar el aporte de cada disciplina y defender una atención de calidad para toda la población.

Visibilizamos lo que algunos pretenden invisibilizar: que la interdisciplina no es una moda, sino una necesidad para garantizar el derecho a la salud. Que no hay jerarquías posibles cuando lo que está en juego es la vida y el bienestar de las personas. Que dividir nunca suma, y que solo desde la unidad podremos seguir conquistando condiciones dignas, inclusión, reconocimiento y justicia para todo el equipo.

A quienes promueven un sistema fragmentado, con lógicas corporativas que solo fortalecen al empleador y precarizan al conjunto, les decimos con claridad: no vamos a retroceder. Vamos a defender lo que construimos y a seguir ampliándolo. Con unidad, con lucha, con solidaridad entre profesiones.

Porque la salud es integral. Porque el equipo es interdisciplinario. Porque solo el pueblo organizado defiende y conquista derechos. Porque divididos nos debilitan, pero organizados somos invencibles.

### **Equipo Editorial de FPSALUD**

La revista científica y sindical de la  
Federación de Profesionales del GCABA

# BENEFICIOS PARA AFILIADAS/OS QUE SE JUBILAN

**ACTUALIZAMOS MONTO!**

La Federación otorga en reconocimiento a todas/os aquellas/os profesionales afiliadas/os a las Asociaciones con una trayectoria de 10 años de antigüedad en su Asociación una suma de

**\$100.000**

## Requisitos

10 años de afiliación continua

Copia DNI

Copia último recibo de sueldo

Copia notificación de cese de actividades

Constancia de CBU

**El plazo máximo para realizar el trámite es hasta 60 días corridos desde el inicio del cese**

Para tramitarlo dirigirse por mail a [beneficiojubilacion@federaciongcaba.org.ar](mailto:beneficiojubilacion@federaciongcaba.org.ar)

**El área administrativa informará por mail la aprobación del beneficio y el estado del trámite.**



## Notas

# Defender la Unidad del Equipo de Salud: La Ley 6035 en el Centro del Debate



**ANDRÉS AÑÓN**

Presidente de la Federación de Profesionales del GCABA.

La Ley 6035 representa un pilar fundamental para el desarrollo del sistema de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Su importancia radica en establecer una Carrera Única para todos los profesionales de la salud, reconociendo la diversidad e interdependencia de las disciplinas que conforman el equipo sanitario. Separar una de estas profesiones en una carrera exclusiva no solo fragmentaría el sistema, sino que también desvalorizaría el aporte indispensable de cada una de las áreas que hacen posible una atención integral a los pacientes.

La salud es una construcción colectiva. Cada profesional aporta desde su conocimiento y práctica al bienestar del paciente. La

Ley 6035 garantiza una estructura equitativa para todos los integrantes del equipo de salud, estableciendo reglas claras para el desarrollo profesional sin favorecer a una disciplina sobre las demás. Esta normativa ha permitido consolidar un sistema basado en la colaboración y la complementariedad, evitando privilegios que podrían generar desigualdades.

Sin embargo, la posibilidad de avanzar hacia una carrera exclusiva para una sola disciplina conlleva serias consecuencias. En primer lugar, rompería con la equidad del sistema y fomentaría desigualdades entre los profesionales. También desincentivaría el trabajo interdisciplinario, que es la base del modelo de salud en el

que nos apoyamos. Entendemos que cada profesión tiene particularidades y responsabilidades específicas, pero esto no significa que algunas sean más importantes que otras ni que, de manera aislada, puedan responder a las necesidades reales de la población.

Nuestro sistema de salud es un referente en América Latina. Funciona gracias a la labor conjunta de todos los sectores: desde las guardias que operan 24/7, hasta los centros de salud, consultorios externos, internaciones y prácticas especializadas. Todos asumimos riesgos y responsabilidades críticas. La Ley 6035 ya contempla estas diferencias a través de categorías, funciones y

responsabilidades específicas, por lo que fragmentar los derechos y condiciones de trabajo en función de percepciones individuales no haría más que debilitar el sistema.

Más aún, dividir al equipo de salud generaría tensiones internas, afectando la atención al paciente y dificultando la cooperación entre

disciplinas. También abriría la puerta a una peligrosa tendencia de segmentación, donde otras áreas podrían exigir sus propias carreras, llevando a un sistema atomizado, menos eficiente y más costoso para el Estado.

El reconocimiento profesional no se logra aislándose del equipo

de salud, sino fortaleciéndolo. El liderazgo debe ser integrador y no excluyente. La Ley 6035 es un logro colectivo que garantiza derechos para todos, y su defensa es clave para seguir construyendo un sistema de salud equitativo, inclusivo y eficiente. Unidos, somos más fuertes.

## Notas

# Contaminantes emergentes: un problema invisible que amenaza nuestros ecosistemas



**MARÍA ROSA SMITH**

Ambientalista, farmacéutica,  
Magíster en Salud Pública, Inves-  
tigadora asociada MS GCABA,  
Especialista en Farmacia Sanitaria  
y Legal, Jefa División Farmacia  
HGAET

### Un recurso vital en riesgo

La creciente frecuencia de fenómenos climáticos extremos, como las inundaciones registradas en Bahía Blanca, constituye una dolorosa advertencia sobre los desequilibrios ambientales que ya están afectando nuestras vidas. Frente a este escenario, el agua se presenta como un recurso fundamental: renovable, sí, pero limitado, vulnerable y profundamente interconectado con la salud ambiental y la sostenibilidad del planeta.

Según datos de Naciones Unidas, el 80 % de las aguas residuales generadas por la actividad hu-

mana se vierten al ambiente sin tratamiento alguno, lo que representa un riesgo ambiental y sanitario de escala global [1]. El agua se encuentra en el epicentro del desarrollo sostenible: es esencial para la producción de alimentos, la salud, la energía y los ecosistemas. También constituye un eje crucial para la adaptación al cambio climático y un nexo vital entre la sociedad y el ambiente [2]. El agua es una cuestión de derechos. La Asamblea General de la ONU reconoció en 2010 el derecho humano al agua y al saneamiento, definiéndolo como el acceso a una cantidad suficiente, segura, aceptable, asequible y físicamente accesible para uso doméstico y personal [2]. No obs-

tante, 2.200 millones de personas aún carecen de acceso a servicios de agua potable gestionados de forma segura, y 3.500 millones no cuentan con servicios de saneamiento adecuados, lo que refleja una brecha urgente por cerrar [3].

La gestión sostenible del agua es, por tanto, un imperativo ético, ambiental y sanitario.

En Argentina, el diagnóstico nacional revela debilidades estructurales severas en el tratamiento de aguas residuales. Solo el 17,3 % del volumen total generado recibe tratamiento adecuado, mientras que más del 70 % de las plantas de tratamiento opera en estado regular o malo, muchas de ellas con sistemas lagunares obso-

letos o colapsados. El reúso de aguas tratadas representa apenas el 1,75 %, y no existen marcos normativos específicos que promuevan el aprovechamiento de subproductos ni el cierre de ciclos desde un enfoque de economía circular [4].

## Contaminantes emergentes: qué son y por qué preocupan

Los contaminantes emergentes (CE), comprenden una amplia gama de compuestos químicos que no están regulados ni tradicionalmente monitoreados, pero cuya presencia en el ambiente genera una creciente preocupación en el ámbito científico y regulatorio global. El término se refiere a una amplia variedad de compuestos de distintas fuentes y naturaleza química que han sido detectados en cuerpos de agua superficiales, subterráneas y en suelos agrícolas o urbanos. Estos contaminantes son resultado directo de actividades antropogénicas y representan una amenaza significativa para los ecosistemas y la salud humana y animal. Comprenden un amplio grupo de compuestos, como fármacos, productos de cuidado personal, hormonas, pesticidas,

drogas ilícitas y aditivos industriales (incluyendo plastificantes y retardantes de llama), cuya presencia en el ambiente ha sido documentada de forma creciente en las últimas décadas.

## Persisten, se acumulan y no se van

Aunque suelen encontrarse en concentraciones muy bajas (nanogramos o microgramos por litro), poseen características que los hacen particularmente problemáticos: bioacumulación (en tejidos de un organismo vivo a lo largo del tiempo), bioconcentración (se acumulan en concentraciones más altas que las presentes en el ambiente circundante) biomagnificación (se concentran cada vez más a medida que se asciende en los niveles tróficos), alta movilidad y, en muchos casos, resistencia a la degradación biológica [5] [6]. Esto implica que su efecto no depende tanto de la persistencia individual, sino de su presencia continua y acumulativa en el ambiente. Otro

aspecto particularmente preocupante de estos contaminantes es que no es necesario que sean persistentes en el medio ambiente para causar efectos negativos, ya que sus tasas de transformación y remoción pueden ser compensadas por su continua introducción. Las plantas de tratamiento convencionales de aguas residuales no tienen la capacidad de eliminarlos por completo [8].

## Fármacos bajo la lupa

La literatura científica ha identificado una extensa nómina de fármacos presentes en efluentes hospitalarios, entre ellos: ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno, diclofenac, paracetamol, ácido acetil salicílico, metformina, gemfibrozil, cenfibrozil, carbamazepina, sulfametoxazol, ciprofloxacina, norfloxacina, eritromicina, ofloxacina, estreptomina, penicilina, amoxicilina, propofol, propranolol, atenolol, codeína, tramadol, metadona, furosemida, 17-beta-estradiol, dietiletilbestrol, diacepam.

Entre los fármacos más frecuentemente detectados se mencionan: diclofenac, ibuprofeno, ketoprofeno, paracetamol, naproxeno, ciprofloxacina, eritromicina, carbamazepina, atenolol, dexametasona y hormonas esteroideas. [9] [10] [11]

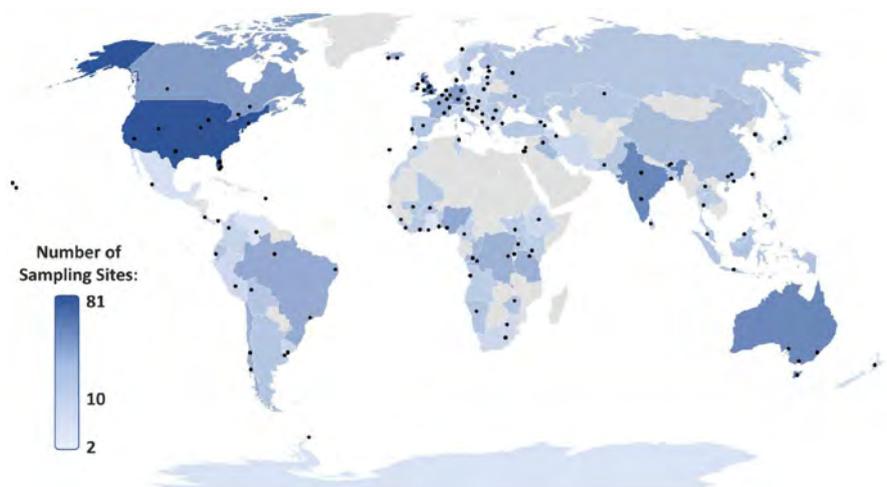


Figura 1. Mapa global de contaminación farmacéutica en ríos, según Wilkinson et al. (2022). Fuente: PNAS, 119(8), e2113947119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2113947119>



Foto de Lucas Meneses Ig @lucasmenesesphoto . Pexels

El impacto de los fármacos en el ambiente acuático ha dejado de ser una hipótesis para convertirse en un problema documentado a escala global. Un estudio liderado por Wilkinson et al. analizó la presencia de contaminantes farmacéuticos en 258 ríos distribuidos en 104 países, abarcando más de

1000 sitios de muestreo. Los resultados fueron contundentes: las concentraciones acumuladas de principios activos farmacológicos son significativamente más altas en regiones con infraestructura de tratamiento deficiente, como América Latina y África. [12]. La Figura 1 muestra el mapa global

de contaminación farmacéutica, revelando la urgencia de generar datos locales y políticas de mitigación.

## Hospitales: un punto crítico de descarga

Los hospitales representan uno de los puntos críticos de descarga de contaminantes emergentes al ambiente. A diferencia de otras fuentes, los efluentes hospitalarios contienen una mezcla compleja de sustancias activas, incluyendo antibióticos, analgésicos, antidepresivos, citostáticos, medios de contraste, hormonas y sus metabolitos, que son excretados por pacientes o descartados como residuos. La dosis administrada de un fármaco puede ser eliminada en forma activa por orina o heces a diferentes tasas de excreción, lo que permite su ingreso directo a las redes cloacales.[8]

Este tipo de efluentes no solo posee una carga química significativa, sino también una gran variabilidad en su composición, según el tipo de hospital, su tamaño, la actividad médica realizada y la infraestructura de tratamiento disponible. En muchos países

—incluyendo Argentina— los hospitales descargan sus residuos líquidos directamente en los sistemas cloacales municipales sin tratamiento específico previo, lo que implica que estos contaminantes llegan a plantas que no están diseñadas para eliminarlos.

## Conclusión

## Lo que los fármacos nos están diciendo

La presencia de medicamentos en cuerpos de agua, incluso en concentraciones mínimas, pone de manifiesto una dimensión del impacto sanitario que ha cobrado relevancia en las últimas décadas. Más allá de sus beneficios terapéuticos, los fármacos mal gestionados se transforman en una carga invisible pero persistente para los ecosistemas.

Su permanencia en el ambiente, su capacidad de bioacumulación y sus efectos sobre la fauna, los suelos y las cadenas tróficas revelan las consecuencias de un modelo que no ha integrado criterios ambientales en la producción, uso y descarte de insumos terapéuticos.

El abordaje de esta problemática requiere un cambio de paradigma en la gestión de los efluentes hospitalarios, incorporando tecnologías de tratamiento avanzadas, sistemas de monitoreo específicos y regulaciones adecuadas. En nuestro contexto, donde aún no existen normativas específicas para contaminantes emergentes, resulta imperioso impulsar políticas integradas que contemplen el enfoque de Una Salud, que vincula la salud humana, animal y ambiental, al tiempo que fomenten la investigación aplicada y promuevan la cooperación interinstitucional.

## Tiempo de actuar

En este escenario, los contaminantes emergentes se revelan como síntomas de una crisis más profunda. La presencia de fárma-

cos en aguas residuales no solo constituye una amenaza ambiental, sino también una señal de alarma que exige el desarrollo de marcos normativos que definan límites permisibles y promuevan tecnologías de tratamiento adaptadas a la infraestructura local. La

articulación entre los sectores de salud, ambiente y ciencia debe ser prioritaria.

Reconocer, monitorear y mitigar estos contaminantes no es solo una acción técnica: es una decisión política y ética orientada a construir un futuro más saludable

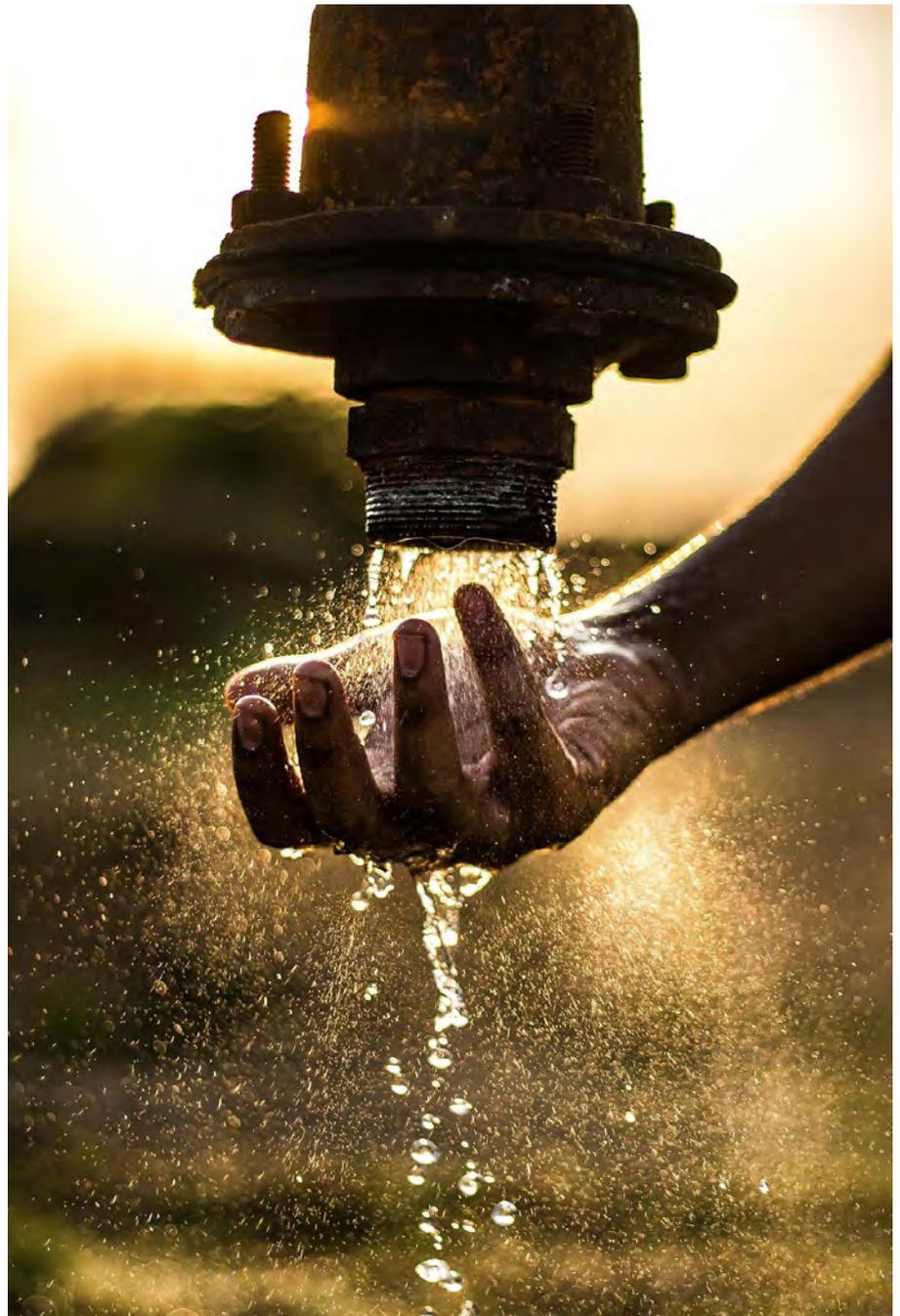


Foto de Nitin Sharma Ig @tasveer.wala. Pexels

y sostenible para todos.

#### Referencias bibliográficas

1. ONU Agua. Wastewater: An untapped resource [Internet]. 2018 [consultado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unwater.org/publications/world-water-development-report-2017>
2. Organización de las Naciones Unidas. El agua y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. UN.org. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/water>
3. OMS/UNICEF. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2022: Special focus on gender [Internet]. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240073363>
4. Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento. Diagnóstico y Prospectiva del Tratamiento de Aguas Residuales en Argentina [Internet]. Ministerio de Obras Públicas; 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/obras-publicas/agua-potable-y-saneamiento/diag-nostico-y-prospectiva-del-tratamiento-de-aguas>
5. Ferrari B, Paxeus N, Giudice RL, Pollio A, Garric J. Ecotoxicological impact of pharmaceuticals found in treated wastewaters: Study of carbamazepine, clofibrac acid, and diclofenac. *Ecotoxicol Environ Saf.* 2003;55(3):359–370.
6. World Health Organization. The occurrence of pharmaceuticals in the environment and their relevance to human health. WHO; 2012.
7. Cleuvers M. Mixture toxicity of pharmaceuticals to *Daphnia magna*. *Ecotoxicol Environ Saf.* 2004;59(3):309–315.
8. Sarizadeh M, Alavi N, Mohammadi F. Occurrence and fate of pharmaceutical compounds in hospital wastewater. *Environ Health Eng Manag J.* 2021;8(4):273–284.
9. Vicentin E, Ferreirós Gago L, Magnatti C. Efectos de medicamentos sobre especies acuáticas argentinas. Universidad Nacional del Litoral; 2022.
10. Nikolaou A, Meric S, Fatta D. Occurrence patterns of pharmaceuticals in water and wastewater environments. [Internet]. [consultado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/6596397\\_Occurrence\\_patterns\\_of\\_pharmaceuticals\\_in\\_water\\_and\\_wastewater\\_environments](https://www.researchgate.net/publication/6596397_Occurrence_patterns_of_pharmaceuticals_in_water_and_wastewater_environments)
11. 9. Baltic Marine Environment Protection Commission. Pharmaceuticals in the aquatic environment in the Baltic Sea region – A status report [Internet]. Helsinki: UNESCO; 2017 [consultado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://helcom.fi/media/publications/BSEP149.pdf>
12. Wilkinson JL, Boxall ABA, Kolpin DW, et al. Pharmaceutical pollution of the world's rivers. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2022;119(8):e2113947119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2113947119>

La Federación de Profesionales de GCABA organiza:

# DIPLOMATURA EN BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN EN SALUD

**Directora:**

Mg. Dra. Silvia Birnenbaum

**Coordinación General:**

Secretaria de Asuntos Culturales: Dra. Marta Ferraris

**Fechas:**

**INICIO:** 21 de abril 2025

**FINALIZACIÓN:** 22 de septiembre 2025

**Carga horaria:** 250 horas.

**Modalidad:** virtual sincrónica.

**Requisitos:** 75% de asistencia y trabajo final aprobado.

**Destinatarios:** Profesionales del equipo de Salud.

**Admisión:** Título universitario de grado expedido por universidades reconocidas por el Ministerio de Educación

**Aranceles preferenciales para Profesionales federados**

**Informes:** [capacitacion@federaciongcaba.org.ar](mailto:capacitacion@federaciongcaba.org.ar)

**Inscripción:** [www.federaciongcaba.org.ar/](http://www.federaciongcaba.org.ar/)

Sección Capacitación

**Completar formulario de inscripción**



## Institucional

# Jornada de la Federación de Profesionales del GCABA “INTERDISCIPLINA EN SALUD: desafíos y estrategias para una atención de calidad sin fragmentar al equipo de salud”



Conversatorio inicial de la Jornada, en la foto de izquierda a derecha: Cristina Varela, Rosa Favre, Mario Rovere, Lilian Capone, Andrés Añon y Verónica García. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

El día 11 de marzo, ante una comprometida y participativa audiencia, se realizó la Jornada de la *Federación de Profesionales del GCABA* “INTERDISCIPLINA EN SALUD: desafíos y estrategias para

una atención de calidad sin fragmentar al equipo de salud”.

El acto de apertura contó con la participación de las y los presidentes de Asociaciones federa-

das quienes llevaron adelante la lectura de un Documento Consensuado titulado “Las Consecuencias de la Fragmentación de la Carrera de Profesionales de la Salud en el GCABA: Un Análisis Sindical, Legal

y Profesional” (ver anexo).



Las mesas se fueron desarrollando con gran interés de las y los asistentes en un clima participativo. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

El Conversatorio inicial contó con la participación especial del Dr. Rovere, Médico Sanitarista y Director de la Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara” y de la Dra. Lilian Capone, Médica Neumonóloga Especialista en Salud Ocupacional, junto a representantes del Consejo Ejecutivo de la *Federación de Profesionales del GCABA* -Presidente Andres Añon, Vicepresidenta Rosa Favre, Sec. General Verónica García y Sec. Gremial Cristina Varela- desarrollando la importancia de la interdisciplina y el riesgo de generar una mayor fragmentación del equipo interdisciplinario de salud. Durante el debate se analizó la propuesta de una Carrera exclusiva para médicos, una propuesta corporativista, incluso de casta, con arraigue en un modelo patriarcal (a pesar de la actual feminización de la profesión), y que se da en un contexto socio-económico y político de transformación social en un “sálvese quien pueda”. De concretarse podría acarrear consecuencias negativas que incluso imposibiliten una atención integral de la salud a la población, generen fricciones al interior de los equipos de trabajo, así como pérdida de derechos de las y los trabajadores del sector.

Luego se llevaron adelante cuatro mesas con temáticas abordadas de forma interdisciplinaria, donde quedó en evidencia no solo la expertise de las y los profesionales que integran los equipos de trabajo sino también el aporte de la mirada desde cada perspectiva profesional y la importancia del trabajo

en equipo para una atención de salud efectiva que aborde la integralidad de las personas y comunidades.

La Mesa 1: ESTRATEGIAS HORIZONTALES EN PROGRAMAS DE SALUD, desarrolló la forma de trabajo desde diferentes programas como PROA, Uso Racional de Antibióticos, TBC y Seguimiento de Trasplantes. La necesidad de un abordaje integral del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, de seguimiento del caso y de comunicación efectiva del equipo de trabajo, resultó evidente para la adherencia del paciente en tratamientos complejos y prolongados como la TBC o el tratamiento inmunosupresor postrasplante. Así como para la promoción, prevención y control de focos. A veces se requiere coordinar turnos para promover la adherencia al tratamiento entendiendo que la persona-paciente tiene otras obligaciones como el trabajo o personas dependientes a su cuidado o que necesitan continuar con sus estudios y escolaridad, y pueden requerir articulaciones extramuros. Se requiere estratificar según el riesgo y definir requerimiento de seguimiento e



MESA 1 - ESTRATEGIAS HORIZONTALES EN PROGRAMAS DE SALUD. De izquierda a derecha: Lic. M. Sol Goncalvez Machado. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

incluso de acceso a la medicación.

En la Mesa 2: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA DISFAGIA EN INTERNACIÓN, un equipo conformado por profesionales de la Fonoaudiología, Kinesiología, Trabajo Social, Musicoterapia y Nutrición, pudieron contar su experiencia de trabajo con la deglución. La disertación, sumamente enriquecedora por tratarse de un equipo que efectivamente trabaja en el mismo

efector, el Hospital Pirovano, contó cómo a través de un grupo de WhatsApp creado para tal fin, logran comunicarse efectivamente y coordinar estrategias de intervención a partir de las evaluaciones previas que realizan, entendiendo además de la dimensión



MESA 2 - ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA DISFAGIA EN INTERNACIÓN. De izquierda a derecha: Lic. Jonathan Grinberg (Musicoterapia), Lic. Juan Ignacio Lisazú (Kinesiología y Fisiatría), Lic. Violeta Mac Kenzie (Fonoaudiología), Lic. Gabriela Muro (Nutrición) y Lic. Natalia Fonte (Trabajo Social).  
Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

nutricional, la dimensión simbólica de la alimentación.

La Mesa 3: PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOSPITALES Y CESAC, abordó la atención de pacientes con desórdenes alimentarios, y luego de una interesante disertación en la que describieron las dificultades del abordaje, falta de recursos, dispositivos, etc. En el tratamiento de una problemática de salud con estadísticas de baja adherencia, reingresos, frecuentes recaídas y negación, en la que el trabajo en equipo no solo tiene efecto en la atención integral sino en la contención y manejo de la frustración de las y los profesionales, y, luego de debatir sobre la necesidad de poder correrse de los saberes de la propia profesión para aprender de los aportes de otra perspectiva profesional, concluyeron que "solos no hacemos nada, si no hay interdisciplina, no hay salud".

Finalizando con la concurrida Mesa 4: EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD, diferentes equipos de trabajo presentaron sus experiencias, el CEMAR 2, que trabaja en coordinación



MESA 3 – PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOSPITALES Y CESAC. De izquierda a derecha: Lic. Andrea Berra (Psicología), Lic. Sofía Soto (Nutrición), Lic. Claudia Contrera Contreras (Psicología), Lic. Rocio Gonzalez (Nutrición) y Lic. Cecilia Garau (Nutrición).  
Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

con 4 CESAC, para la Prevención de la Rabia; equipos de Enfermería Comunitaria de los CESAC 47 y 24 que a partir de las actividades en la comunidad, y con su expertise en patologías, identifican necesidades de atención y a partir de la captación, lograr derivaciones cuidadas debido a la articulación con otros efectores; el Equipo de Calle del CESAC 40 que hace recorridos por el barrio del Bajo Flores los martes por la tarde y los jueves por la mañana, cuidando especialmente de articular con los centros comunitarios de la zona, además de la atención a demanda en el CESAC; un equipo del CST que es un Programa de la OMS de formación a familias cuidadoras de niños/as con dificultades del neurodesarrollo; y un equipo de Salud Mental que conformado por profesionales de Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Psicología y Psiquiatría, coordinan un grupo con atención semanal presencial más seguimiento por grupo de WhatsApp. Más allá de los aportes de cada experiencia, las disertaciones, fueron dejando un mensaje claro: que **"la complejidad de los procesos de resolución de problemas de salud exigen una cuidadosa articulación de saberes"**.

El Cierre de la Jornada, a cargo del Li. Andrés Añon, Presidente de la *Federación de Profesionales del GCABA* agradeciendo el compromiso de las y los disertantes, y al público presente por su atención y participación, contó además con una foto final con carteles cuyas consignas dejan claro el posicionamiento de esta Federación y de quienes la compo-



MESA 4 – EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD. De izquierda a derecha: Dr. Pablo Rall (medicina general), Lic. Florencia Pelagagge (Terapia Ocupacional), Lic. María Victoria Canseco La Rosa (enfermería), Lic. Graciela Ulloa (enfermería), Dra. Virginia Castiello (veterinaria), Lic. Marina Delville (trabajo social), Lic. Delfina Suaya (psicopedagogía), Lic. Macarena Lopez (Terapia Ocupacional) y Lic. Patricia Cabrera (Musicoterapia). Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Carolina Cáceres, Directora de **FP Salud**, la Revista Científica y Sindical de la *Federación de Profesionales del GCABA*, promoviendo la participación en la nueva edición. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

nen:

- Dividir al equipo interdisciplinario es perjudicial para la salud.

- Defender la unidad del equipo de salud es defender la salud pública.
- La unidad nos fortalece, fragmentar profundiza la precarización.
- La salud es integral, el equipo es interdisciplinario.



Cierre de la Jornada, Andrés Añón, Presidente de la *Federación de Profesionales del GCABA*. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Lectura del Documento consensuado por las y los presidentes de las asociaciones. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

## Las Consecuencias de la Fragmentación de la Carrera de Profesionales de la Salud en el GCABA: Un Análisis Sindical, Legal y Profesional

Documento consensuado por las y los presidentes de las Asociaciones federadas, que fué leído en el acto de apertura de las Jornadas de la *Federación de Profesionales del GCABA*:

Compañeras, compañeros, colegas,

Hoy nos encontramos aquí para debatir una situación que amenaza con alterar profundamente la estructura de nuestra carrera profesional y, con ello, el sistema de salud en el que trabajamos. Desde la Federación de Profesionales del GCABA, queremos expresar con firmeza nuestra oposición a la iniciativa que busca crear una carrera exclusiva para médicos

dentro del ámbito de la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires.

¿Por qué nos oponemos? Porque esta propuesta no es solo una cuestión administrativa o técnica: es un intento de fragmentar el sistema de salud, rompiendo la unidad de quienes día a día sostenemos la atención sanitaria en un contexto de crisis. La creación de una carrera separada para médicos traería consigo una serie de consecuencias negativas que no podemos permitir.

Primero, el impacto en los equipos de trabajo. La salud no se construye de manera aislada. El abordaje interdisciplinario es la base de una atención integral y de calidad. Separar a los médicos del resto de los profesionales implicaría una ruptura de estos equipos, debilitando la coordinación entre disciplinas y afectando directamente la calidad de la atención que reciben los pacientes.

Segundo, la inequidad laboral. Esta iniciativa jerarquiza a una profesión por sobre las demás, generando diferencias arbitrarias en derechos, reconocimiento y condiciones de trabajo. En lugar de fortalecer la carrera y garantizar mejores condiciones para todos, lo que se busca es crear una estructura desigual, en la que algunos pocos obtienen privilegios mientras el resto queda relegado.

Tercero, la precarización. Si permitimos esta fragmentación, los profesionales que queden dentro de la Ley 6035 se verán en una situación de mayor vulnerabilidad. Su capacidad de negociación se verá reducida, sus posibilidades de ascenso y estabilidad laboral serán inciertas, y se abrirá la puerta a futuras reformas que profundicen esta precarización.

Desde el punto de vista sindical, esto significa debilitar la lucha colectiva. Sabemos que nuestra fuerza radica en la unidad de todas las disciplinas. Si se divide la carrera, se rompe también la unidad gremial, dificultando las negociaciones salariales, la defensa de nuestros derechos y la posibilidad de exigir mejoras reales en las condiciones de trabajo.

Desde el punto de vista legal, esta medida establece una desigualdad inaceptable. No podemos permitir que se creen categorías diferenciadas para quienes trabajan bajo un mismo sistema, con las mismas responsabilidades y en las mismas instituciones. Hacerlo sienta un precedente peligroso que puede ser utilizado en el futuro para seguir segmentando y desarticulando nuestra carrera.

Y desde el punto de vista profesional y asistencial, esta iniciativa afecta directamente la calidad del servicio de salud. La fragmentación de la carrera conlleva la ruptura de equipos, el deterioro del trabajo interdisciplinario y, en última instancia, un perjuicio para quienes más necesitan del sistema de salud pública: los pacientes.

Por todo esto, desde la Federación de Profesionales del GCABA nos posicionamos con claridad: defendemos la unidad de la carrera, exigimos que se respeten los principios de igualdad y equidad, y nos oponemos a cualquier intento de fragmentar el sistema de salud en beneficio de unos pocos.

Convocamos a todas y todos los profesionales a seguir alertas, organizados y rechazar esta medida. Porque si tocan a uno, nos tocan a todos. Y porque la salud pública se defiende con trabajo, con compromiso y con unidad.

**¡NO TE PIERDAS  
ESTA OPORTUNIDAD  
ÚNICA DE FORMACIÓN  
EN SALUD!**

**Aranceles preferenciales  
para profesionales  
federadas/os.**

# DIPLOMATURA EN GESTIÓN *de Servicios de Salud*



## FECHAS

Inicio: 16 de Abril de 2025  
Finalización: 15 de Octubre de 2025

## CARGA HORARIA:

250 horas

## MODALIDAD:

Híbrida  
Un seminario mensual presencial  
Talleres virtuales sincrónicos semanales

## DESTINATARIOS:

Profesionales del equipo de salud

Informes e inscripción:  
[capacitacion@federacioncaba.org.ar](mailto:capacitacion@federacioncaba.org.ar)



## Gremiales

# Dividir nunca suma



### LIC. CAROLINA CÁCERES

Lic. Enfermería, Profesora en Docencia Superior. Secretaria de Prensa de la FPGCABA.

En un contexto general de retroceso de los derechos laborales y de ataque a la Salud Pública, algunos sectores en la Ciudad de Buenos Aires pretenden continuar fragmentando al Equipo de Salud y, mediante promesas de “reconocimientos” sectoriales, pretenden dificultar más la unidad del sector.

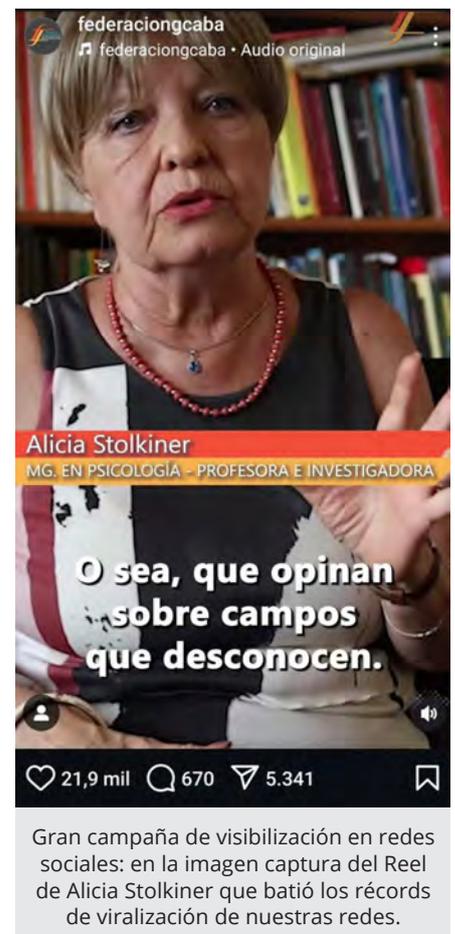
Luego de una ola de despidos en el sector salud del Gobierno Nacional, en un informe realizado por el canal TN el 16/01/25 intentaron justificar los recortes, por un supuesto “mal uso” de los fondos estatales, argumentando comentarios tales como: “Es un error ¿no? ¿Qué hace una Licenciada en Antropología en el Bonaparte? ¿Cuál era la tarea de esta persona en el marco del Hospital?... antropologizar?”.

Este tipo de comentarios ya se había expresado durante el debate de la Ley 6737 que rige a la Enfermería luego de que en Noviembre del 2024 la Legislatura de la Ciudad mantuviera la exclusión de la Ley 6035 por tan solo un voto. En ese contexto el Presidente de

la Comisión de Salud, el Legislador Del Gaiso había exclamado “Como paso siguiente, debería empezar a debatirse la Carrera única de médicos, sacar a los médicos de la Ley 6035. Tenemos que poder debatir si un Médico debe ganar igual que un Licenciado en Antropología” (Diario La Nación 28/11/24).

Estos discursos que pretenden **traer como novedad debates regresivos**, haciendo pie en un obsoleto Modelo Médico Hegemónico, patriarcal, biologicista, unicausal y farmacodependiente, intentando aniquilar conceptos tales como la atención integral de la salud, la interdisciplina, la atención centrada en el paciente y la comunidad, entre otros, son parte de la construcción de un sentido común sobre el cual justificar el ataque a la salud pública, y de continuar fragmentando el equipo interdisciplinario de salud para atacar los derechos laborales y continuar precarizando más aún al sector.

Es en este marco en el que debe-



mos analizar el anuncio del Presidente de la Asociación de Médicos

Municipales, el Dr. Rojo, que se expresó sobre la Carrera de Profesionales de la Salud, y remarcó: "Nosotros no somos ni mejores ni peores que el resto de los profesionales, pero somos diferentes porque tenemos una vida diferente. Con lo cual, vamos a proponer una ley exclusivamente para los médicos y médicas" y pidió apoyo para ello al Ministro de Salud del GCABA, el Dr. Quirós, presente en ese momento (Mundo Hospitalario EDICIÓN 221 - Diciembre 2024).

Desde la *Federación de Profesionales del GCABA* reivindicamos nuestro firme compromiso con la **defensa de la Carrera Profesional Ley 6035**. Una Ley que se sancionó, hace poco tiempo, en 2018, poniendo fin a una etapa de resoluciones y enmiendas. Además, representó un avance al erigirse en conceptos de interdisciplina y salud integral, teniendo como una gran deuda, la exclusión de Profesionales como las y los Licenciados en enfermería, instrumenta-



Reunión Abierta de Federadas/os del 19/12/24 en la foto, Lic. Patricia Urtizberea Presidenta de APACSA participando del debate. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

ción Quirúrgica y Bioimágenes. Es por ello que genera preocupación, debido a la posibilidad de fraccionar aún más al equipo interdisciplinario de Salud, máxime en un contexto regresivo de los Derechos Laborales.

En menos de 48hs, dimos inicio a un **Plan de Lucha** que en su primer etapa se pro-

puso poner en valor el concepto de Equipo Interdisciplinario y visibilizar todas las profesiones que son parte de la Salud Pública. Inmediatamente se publicó un Comunicado de Prensa manifestando un rotundo rechazo a cualquier modificación de la Ley 6035, y la negativa a que se trate en el Poder Legislativo cuando no es el lugar donde dimitir cuestiones que,

en todo caso, requieren la participación activa de las organizaciones sindicales del sector.

Se realizó una Campaña Centralizada en Redes sociales (particularmente en Instagram) de visibilización e instalación del posicionamiento, con videos de apoyo de numerosos referentes del



Reunión Abierta de Federadas/os del 19/12/24 en la foto, Dr. Jaime Kovensky Pupko Sec. General de ABC participando del debate. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

sector, con compañeras y compañeros de distintas profesiones contando al público general cuál es el aporte de nuestras profesiones y resaltando la importancia del abordaje interdisciplinario de las problemáticas de salud y con entrevistas en Youtube a personalidades destacadas. Se obtuvieron resultados positivos, aumentando un 60% los seguidores de Instagram, e impactando fuertemente con reels como el de Alicia Stolkiner respondiendo a periodistas de TN, el de Andrés Añon dejando claro la defensa de la Ley 6035, o el de Mario Rovere expresando que una ley específica para una única profesión es retroceder al siglo XIX, entre otros.

El 19/12/24 tuvo lugar una participativa Reunión Abierta de Federadas/os para informar, debatir estrategias y organizar la lucha en defensa de la Carrera Interdisciplinaria de Salud y fomentar la participación de todo el colectivo. La misma contó con una nutrida presencia a salón lleno, participativa, dejando clara la determinación y la unidad con la que este colectivo interdisciplinario va a defender la Carrera de Salud y reafirmando el Plan de Lucha y el apoyo a una Campaña de Prensa Centralizada.

El 16/01/25 se realizó la Convocatoria a Reuniones en los lugares de trabajo, en dicho contexto profesionales de diversas disciplinas en los Hospitales y Centros de Salud, se juntaron para socializar la información, coordinar la participación y las acciones del Plan de Lucha, y dar inicio también a estrategias locales. A modo de ejemplo de acciones locales: en algunos efectores grupos de Delegados solicitaron entrevistas a Directores hospitalarios para discutir los problemas que podría generar en la práctica diaria si un sector decide fragmentar la carrera. En los Centros de Salud, 25 de los Jefes de CESAC realizaron un Documento en común, presentado oficialmente ante el Subsecretario de APS y el Ministro de Salud del GCABA, expresando que, de oficializarse la propuesta "provocaría la fragmentación de los equipos de trabajo interdisciplinarios y el deterioro de las condiciones y derechos como trabajadores de la salud".

Durante el mes de febrero, se llevó adelante una Campaña gráfica en vía pública en las arterias más importantes de la Ciudad y en zonas de Hospitales y Centros de Salud. Pese a las dificultades de logística en periodo estival, con el acompañamiento de las y los Delegados de los distintos efectores, se reali-



Reuniones en los Lugares de Trabajo 16/01/2025, en la foto Hospital Grierson y CESACS.



Reuniones en los Lugares de Trabajo 16/01/2025, en la foto Hospital Durand.



Reuniones en los Lugares de Trabajo 16/01/2025, en la foto Hospital Álvarez.

zaron afichadas internas en los lugares de trabajo, llevando el mismo mensaje a todos los ámbitos del equipo de salud. Esta acción fué determinante para iniciar conversaciones dentro del equipo de salud,

con colegas y compañeras/os de otras profesiones, como médicas/os, y para comenzar a instalar la problemática en la comunidad y público general.



Campaña gráfica en el exterior e interior de Hospitales y Centros de Salud.



Campaña gráfica en vía pública.

Las actividades continúan y, a la participación en diferentes acciones gremiales, las campañas de prensa gráfica y en redes, la participación en distintos eventos académicos o políticos, entre otras, se suma la organización de la Jornada de la *Federación de Profesionales del GCABA* "INTERDISCIPLINA EN SALUD: desafíos y estrategias para una atención de calidad sin fragmentar al equipo de salud" realizada el 11/03/25 (ver nota pag..), cada una de estas actividades a representado una oportunidad para visibilizar la importancia del trabajo interdisciplinario

y de la necesaria unidad de las organizaciones de salud para defender los derechos como trabajadores y lograr el reconocimiento de nuestros reclamos.

Con el fin de evaluar las estrategias desarrolladas en defensa de la Ley 6035 y promover la participación de más compañeras y compañeros, el día 19/03/25 se realizó una Reunión Ampliada, participando Presidentes/as, Secretarios/as, Congresales y Delegadas/os de diversas Asociaciones. Contó con un Informe completo, y la intervención, participación y aportes



Jornada de la *Federación de Profesionales del GCABA* "INTERDISCIPLINA EN SALUD: desafíos y estrategias para una atención de calidad sin fragmentar al equipo de salud" 11/03/2025. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

de las/los presentes en la actividad. Resultando en un balance general positivo, de la Campaña de defensa de la Carrera Profesional, y el inicio de una nueva etapa con modificaciones para reforzar

y maximizar el impacto de las acciones. Se analizó también el actual deterioro de los salarios respecto de la inflación y el costo de vida de la Ciudad Autónoma de Bs As, y del salary ratio , es

decir la progresión salarial desde el ingreso al mayor nivel posible de alcanzar, se planteó el tema de topes jubilatorios y se acordó continuar el reclamo de recomposición salarial.



Reunión Ampliada del 19/03/25, Informe del Presidente Andrés Añon sobre el estado de situación y análisis de las estrategias de defensa de la Carrera Profesional Ley 6035. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Reunión Ampliada del 19/03/25, con un auditorio atento, participativo y con aportes significativos. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Reunión Ampliada del 19/03/25, la Secretaría de Prensa Carolina Caceres intercambiando con el público acerca de las métricas de la Campaña en redes sociales y el impacto de otras estrategias durante la primera etapa del Plan de Lucha. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

Al cierre de esta edición, durante la primera semana de abril, se realizó una nueva campaña gráfi-

ca, convocando a Asambleas, que se realizaron en simultáneo el día 08/04, en todos los efectores de

salud y a un Congreso extraordinario, a realizarse el 22/04, donde debatir propuestas y organizar

acciones de lucha bajo el lema: LA SALUD ES INTEGRAL, EL EQUIPO ES INTERDISCIPLINARIO ¡NO A LA FRAGMENTACIÓN!

Instamos a TODO el Equipo Interdisciplinario de Salud a defender nuestra carrera, que debe ser la Carrera de TODO el Equipo de Salud, a construir unidad y no dejarse ilusionar con espejitos de colores arraigados por posicionamientos corporativistas. La fragmentación nos debilita, es la unidad la que nos fortalece para las necesarias luchas de Reconstrucción salarial, Reconocimiento al Equipo de Salud, Inclusión de las Profesiones excluidas y Defensa de la Salud Pública y de sectores relacionados como la Educación Universitaria, la Investigación Científica, etc.



En el marco de la convocatoria de la Federación de Profesionales del GCABA, se realizaron Asambleas simultáneas el 08/04/2025. En la foto Asamblea del CESAC 5, CESAC 7 y CESAC 28 correspondiente al área programática H. Santojanni.

A quienes creen que, con propuestas de división, pueden llegar a obtener beneficios sectoriales, los invitamos a reflexionar, en primer lugar porque ésta división va a confluir finalmente en un sistema de castas incluso al interior de las especialidades médicas. Y aún más importante, en que la fragmentación

del equipo de trabajo solo beneficia al empleador, quien se asegura tener luego la oportunidad de profundizar la precarización de un colectivo que, dividido, pierde fuerza (el famoso "divide y reinarás"). En la historia no hay derechos conquistados sin lucha y unidad. Compañeros, compañeras: dividir nunca suma.



La Campaña gráfica en todos los Hospitales y Centros de Salud contó con la participación activa de las y los compañeros delegados. En la foto, Compañeras del Hospital Grierson, participando de la campaña.



En el marco de la convocatoria de la Federación de Profesionales del GCABA, se realizaron Asambleas simultáneas el 08/04/2025. En la foto Asamblea del Hospital Rocca.



En el marco de la convocatoria de la Federación de Profesionales del GCABA, se realizaron Asambleas simultáneas el 08/04/2025. En la foto Asamblea del Hospital Piñero.

## CONTINÚA EL APOYO A LA LUCHA DEL BONAPARTE

Ante los cientos de despidos por parte del Gobierno Nacional en el Hospital de Salud Mental Laura Bonaparte, continúa el apoyo al equipo de salud del nosocomio, junto a otras jurisdicciones y la comunidad. La Federación de Profesionales del GCABA continúa presente en cada instancia y expresa públicamente el repudio a los despidos e intento de cierre.

Reafirmamos nuestro compromiso con la defensa de los equipos interdisciplinarios y su misión en la atención, promoción y cuidado de la Salud Integral.



Continúa la Lucha del Hospital Bonaparte, en la foto: Andrés Añón Presidente de la Federación de Profesionales del GCABA, presente en el Abrazo al Hospital Bonaparte el 20/01/25.

## MARCHA DEL ORGULLO ANTIFASCISTA Y ANTIRRACISTA

La Federación de Profesionales del GCABA convocó y participó el 01 de febrero de la masiva *Marcha del Orgullo Antifascista y Antirracista*, que se dio en el marco del repudio ante el discurso de odio vertido desde el Estado Nacional.

Las declaraciones realizadas por el presidente de la Nación, Javier Milei, en el Foro Económico Mundial en Davos incluyeron afirmaciones como "Quiero ser claro, que cuando digo abuso no es un eufemismo, porque en sus versiones más extremas, la ideología de género constituye lisa y llanamente abuso infantil"



La Federación presente en la Marcha del Orgullo Antifascista y Antirracista el 01/02/25.

y calificó a sus promotores de pedófilos, además se refirió a la brecha de género responsabilizando a las mujeres por elegir profesiones peor pagas.

Consideramos que estas expresiones, además de carecer de sustento científico, promueven estigmatización, discriminación y violencia hacia colectivos y personas. Como representantes de trabajadores y profesionales de la salud en la Ciudad de Buenos Aires, expresamos nuestro posicionamiento en defensa

de los Derechos Humanos, el respeto a la diversidad y la construcción de una sociedad libre de prejuicios y discursos de odio.

Desde nuestro lugar continuamos apostando por un Sistema de Salud Integral e Inclusivo, libre de discriminación y violencias.



Andrés Añón, Presidente de la Federación de Profesionales del GCABA junto a otros referentes sindicales del sector salud, encabezando la movilización. Foto: Valeria Argra para FPSalud.

## MARCHA FEDERAL DE SALUD

La Federación de Profesionales del GCABA convocó y participó el 27 de febrero de la Movilización en defensa de la Salud Pública, junto a organizaciones de salud de distintas jurisdicciones.

En un contexto de ajuste generalizado que incluye cierre de programas, despidos y vaciamiento de efectores de salud, resulta indispensable salir a las calles en unidad para defender nuestros derechos como trabajadores y el acceso a la salud de la población.

Una vez más reafirmamos nuestro compromiso con el sistema público de salud que sostenemos con nuestro esfuerzo de todos los días.

## ADHERENCIA AL PARO GENERAL DE LAS/LOS TRABAJADORES

La Federación de Profesionales del GCABA estuvo presente acompañando la Movilización y adhiriendo al Paro General de los/as Trabajadores/as el 10 de abril.

Reclamando mejores condiciones laborales y salariales.

Rechazando miles de despidos en el Estado, con sus consecuencias en materia de un abordaje integral de la salud del pueblo.

Y en defensa del Derecho a la Salud y la Educación, por Jubilaciones dignas y por paritarias libres y justas.



La Federación de Profesionales del GCABA en la movilización al Congreso Nacional el 09/04/2025. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



---

## Subsidio por Nacimiento y/o Adopción

---

**MONTO: \$200.000**

Para acompañar a Socias/os de Asociaciones Federadas con mínimo 5 (cinco) años de afiliación y cuota sindical al día, en el Nacimiento y/o Adopción de hijos/as.

Plazo máximo para la solicitud: 60 (sesenta) días corridos a partir del nacimiento y/o adopción.

Para conocer los requisitos y solicitar información dirigirse por mail a

[promocionsocial@federaciongcaba.org.ar](mailto:promocionsocial@federaciongcaba.org.ar)





01



**ANDREA RAMIREZ**

Lic. Enfermería, jefa Vacunatorio Hospital Ramos Mejía, Presidenta de la Asociación de Licenciados en Enfermería ALE.

**Coautoras:** Lic. Silvina Almeida, Lic. Verónica Alzogaray, Lic. Karina Carabajal, Lic. Marta Cornejo, Lic. M. Cristina García, Lic. María D. Lopez, Lic. Lidia B. Montero, Lic. Mabel Rossito, Lic. Maria E. Villalba.

## Seguridad y Calidad en Inmunizaciones: Un Desafío Permanente

*La seguridad y la calidad en la administración de vacunas son pilares fundamentales de la atención sanitaria. En el marco de las jornadas de nuestro hospital, presentamos un estudio descriptivo sobre la importancia de aplicar protocolos rigurosos en el proceso de vacunación, destacando el control de la cadena de frío, el acto vacunal seguro y el registro preciso. Este trabajo recibió un reconocimiento del equipo de salud, subrayando*

*la necesidad de fortalecer las estrategias para mejorar las coberturas vacunales y garantizar la seguridad del paciente.*

En el ámbito de la salud pública, la seguridad y calidad en inmunizaciones representan

un eje central para garantizar la efectividad de las vacunas y la protección de la población. En el marco de las Jornadas del Hospital Ramos Mejía, el equipo de enfermería del vacunatorio central conformado por: Lic. Andrea Ramirez, Lic. Silvina Almeida, Lic. Verónica Alzogaray, Lic. Karina Carabajal, Lic. Marta Cornejo, Lic. M. Cristina García, Lic. María D. Lopez, Lic. Lidia B. Montero, Lic. Mabel Rossito y Lic. Maria E. Villalba; presentó el trabajo "Seguridad y Calidad en Inmunizaciones", un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo sobre la implementación de protocolos basados en lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022).

Nuestra investigación abordó tres aspectos fundamentales: la cadena de frío, el acto vacunal seguro y el registro de la vacunación. En primer lugar, destacamos la importancia de mantener la estabilidad térmica de los inmunobiológicos mediante un estricto control de temperatura y un plan de contingencia en caso de fallas energéticas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). En segundo lugar, subrayamos la necesidad de aplicar las seis reglas de seguridad en la administración de vacunas: paciente correcto, vacuna correcta, dosis correcta, vía correcta, intervalo correcto y registro adecuado. Finalmente, enfatizamos el registro físico y digital de cada aplicación, asegurando un seguimiento preciso y facilitando el monitoreo de coberturas vacunales.

Durante la exposición, presentamos datos alarmantes sobre el descenso de coberturas vacunales en el período 2018-2023, lo que evidencia la urgencia de fortalecer las estrategias de comunicación con la comunidad para fomentar la adhesión al calendario

**La enfermería en inmunizaciones es una especialidad que requiere cada vez más formación, investigación y compromiso profesional. Disciplinadamente es una de las áreas con mayor autonomía e independencia para su ejercicio.**

**Queremos mejorar los procesos de seguridad y calidad de atención, aplicando y perfeccionando los protocolos existentes**

**Para ello se necesita reconocimiento profesional, incluyendo la especialidad acreditada. Mejoras en la infraestructura, aumento en la dotación y distribución del personal y PARTICIPACIÓN de la enfermería en la formulación de las políticas sanitarias de la Ciudad de BS AS.**

**Es preocupante la baja adhesión al calendario nacional obligatorio y la falta de estrategias para modificar y frenar esta tendencia en todo el territorio argentino.**



obligatorio. Estudios recientes han demostrado que en 2019 Argentina presentaba coberturas óptimas, pero con un descenso promedio de 10 puntos porcentuales en 2020 (González et al., 2024). Un informe del Ministerio de

Salud de Argentina señala que, en 2020, se registró un descenso promedio de 10 puntos porcentuales en las coberturas de todas las vacunas en comparación con 2019, siendo especialmente afectada la vacunación de niños y niñas en edad escolar y adolescentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). La enfermería juega un rol crucial en este proceso, no solo desde la aplicación de vacunas, sino también en la educación sanitaria y el acompañamiento de las familias vulnerables.

La enfermería en inmunizaciones es una especialidad que requiere cada vez más formación, investigación y compromiso profesional. Es una de las áreas con mayor autonomía e independencia dentro del sistema de salud, lo que resalta la necesidad de fortalecer su reconocimiento profesional. Para mejorar los procesos de seguridad y calidad de atención, es imprescindible perfeccionar los protocolos existentes y avanzar en la acreditación de la especialidad de enfermería en inmunizaciones. Además, se requieren mejoras en la infraestructura, aumento en la dotación y distribución del personal, y una mayor participación de la enfermería en la formulación de las políticas sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires.

Es preocupante la baja adhesión al calendario nacional obligatorio y la falta de estrategias para modificar y frenar esta tendencia en todo el territorio argentino. La disminución de coberturas vacunales representa un riesgo epidemiológico significativo, con la posible reaparición de enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión (OPS, 2023). La implementación de estrategias integradas y el fortalecimiento del rol de la enfermería son esenciales para revertir

esta problemática y garantizar la protección de la población.

Nuestro trabajo fue distinguido con un reconocimiento por parte del equipo de salud, lo que reafirma la relevancia de este tema en la agenda sanitaria. Este logro nos impulsa a seguir investigando y promoviendo mejoras en los protocolos existentes, con el objetivo de garantizar una vacunación segura y efectiva.

## Conclusiones

El mantenimiento de altos estándares en seguridad y calidad en inmunizaciones es fundamental para la prevención de enfermedades y el bienestar de la población. La implementación de protocolos rigurosos, la capacitación continua del personal de enfermería y el compromiso institucional son claves para mejorar las coberturas vacunales y reducir riesgos. La distinción otorgada a nuestro trabajo refleja la importancia de seguir fortaleciendo la cultura de seguridad en los procesos de vacunación.

### Referencias

- Ramirez, A., Almeida, S., Alzogaray, V., Carabajal, K., Cornejo, M., García, M.C., Lopez, M. D., Montero, L. B., Rossito, M., & Villalba, M. E. (2024). Seguridad y Calidad en Inmunizaciones. XXVII Jornadas Multidisciplinarias y XXV Jornadas de Enfermería del Hospital Ramos Mejía 2024.
- González, P., Ramírez, L., & Fernández, C. (2024). Conversación pública sobre vacunas en la pandemia de COVID-19 en Argentina: análisis de mensajes en Twitter. *Salud Colectiva*, 20, e4580. <https://www.scielosp.org/article/scol/2024.v20/e4580/>



Equipo del Vacunatorio recibiendo un reconocimiento por el trabajo presentado en las XXV Jornadas de Enfermería del Hospital Ramos Mejía.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Informe sobre descenso de coberturas vacunales en Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Estrategias para la seguridad en inmunización. <https://www.who.int/publications/item/WHO-IVB-2022>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Manual de procedimientos para la cadena de frío en inmunizaciones. <https://www.paho.org/es/documentos/manual-cadena-frio-inmunizaciones-2021>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Informe sobre coberturas vacunales en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-coberturas-vacunales-2023>

# 02

## La importancia de la participación ocupacional en la recuperación de quemaduras graves



LIC. SOFÍA ALTERA



LIC. ANALÍA CASTRO

### Introducción

El presente escrito es el resultado de la práctica cotidiana y reflexiones surgidas en el marco de la rotación de elección libre del 3° año de la residencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, realizada en la sección de Terapia Ocupacional (en adelante TO)



del Hospital de Quemados "Dr. Arturo Umberto Illia". Actualmente, cuenta con una sola terapeuta ocupacional de planta, bajo el cargo de jefatura, construyendo un espacio novedoso dentro de una dinámica institucional de más de 69 años, donde otras profesiones fueron abarcando incumbencias propias de TO pero no exclusiva. Si bien esto puede ser visto como una amenaza, a la vez se considera como una oportunidad para reeditar el rol profesional en la atención de personas quemadas de lo hallado en la bibliografía publicada hacia un enfoque con más énfasis en la ocupación.

Los gráficos utilizados en el presente escrito derivan de la base de datos confeccionada en la Sección de Terapia Ocupacional y se utilizó el programa Epidat 4.2 para el análisis de datos pertinente a este escrito.

En el gráfico 1 se puede observar la distribución por modalidad de atención.

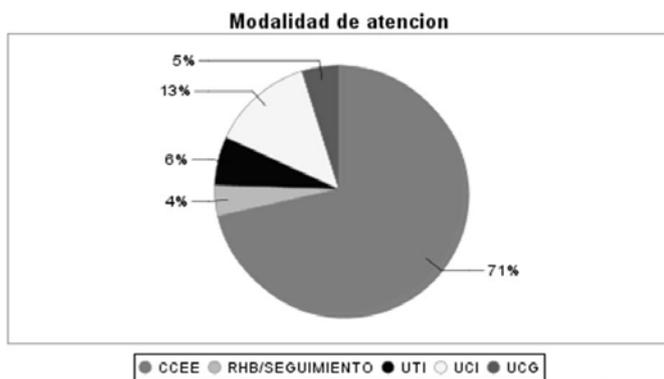


Gráfico 1[1]. Distribución por modalidad de atención.

Al consultarse la bibliografía disponible en revistas especializadas, se observa una gran prevalencia de escritos respecto al abordaje en dicha área que presentan una visión acorde a la tradición reduccionista (Nabergoi, Rossi, Albino, Ortega, Venturini, Itovich, Medina, López y Presa, 2019). Esto coincide con la práctica institucional, siendo internación una de las modalidades de atención donde se percibe más imperante esta tradición; allí los objetivos principales se relacionan con la preservación de la vida, prevenir la profundización de la lesión y el mantenimiento de la funcionalidad. A esto se le agrega, desde nuestra visión de TO, que existe la posibilidad de que las personas internadas manifiesten deprivación ocupacional[2] ya que las limitaciones por su situación actual

de salud-hospitalización dificultan su participación y disfrute de una variedad de actividades (Wilcock, 1998; Sanz Valer y Rubio Ortega, 2011). Por ello, se plantea que el verdadero potencial de la profesión en este ámbito radica en el uso de ocupaciones[3] y actividades significativas[4].

## Distintas miradas profesionales dentro del hospital

*La elección de un Modelo de trabajo presupone la elección de determinado objeto de conocimiento, que a su vez presupone una opción por un concepto de hombre, mundo, sociedad, salud/enfermedad (...), lo que nos conducirá a un tipo de práctica específica y distinta. (Medeiros, 1999, p. 4)*

Existen distintos modelos de atención, los cuales implican diversas miradas y formas de abordar la salud-enfermedad a partir de conocimientos, criterios y técnicas específicas para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de un padecimiento determinado. En la actualidad, puede afirmarse que sigue vigente, en mayor o menor medida, el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998, 2003). Entre sus características principales se encuentran: el biologismo, el individualismo, la asociabilidad, la ahistoricidad, el aculturalismo y un enfoque científico-racional, técnico-pragmático y principalmente curativo-normalizador. También se distingue por una relación profesional de la salud-"paciente" asimétrica con subordinación del segundo a una posición pasiva y exclusión de sus saberes. Este modelo influye en la forma de comprender al ser humano y la salud-enfermedad y en la práctica específica de cada profesión y áreas de inserción (Sanz Valer y Rubio Ortega, 2011). Particularmente en TO, existe la tradición reduccionista (Nabergoi et al., 2019), resultado de una búsqueda de legitimación de la disciplina por parte de las otras profesiones intervinientes en la salud, especialmente de la medicina. Su premisa es el uso terapéutico de la actividad y métodos preparatorios para promover la recuperación o el mantenimiento de las funciones alteradas y/o remanentes. Estas intervenciones se basan en el diagnóstico de salud, sustentándose en la idea de que puede consignarse un patrón típico de modificación de la funcionalidad según la patología.

Cuando ocurre una quemadura, a la persona que asiste al hospital se le brinda una atención inmediata y se evalúa la necesidad o no de internación. Los criterios de ingreso a dicha modalidad de atención en el Hospital de Quemados "Dr. Arturo Umberto Illia" son los siguientes:

- Quemaduras AB o B mayores al 20% de superficie corporal.[5]
- Personas menores de 12 años o mayores de 65 años con quemaduras AB o B mayores al 10%.
- Personas que presentan injuria inhalatoria.
- Quemaduras por electricidad de alta tensión.
- Personas con reanimación refractaria.
- Personas con inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Personas menores de edad con sospecha de maltrato infantil" (Hospital de Quemados "Dr. Arturo Umberto Illia", 2022, p.11).

Una vez estabilizado el cuadro clínico, parte del tratamiento de TO descrito en la literatura abarca la aplicación de una batería de técnicas, como movilización articular, confección de equipamiento, ejercicios terapéuticos, cuidados posturales y uso de diferentes tipos de vendaje. A partir de las mismas, se busca intervenir sobre sintomatología específica, preservar las funciones y estructuras, prevenir deformidades, etc. Sin embargo, se considera que el abordaje de la dimensión biológica y las intervenciones descritas no son incumbencias que solamente le conciernen a nuestra profesión sino que podrían y deberían ser implementadas por todo el equipo de salud.

Adicionalmente, la adquisición de esta condición de salud es un evento impactante que irrumpe en la vida de esa persona y su familia, teniendo efectos negativos no sólo en el componente físico sino también psicológico-emocional, en la dinámica familiar, en la participación en actividades cotidianas, en la reinserción social, etc. Se coincide con Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro (2012) en que "el sujeto debe ser percibido más allá de su condición de salud y la intervención debe incluir recursos que permitan la expresión y elaboración de la experiencia de enfermedad y hospitalización, y no sólo la aplicación de técnicas de rehabilitación" (p. 264).

Específicamente en TO en el área de quemaduras,

esto conlleva necesariamente a comenzar a adoptar una visión que vaya más en línea con la tradición ocupacional (Nabergoi et al., 2019). La misma surgió como una búsqueda para dar respuesta a los problemas planteados entre las décadas de 1970 y 1980 en relación a la identidad profesional que la tradición reduccionista dejaba sin resolver. Asimismo, se planteó una concepción diferente del ser humano, visto como un "ser bio psico social" que se desempeña en ocupaciones, a partir de las cuales genera hábitos y rutinas, y cumple con los roles sociales. Las problemáticas a abordar se basan en la discrepancia entre lo esperado por y de la persona en relación a las demandas de la actividad y del contexto y las posibilidades reales de participar.

En el caso de quienes se encuentran transitando un proceso de internación en el hospital, se les plantea el desafío de acostumbrarse a las normas hospitalarias. Lo mismo se traduce en un cambio abrupto en su rutina cotidiana, una interrupción en su desempeño cotidiano y la imposibilidad de circular por sus espacios habituales de interacción (Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012). Entonces, el foco de la intervención de TO con personas con quemaduras se pone en la participación en actividades significativas a partir, de ser necesario, de la modificación de la tarea y/o entorno, y del uso de productos de apoyo[6] para compensar las limitaciones. Se trata de buscar alternativas para mejorar la calidad de vida, resignificando sus actividades y la rutina interrumpida (De las Heras, 2012; Palma, 2016).

## La experiencia desde Terapia Ocupacional en salas de internación

*"Sabido que no hay una única receta para la rehabilitación de la quemadura, no solo tendremos en cuenta la disfunción física que pudiera llevar sino también desde lo social, económico, psíquico y espiritual que ello implica" (Castro, 2023, p. 19).*

Adicionalmente, algunas variables que inciden sobre el trabajo desde la profesión son las condiciones clínicas y quirúrgicas de cada uno/a, la programación de procedimientos quirúrgicos varios días de la semana, la intervención de otros actores que forman parte de la institución y los factores psicosociales

que influyen en el largo proceso de la rehabilitación. En cuanto a la dimensión personal, se pueden identificar múltiples condiciones fisiológicas y emocionales que se afectan mutuamente. El dolor y el prurito son sensaciones complejas que producen gran incomodidad y perturban el sueño, produciendo insomnio, fatiga e irritabilidad. En muchos casos, el descanso se ve perjudicado por recuerdos, pesadillas y/o preocupaciones relacionadas con el contexto en que sucedió la quemadura, pudiendo presentarse trastorno de estrés postraumático (TEPT). A todo esto se suma la pérdida de la función, independencia, dignidad y confianza en sí mismo/a. Es así que la intervención se enmarca en visitas a las salas en momentos aleatorios en base a los horarios, necesidades y predisposición para participar en actividades.

Para caracterizar algunos aspectos de la población atendida, a continuación presentamos tres histogramas de densidad. En el gráfico 2, se muestra el porcentaje de prestaciones realizadas en las distintas salas durante la rotación. En el gráfico 3, la distribución por edad, se observan dos picos (modas) bien marcados: uno en el intervalo de 0 a 10 años, donde las quemaduras ocurren por la negligencia en los cuidados parentales o maltratos (OMS, 2023); y otro pico entre los 45 a 55 años, detectándose en la práctica dentro del hospital que muchas veces se relaciona con el exceso de responsabilidades y/o trabajos precarizados. En el gráfico 4, se presenta el porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ), pudiéndose identificar varios picos, es decir, tiene más de una moda y varias medias.

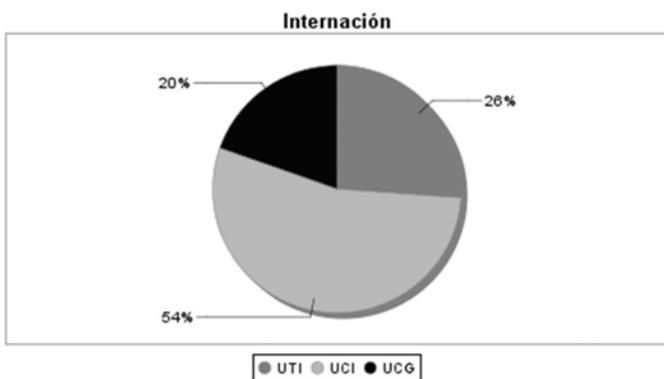


Gráfico 2. Distribución de prestaciones por salas de internación.

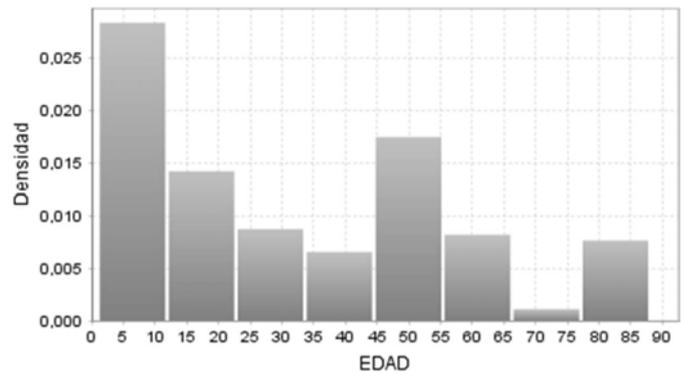


Gráfico 3. Distribución por rangos etarios.

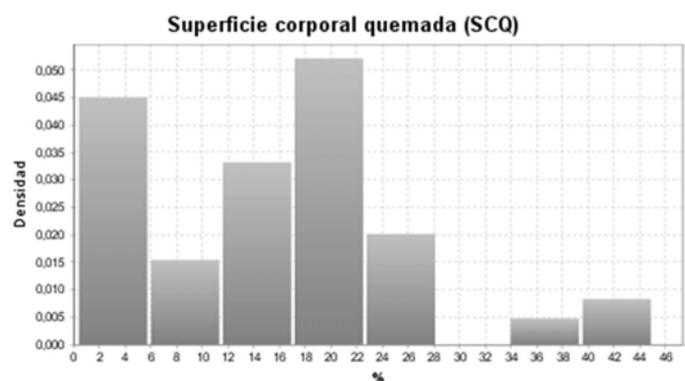


Gráfico 4. Distribución por rangos de superficie corporal quemada.

En el caso de las UCI y UCG de personas adultas y pediátricas, se acuerda con enfermería la observación y acompañamiento en las tareas de higiene y alimentación. A partir de ello, se evalúa el nivel de asistencia requerido, la necesidad de modificaciones ambientales y la posibilidad de realizar vendajes funcionales en las manos para permitir la prensión y reducir el edema. Asimismo, se acercan propuestas de esparcimiento y lúdicas, las cuales

son graduadas de acuerdo a la edad, las posibilidades de movimiento que permite la quemadura y la movilidad funcional en cama, así como también los intereses, motivación y otros ítems que surgen de la entrevista inicial y la continuidad de la intervención y el objetivo terapéutico que se persigue. (Castro, 2023, p. 19)

Actividades con pelotas, aros o globos, juegos de mesa, actividades artísticas con pintura, collage, macramé y seleccionar música para escuchar durante la sesión son algunos ejemplos de actividades que se

implementan, siendo previamente analizadas para determinar el nivel justo de desafío y los productos de apoyo que se podrían necesitar temporal o definitivamente. Se ofrecen múltiples opciones para que la persona pueda seleccionar aquella que es de su interés, favoreciendo la exploración y conocimiento de las capacidades actuales, el sentido de control, satisfacción y goce.

En las salas de internación pediátrica, el foco principal del abordaje es la facilitación de un espacio de juego. El mismo es considerado la actividad principal en las primeras etapas de la vida, siendo un medio a partir del cual las infancias exploran e interactúan con el propio cuerpo, los objetos y el entorno. En los ámbitos de la salud, no sólo debe entenderse como una actividad terapéutica mediante la cual favorecer la adquisición y desarrollo de funciones motoras, cognitivas, afectivas y de aprendizaje. De forma complementaria, brinda la sensación de seguridad ante un entorno que es desconocido y de suspensión momentánea de la realidad, favoreciendo la distracción, la motivación y el disfrute. Permite que el/la niño/a pueda afrontar y (re)significar la experiencia de vivir temporalmente en un hospital e integrarla en su historia de vida. Además, es una herramienta beneficiosa para la interacción entre el equipo de salud y los/as usuarios/as, promoviendo la constitución y mantenimiento de un vínculo terapéutico. En relación a esto último, se coincide con la bibliografía en que la actividad lúdica promueve una dinámica de interacciones opuesta al modelo tradicional de atención en salud. Lo mismo se debe a que se aparta de la habitual pasividad impuesta institucionalmente a partir de la toma de un rol activo por parte del/la joven y la generación de un espacio de intercambio más democrático (Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012; Martins Leôncio et al., 2022).

En cuanto a las UTI de adultos/as y pediátrica, por cuestiones de tiempo y demanda de personal, se excluye la atención de personas que presentan trastornos de la conciencia y/o requieren de asistencia respiratoria mecánica. Otro de los criterios para iniciar el tratamiento es que la persona pueda involucrarse activamente en los servicios que se le van a brindar. En estos casos, el tratamiento inicial con mayor frecuencia consiste en métodos preparatorios. Se busca promover la participación progresiva en actividades significativas, a partir de la mejora de las estructuras y funciones que se vieron

afectadas por la quemadura y/o la inmovilización prolongada (síndrome de desacondicionamiento físico). Sin embargo, el foco siempre está en el sujeto, su historia de vida, sus intereses y motivaciones. Es entonces que, al igual que en las otras salas pero con mayor recaudos por el estado de salud de los/as internados/as, también se llevan a cabo AVDB[7] (alimentación, arreglo personal y movilidad en cama) y actividades de esparcimiento con los materiales que se permitan introducir debido a los protocolos de aislamiento.

Por todo lo antes mencionado, podemos decir que TO acompaña el largo proceso de rehabilitación teniendo una respuesta comprensiva y de apoyo, reconociendo el esfuerzo y progreso de la persona e incentivando su empoderamiento en la toma de decisiones (Yu-Hsien y Mu-Tzu Niu, s.f.). Se considera esencial este espacio de escucha donde, a través del uso de la palabra, ellos/as puedan historizar su vida, comenzar a elaborar psíquicamente la adquisición de una quemadura y expresar sus emociones, miedos, preocupaciones y frustraciones. Es así que la sesión de TO se constituye muchas veces como un lugar para "procesar" las modificaciones físicas-funcionales producidas, al ofrecer la posibilidad de (re)conectar con el cuerpo actual a través de las actividades.

Este acompañamiento también se da con aquellos miembros de la red social de apoyo con mayor participación en los cuidados actuales y futuros de su familiar internado/a; no sólo implica alojar las narrativas, sino brindar información relevante, vehicular las dudas, promover el compromiso ocupacional y ayudar en la preparación para el alta.

La adquisición-evolución de la quemadura y la dinámica familiar se encuentran en una situación permanente de mutua influencia (Carvalho y Rossi, 2006). El/la cuidador/a es la principal fuente de apoyo de la rehabilitación, por lo que es imprescindible observar la interacción paciente-cuidador y realizar la derivación oportuna a los recursos con que cuenta el hospital, principalmente servicio social y salud mental, para brindar la contención necesaria (Yu-Hsien y Mu-Tzu Niu, s.f.).

## Consideraciones finales

*Nuestra profesión posee una comprensión única de la ocupación que incluye: todas las cosas que las*

*personas hacen, la relación entre lo que hacen y quienes son como seres humanos y el hecho de que mediante la ocupación se encuentran en un estado constante de poder llegar a ser diferentes. (Wilcock, 1998)*

La adquisición de una quemadura es un evento repentino y estresante que irrumpe en la cotidianidad y genera un alto impacto físico, emocional y social, pudiendo presentar una situación de privación ocupacional. Por ello, en el ámbito de la rehabilitación, es necesario tener en cuenta a la persona como alguien indivisible de su contexto habitual y actual, con una historia de vida previa y con intersecciones que influyen en su forma de desempeñarse cotidianamente, enfermarse, cuidarse/atender su salud, etc.

En la práctica, esto se traduce en formas de acompañar desde TO que van más allá de las intervenciones asociadas a la tradición reduccionista que mayormente se difunden en la bibliografía. Se presenta la posibilidad de explorar el rol profesional poniendo foco central en el/la usuario/a y sus intereses y motivaciones relacionadas con las actividades que desea realizar y que el contexto actual permita. En este caso, las técnicas centradas en las funciones y estructuras son empleadas de manera preparatoria para favorecer la participación en actividades. Las principales abordadas son aquellas de autocuidado, como alimentación y arreglo personal, y de tiempo libre o lúdicas. Estas últimas, son utilizadas no sólo como un medio sino como un fin en sí mismo, promoviendo la salud y el bienestar integrales y creando oportunidades para resignificar la situación actual de salud-hospitalización.

Si bien se nombraron algunas de las tradiciones y abordajes posibles, existe un gran abanico de oportunidades a otras intervenciones en tanto haya profesionales con deseo, compromiso y creatividad para formarse y desempeñarse en dicha área.

#### Referencias

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). (2020). Marco de Trabajo para la Práctica Profesional de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 4ª edición.
- Carvalho, F. y Rossi, L. (2006). *Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma unidade de queimados sobre a dinâmica familiar: Revisão de literatura*. *Maringá*, 5(2), 243-254. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5088/3300>

- Castro, A. M. (2023). *Diez meses de Terapia Ocupacional en el Hospital de Quemados: de la teoría a la praxis y la gestión*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(1), 15-20.
- De las Heras, C. G. (2012). *El arte de terapia ocupacional (Traducción)*. *TOG (A Coruña)*, 9(16), 1-27. ISSN 1885-527X
- Galheigo, S. M., de Angeli, A. A. C. y Azevedo Luvizaro, N. (2012). *O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanía do cuidar em terapia ocupacional no hospital*. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, 40(16), 261-271. <https://www.scielo.br/j/icse/a/pBCrB-DcpGFT7VnbgWDFJcZH/?format=pdf&lang=pt>
- Hospital de Quemados "Dr. Arturo Umberto Illia". (2022, Abril). *Guía de prácticas clínico-quirúrgicas de los pacientes quemados en la guardia* [Capítulo 3]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Kurakazu, D., & Haruko Hirai, A. (2017). Chapter 42: Burns and Burn Rehabilitation. En McHugh Pendleton, H., & Schultz-Krohn, W. (Eds.) *Pedretti's Occupational Therapy: practice skills for physical dysfunction* (8ª ed, pp. 1910-1972). Elsevier.
- Martins Leôncio, J. S., de Carvalho Fontes da Silva, M.V., Souza Agostini, O., Santos de Souza, L. R. y Ribeiro Soares Araújo, C. (2022). *A perspectiva de crianças e adolescentes sobre brincar durante a hospitalização*. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, 6(4), 1295-1307. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto53666
- Medeiros, M. H. (1999). *La terapia ocupacional en relación con la producción de conocimiento*. V Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Septiembre de 1999. La Rioja, Argentina. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-quilmes/terapia-ocupacional/medeiros-produccion-de-conocimiento-en-to/10115807>
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires, Argentina. 451-464. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Menéndez E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsjGZjnt-qbzZJ6cdTnPN/?format=pdf&lang=es>
- Nabergoi, M., Rossi, L., Albino, A. F., Ortega, M. S., Venturini, Y. D., Itovich, F., Medina, L. N., López, M. L. y Presa, J. (2019). *Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), 12-24.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (13 de octubre de 2023). Quemaduras. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Palma, D. R. d. C. M. (2016). *Terapia Ocupacional en contextos hospitalarios*. *TOG (A Coruña)*, 13, 12. [www.revistatog.com/num23/pdfs/editorial.pdf](http://www.revistatog.com/num23/pdfs/editorial.pdf)
- Sanchez, P., Polonio, B., y Pellegrini, M. (2013). *Terapia ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación*. Editorial Panamericana.
- Sanz Valer, P. y Rubio Ortega, C. (2011). *Ann Allart Wilcock: trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la terapia ocupacional y a la ciencia de la ocupación*. *TOG (A Coruña)*, 8(14), 1-18. <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia1.pdf>
- Wilcock, A. A. (1998). *Reflections on doing, being and becoming*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 248-257.

- Yu-Hsien TU, V., y Mu-Tzu Niu, M. (s.f.). *Factores psicosociales que afectan la rehabilitación de la quemadura* [Curso online]. Sunshine Social Welfare Foundation. <https://es.sunshinetraining.org/courses-1-1/factores-psicosociales-que-afectan-la-rehabilitaci%C3%B3n-de-las-quemaduras>

#### Notas

1. CCEE (consultorio externo agudos), UCG (unidad de cuidados generales), UCI (unidad de cuidados intermedios), UTI (unidad de cuidados intensivos) y RHB/SEG (rehabilitación y seguimientos post internación quemados y cirugía plástica y reconstructiva).
2. Deprivación ocupacional: incluye las circunstancias o limitaciones que impiden a una persona de adquirir, usar o disfrutar ocupaciones. Las condiciones que conducen a deprivación ocupacional pueden incluir: poca salud, discapacidad, falta de acceso al transporte, aislamiento, desempleo, falta de vivienda, pobreza, entre otras (Sanchez, Polonio y Pellegrini, 2013).
3. La ocupación es definida como una serie de acciones en las cuales la persona se involucra en una tarea con significado y propósito.
4. El término actividad pertenece a las acciones observables, y el significado es el sentido que tiene para la persona (Fisher, 2009).
5. Para determinar la extensión de la quemadura existen varias reglas, la más común es la regla de la palma de la mano: el tamaño de la palma de la mano del/ de la paciente equivale al 1% de su superficie corporal. Por otra parte, la profundidad se evalúa como A (superficial o epidermis), AB (intermedia o espesor parcial, es decir, dermis y epidermis) y B (espesor total, epidermis, dermis y tejido adiposo) (Hospital de Quemados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Dr. Arturo Illía, 2022).
6. Productos de baja y alta tecnología que facilitan la participación en actividades cotidianas (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2020).
7. Actividades de la vida diaria básicas (AVDB): Se definen como aquellas actividades rutinarias que se orientan al cuidado del propio cuerpo o autocuidado (Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA], 2020).



# 03

LIC. NÉLIDA INÉS DUCE,  
LIC. MARINA INÉS FIGUEIRA,  
LIC. MARÍA EUGENIA MAIDANA,  
LIC. DAIANA CAROLINA VAZZA

## **Características de la demanda de internación para rehabilitación en el instituto de rehabilitación psicofísica desde el año 2001 al 2018**

## Introducción

El sistema de salud pública del GCABA está conformado por treinta y cuatro hospitales, distribuidos en diferentes niveles de atención. Los mismos no solo brindan respuesta a la población de su ámbito de competencia, sino también al ámbito nacional, países limítrofes y países que integran el cono sur.

Dentro de estos efectores, el IReP es uno de los dos hospitales monovalentes especializados en el tratamiento de rehabilitación de patologías que afectan el aparato locomotor. Esto motiva una alta demanda de atención.

El IReP ofrece dos modalidades de atención: ambulatoria e internación.

En esta última modalidad ve restringido su acceso debido a la cantidad de solicitudes, que superan la disponibilidad de camas de internación (17 de internación para personas de género femenino y 17 para personas de género masculino). Por tal motivo se implementó un dispositivo denominado Clínica de Admisión, integrado por médico fisiatra, quien evaluará el diagnóstico médico, la gravedad de la secuela y criterio de rehabilitación, y un Licenciado en Trabajo Social, quien evaluará las características socio ambientales culturales y la presencia de red familiar o social, a fin de determinar prioridades para la internación.

En muchas ocasiones por disposiciones originadas por estamentos superiores (judiciales, defensorías, ministerio de salud GCABA, etc.) no se contempla el procedimiento de admisión mencionado, o se omiten los criterios establecidos precedentemente.

A partir del año 2001 el Departamento de Servicio Social lleva un registro de pacientes que solicitaron internación a través de la Clínica de Admisión. Los datos que conforman este registro se obtienen de los informes médico y social que originan la solicitud.

Este registro permite conocer: fecha de solicitud, origen de la demanda, diagnóstico y su secuela, lugar de procedencia del paciente, cobertura de los subsistemas de salud, fecha de internación en caso de otorgarse la vacante, y consideraciones sobre la evolución del caso (registros de evaluación médica y social, comunicaciones con el efector que solicita la demanda, otros profesionales intervinientes, familia-

res o su red social, entre otros).

Cada profesional del Servicio Social que recibe una solicitud de internación tiene la tarea de leer los datos en estado bruto (el resumen de historia clínica y el informe social solicitados) organizarlos, codificarlos y tabularlos en la base de datos, para que, luego (semanalmente), el equipo de Clínica de Admisión pueda abordar las solicitudes y dar respuesta a quien generó la demanda. Cada una de estas solicitudes es cargada en el registro del Departamento.

La **pregunta** que motivó la realización del presente trabajo de investigación es: ¿Cuáles fueron las características que se evidenciaron en la demanda de internación para rehabilitación en el IReP desde el año 2001 al 2018?

**Objetivo general:** Caracterizar la demanda de internación para rehabilitación en el IReP, a través del registro de Clínica de Admisión, durante el período de 2001 al 2018.

### Objetivos específicos:

1. Definir la cantidad de solicitudes de internación.
2. Describir el perfil socio demográfico de la población solicitante.
3. Identificar el origen de las solicitudes de internación y los diagnósticos de salud que motivan las solicitudes de internación.
4. Identificar la demanda de pacientes que obtiene o no una vacante en internación para rehabilitación.
5. Construir estado del arte a fin de establecer futuras intervenciones profesionales.
6. Establecer estado del arte con el objetivo de problematizar la accesibilidad a rehabilitación y las necesidades que interpelan al subsistema de salud pública.

En virtud de este interrogante, se propone describir el origen de la demanda de internación, características de la población solicitante, su evolución en el tiempo y establecer posibles cambios en cada sexenio.

Contando con dieciocho años de registro exhaustivo de las demandas de internación para rehabilitación recibidas se planteó la inquietud del estudio para sistematizar esa información recabada. Otro de los

factores que dieron lugar a esta investigación radicó en un estado del arte nulo al respecto; no se cuenta con antecedentes de sistematización del perfil de la demanda que solicita internación para rehabilitación en otros hospitales.

La investigación realizada aporta una primera aproximación sobre el origen de las demandas y su perfil socio demográfico. Asimismo, se considera que los resultados que arroja esta investigación sirvan de base para futuros estudios, y den espacio a nuevas problematizaciones.

## Material y método

Para realizar el presente trabajo se utilizó la base de datos del Departamento de Servicio Social de pacientes que solicitaron internación a través de la Clínica

de Admisión desde el 01/01/2001 al 31/12/2018. Por lo tanto, cabe afirmar que no se trabaja con una muestra sino con el **universo** de dichas solicitudes. Para el análisis de dicha base de datos se utilizó como **fuentes** el registro de la Clínica de Admisión.

Las **unidades de análisis** con las cuales se trabajó son las solicitudes de internación 2001-2018.

Se trata de un **tipo de estudio** descriptivo, observacional, diacrónico- longitudinal, retrospectivo.

La **metodología** utilizada es cuantitativa.

El **análisis de los datos** se realizó mediante el Sistema R.

## VARIABLES DE ESTUDIO

| Variable                                      | Definición   | Valores límites (códigos)                                    |
|---|--|--|
| Edad  | Dato medido en años cumplidos.   | Se estima un rango de entre 13 y 95.                         |
| Género  | Identidad según atributos asignados culturalmente. Si bien en la actualidad se desestima la concepción binaria, a los fines de este estudio se retoma esta concepción clásica. | F: Femenino.   |
|   |  | M: Masculino.  |
| Domicilio                                     | Jurisdicción físico-política de residencia del paciente.   | CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.                       |
|   |  | GBA: Gran Buenos Aires.                                      |
|   |  | INT: interior del país.                                      |
|   |  | PBA: resto de la provincia de Buenos Aires.                  |
| Cobertura de los subsistemas de salud         | Posesión del beneficio de alguno de los subsectores de seguridad social o privado del sistema de salud argentino.  | NO.  |
|   |  | SÍ.  |
| Tipo de cobertura de los subsistemas de salud | Clasificación en caso de contarse con el beneficio de alguno de los subsectores de seguridad social o privado del sistema de salud argentino.                                  | IS: Incluir Salud.   |
|   |  | OT: obras sociales sindicales, institutos, medicina prepaga. |
|   |  | PAMI: Programa de Atención Médica Integral.                  |

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| Origen de la Demanda | Actor (institucional o físico) causante de la solicitud de intervención de la Clínica de Admisión, cuya intención es conseguir una vacante de internación para rehabilitación en beneficio de un tercero (paciente). | DDC: demanda directa de pacientes con cobertura de los subsectores de seguridad social y/o privado y demanda directa desde esos subsistemas.  |
|                      |  | DDS: demanda directa de pacientes sin cobertura de los subsectores de seguridad social ni privado.  |
|                      |  | HGCB: hospitales del GCBA.  |
|                      |  | HN: hospitales nacionales.  |
|                      |  | HP: hospitales provinciales y casas de las provincias.  |
|                      |  | IREP.   |
|                      |  | JUD: demanda directa de organismos judiciales (Defensoría del Pueblo, Dirección de Orientación al Habitante, Ministerio Público Tutelar, Ministerio Público de la Defensa, Juzgados, Ministerio de Salud GCBA). |
| Diagnóstico Médico   | Juicio emitido por un profesional de la medicina, por el cual se identifica una enfermedad.  | ACV: accidente cerebrovascular.   |
|                      |  | AMP: amputación.  |
|                      |  | AR: artritis reumatoidea.   |
|                      |  | FXC: fractura de cadera.  |
|                      |  | GB: Guillain Barré.   |
|                      |  | LM: lesión medular.   |
|                      |  | MMC: mielomeningocele.  |
| Internación          | Resolución de la Clínica de Admisión a la demanda de internación.  | NO: no obtuvo vacante para internación (sin criterio médico para internación, sin cama disponible o con criterio médico para tratamiento ambulatorio).  |
|                      |  | SÍ: obtuvo vacante para internación.  |

## Presentación de resultados

### Observaciones a nivel general

En los 18 años de estudio se recibieron 1693 solicitudes para rehabilitación en modalidad internación.

Se concentra la mayor cantidad de solicitudes entre los años 2015 a 2018, con una demanda sostenida. En el año 2016 se registró el máximo de demandas

de solicitudes (142).

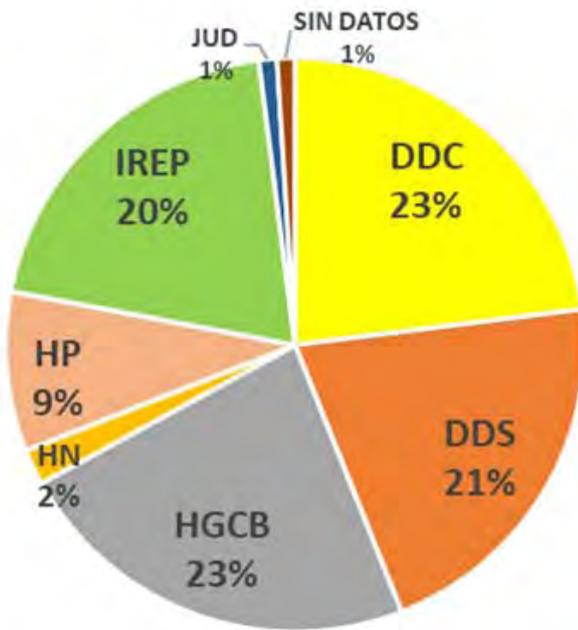
Comparativamente, en los años 2009 y 2011 se observa una similar cantidad de solicitudes.

Durante el período 2012 a 2014 disminuyó la demanda (en estos 3 años se da el menor porcentaje de solicitudes en los 18 años).

Con referencia al origen de las solicitudes de internación, se observa que comparten el mismo porcentaje aquellas provenientes de DDC, HGCB, DDS e IREP,

entre 20 y 23% (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1**  
**ORIGEN DE LAS SOLICITUDES**



Fuente: Departamento de Servicio Social del IReP

| Origen de la Demanda | Cantidad | %  |
|----------------------|----------|----|
| DDC                  | 392      | 23 |
| DDS                  | 356      | 21 |
| HGCB                 | 381      | 23 |
| HN                   | 26       | 2  |
| HP                   | 156      | 9  |
| IREP                 | 340      | 20 |
| JUD                  | 23       | 1  |
| SIN DATOS            | 19       | 1  |

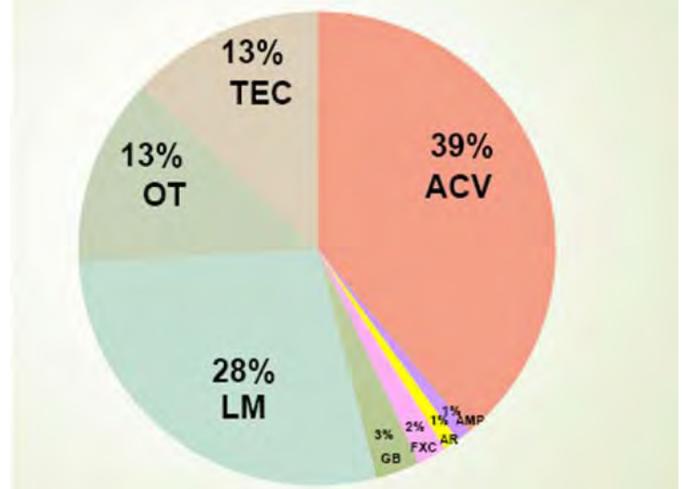
La prevalencia en los diagnósticos de salud, se encuentra en primer lugar pacientes que presentaron ACV (40%); en segundo orden, LM (30%); en tercer lugar, TEC (13%). En la categoría Otros, donde se agrupan diagnósticos varios, también se registra un 13% (Gráfico 2).

En referencia a la variable género, la mayor cantidad de solicitudes se concentra en el masculino (casi el 70% de los casos).

La media de edad de la población solicitante es de 48

años. La mayor concentración de solicitudes se da en el rango de los 46 a los 63 años, con una mediana en 49 años.

**GRÁFICO 2**  
**DIAGNÓSTICOS DE SALUD**



Fuente: Departamento de Servicio Social del IReP

| Diagnóstico | Cantidad | %  |
|-------------|----------|----|
| ACV         | 660      | 39 |
| AMP         | 17       | 1  |
| AR          | 17       | 1  |
| FXC         | 34       | 2  |
| GB          | 51       | 3  |
| LM          | 474      | 28 |
| MMC         | 0        | 0  |
| OT          | 220      | 13 |
| TEC         | 220      | 13 |

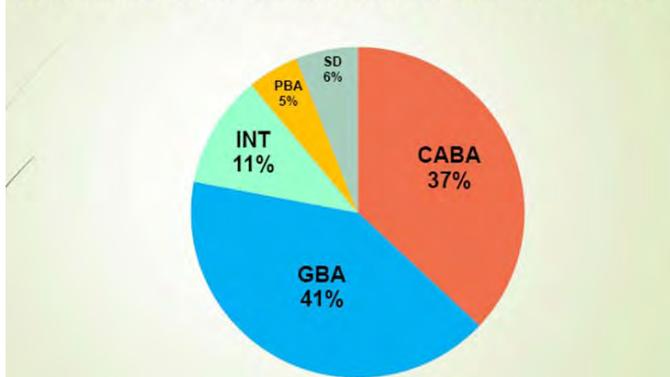
La población solicitante se domicilia en su mayoría en el GBA (41%); luego, en la CABA (37%); y un 11% proviene del interior del país (Gráfico 3).

El mayor porcentaje de la población carece de cobertura de salud (60%) (Gráfico 4).

En aquellos pacientes que poseen cobertura de los subsectores de seguridad social y/o privado (40%), la distribución se compone en su mayor porcentaje por PAMI (20%), otras un 13%, y un 7% Incluir Salud.

**GRÁFICO 3**

**DOMICILIO DE RESIDENCIA DEL PACIENTE**



Fuente: Departamento de Servicio Social del IReP

| Domicilio | Cantidad | %  |
|-----------|----------|----|
| CABA      | 626      | 37 |
| GBA       | 694      | 41 |
| INT       | 186      | 11 |
| PBA       | 86       | 5  |
| SD        | 101      | 6  |

De las solicitudes recibidas en Clínica de Admisión se internó el 37% de las mismas. Este porcentaje se distribuyó de manera similar a lo largo de los 18 años[5]. Se observa que el mayor porcentaje se dio en el año 2002; mientras que en el periodo de 2015 al 2018 se mantuvo sostenido el porcentaje de casos de internados para rehabilitación.

### Observaciones por sexenio

De acuerdo al análisis de la cantidad de solicitudes de internación, en el primer sexenio (2001-2006) se registró el 28% de las solicitudes totales, en el segundo (2007-2012) el 34% y en el tercero (2013-2018) el 38% (Gráfico 5).

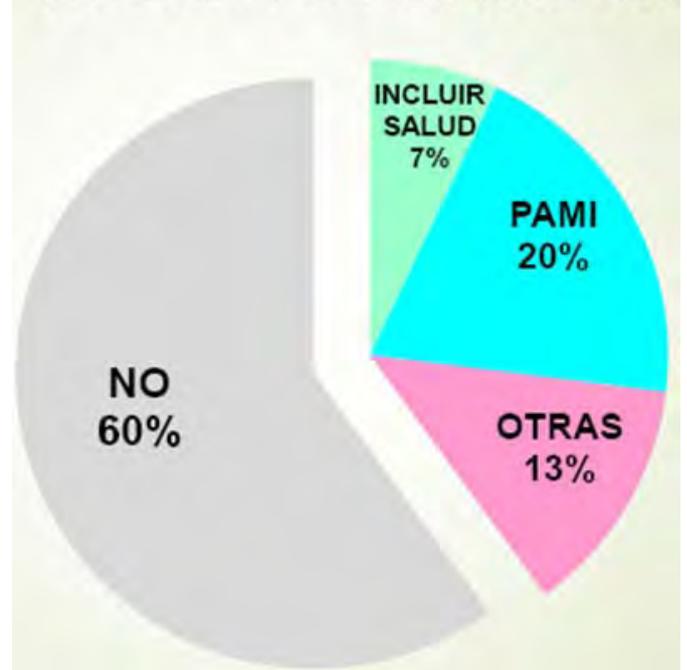
Con referencia al origen, en el primer sexenio se observa que la categoría predominante es DDS (38%), en el segundo sexenio DDC (34%) y en el tercero HGCB (33%).

La categoría DDC presenta un comportamiento llamativo, dado que en el primer sexenio el porcentaje de solicitudes fue de 22%, en el segundo sexenio aumentó su valor al 34% y en el tercer sexenio se

redujo a un 16%.

**GRÁFICO 4**

**TIPO DE COBERTURA**



Fuente: Departamento de Servicio Social del IReP

| Tipo de cobertura | Cantidad | %  |
|-------------------|----------|----|
| INCLUIR SALUD     | 118      | 7  |
| PAMI              | 338      | 20 |
| OTRAS             | 221      | 13 |
| NO                | 1016     | 60 |

Para la categoría DDS se observa un abrupto descenso en las solicitudes en cada sexenio.

En las categorías HGCB e IREP se observa un incremento en las solicitudes originadas en cada sexenio. Ambas categorías mantuvieron la misma tendencia, aunque HGCB el aumento fue más pronunciado.

En relación a la variable diagnóstico de salud, las solicitudes de pacientes con ACV predominaron en cada uno de los sexenios. En un segundo lugar, LM. Y, en tercer término, TEC.

En el primer sexenio, comparten casi la misma cantidad de solicitudes los pacientes que presentaron ACV y LM.

Para la variable género, se puede observar que en todos los sexenios predominan las solicitudes de pacientes masculinos, manteniéndose la misma proporción dentro de cada género a través de cada sexenio.

**GRÁFICO 5**



Fuente: Departamento de Servicio Social del IReP

| Sexenio | Cantidad | %    |
|---------|----------|------|
| 1°      | 478      | 28,2 |
| 2°      | 576      | 34   |
| 3°      | 639      | 37,7 |

La media de edad mantiene el mismo comportamiento que a nivel general, ubicándose en 48 años. La mediana para el primer sexenio se ubicó en 46 años; para el segundo, en 50; y para el tercero, en 51.

El mayor predominio de domicilio de residencia de los pacientes solicitantes mantiene el mismo comportamiento que a nivel general, ubicándose el GBA en primer lugar. En segundo lugar, la CABA. Y, en tercer lugar, el interior del país.

Respecto a la variable cobertura de los subsistemas de seguridad social y/o privado, en el primer sexenio predomina su ausencia en casi un 70%, porcentaje que en el segundo es de 50%, mientras que en el tercero se incrementa a 60%.

En relación al tipo de cobertura de los subsistemas de seguridad social y/o privado, en el primer sexenio predominó la categoría Otros; y el segundo y tercero guardan relación en la distribución, predominando PAMI.

Es de observar que entre el primero y el segundo sexenio se presenta una marcada diferencia en la distribución del tipo de cobertura. PAMI aumentó del 12% al 27%, Otros disminuyó de 17% a 12%, e Incluir Salud aumentó del 3% al 7%.

Respecto a internación, en el primer sexenio se internó el 54% de los pacientes que solicitaron internación por el dispositivo Clínica de Admisión; mientras que en el segundo y tercero sexenio se redujo al 30%.

## Análisis bivariado

Estas correlaciones bivariadas corresponden al análisis general.

**Género y diagnóstico:** ACV predomina en la población de género masculino (24%) como de femenino (15%).

En los diagnósticos LM (22%) y TEC (11%) predominan los casos de género masculino.

**Género y edad:** la media de casos de género femenino es de 54 años, y para casos de género masculino, de 44.

La mayor concentración en las mujeres se da en el rango 40 a 69 años; mientras que en los hombres, de 27 a 60.

La mediana en las mujeres se ubica en los 57 años, y en los hombres, en 46.

**Diagnóstico y edad:** para el diagnóstico ACV, la edad media de los casos es de 60 años. Para LM, de 36 años. Y para TEC, de 31.

**Diagnóstico e internados:** los diagnósticos que predominaron en internación fueron LM (16%); en segundo lugar, ACV (12%) y, en tercer lugar, mantiene un porcentaje similar el diagnóstico TEC y la categoría Otros.

**Internados y cobertura de los subsectores de seguridad social y/o privado:** de los pacientes que se internaron, predominan quienes carecían de estas coberturas (23%). Quienes contaban con estas coberturas representan el 14%.

**Internados y tipo de cobertura de los subsectores de seguridad social y/o privado:** dentro de este 14% de pacientes que se internaron y que contaban con estas coberturas (doble filtro: internados y con

cobertura), el tipo de cobertura predominante fue PAMI (7%) y en segundo lugar Otros (5%).

**Origen de la demanda e internados:** retomando el total de pacientes que se internaron, los pedidos fueron originados en primer lugar desde el IREP, seguido por DDS, luego DDC y por último HGCB.

**Internados y domicilio:** de los pacientes que se internaron, predominan quienes residían en el GBA (18%) y en la CABA (14%).

## Conclusiones y discusión

En referencia la cantidad de solicitudes, la tendencia fue en aumento a lo largo de los sexenios. Pudo inferirse que el dispositivo de Clínica de Admisión fue consolidándose a lo largo de los años como principal vía de recepción de solicitudes para internación.

En cuanto al origen de la demanda, predominaron las solicitudes de internación de HGCB, DDC, DDS e IREP.

En relación a diagnósticos, los predominantes fueron ACV, seguido por LM y TEC. Esta tendencia fue general y se mantuvo en los tres sexenios.

En referencia al género, el predominio de las solicitudes fue masculino, manteniéndose a lo largo de los tres sexenios, en un porcentaje que duplica al femenino.

Con respecto a la edad, se mantuvo la media de 48 años. La mayor concentración de solicitudes se dio en el rango de los 46 a los 63 años.

En cuanto al domicilio, predominaron las solicitudes de los pacientes con domicilio en GBA, seguidos por los de CABA. En tercer lugar se ubicaron los residentes en el interior del país.

En relación a la cobertura de salud de los subsectores de seguridad social y/o privado, predominaron las solicitudes de pacientes que carecían de algún tipo de estas coberturas.

En referencia al tipo de estas coberturas, la predominante fue PAMI.

Con respecto a la internación, de las solicitudes recibidas logró vacante para internación en rehabilitación el 37% de las mismas[6].

Por último, en cuanto al cruce de variables más

relevante, se agruparon la mayor cantidad de casos de género masculino con diagnósticos ACV, LM y TEC (mismo orden que en el análisis general), y predominando el diagnóstico ACV en los casos de género femenino.

Se vuelve necesario el debate respecto al 63% de personas que solicitaron vacante en internación y que no la obtuvieron. En este punto existirían, al menos, dos situaciones para pensar: por un lado, habría personas que, según criterio médico, ameritaban tratamiento en modalidad ambulatoria.

Pero, por otro lado, hay personas que aún con criterio médico para realizar tratamiento de rehabilitación en modalidad internación, no obtuvieron vacante puesto que la cantidad de recurso humano, económico e infraestructura no se encontraban a la par de la demanda.

Caracterizar la demanda y evaluar la capacidad de respuesta que se puede brindar (o no) desde el hospital público interpela si la oferta es acorde a las necesidades de la sociedad. La respuesta es negativa, lo que lleva a pensar sobre estrategias y recursos necesarios para satisfacer esta demanda insatisfecha.



### Notas

1. Lic. en Servicio Social. Exjefa del Departamento de Servicio Social del Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
2. Lic. en Trabajo Social. Jefa de Sección del Departamento de Servicio Social del Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
3. Lic. en Trabajo Social. Profesional de planta permanente del Servicio Social del Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
4. Lic. en Trabajo Social. Profesional de planta permanente del Servicio Social del Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
5. Cabe destacar que no son la totalidad de casos internados en esos años, dado que hay internaciones que no corresponden a rehabilitación, sino a cirugía ortopédica y plástica.
6. Se recuerda que no fueron la totalidad de casos internados en esos años.



# 04



**LIC. LAURA SVIRSKY**  
Trabajadora social del  
CeSAC N° 29.

## **Del dicho al hecho. Equipos Básicos territoriales: análisis desde la práctica profesional.**

### **Introducción**

Los equipos básicos territoriales (EBS) funcionan en el CeSAC desde el año 2016. La creación de dichos equipos fue una propuesta del Ministerio de Salud del GCBA que buscaba fortalecer el primer nivel de atención y aprobó para ello la Norma SSAPAC DGCCOM 01/16. Al fortalecimiento del primer nivel de atención además se sumaba la estrategia de implementar una red integrada de cuidados progresivos[1] que buscaba aumentar la atención integral

por niveles de atención y mejorar la accesibilidad de la población. Para eso se proyectó también la construcción de Centros de Especialidades Médicas de Referencia (CEMAR) como centros de mediana complejidad que funcionaran con agendas y derivaciones realizadas desde el primer nivel de atención. Dicha estrategia además incorporó el uso de la Historia clínica electrónica (HCE)[2] primeramente en los centros de salud para luego ampliarlo a los hospitales públicos con la intención de mejorar y ampliar los sistemas de información y comunicación.

*“Los equipos básicos de salud se constituyen como una de las principales políticas de salud implementadas en las gestiones de los últimos años del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este sentido la misma se ha constituido en una de las principales estrategias de abordaje de la perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS), en nuestro Sistema de Salud actual” (Fariña, C, 2021)”*

Pero desde su implementación hasta la actualidad, considerando además que se atravesó la pandemia[3], cabe preguntarse si la misma es eficaz como estrategia de atención primaria, en las condiciones actuales que se llevan a cabo las políticas de salud en CABA. En este sentido, el objetivo del presente artículo es analizar el funcionamiento de los EBS y visualizar las contradicciones que se generaron en el sistema de salud desde su implementación.

Si bien el análisis de lo sucedido toma como foco lo que sucede al interior del efector en el cuál desarrollo mis tareas, se puede pensar que varias de las caracte-

rísticas aquí mencionadas pueden ser parte de la cotidianeidad de varios CeSAC dentro de la CABA.

El desarrollo tomará en cuenta algunas de las contradicciones que se observan en el quehacer cotidiano: equipo básico (médico/enfermero) o atención interdisciplinaria, trabajo por programa o trabajo por territorios, responsabilidad territorial o atención programada, territorio como un todo o fragmentación de los territorios, entre otras cosas.

### **1) Primera contradicción: ¿Quiénes conforman parte del equipo básico territorial?**

La normativa establece que la estructura principal de funcionamiento de los equipos básicos de salud estará compuesta por al menos un médico generalista/de familia, un pediatra y un enfermero/a. *“Este Equipo de salud articula con un grupo ampliado y matricial de una red de profesionales de la salud, que apunta a ofrecer un respaldo en la atención integral de las familias. De acuerdo a las particularidades de cada población y, por tanto, de cada CeSAC, el sustento matricial contará con trabajadores sociales, odontólogos/as, kinesiólogos, psicopedagogos/as, nutricionistas, psicólogos/as, antropólogos y sociólogos entre otros. Estos profesionales harán un trabajo transversal y simultáneo con varios equipos de salud” (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA).*

La creación de los equipos básicos y su formulación en esta normativa es una traspolación de la experiencia brasileña en relación al trabajo que De Souza Campos

denominó Equipos de Referencia con Apoyo Especializado Matricial. *“...este equipo de referencia se encuentra conformado por disciplinas biomédicas (Medicina General, Pediatría y Enfermería), y es acompañado de un segundo equipo que oficia de equipo matricial de contención y asesoramiento donde se incorporan otras profesiones de la salud como Salud Mental y Trabajo Social. Se entiende así que esta estructura propuesta, incluye un primer equipo que deberá abarcar una inserción territorial concreta y un segundo anillo que oficiará de apoyo a las intervenciones que promueva el primero.” (Fariña, C, 2021)*

Este primer planteamiento en la normativa ya tuvo una amplia repercusión dentro del equipo de salud. Primeramente, porque la estructura biomédica de los equipos básicos implicaba un retroceso en lo que se concibe como salud integral. ¿Se puede garantizar atención integral sin la conformación de equipos interdisciplinarios en la base del proceso? ¿Son los problemas de la población solo biomédicos? ¿Las disciplinas no médicas no tienen injerencia territorial?

Esta primera contradicción y la mirada de equipo matricial como “apoyo”, ya generó resquemores en el CeSAC, principalmente porque muchas de las disciplinas no médicas realizaban, antes de la incorporación de los nombramientos de los equipos básicos, un trabajo territorial de larga data. Sumar profesionales al CeSAC para un trabajo que ya se realizaba sin tener en cuenta el trabajo previo sumó conflicto de miradas y desencuentros que en un primer momento no fueron fáciles de sortear. Además por la confor-

mación básica de los equipos, no se tenían en cuenta, no solo el trabajo previo, sino tampoco, la participación de base de otras profesiones no médicas.

Una vez superado el conflicto inicial sobre el entendimiento de lo que implica el trabajo en territorio se armaron equipos básicos más amplios de lo que definía la normativa. La mayoría de los equipos básicos sumaron, además de las disciplinas médicas, enfermería y promotoras de salud, otras especialidades (nutrición, psicología, obstetricia y/o trabajo social) a la planificación y ejecución de actividades.

## 2) Segunda contradicción: ¿equipo territorial o área programática[4] en su conjunto?

Otro punto a considerar es que al dividir el área programática en territorios se modificó las responsabilidades de los profesionales sobre un área más general a una más acotada. El CeSAC N 29 se dividió en tres equipos básicos y/o tres áreas territoriales. La lógica de dicha división fue responsabilidad del equipo. Quedaron conformados, por un lado:

- El Barrio Inta, que es el más cercano al CeSAC pero también el que mayor crecimiento ha tenido a nivel poblacional por la construcción hacia arriba de las viviendas. También es el barrio que mayor concentración de instituciones formales tiene (jardines, Centro de Primera Infancia, sede NIDO, comedores).
- Los asentamientos M. Auxilia-

dora, Bermejo y Obrero. Son asentamientos que han crecido verticalmente también. Las instituciones presentes formales son menores en cantidad, aunque la población de dichas áreas también es menor en relación a todo el Barrio Inta.

- Por último, algunas plateas del Barrio Padre Mugica (ya que algunas son responsabilidad del CeSAC N° 7). Dicho barrio fue el último en conformarse dentro del área, adjudicando viviendas a habitantes comprendidos en la causa de la Cuenca Matanza Riachuelo y el asentamiento incendiado de Villa Cartón, lo que suma una complejidad extra por las condiciones de extrema vulnerabilidad que arrastra la población.

La conformación de estos tres equipos y la organización del trabajo que lleva a cabo cada uno en su territorio son disímiles dependiendo no solo de las características barriales antes descritas sino también de los criterios profesionales presentes en los mismos. Cada equipo realiza y planifica sus objetivos y actividades de acuerdo al diagnóstico territorial que ha realizado y sus posibilidades de acción y ejecución pueden variar, no solo por las dinámicas presentes en cada barrio, sino también por el criterio profesional utilizado. Si bien es lógico pensar que cada equipo pueda plantear distintas formas de conseguir un mismo objetivo por las diferentes características barriales, las diferentes acciones que se llevan a cabo en cada territorio pueden verse como una atención diferenciada de la salud, donde pueden verse favorecidas ciertos núcleos

poblacionales en detrimento de otros.

Esta falta de coordinación entre los equipos básicos no se considera un error en su planteamiento o formulación, más bien puede leerse como un desacierto en la gestión de los mismos que se viene arrastrando desde sus orígenes. Al no plantearse objetivos comunes a los tres equipos ni reuniones periódicas de diagnóstico y coordinación en su conjunto resulta difícil sortear esta dificultad produciendo fragmentación y diferenciación en la atención.

A su vez implicó pensar y reformular el trabajo que se hacía por programas con un gran componente territorial como lo constituía el CEPAD[5] o el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) sobre todo para evitar superposición de actividades en los barrios. Por ese motivo, algunas de las actividades que se realizaban en un programa pasaron a formar parte de la planificación de los EBS. Esto produjo fragmentación en la visualización del problema general cómo puede ser la adherencia al tratamiento de ECNT como un problema a resolver por el EBS y no como un problema que puede tener toda el área programática.

Por otro lado, la población suele circular por los tres barrios siendo muchas veces esta división más formal que real. A los comedores y jardines del Barrio Inta concurre población de los asentamientos y del Barrio Padre Mugica. Lo mismo sucede con el resto de las instituciones insertas en el barrio. Cuando se realizan actividades de prevención/promoción de la salud en un territorio no implica que no

accedan personas de los demás territorios. Este recorte barrial suele ser más tajante cuando las actividades están vinculadas al domicilio de las personas. Por ejemplo, controles de salud a niños de determinado barrio, o seguimiento de personas con ECNT que realiza un determinado EBS.

Esta división más formal que real también se visualiza en la atención cotidiana que se realiza puertas adentro. Cada profesional tiene asignado en su perfil electrónico de atención el territorio que tiene a cargo, pero en la dación de turnos para atención programada o inmediata dentro del efector esta división ya no tiene ninguna validez y los mismos suelen atender cotidianamente a personas provenientes de cualquiera de los tres territorios e inclusive de la Provincia de Buenos Aires. En el otorgamiento de turnos no se contempla la responsabilidad territorial sino la disponibilidad de turnos por especialidad.

Nadie puede negar el beneficio directo que tiene para la población la ampliación del recurso humano para dar respuesta a los problemas de salud. La posibilidad de contar con mayor recurso humano, (por los nombramientos para la conformación de los EBS), ha impactado en un aumento de la oferta y disponibilidad de turnos sobre todo de especialidades médicas. Pero en la organización cotidiana, el trabajo en equipos básicos es una pequeña parte del trabajo total y es incongruente con la actividad que se realiza cotidianamente en el consultorio. Por eso mismo, cabe preguntarse la validez de la lógica en trabajo en territorios que se produce en detrimento de una visualización del

área programática en su conjunto o en las estrategias que se necesitan para unificar la tarea de los EBS y no se produzca una atención diferencial según el domicilio donde las personas residen.

### **3) Tercera contradicción: objetivos de los equipos básicos vs políticas de salud implementadas con posterioridad.**

La norma establece que: *“los Equipos Básicos de Salud tienen como objetivo la mejora continua en el abordaje de los procesos de salud -enfermedad -atención -cuidado a través de la conjunción entre la atención integral, el trabajo integrado con la comunidad y sus organizaciones y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan la situación de salud de la población. Es por ello que el Equipo de Salud tendrá familias a cargo como población nominalizada y se dedicará al cuidado continuo e integrado de sus miembros, al fortalecimiento de la salud comunitaria y de la intersectorialidad”* (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016). Este objetivo así descrito plantea estrategias relacionadas con la atención primaria de la salud: atención integral, intersectorialidad y fortalecimiento/participación comunitaria.

Para ello también la norma contempló funciones y responsabilidades entre las que se destacan: monitorear y evaluar el estado de salud de su población a cargo; proveer servicios de atención primaria, realizando la articulación con otros niveles de atención; comprender los procesos sociales

en su territorio, desarrollando un rol activo en la comunidad; desarrollar proyectos y acciones de promoción y prevención de la salud, búsqueda de las personas que no están accediendo al sistema de salud, elaborar estrategias de seguimiento para las familias de acuerdo a los distintos niveles de riesgo y/o vulnerabilidad, etc. (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016). Para cumplir con estas responsabilidades el equipo de salud deberá realizar: atención en consultorio; visitas a domicilio para relevar la situación familiar, actividades de promoción y prevención en sala de espera y en territorio, actividades de diagnóstico territorial y comunitario del área / población a cargo, actividades de generación y sostenimiento de articulación intersectorial, seguimiento de las derivaciones, reuniones con el equipo y extendido (referentes, personas de la comunidad que incorpore a su equipo), contribuir a la construcción de redes de diferentes organizaciones, motivar la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud, etc. (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016)

Esta normativa tan amplia en cuanto a sus funciones, responsabilidades y acciones ha entrado en contradicción luego de la pandemia con las políticas de salud implementadas por el Ministerio de Salud de CABA.

Paralelamente al planteamiento de objetivos y acciones tan amplios en el marco del funcionamiento de los equipos territoriales, se solicita a los profesionales el cumplimiento de una agenda electrónica que permita a

la Línea 147 brindar turnos con las distintas especialidades sin tener en cuenta ningún tipo de mecanismo que le permita flexibilidad para adaptarse a las actividades planificadas. En la asignación de estos turnos la territorialidad desaparece como estrategia, así como también desaparece la interdisciplinariedad ya que son limitadas este tipo de agendas de acuerdo a la distribución de las horas profesionales asistenciales. Por lo tanto, el trabajo de los EBS se debe circunscribir a horas específicas ya predispuestas con antelación en la agenda. Esta disposición de agendas funciona como límite a la hora de planificar actividades, de pensar el trabajo intersectorial o participar de actividades comunitarias.

En la misma línea, la implementación de la Historia clínica electrónica, como estrategia complementaria a la creación de los EBS ha presentado las mismas contradicciones arriba descritas. Por un lado, ha sido un gran avance a nivel registro, sistematización, y coordinación con otros niveles de atención. También funciona como instrumento diagnóstico para pensar a nivel territorial. Pero desde su implementación hasta la actualidad, en vez de servir de insumo para la planificación territorial, se ha convertido en un elemento de control de la gestión: de la cantidad de horas profesionales destinadas a la asistencia, de la disponibilidad de turnos para ofrecer a través del 147, o de la duración de cada atención. Por otro lado, no se han formalizado mecanismos de actualización de datos de domicilio o contacto de las personas empadronadas, lo que implica la falta de contem-

plación sobre la movilidad poblacional que es más frecuente en poblaciones vulnerables.

La incongruencia entre lo formalizado y lo ejecutado suele exceder la intención, visión o capacidad de los equipos de salud. ¿Cómo implementar una estrategia de salud como la de equipos básicos si posteriormente se formalizan criterios de control de productividad y eficiencia profesional alejados de los principios de la atención primaria de la salud y la posibilidad de pensar y planificar la salud a nivel territorial?

En el mismo sentido, la normativa de los EBS propone una *“estructura matricial con una red organizada según complejidad del paciente, con procesos comunes y estándares en cada nivel, con áreas programáticas que integran los niveles de complejidad en un territorio, para garantizar la coordinación vertical entre la comunidad, CESACs y hospitales en ambos sentidos.”* (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016). Pero posteriormente a dicha definición los centros de salud pasaron su dependencia a la subsecretaría de Atención primaria de la salud lo que implicó también que la articulación con niveles de complejidad más altos como podía ser el del Hospital Base pasará a ser más lábil, inconsistente y solo relegado a casos puntuales de articulación. En vez de buscar mecanismos para mejorar la articulación con los niveles de complejidad más crecientes cercanos al efector primario de la salud este traspaso funcionó de manera contrapuesta. ¿Cómo integrar niveles de complejidad si el centro de salud ya no tiene dependencia hospitalaria? ¿Cómo coordinar con el hospital si las políticas definidas

por la subsecretaría de atención primaria difieren de las llevadas a cabo por las direcciones hospitalarias?

## Reflexiones finales

Cómo se desarrolló previamente el trabajo en EBS rompió con la lógica organizacional establecida previamente sumando recurso humano con objetivos de trabajo en territorio que permitió ampliar, en un primer momento, las actividades comunitarias. La creación de la HCE ha sido un elemento sumamente útil como herramienta de planificación, diagnóstico y registro de salud. Pero los beneficios que se pueden visualizar en la lógica institucional se ven rápidamente opacados y limitados dadas las condiciones laborales que se vienen implementando con lógica gerencial y de productividad que vienen aconteciendo en estos últimos años.

Por otro lado, la implementación de EBS y la división de los territorios dentro del área programática brindó responsabilidades a los profesionales en un área concreta en detrimento de la visualización de los objetivos de salud del equipo de salud como un todo. Sortear estas dificultades requiere gestión, visión y organización del trabajo en equipo, que con la limitación del criterio del cumplimiento de agendas hace difícil su resolución.

Cuando surgen los EBS se presupone que surgen con la intención de modificar la cultura organizacional de los centros de salud ampliando las acciones territoriales comunitarias mediante el protagonismo en las decisiones de

planificación de dichos equipos. En detrimento de esto, la verticalización en las decisiones provenientes del Ministerio de Salud en base a lo anteriormente planteado, está generando malestar profesional, falta de compromiso y sentimientos de alienación en los trabajadores. “Un proceso de trabajo centrado en procedimientos y no en la producción de salud tiende a diluir el compromiso de los equipos de salud con los usuarios” (De Sousa Campos, 1998). El sostenimiento de espacios interdisciplinarios, de intercambio entre profesionales, de reuniones de equipo requiere de un tiempo en la agenda cotidiana que, al no estar contemplada, atomiza la intervención profesional, profundiza el trabajo en atención individual, e impide implicarse en la producción de salud y en la atención de las necesidades de la población a cargo.

Por último, pero no menos importante, desde finales del año pasado (2024), la Asociación de Médicos Municipales, anunció un proyecto para dividir la carrera de los profesionales de la Salud del GCBA. La Ley 6035, promulgada en el año 2018, contempla en su normativa a la mayoría[6] de los profesionales de la salud que integran a la Carrera Profesional de Salud del GCBA (Médicos, Odontólogos, Lic. En Obstetricia y Obstétricas, Bioquímicos, Farmacéuticos, Lic. en Psicología, Psicopedagogía, Musicoterapia, trabajo social, etc.). La propuesta del gremio de Médicos Municipales busca modificar dicha ley y separar la carrera profesional médica de la no médica para que los primeros puedan negociar ingresos salariales mayores. ¿Sería posible soste-

ner un trabajo en equipo, integral e interdisciplinario cuando las condiciones salariales y la visión de lo que se entiende por la salud son disímiles y fragmentadas? Se puede vislumbrar que la iniciativa de fragmentar la Carrera Profesional de salud también funcionará como un obstáculo en pensar la APS y un trabajo de salud integral e interdisciplinario como plantea este tipo de estrategia.

#### Bibliografía

- De Sousa Campos, G (1998) Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. [https://ugc.production.linktr.ee/dd3e3bf1-91f0-473b-8e78-27553a29e68d\\_desousacampos.pdf](https://ugc.production.linktr.ee/dd3e3bf1-91f0-473b-8e78-27553a29e68d_desousacampos.pdf)
- Fariña, C. (2021) “Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria. María Clara Fariña clarifarina89@gmail.com. En Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social”. Año 11- Nro. 21
- Lemus, J. (1988) “Atención Primaria de Salud y Áreas Programáticas Hospitalarias”, FUNCIDES, Universidad del Salvador, Buenos Aires.
- Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA (2016).
- Schiavone M. y otros (2011) Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 124, Número 3 de 2011

#### Notas

1. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a los Cuidados Progresivos de los pacientes como aquella “concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del mismo, de tal forma que el enfermo reciba los cuidados en el grado que los requiera, en el momento oportuno, en el sitio o área del hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre” El objetivo de los cuidados progresivos es que los pacientes reciban la atención que necesitan, en el momento adecuado y en el lugar más apropiado. (Schiavone M. y colab., 2011)
2. La historia clínica electrónica (HCE) es un

registro digital de la información de cada persona atendida dentro del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Este registro incluye los procesos de atención de salud de los pacientes y tienen acceso a la misma todos los profesionales del Ministerio de Salud del GCBA mediante un usuario y una clave dispensada por el empleador. Incluye información sobre antecedentes de salud, diagnósticos, evolución realizada por las distintas especialidades que se ha atendido el paciente, medicación dispensada, vacunas, tratamientos y estudios de laboratorios entre otras cosas.

3. Durante la pandemia (2020-2021) el trabajo de los EBS directamente se anuló ya que se modificaron los procesos de trabajo de acuerdo a los protocolos emitidos por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, por la necesidad de mantener el distanciamiento físico y centrarse en la atención del COVID 19: división en cohortes de trabajo, cambios de horarios, de modalidad de atención y prioridad de espacios de atención asistencial sobre todo ligados al seguimiento de los casos positivos de COVID 19 y los contactos estrechos. Se suspendieron todas las actividades territoriales y de prevención y promoción de la salud.
4. El Área Programática es una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita (Lemus, 1988). Básicamente es un área de responsabilidad territorial delimitada geográficamente y accesible desde el centro de salud para proporcionar atención de salud.
5. Los CEPAD son Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual. Son espacios ofrecidos a la población para que puedan acceder a pruebas de VIH/Sífilis, y otras ITS. Se realizan además acciones de prevención y tratamiento de dichas infecciones.
6. Dentro de la Carrera de Salud no se encuentran incluidos los Lic. en enfermería. Los mismos se encuentran luchando gremialmente para ser incorporados a dicha carrera para tener las mismas condiciones laborales que el resto de los profesionales.

La foto de autor es propiedad de la misma, la foto ilustrativa es una Imagen generada por inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI) para ilustración editorial.



05



LIC. ANDREA BERRA

# El desgaste laboral y su impacto en las y los profesionales de salud

## Introducción y propósito

El desgaste laboral de las y los trabajadores es un tema que afecta de manera silenciosa a quienes desempeñamos nuestras prácticas en servicios de salud. Es primordial abordar esta problemática desde un enfoque de cuidado colectivo y sindical para incidir a través de acciones organizadas en la generación de políticas públicas para la mitigación y afrontamiento del desgaste laboral. Es desde este marco que se centra el presente trabajo, el propósito del mismo es caracterizar de manera breve el desarrollo de

concepciones teóricas sobre desgaste ocupacional, laboral y/o profesional y contribuir a la construcción de un abordaje integral de la problemática ante la falta de programas o proyectos para fortalecer el cuidado de la salud de las y los trabajadores desde las políticas gubernamentales.

A nivel mundial, desde la década del 70 se han desarrollado investigaciones orientadas a analizar la alta incidencia del estrés en los profesionales de la salud y sus sistemas de afrontamiento a fin de identificar su problemática y posibles métodos de solución (Pera y Serra, 2002). Asimismo, existen varios estudios epidemiológicos (Martínez, et al., 2008; Buendía Vidal y Ramos, 2001) que nos informan sobre altos niveles de inestabilidad emocional y estrés laboral en los trabajadores como son: elevados niveles de depresión, ansiedad, índices de suicidio y adicciones. Por ello, es relevante tener presente las características específicas de las actividades que se realizan en el sector de la salud, las cuales implican, entre otras, un contacto permanente con el sufrimiento, dolor, angustia y muerte, según la gravedad de las demandas en nuestras prácticas de atención, como así también la evaluación de las condiciones laborales y ambientales de las instituciones donde trabajamos. Dichas particularidades son fuente permanente de tensiones, y a su vez, son consideradas como parte del desarrollo de riesgo profesional (Martínez, et al., 2008).

## Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de las investigaciones y argumentos sobre la problemática del desgaste profesional desde una mirada crítica y con enfoque de derechos. Se parte de las primeras conceptualizaciones asociadas al “burnout” hasta la consideración del desgaste ocupacional como la epidemia del siglo XXI según la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud.

## Marco teórico

El llamado “burnout”, si bien ha sido descubierto por primera vez hace más de 50 años, en el último tiempo se ha extendido como parte de los problemas de salud que afectan a las y los trabajadores de dicho sector, principalmente a partir de la pandemia

de COVID 19.

El “burnout” o sentirse quemado, se conceptualiza como un síndrome o conjunto de síntomas que aparecen en la persona expuesta a situaciones de estrés crónico, en nuestro caso profesionales de la salud que al prestar servicios de atención o trabajar en condiciones de trabajo y empleo desfavorables, como es lo que nos afecta actualmente ante las políticas de ajuste de gasto público y de odio frente al cuidado de todo lo relacionado con las prácticas en los ámbitos de trabajo público, agravadas en el contexto de crisis económica, social y cultural que vivimos en este tiempo en Argentina. Las consecuencias son negativas tanto para la salud de las y los profesionales de salud, como para la organización en la que trabajan, afectando también la calidad de la atención brindada a la población que asiste a los servicios de salud pública.

El desgaste ocupacional, como es nombrado por la OMS (2018), no aparece de manera instantánea, sino que depende de un proceso continuo y silencioso en el que hay presencia de estrés crónico sostenido en el tiempo y estrategias de afrontamiento fallidas. Su ocurrencia se asocia a la predisposición de mayores riesgos de errores profesionales con efectos negativos tanto a nivel individual como organizacional, pudiendo producir desde una disminución de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos e incluso casos de suicidio en trabajadores de salud (Ullström S; 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), el desgaste ocupacional es el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha podido manejar de manera exitosa. Es importante reconocer que este síndrome se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.

A pesar de múltiples estudios sobre esta problemática, recién en 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la introdujo en el listado de problemas asociados con el empleo o desempleo, debido a que su creciente impacto en la salud de la población mundial contribuyó a que dicha organización internacional la nombrara como la epidemia del siglo XXI; pero fue unos años después, en el 2022, que la reconoció específicamente como enfermedad

laboral y comenzó a entrar en vigor como parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) con la nominación de “Síndrome de desgaste ocupacional” y con el código QD 85 (CIE-11), utilizando una definición más minuciosa, en la cual se incluyeron tres dimensiones del síndrome de desgaste y se excluyeron otros trastornos que no forman parte del área laboral, lo cual legitima más explícitamente la existencia de este síndrome y los límites para evaluar su presencia y poder realizar un diagnóstico diferencial oportuno.

## Resultados

De acuerdo a estudios estadísticos el personal de salud es uno de los grupos más afectados por el “burnout”.

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, y el psicólogo Michael P. Leiter, crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) para diagnosticar este padecimiento en el personal de salud. Desde entonces, varios investigadores han señalado que puede aplicarse a trabajadoras y trabajadores de otras áreas, no necesariamente a quienes brindan un servicio de atención de salud.

Para su adecuado diagnóstico se pueden identificar tres principales dimensiones en la presentación clínica del síndrome de desgaste ocupacional:

1. **Agotamiento emocional:** sentimientos de falta de energía, sentirse constantemente con cansancio, incluso al iniciar el día.
2. **Despersonalización:** aumento de la distancia mental con respecto al trabajo o sentimientos negativos, como puede ser no sentir compromiso con las propias actividades ni con los pacientes, pudiendo llegar hasta el cinismo en el trato con los pacientes o quienes demandan atención.
3. **Ineficacia:** afectación del desempeño laboral y falta de realización personal.

Es importante recalcar que estas tres dimensiones se desarrollan de forma progresiva en el orden en que fueron mencionados, es decir, se inicia con el agotamiento emocional, las y los profesionales de salud comienzan a volverse apáticos acerca de su trabajo y pierden el interés por situaciones que se presentan durante su día laboral.

A continuación, se desarrolla la fase de desperso-

nalización y cinismo, en la cual aparece una actitud negativa hacia el trabajo y hacia el lugar donde se trabaja, asimismo puede aparecer un proceso de deshumanización en la atención.

Por último, se presenta la ineficacia, que se manifiesta como sentimientos de incompetencia, junto con disminución de la productividad en el trabajo, a pesar de encontrarse en la cúspide de su vida profesional. Un ejemplo de esta dimensión, según investigaciones, puede distinguirse cuando los profesionales de salud expresan que se sienten agobiados por el trabajo que amaban o sienten que, a pesar que trabajen mucho, siempre hay más trabajo que hacer (Bridgeman, 2018, citado en Alvarado-Ferllini, 2021).

Algunos de los síntomas físicos que se presentan con el desgaste laboral son:

- Jaquecas
- Gastritis
- Aumento de la presión arterial y mayor incidencia de colon irritable
- Menor eficacia del sistema inmune
- Taquicardia
- Sudoración, temblor corporal, tics nerviosos
- Obesidad y sobrepeso
- Pérdida del cabello
- Menstruación irregular
- Enfermedades cardíacas
- Presión de dientes y mandíbula (bruxismo)
- Manos y pies fríos, tensión muscular
- Diarrea o estreñimiento
- Insomnio
- Tartamudeo
- Alteraciones de la piel

Algunos de los síntomas psicológicos que aparecen con el desgaste laboral son:

- Dificultad para concentrarse
- Aumento en los errores
- Menos capacidad de toma de decisiones

- Disminución de la memoria
- Ansiedad, preocupación en exceso, pensamiento catastrófico y lento
- Cambio en el estilo de vida
- Propensión a tener accidentes
- Inquietud, miedo o pánico, preocupación excesiva, irritabilidad
- Reducción del deseo sexual
- Disminución de la autoestima y constantes cambios de humor que, si no son tratados a tiempo, pueden ser causa de depresión y desestabilidad emocional.

Con respecto al abordaje integral del desgaste profesional, es importante destacar que es necesario reconocer su existencia y brindar a las y los profesionales de salud un programa de capacitación con perspectiva clínica sobre el desgaste laboral y sus formas de afrontamiento, para que puedan detectar de manera temprana y oportuna los principales síntomas y ofrecer las herramientas necesarias a nivel organizacional para propiciar la mitigación del mismo a través de diferentes intervenciones a nivel grupal e institucional, puesto que es fundamental el apoyo entre colegas y el abordaje integral desde la institución en la que pasan gran parte del tiempo de su vida diaria.

Según el registro de diferentes intervenciones (Alvarado-Ferlini, 2021), algunas de las medidas que pueden fomentar las organizaciones son las siguientes:

- Implementar programas que involucren redes de apoyo, con el objetivo de cuidar la salud mental y física de los trabajadores.
- Estrategias para equilibrar la carga de trabajo.
- Replantear jornadas laborales y salarios adecuados
- Promover estrategias de trabajo en equipo y organización en redes colectivas

Desde una mirada integral que incluya diferentes dimensiones: 1) autocuidado o cuidado personal, 2) cuidado entre colegas y/o equipo de salud y 3) cuidado organizacional, priorizando en las tres dimensiones el enfoque de cuidado colectivo.

El enfoque de cuidado colectivo se centra en la idea de que el cuidado no es solo una responsabilidad individual, sino un esfuerzo compartido dentro

de un colectivo social. Partir del cuidado colectivo permite desarrollar una estrategia de acercamiento más amplia que la prevención del desgaste laboral e incorporar la noción de lo político y el poder de lo colectivo para su transformación. Es una perspectiva superadora que parte de la historización de las luchas de los movimientos sociales y sindicales y es desde esta justificación que podemos contribuir a la construcción de un abordaje de esta problemática que incorpore la voz de las y los trabajadores de salud.

Desde este enfoque de cuidado colectivo es imprescindible generar políticas públicas para propiciar intervenciones a nivel organizacional con espacios grupales para la reflexión y abordaje crítico del malestar laboral a través de encuentros planificados para hacer visible esta problemática y establecer jornadas laborales que incluyan el tiempo para el descanso y relax, como así también la construcción de comisiones especiales de abordaje de situaciones estresantes, como pueden ser emergencias, casos críticos, previsión y/o evitación de errores profesionales, entre otras propuestas. Asimismo, es primordial la generación de una comisión especial para la evaluación de las condiciones laborales y medio ambiente de trabajo para su transformación en pos de la promoción y sostenimiento de la salud de las y los trabajadores.

## Conclusiones

Nos hemos adentrado en la problemática del desgaste laboral con la idea de comprender su incidencia en la salud de las y los trabajadores a través de su sostenimiento como estado crónico a través del tiempo y su relación con la existencia de condiciones laborales y medio ambiente de trabajo desfavorables acordes a una falta de programas o proyectos que propicien el cuidado de la salud de las y los trabajadores.

Hemos destacado el enfoque de cuidado colectivo como una propuesta superadora para el abordaje de esta problemática al implicar una posición política que contribuye a la construcción de políticas públicas que propicien un abordaje clínico, grupal e institucional, a la par que un trabajo en red con la participación de organizaciones sindicales y la lucha por la transformación social por medio de acciones

concretas para mejorar las condiciones laborales y salariales de todas y todos los trabajadores de salud.

#### Bibliografía

- Alvarado-Ferlini M, Delgado-Castro LG, Benavides-Villalobos LD. Síndrome de desgaste ocupacional en médicos: una revisión narrativa. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2021; 7(2): 56-62.
- Buendía Vidal, J. y Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. Obtenido en octubre 14, 2010, de: [http://www.intramed.net/buscar\\_resultado.asp?buscar\\_texto=sindrome%20de%20Burnout\\_ycontenidoTipolD=31](http://www.intramed.net/buscar_resultado.asp?buscar_texto=sindrome%20de%20Burnout_ycontenidoTipolD=31)
- Martínez, L. P., Medina Mora, M. E. y Rivera, E. (2008). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Obtenido en Enero 8, 2010, de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-5/RFM48506.pdf>.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- OMS (2019). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/>
- OMS (2023). Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Guía de Referencia 11a, revisión. CIE-11. Disponible en [https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia\\_CIE\\_11\\_Feb2023.pdf](https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf)
- Pera, G. y Serra Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480-6. Obtenido en Abril 15, 2010, de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v16n6/original2.pdf>.
- Ullström, S. (2014) "Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events" *BMJ Qual Saf*

La foto de autor es propiedad de la misma, la foto ilustrativa es una Imagen generada por inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI) para ilustración editorial.



## Subsidio por Fallecimiento

**MONTO: \$200.000**

Para acompañar a las familias en casos de fallecimiento de socias/os Federadas/os con mínimo 5 (cinco) años de afiliación y cuota sindical al día.

Plazo máximo para la solicitud: 60 (sesenta) días corridos a partir de la defunción.

Para conocer los requisitos y solicitar información dirigirse por mail a

[promocionsocial@federaciongcaba.org.ar](mailto:promocionsocial@federaciongcaba.org.ar)





# **FP** Salud

REVISTA CIENTÍFICA Y SINDICAL  
DE LA FED. DE PROFESIONALES DEL GCBA

Te invitamos a participar con experiencias de trabajo, investigaciones científicas y/o gremiales que buscan generar conocimiento, impulsar el desarrollo y fortalecer nuestra comunidad profesional. Tu experiencia y perspectiva son clave para avanzar en proyectos que impactan nuestro entorno.

**SUMATE!**