

FP Salud

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



Edición #6

“Tecnología en Salud”

- | | | | |
|--------------|---|--------------|---|
| 03 // | Autoridades | 33 // | Congreso Extraordinario: debate y construcción colectiva para fortalecer la Federación |
| 04 // | Editorial
Equipo Editorial de FPSALUD | | |
| 06 // | Gestión de turnos en salud, mucho más que una agenda
Andrés Añón | 35 // | Reconocimiento a la trayectoria de la Asociación Argentina de Kinesiología |
| 08 // | Cuidar en tiempos de algoritmos
Carolina Cáceres | 37 // | Especialidad Psicólogos |
| 16 // | Microplásticos en sistemas sanitarios: un vector ambiental subestimado
María Rosa Smith | 41 // | En la época de las respuestas y el enjambre digital: una apuesta por la palabra |
| 24 // | Marcha Federal de Salud: en defensa de la salud pública y sus trabajadores | 46 // | La utilización de Métodos no farmacológicos para alivio del dolor en trabajo de parto |
| 26 // | Continúa el apoyo a la educación pública | 52 // | Gestión de residuos de alimentos en un hospital público: Separación de residuos con proyecto de compostaje |
| 28 // | Ni Una Menos: la violencia también es un problema de salud | | |
| 31 // | Gran participación en las propuestas formativas de la Federación | | |



ISSN VERSIÓN DIGITAL 3072-7464
ISSN VERSIÓN IMPRESA EN TRÁMITE

Autoridades

- **Director:**
Andrés Añon
- **Editora responsable:**
Carolina Cáceres
- **Coordinación editorial:**
Andrea Ramírez y Rosa Favre
- **Equipo editorial:**
Marcela Yassin, Verónica García, Natalia Castrogiovanni, Cristina Inés Varela, Pablo Balliani y Marta Ferraris
- **Equipo científico revisor:**
Flores Pelagge, Cecilia Gianni, María Rosa Smith, Gabriel Cicuttin y Andrea González



Editorial

Hace no muchos años, un paciente llamaba al servicio porque necesitaba adelantar un turno. Del otro lado del teléfono, muchas veces encontraba a una administrativa que conocía el funcionamiento del equipo y consultaba con el o la profesional para reorganizar la agenda. La decisión no dependía solamente de un horario disponible: también del conocimiento de la situación clínica, de las prioridades asistenciales y del vínculo construido con esa persona.

Hoy, muchas de esas decisiones están mediadas por plataformas digitales, sistemas centralizados de gestión y algoritmos. Pedir un turno, acceder a una consulta, reorganizar una agenda o incluso apoyar una decisión clínica ya no depende únicamente del criterio de quienes sostienen diariamente el cuidado. La tecnología comienza a intervenir en esos procesos, modificando silenciosamente la forma en que se organiza el trabajo y se construye el acceso a la salud.

Al mismo tiempo, la inteligencia artificial comienza a incorporarse en ámbitos que hasta hace poco parecían exclusivamente reservados al juicio profesional. Herramientas capaces de colaborar en la interpretación de estudios, sugerir diagnósticos, estimar riesgos clínicos o priorizar pacientes según determinados criterios empiezan a formar parte de la práctica sanitaria. Aunque muchas de estas aplicaciones prometen mejorar la calidad de la atención y optimizar recursos, también plantean nuevos interrogantes, desafíos e incluso temores.

Las secciones que integran esta edición recorren esos interrogantes desde distintas perspectivas. Analizamos cómo los nuevos sistemas de gestión de turnos modifican el acceso a la atención y las condiciones en que trabajan los equipos de salud. Con-

versamos con especialistas en inteligencia artificial, bioética y humanización para pensar los desafíos éticos, laborales y democráticos que acompañan la transformación digital. Analizamos el impacto de residuos plásticos en la salud de las comunidades. Compartimos experiencias que muestran que innovar no implica abandonar la dimensión humana del cuidado, sino encontrar nuevas formas de fortalecerla. Y volvemos a poner en valor el trabajo interdisciplinario como una condición indispensable para construir respuestas integrales frente a problemas cada vez más complejos.

Pero estas transformaciones no se juegan únicamente en el desarrollo tecnológico. Por eso, junto a los debates sobre inteligencia artificial y transformación digital, esta edición también refleja la participación activa de nuestra Federación en la defensa de la salud pública, de las condiciones laborales y de la organización colectiva. Porque las tecnologías pueden reorganizar los procesos de trabajo, pero las condiciones en que ese cuidado se desarrolla nunca son neutras: son el resultado de decisiones que también deben poder discutirse de manera democrática.

Las tecnologías seguirán transformando la salud, el verdadero desafío consiste en que esas transformaciones amplíen derechos, fortalezcan el trabajo interdisciplinario y mejoren las condiciones del cuidado, en lugar de profundizar desigualdades o reducir la complejidad del trabajo sanitario a indicadores de productividad. Porque cuidar también implica participar, deliberar y organizarnos colectivamente.

Ese es, quizás, el mayor desafío de nuestro tiempo: construir tecnologías que no sustituyan el cuidado, sino que contribuyan a hacerlo más accesible, más humano y más democrático.



YA ESTÁ ABIERTA LA CONVOCATORIA PARA LA PRÓXIMA EDICIÓN:

Envíanos tus Experiencias de trabajo en
equipo, Ensayos, Investigaciones originales,
Recopilaciones, Carta al editor...

**Tus aportes son clave para visibilizar
nuestras profesiones y la importancia
de la interdisciplina**

Podés enviar tus trabajos a
www.fpsalud.com.ar,
ó escaneá el QR



Notas

Gestión de turnos en salud, mucho más que una agenda



ANDRÉS AÑÓN

Presidente de la Federación de Profesionales del GCBA.

Las políticas de organización de la demanda en salud pública nunca son neutras. Cada decisión sobre cómo se ordena el acceso a la atención expresa una determinada concepción del acto asistencial, del trabajo profesional y del vínculo entre el sistema de salud y la comunidad. En ese sentido, el agendamiento de turnos implementado en hospitales y centros de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no puede ser pensado solamente como una herramienta administrativa sino que se trata de una transformación estructural del modelo de atención, que merece ser analizada con la profundidad que corresponde.

Desde la Federación de Profesionales, entendemos que este debate no debe plantearse en términos de oposición simplista. El problema no es el cambio en sí mismo, sino la manera en que se lo diseña, se lo implementa y se lo sostiene. Toda modificación que impacta sobre la cotidianeidad de los equipos y sobre la experiencia de los pacientes debe ser mirada con seriedad, porque allí donde se reorganiza el acceso también se redefine, en la práctica, qué

entendemos por cuidado.

Es justo reconocer que el agendamiento respondió, en su origen, a un problema real, muchas personas no lograban ingresar al sistema público de manera oportuna. Las esperas prolongadas, la concentración de demanda espontánea en las primeras horas del día y la falta de previsibilidad afectaban tanto a los pacientes como a los equipos. Ordenar ese flujo fue, sin dudas, una respuesta a una necesidad concreta y una búsqueda legítima de ampliar la accesibilidad.

Sin embargo, la accesibilidad por sí sola no alcanza para garantizar el derecho a la salud. Llegar a la consulta es apenas el inicio del proceso asistencial, no su totalidad.

La organización del acceso no debe convertirse en el único parámetro de evaluación, corremos el riesgo de reducir la complejidad del trabajo en salud a una lógica meramente cuantitativa.

La transformación que introduce el agendamiento también modifica profundamente la tarea cotidiana de los profesionales. Quien antes organizaba su jor-

nada con cierta autonomía clínica, ajustando tiempos y prioridades según la complejidad de cada caso, pasa a trabajar dentro de una grilla que impone su propio ritmo. Esa ordenación puede aportar previsibilidad, pero también puede generar una presión sostenida sobre el tiempo clínico y sobre la posibilidad real de sostener una atención de calidad.

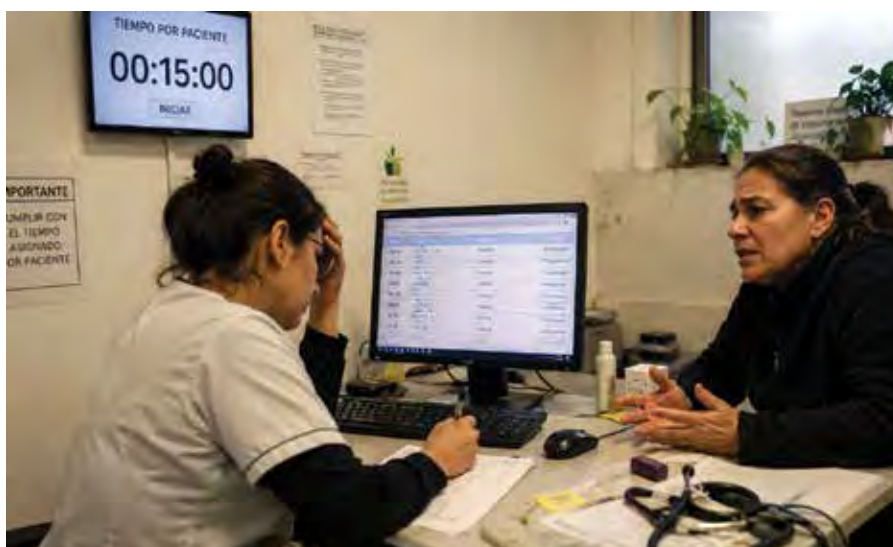
En la práctica, esto impacta de manera distinta según la disciplina. No es lo mismo una consulta de control que una entrevista de salud mental, un proceso de consulta nutricional, una intervención odontológica o un abordaje social con una familia en situación de vulnerabilidad.

La homogeneización de los tiempos asistenciales desconoce la especificidad de cada práctica y termina sometiendo a todos los equipos a una misma lógica de rendimiento, aunque sus tareas requieran tiempos diferentes.

La calidad asistencial no puede medirse solo por la cantidad de turnos otorgados ni por la reducción de la demanda espontánea. Atender más no siempre significa atender mejor, y atender en menos tiempo no siempre representa una mejora para el paciente. Hay dimensiones del cuidado que no entran fácilmente en un indicador, la escucha, el vínculo terapéutico, la continuidad, la comprensión de los procesos y la posibilidad de trabajar con profundidad cuando la situación lo requiere.

Cuando la presión por la cobertura se vuelve predominante, aparece una tensión muy concreta, liberar espacios para nuevos pacientes puede implicar acortar seguimientos, redefinir frecuencias o dar altas que, clínicamente, quizás no serían las más adecuadas. No se trata de atribuir responsabilidades individuales, sino de reconocer una presión estructural que recae sobre los profesionales y que muchas veces se resuelve en soledad, sin el acompañamiento institucional necesario.

Desde la Federación de Profesionales del GCABA no creemos que la función de las organizaciones de



Ejemplificación visual de una consulta en la que se ejerce una presión sostenida sobre el tiempo clínico y la posibilidad real de sostener una atención de calidad. Imagen creada con asistencia de IA.

trabajadores sea resistir todo cambio por principio. Nuestra responsabilidad es otra, acompañar críticamente las transformaciones para que se hagan con los trabajadores y no sobre ellos. Eso supone abrir un debate serio sobre las condiciones necesarias para que accesibilidad, calidad y trabajo digno no aparezcan como objetivos en conflicto, sino como partes de un mismo modelo de atención.

Necesitamos continuar trabajando con agendas que contemplen la especificidad de cada disciplina, indicadores que no se limiten a medir volumen de atención, y espacios de intercambio clínico que no sean los primeros en sacrificarse cuando la demanda aprieta. También es indispensable que las decisiones sobre continuidad o finalización de tratamientos sigan respondiendo a criterios profesionales y no solo a la necesidad de liberar casilleros en una planilla.

La gestión de turnos es mucho más que una agenda o una herramienta de organización, también es una forma de definir prioridades. Por eso, la pregunta que debemos hacernos como sistema es qué lugar queremos darle al cuidado real dentro de esa organización. La accesibilidad es un derecho de la ciudadanía, pero la calidad asistencial y las condiciones dignas de trabajo también lo son.

Sostenerlas al mismo tiempo no es un ideal abstracto, es la única manera de construir un sistema de salud verdaderamente humano y eficaz.

Notas

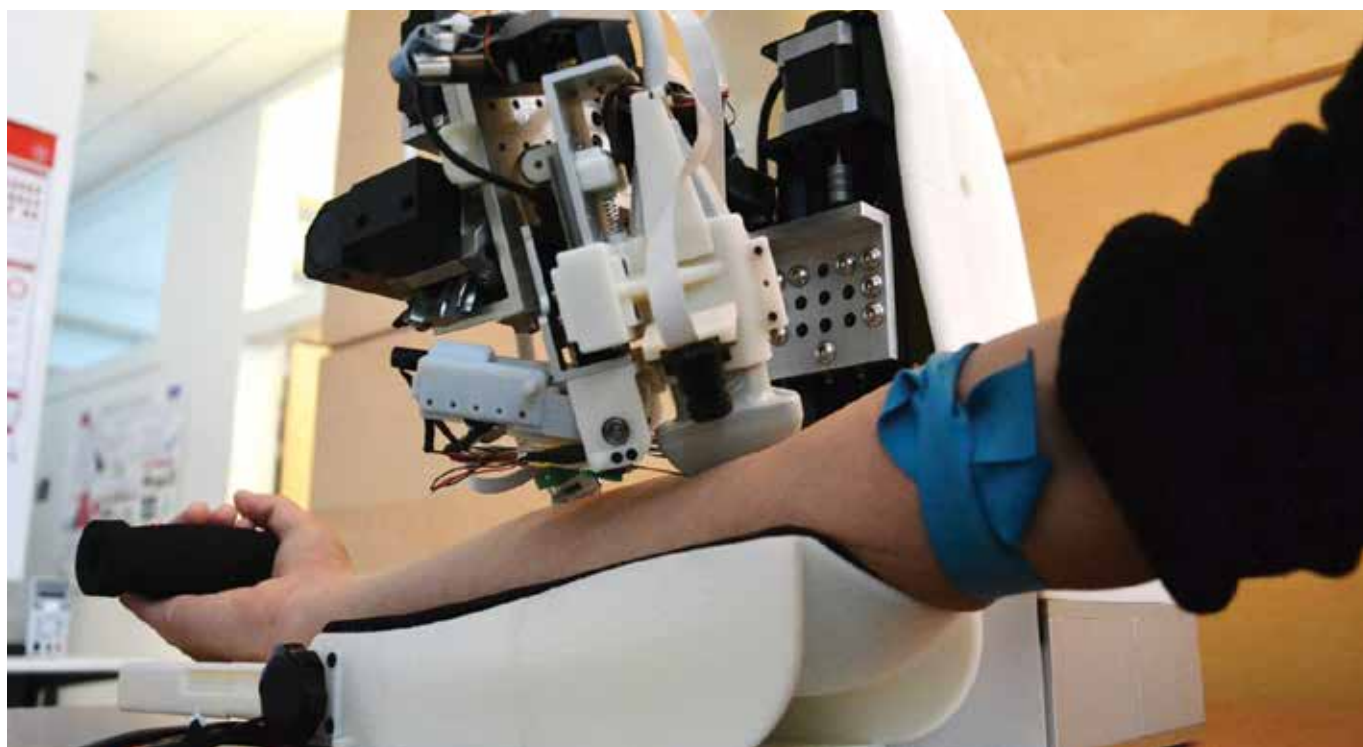
Cuidar en tiempos de algoritmos

Entrevista a Andrea Actis y Silvia Birnenbaum



CAROLINA CÁCERES

Lic. enfermería, Prof. Docencia Superior, Diplomada en Gestión de Servicios de Salud, Diplomada en Géneros, Política y Participación.



Rutgers presentó un dispositivo de sobremesa que combina un robot, inteligencia artificial e imágenes de infrarrojo cercano y ultrasonido para extraer sangre o insertar catéteres para administrar fluidos y medicamentos, con una supervisión mínima.

Foto: Martin Yarmush y Alvin Chen

La inteligencia artificial, la digitalización de las historias clínicas, las agendas automatizadas y las herramientas capaces de procesar enormes cantidades de información ya forman parte de la conversación cotidiana en salud. Algunas de estas tecnologías prometen simplificar tareas, mejorar diagnósticos, anticipar problemas y facilitar el acceso a la atención. Pero despiertan preguntas sobre la privacidad, el trabajo, la autonomía profesional y el lugar que queda para el vínculo entre las personas.

¿Qué significa, entonces, incorporar tecnología a la atención de salud? ¿Qué problemas puede ayudar a resolver y cuáles puede crear? ¿Qué decisiones deberían seguir estando necesariamente en manos de los equipos de salud? ¿Y qué ocurre con la información que se produce sobre los cuerpos, la intimidad y los procesos de salud de las comunidades?

No son preguntas con respuestas cerradas. Y quizás una de las primeras cosas que exige la transformación tecnológica sea justamente detenerse a formularlas.

Para pensar estos interrogantes conversamos con:

- Andrea Actis, bioquímica y farmacéutica, doctora de la Universidad de Buenos Aires y diplomada en Bioética. Cuenta con formación específica en inteligencia artificial y salud, ciberética, ciberseguridad y tecnologías aplicadas a la salud. Es co-directora del curso Introducción a la Inteligencia Artificial en Salud de la Asociación Médica Argentina (AMA) y secretaria general del Comité de BioCiberética de esa institución. Es directora de la Diplomatura de Inteligencia Artificial en Salud que se dicta actualmente en la Federación de Profesionales del GCABA.
- Silvia Birnbaum, bioquímica clínica, especialista en Inmunohematología y Banco de Sangre, magíster en Ética Biomédica y diplomada en Humanización de la Salud. Es docente universitaria e investigadora en ética biomédica y cuenta con trayectoria en comités de ética y calidad asistencial en instituciones públicas. Es directora de la Diplomatura de Bioética y Humanización en Salud que se dicta actualmente en la Federación de Profesionales del GCABA.

Ambas aportan miradas desde sus campos de formación y expertise, que por momentos coinciden y por momentos ponen el foco en dimensiones distin-

tas de un mismo proceso, enriqueciendo el debate.

La actualidad y las promesas de las tecnologías

Cuando se habla de inteligencia artificial en salud, es frecuente pensar primero en grandes innovaciones vinculadas al diagnóstico o incluso en soluciones robóticas para administrar tratamientos. Pero las transformaciones que describe Andrea abarcan prácticamente todo el proceso de atención. “Es un gran ecosistema de aplicaciones”, explica. Hay herramientas que pueden potenciar el trabajo profesional en diagnóstico y tratamiento, otras que mejoran la comunicación con los pacientes mediante recordatorios de citas o de adherencia a tratamientos, y otras destinadas a la administración y el seguimiento.

También existen sistemas capaces de anticipar determinadas situaciones clínicas. Andrea menciona algoritmos que permiten predecir recaídas o estimar cuándo un paciente podría volver a internarse a partir de sus estudios. Esa información puede servir para incrementar el cuidado o para preparar a la institución ante una eventual reinternación. A esto se suman los wearables, dispositivos como los relojes inteligentes capaces de registrar datos biológicos y vincularlos con profesionales o instituciones. Y hasta aplicaciones destinadas a la capacitación profesional, la actualización permanente y búsqueda bibliográfica.

Pero quizás uno de los ejemplos más sencillos sea también uno de los que mejor permite imaginar cómo estas herramientas pueden modificar el trabajo cotidiano: la transcripción automática de la voz. Andrea señala que estas herramientas permiten reducir el tiempo que los profesionales pasan escribiendo frente a una computadora. “Eso hace que puedas dialogar mejor con el paciente y que puedas tener más contacto visual”, explica. Muchas veces, cuenta, los pacientes se quejan de que durante una consulta “no me miró en ningún momento”, porque el profesional estaba ocupado completando formularios.

La innovación, en este caso, no consiste necesariamente en incorporar una tecnología espectacular, sino en modificar qué hace el profesional con el tiempo que esa tecnología permite recuperar.

Hoy en día ocupan un lugar preponderante las plataformas que integran distintas partes del proceso: historia clínica electrónica, gestión de turnos, admisión, laboratorio e imágenes. Para Andrea, uno de los desafíos consiste precisamente en evitar que la digitalización termine produciendo una integración solamente aparente, con múltiples herramientas que funcionan de manera fragmentada.

Todas estas novedades parecen prometer un horizonte con mejor acceso y atención de la salud, pero desde la bioética, Silvia propone detenerse antes de dar por sentado que toda innovación equivale a una mejora. “Lo que a mí más me llama la atención es esta idea que tiene la comunidad de que todo lo digital es mejor que lo que no es digital”, señala. Lo automático, lo rápido y lo tecnológico suelen aparecer asociados a la idea de avance.

Pero, advierte, “no necesariamente es un avance que haya instalada una tecnología en particular en la atención a la salud”. Las tecnologías son herramientas y deben ser consideradas como tales. “Son herramientas que pueden ayudar al diagnóstico, ayudar al tratamiento, ayudar al confort, que nos acompañan, pero que de ninguna manera pueden reemplazar el encuentro ni pueden reemplazar a las personas”.

Para explicar su planteo, Silvia recurre a una situación cotidiana: recibir los resultados de un estudio por correo electrónico o a través de una plataforma. Es rápido, cómodo y permite acceder inmediatamente a la información. Pero tener el resultado en nuestro celular no significa necesariamente que haya más cuidado. “El cuidado lo encontramos cuando nosotros con nuestro resultado vamos a buscar el equipo de salud y recibimos una devolución del equipo de salud”. La herramienta puede facilitar el acceso al resultado, pero no necesariamente su comprensión ni el acompañamiento que requiere la persona. “Me parece que eso es lo que nunca deja de sorprenderme cómo se pierde la mirada del profesional y de la persona detrás de todos los recursos digitales”.

La cuestión no es solamente qué puede hacer la tecnología, sino qué hacemos nosotros con aquello que la tecnología permite hacer.

El cuidado mediado por las tecnologías y el rol de la

humanización

Si la tecnología puede liberar tiempo, organizar información y facilitar procesos, aparece una pregunta más profunda: ¿qué parte del cuidado puede ser delegada y cuál necesita necesariamente de la presencia humana?

Para Andrea, pensar que las máquinas van a reemplazar al equipo de salud no es el problema. “La tecnología viene a potenciar al equipo”, sostiene. La salud no es solamente una ciencia biológica, sino también una ciencia social, y “el ser humano necesita el contacto con el otro”. Su advertencia apunta en otra dirección: **“El problema no es que las máquinas reemplacen al humano, el problema es que el humano se deshumanice”**.

La tecnología puede liberar tiempo administrativo, pero ese tiempo solo se transforma en un beneficio si vuelve al vínculo con el paciente. “Si vos decís que con una inteligencia artificial al médico le liberás tiempo administrativo para que se contacte con el paciente y, en vez de contactarse con el paciente, sigue con una pantalla contestando un mensaje a otra persona, entonces no hay beneficio”. Por eso insiste en que, el desafío futuro será fortalecer justamente aquellas capacidades que no se resuelven con acceso a información o manejo tecnológico: empatía, comunicación y habilidades humanísticas.

Silvia también pone el foco en aquello que no puede ser reemplazado. “En la vulnerabilidad en la enfermedad, en el inicio de una vida, en el fin de una vida, necesitamos el encuentro, necesitamos al otro”. Ese encuentro incluye la conversación, la mirada y el acompañamiento. “No se puede reemplazar a la persona en la charla, en el cuidado, en la mirada, en el acompañamiento”, sostiene. El cuidado, agrega, implica considerar a la persona como una totalidad: no solamente su enfermedad o su cuerpo, sino también sus emociones y sus vínculos. Para Silvia, el desafío consiste en que la tecnología no termine desplazando esa mirada. “Tenemos que volver a mirar a las personas detrás de los recursos tecnológicos y [...] volver a cuidar a las personas con las cuales nos relacionamos por medio de cualquier tipo de recurso tecnológico o digital”.

Pero la humanización no implica rechazar las he-

herramientas tecnológicas. Silvia es explícita en este punto: “Las herramientas no son ni buenas ni malas, la tecnología no es ni buena ni mala, lo que va a ser bueno o malo va a ser cómo la usemos, cómo la implementemos, cómo la instalemos”. Y ahí aparece otra pregunta: si la tecnología no es buena ni mala por sí misma, ¿qué condiciones necesitamos para utilizarla críticamente?

Para Andrea, una de ellas es no delegar completamente el juicio profesional. Los sistemas de inteligencia artificial se alimentan de datos y esos datos son producidos por personas. “La inteligencia artificial no deja de ser un producto del humano”, explica. Por eso, si los datos incorporan sesgos, estos pueden reproducirse en los modelos. De allí la importancia de lo que denomina *human in the loop*: que exista control humano en las diferentes etapas del desarrollo y uso de los sistemas. “Ese control humano tiene que estar entrenadísimo para detectar que no estén metidos estos sesgos”. El objetivo no es imaginar una tecnología sin errores, sino desarrollar mecanismos capaces de detectarlos y reducir sus consecuencias.

Silvia, también aporta al respecto: el problema también aparece porque los algoritmos son construcciones humanas. “Todo lo que hacemos las personas puede tener errores, pero además tiene sesgos”. Y estos, aplicados a la salud, pueden producir discriminación, vulneración, separación e injusticia. La respuesta, entonces, no parece estar en confiar ciegamente en la herramienta ni en descartarla. Está en conservar la capacidad de cuestionarla.

Andrea lo resume en una práctica concreta: el “doble chequeo”. Una respuesta generada por una IA debe ser evaluada por el profe-

sional, que tiene que preguntarse si resulta coherente con su formación y revisar las fuentes en las que se basa. “Ese es el peor error, la fe ciega, creer ciegamente en que lo que dice la IA, si lo dice la IA es correcto”.

Tal vez uno de los desafíos más inmediatos para los equipos de salud no sea aprender a utilizar una



Trato humanizado del personal de salud, la calidez de la atención atraviesa incluso a los equipos de protección personal. Foto: Kampus Production.

herramienta determinada, sino aprender a convivir con herramientas que pueden responder mucho más rápido que nosotros, sin dejar de preguntarnos si aquello que responden tiene sentido.

La eficiencia y el trabajo en salud

La tecnología también interviene sobre otra dimensión central: la organización del trabajo. Las agendas digitales, los sistemas de gestión, las historias clínicas electrónicas y las herramientas de automatización pueden ordenar procesos y liberar tiempo. Pero también pueden instalar nuevas formas de seguimiento y control sobre trabajadores del equipo de salud.

Según Andrea, la inteligencia artificial no agrega necesariamente un riesgo nuevo al problema de la productividad, sino que la asignación de recursos escasos ya existía antes de estas herramientas. Por el contrario, sostiene que algunas aplicaciones pueden ayudar a recuperar tiempo: transcribir una consulta, mejorar la distribución de turnos o enviar recordatorios para confirmar la asistencia. También menciona la receta electrónica como un ejemplo de simplificación de procesos, aunque advierte que no debería perderse de vista que la prescripción continúa siendo un acto médico y una responsabilidad profesional.

Silvia aporta a la cuestión desde la tensión entre eficiencia y cuidado. “Cuando pensamos en el rendimiento de un proceso, en la eficiencia, en un estándar, en un indicador, el riesgo más grande es perder de vista que hay una persona que necesita atención y que estamos para ella”.

El problema aparece cuando un estándar pretende aplicarse de la misma manera a personas con necesidades diferentes. “Si pretendemos que el estándar se cumpla perfectamente por ejemplo en una cantidad de minutos para atender un paciente, estamos pensando en una fábrica y la biología no se ajusta a las fábricas”. Por eso, Silvia sostiene que una agenda debe poder adaptarse a las necesidades de la comunidad. **“No puede pensarse en un entorno de fábrica la asignación de estos turnos, porque la salud no es un trámite, es artesanal”.**

La eficiencia no es necesariamente negativa. El ries-

go aparece cuando deja de ser un medio y se convierte en el objetivo principal. “Muchas veces cuando dejo de ver cuál es el objetivo para el cual estoy trabajando, que es mi comunidad y cuidar lo más valioso que tiene, que es la salud y la vida de cada uno de los integrantes, puedo ser injusto”. La misma tensión aparece en las agendas digitales. Silvia no considera que una agenda digital sea una mala herramienta. “Establecer una agenda digital no es una mala idea, es un recurso que debería ser valioso”. La cuestión está en cómo se organiza.

Un sistema puede asignar rápidamente un turno y, sin embargo, desconocer la relación que una persona tiene con su equipo de salud, su historia clínica y sus necesidades concretas. “Si yo quiero un turno con el equipo que me atendió siempre, que me conoce, que me valora, que me acompaña, en el cual confío, que no es poco, y de repente el turno se me asigna en otra institución con otro equipo que no necesariamente tiene que ser mejor o peor, simplemente no me conoce, no me acompaña y no sabe mi historia de vida, voy a no usarlo”. En ese caso, lo que parece eficiencia puede terminar produciendo el efecto contrario: un turno perdido, una nueva espera y una persona que debe volver a iniciar el recorrido. “Una agenda que no se adapta a las necesidades de la comunidad, no le está generando un bien a la comunidad y no está resolviendo un problema, sino que está generando un problema”.

La discusión sobre agendas también permite volver a la autonomía profesional. Andrea señala que la automatización no necesariamente implica eliminar la posibilidad de establecer prioridades: “Vos podés tener una herramienta de IA en donde la turnera no sea el que llega primero, o sea el pide primero un turno como si fuera una fila virtual comprando entradas para un recital”. Asimismo propone algunas soluciones al problema actual del sistema de turnos “podés poner una interfaz de triage que pregunte la condición de salud, antecedentes o aquello que puede hacer que la consulta tenga que ser más urgente que otra”.

Para Silvia, en cambio, el punto central es que cualquier herramienta de este tipo debe dejar espacio para el conocimiento del profesional y las particularidades de cada institución. Por eso, las soluciones no deberían funcionar como sistemas cerrados. “Tiene que dejar lugar a algo que muchas veces es invisible

en este tipo de recursos digitales que vienen enlatados y es el criterio profesional, el saber profesional". Además incorpora una tercera voz: la comunidad. "Estas soluciones siempre van a ser valiosas cuando se puedan adaptar y, sobre todo, cuando tengan **la mirada del experto, que es el que sabe la tecnología, la mirada del profesional, que es el que tiene criterio profesional, que está actualizado, que conoce la institución, pero además, la voz y la palabra de la comunidad**".

También la historia clínica digital plantea preguntas sobre autonomía, acceso y responsabilidad. Andrea señala que los sistemas pueden establecer diferentes niveles de acceso según el rol de cada integrante del equipo. Pero agrega una cuestión que considera importante: "la historia clínica es del paciente". Silvia profundiza esa idea desde el derecho a la intimidad. "Nosotros deberíamos poder acceder a lo que necesitamos para acompañar a esa persona, a lo que necesitamos para curar, para cuidar, pero no a todos los datos de todos los pacientes". Para ella, no alcanza con que exista una contraseña o diferentes niveles de acceso "Es muy valioso que se pueda saber quién accedió a cada dato y por qué. Que alguien pueda explicarlo".

La tecnología, entonces, puede ordenar el acceso, pero la decisión sobre qué información corresponde conocer sigue involucrando una responsabilidad profesional. Queda así una pregunta que quizás la tecnología no pueda responder por sí sola: ¿qué significa organizar mejor el trabajo de salud? Si "mejor" significa hacer más en menos tiempo, la respuesta será una. Si significa cuidar mejor, garantizar derechos y preservar la autonomía profesional, probablemente tengamos que utilizar otros indicadores. El debate entonces vuelve al centro: qué tipo de sistema de salud queremos?

Datos: información, conocimiento y poder

La capacidad de procesar grandes volúmenes de información abre algunas de las posibilidades más interesantes de la inteligencia artificial en salud.

Para Andrea, el Big Data que "te da el análisis de gran volumen de datos a alta velocidad, con gran variedad de formatos que vos puedas incorporar",

podés cruzar información de distintas fuentes: datos climáticos, comportamientos sociales, alimentación, sensores de contaminación y otros indicadores, "que te permite rápidamente generar los alertas". Pero cuanto mayor es la cantidad de datos disponibles, más importante se vuelve preguntarse qué sucede con ellos. Andrea es determinante "la historia clínica es del paciente" y Silvia refuerza: "Los datos que generamos en los espacios de salud no son del equipo de salud y no son de las instituciones, son de las personas. Y las personas los entregan para que nosotros los cuidemos".

Eso no significa que esos datos no puedan utilizarse para producir conocimiento colectivo. Si se encuentran completamente desvinculados de la identidad de las personas, pueden convertirse en información útil para construir indicadores y políticas sanitarias. "Con esos datos podemos construir indicadores y con esos indicadores podemos aportar a que se hagan políticas de salud que representen lo que necesita la comunidad". La clave está en que exista un valor agregado sin poner en riesgo la privacidad. "Tenemos derecho a recibir atención sanitaria en igualdad, en la oportunidad que la necesitamos y de la mejor calidad. Eso solo lo vamos a tener si capitalizamos los datos de la comunidad que nosotros asistimos, siempre cuidando su privacidad, su confidencialidad".

Al consultarle sobre la posibilidad de que no solo el sistema de salud, sino particulares (empresas privadas contratadas por los gobiernos) sean quienes manejan los datos, la respuesta de Andrea es rotunda: **"Ya está gestionado por privados"**. Las cinco grandes empresas tecnológicas que desarrollan estas herramientas concentran gran parte de la infraestructura necesaria para su funcionamiento. Andrea utiliza una expresión que sintetiza esa concentración: "tecnofeudalismo, señores feudales del ciberespacio".

Frente a esa concentración, plantea la necesidad de gobernanza. "Contra eso lo que tenés es que los pueblos se sienten a determinar qué sí vas a permitir, qué no y cómo vas a gobernar desde, obviamente, cada país". Las recomendaciones de organismos internacionales pueden aportar marcos generales, pero la regulación concreta corresponde a los Estados. "Cada país tiene que establecer leyes que garanticen los derechos humanos, que las nuevas



Una enfermera consultando la Historia Clínica Digital, lo que le permite acceder a los datos y actualizarlos de manera rápida y eficiente. Foto: Ariadna Creus y Àngel García

tecnologías no avasallen estos aspectos ya ganados”. No se trata, para Andrea, de detener el desarrollo tecnológico, sino de regularlo. “No vas a ir en contra del avance tecnológico, pero tenés que, de alguna manera, controlar, regular, normatizar [...] en función siempre del beneficio de los seres humanos”.

Silvia también entiende los datos como una fuente de poder. “Los datos son una fuente de poder, cada vez más, porque la información da poder, y los datos de los ciudadanos, en particular los datos en salud, dan mucho”. Por eso considera que la protección de la información debe ir acompañada de una política que permita utilizarla para mejorar la salud de las comunidades. “Yo, con los datos de mi comunidad, puedo realmente armar políticas de salud que le devuelvan a la comunidad lo que necesita”. Finalmente resume la relación entre confianza, datos y salud con una frase particularmente potente: “En el caso de la atención que nosotros brindamos, se paga con impuestos pero también se paga con datos. Por eso la responsabilidad es mayor”.

La pregunta sobre quién gobierna los datos termina llevando, entonces, a una discusión más amplia que

la tecnológica. Si la información sanitaria tiene valor para una comunidad, ¿quién debe decidir sobre ella? ¿Cómo se garantiza que pueda utilizarse para producir conocimiento y políticas públicas sin convertirse en una nueva forma de vulnerabilidad? Pensar juntos qué tecnología queremos en salud, requiere tener claro qué sistema de salud queremos.

Entonces a favor o en contra?

A lo largo de la conversación, las entrevistadas aportan sus miradas expertas. Andrea destaca las posibilidades de la inteligencia artificial para ampliar capacidades, procesar información, liberar tiempo y mejorar procesos, pero advierte sobre la necesidad del control humano, el doble chequeo y no perder de vista la empatía. Silvia hace hincapié en el riesgo con el manejo de datos, no solo filiatorios sino los de salud, y reconoce el valor de las herramientas tecnológicas siempre que puedan adaptarse a las necesidades concretas, y a la posibilidad de integrar a expertos tecnológicos, profesionales de salud y a las comunidades en las que se implementan.

En sus respuestas hay un terreno común: la tecnología puede ser una herramienta para cuidar mejor, siempre que no se confunda la herramienta con el cuidado. Puede ayudar a organizar el trabajo, siempre que la organización no termine subordinando las necesidades de las personas a un estándar. Puede procesar información epidemiológica y contribuir a políticas públicas, siempre que los datos sean protegidos y su utilización responda a un interés colectivo. Puede incluso ampliar las capacidades de los equipos de salud, siempre que no debilite el criterio profesional ni el encuentro con quienes necesitan atención.

Las tecnologías no reemplazan el cuidado, pero sí transforman las condiciones en las que ese cuidado ocurre. Intervienen en la circulación de la información, en la distribución de los tiempos, en la defi-

nición de prioridades y en las relaciones entre las instituciones, los equipos de salud y la comunidad. Por eso, discutir tecnologías no significa solamente hablar de innovación: también implica discutir modelos de atención, condiciones de trabajo, autonomía profesional, democracia y derecho a la salud.

La pregunta, entonces, no es simplemente si debemos incorporar nuevas tecnologías, ni si la inteligencia artificial representa una amenaza o una oportunidad. La discusión es quién diseña esas herramientas, con qué objetivos se implementan, qué problemas buscan resolver, quién participa en esas decisiones, y qué lugar ocupan las/los trabajadoras de la salud y las comunidades en ese proceso. Lo que nos lleva al verdadero quid de la cuestión: **¿qué sistema de salud queremos?**

Notas

Microplásticos en sistemas sanitarios: un vector ambiental subestimado.



MARÍA ROSA SMITH

Ambientalista, farmacéutica, Magíster en Salud Pública, Especialista en Farmacia Sanitaria y Legal.

Los plásticos ocupan un lugar central en la vida contemporánea. Su bajo costo, resistencia, liviandad y versatilidad explican su presencia en envases, textiles, productos de consumo, materiales industriales, dispositivos médicos y múltiples tecnologías de uso cotidiano.

Esa misma persistencia que los vuelve útiles también plantea un problema ambiental: cuando son descartados al ambiente o gestionados de manera inadecuada, muchos materiales plásticos permanecen durante largos períodos y atraviesan procesos de degradación física, química y biológica que pueden generar partículas cada vez más pequeñas e incorporarlas a distintos compartimentos ambientales. Mirarlos desde Una Salud permite entender a los microplásticos no solo como residuos dispersos, sino como posibles puntos de encuentro entre ambiente, contaminantes, microorganismos y prácticas sanitarias.

Salud ambiental y humana: exposición y efectos emergentes

La contaminación por plásticos y microplásticos plantea interrogantes que atraviesan la salud de los ecosistemas, la biodiversidad y la salud humana. No se trata solo de residuos persistentes, sino de materiales capaces de producir efectos físicos sobre la fauna, incorporarse a redes tróficas y constituir vías de exposición para las personas [1].

En ambientes acuáticos, los plásticos de mayor tamaño pueden afectar a los animales por enredamiento, atrapamiento, estrangulamiento, lesiones externas, dificultad para nadar o alimentarse, reducción de la movilidad y aumento de la vulnerabilidad frente a depredadores. Redes, líneas de pesca, bolsas, films, envases, anillos plásticos y otros residuos pueden



comprometer a peces, tortugas, aves, mamíferos marinos y otros organismos. Estos efectos muestran que la contaminación plástica no es solo un problema químico o microscópico, sino también una amenaza física directa para la fauna.

Cuando esos materiales se fragmentan, los microplásticos pueden ser ingeridos por organismos de distintos niveles tróficos, desde plancton, invertebrados, moluscos y crustáceos hasta peces, aves y otros animales. Esa ingestión puede producir obstrucción, falsa saciedad, reducción de la alimentación, daño tisular o alteraciones en el crecimiento y la reproducción, según el tamaño, la forma, la concentración y el tipo de partícula.

La incorporación de microplásticos a las redes tróficas resulta especialmente relevante porque permite que estas partículas, junto con contaminantes adsorbidos o biofilms asociados —comunidades microbianas adheridas a una superficie y embebidas en una matriz extracelular—, pasen desde organis-

mos pequeños hacia niveles superiores de la cadena alimentaria. Esto conecta la contaminación ambiental con la biodiversidad, la seguridad alimentaria y la exposición humana.

Las personas pueden exponerse a microplásticos y nanoplásticos por distintas vías: ingestión de agua y alimentos, inhalación de partículas presentes en el aire y contacto con productos de uso cotidiano. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la evaluación del riesgo debe considerar no solo las partículas plásticas en sí mismas, sino también los polímeros, monómeros, aditivos químicos, contaminantes adsorbidos sobre su superficie y biofilms asociados [1].

Los posibles efectos de los microplásticos sobre la salud humana aún se encuentran en estudio. Investigaciones experimentales y revisiones recientes los han asociado con inflamación, estrés oxidativo, alteraciones digestivas, respiratorias y reproductivas. La evidencia en humanos todavía es limitada y no

permite establecer causalidad directa, aunque algunos hallazgos —como la detección de microplásticos y nanoplásticos en placas de ateroma carotídeas y su asociación con mayor riesgo cardiovascular— refuerzan la necesidad de seguir investigando su capacidad de ingresar, persistir o interactuar con tejidos humanos [1][2].

La posición más adecuada es reconocer que los microplásticos representan una preocupación sanitaria emergente, con evidencia suficiente para aplicar prevención, mejorar la investigación y reducir exposiciones evitables. Fauna marina atrapada en la contaminación plástica. Foto: Kev Gregory / Shutterstock.

Toxicidad, características y capacidad de transporte de los microplásticos

Para comprender la toxicidad de los microplásticos y su posible rol como transportadores de contaminantes, primero es necesario dejar de pensarlos simplemente como “plástico pequeño”. No son partículas homogéneas ni residuos inertes: su comportamiento ambiental y biológico depende de propiedades como tamaño, forma, composición polimérica, rugosidad, porosidad, carga superficial, hidrofobicidad, presencia de aditivos y grado de envejecimiento ambiental. [1,3]

Los microplásticos y nanoplásticos se originan, en gran medida, por la degradación progresiva de materiales plásticos mayores. La radiación ultravioleta, la oxidación, la abrasión mecánica, el calor, la hidrólisis y la acción biológica pueden debilitar el polímero, generar grietas, modificar su estructura y favorecer su fragmentación. A medida que este proceso avanza, el plástico puede transformarse en partículas cada vez más pequeñas, con mayor superficie relativa y mayor capacidad de interacción con el ambiente. [1,3]

Entre las variables más relevantes, el tamaño ocupa un lugar central: a menor tamaño, mayor superficie relativa, reactividad, movilidad y potencial de interacción con barreras biológicas. La forma también condiciona el comportamiento de la partícula: una fibra, un fragmento irregular, una película o una esfera pueden diferir en persistencia, movilidad y capacidad

de daño físico. La composición polimérica define la química de superficie, la persistencia ambiental y la capacidad de liberar aditivos o adsorber contaminantes. [1,3]

Las propiedades de superficie completan este comportamiento. La rugosidad y la porosidad aumentan el área de contacto para la adhesión de microorganismos, materia orgánica y contaminantes; la carga superficial y la hidrofobicidad influyen en qué compuestos se adsorben con mayor facilidad. Además, algunos aditivos, como plastificantes, estabilizantes o retardantes de llama, pueden liberarse y contribuir a la toxicidad química asociada al plástico. El envejecimiento ambiental integra muchas de estas transformaciones, modificando la movilidad, persistencia y capacidad de interacción de las partículas. Por eso, la toxicidad potencial de los microplásticos no depende solo de su cantidad, sino también de sus características, del ambiente donde se encuentran y de las interacciones que pueden favorecer. [1,3]

Plastisfera y efecto vector: microplásticos como plataformas de interacción

En ambientes acuáticos, los microplásticos no se comportan como superficies inertes.

Sobre ellos puede formarse la llamada plastisfera: comunidades microbianas organizadas en biofilms, capaces de generar microambientes donde coexisten bacterias, contaminantes químicos, materia orgánica y genes de resistencia antimicrobiana. [4-7] La evidencia disponible muestra que los biofilms desarrollados sobre microplásticos pueden presentar una mayor abundancia relativa de genes de resistencia antimicrobiana. También se ha observado, en condiciones experimentales, que la transferencia horizontal de genes puede verse favorecida en comunidades bacterianas asociadas a microplásticos frente a bacterias de vida libre. Sin embargo, todavía está en investigación cuál es la magnitud real de esta vía en ambientes naturales y cuál es su contribución relativa a la resistencia antimicrobiana. [4-8]

Además de actuar como sustratos para biofilms, los microplásticos pueden interactuar con otros contaminantes. Su superficie puede adsorber fármacos, pesticidas, hidrocarburos, compuestos orgánicos

persistentes y metales mediante distintos mecanismos fisicoquímicos. Dentro de los fármacos, los antibióticos adquieren especial relevancia sanitaria y ambiental por su relación con la presión selectiva y la resistencia antimicrobiana. Estas interacciones pueden modificar el destino ambiental de los contaminantes, afectando su movilidad, persistencia, degradación y distribución entre el agua, los sedimentos y los organismos. De este modo, los microplásticos pueden actuar como vectores o transportadores, desplazando contaminantes desde una matriz ambiental hacia otra o acercándolos a organismos que ingieren o entran en contacto con estas partículas. [3,10-12]

Esta capacidad adquiere especial relevancia en ambientes acuáticos y en matrices residuales o de origen antrópico, como efluentes hospitalarios, urbanos, industriales o agropecuarios. En estos escenarios pueden coexistir microplásticos, fármacos —incluidos antibióticos—, microorganismos resistentes, materia orgánica y genes de resistencia antimicrobiana, generando condiciones favorables para la interacción entre contaminantes químicos y biológicos. [6,12]

La convergencia entre partícula plástica, biofilm y contaminantes asociados permite entender a los microplásticos como plataformas de interacción más que como residuos aislados. En ellos pueden aproximarse componentes que habitualmente se estudian por separado: contaminantes químicos, comunidades microbianas, antibióticos y genes de resistencia. Por eso, su relevancia ambiental no depende solo de la presencia de la partícula, sino también de las interacciones que puede favorecer en determinados contextos. [3-12]

El sistema sanitario como nodo de convergencia

Desde la perspectiva Una Salud, el sistema sanitario puede entenderse desde una visión ampliada, que no se limita a los establecimientos asistenciales. Incluye prácticas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado, pero también entornos domiciliarios, producción veterinaria y agropecuaria, gestión de residuos y efluentes, e instancias de regulación, vigilancia e investigación.



Figura 1. Microplásticos y fármacos: rutas de convergencia sanitaria y ambiental. Elaboración propia



Después de su uso, medicamentos, materiales plásticos, textiles, envases, descartables y restos de productos farmacéuticos siguen distintas rutas: residuos sólidos, efluentes líquidos, excretas, descarte domiciliario, lavado, esorrentía o lixiviación. Algunos son tratados adecuadamente; otros ingresan a circuitos menos controlados.

Esta circulación no depende de una única fuente. Los efluentes hospitalarios, domiciliarios, industriales, farmacéuticos y agropecuarios pueden aportar medicamentos, antibióticos, desinfectantes, productos de cuidado personal, textiles, envases, microplásticos, microorganismos, genes de resistencia y otros contaminantes. Estas sustancias pueden alcanzar el ambiente por efluentes, descartes, excretas, esorrentía, lixiviación o descargas hacia cuerpos de agua. [6,12,13]

Dentro de esta red, los efluentes hospitalarios pueden contener fármacos, metabolitos, desinfectantes, microorganismos resistentes, genes de resistencia, microplásticos y otros contaminantes emergentes. Aun cuando ingresan a plantas de tratamiento, varios de estos contaminantes pueden presentar remoción parcial o limitada mediante tecnologías convencionales. [6,12]

Los efluentes urbanos constituyen otra fuente relevante. En ellos confluyen residuos domiciliarios derivados de tratamientos farmacológicos ambulatorios o del descarte inadecuado de medicamentos, junto con productos de higiene personal, cosméticos, textiles y envases que pueden aportar microplásticos a la red cloacal. [12]

La industria farmacéutica puede aportar contami-

nantes asociados a procesos de producción, formulación o limpieza industrial, incluidos principios activos, excipientes, solventes, polímeros sintéticos y residuos de antibióticos. Aun cuando estos efluentes sean tratados antes de su vertido, la remoción de algunos contaminantes emergentes puede ser parcial, por lo que ciertos compuestos pueden persistir en concentraciones variables y alcanzar sistemas de tratamiento o cuerpos receptores. [13]

La actividad veterinaria y agropecuaria también puede contribuir a esta circulación. En sistemas productivos intensivos, los antibióticos veterinarios pueden alcanzar suelos y cuerpos de agua a través de excretas, estiércoles, escorrentía superficial o lixiviación.

[14]

A esta trama se suma el plástico. Los sistemas sanitarios dependen de materiales plásticos por razones válidas —seguridad, esterilidad, bajo costo, practicidad y prevención de infecciones—, pero su uso masivo también expone la tensión entre seguridad sanitaria, generación de residuos y sostenibilidad ambiental.

Las plantas de tratamiento de aguas residuales ocupan una posición crítica dentro de esta problemática. La remoción suele ser incompleta para varios contaminantes emergentes mediante tecnologías convencionales. Además, pueden funcionar como puntos de concentración e interacción —hotspots— donde convergen microplásticos, antibióticos, otros fármacos, bacterias resistentes, genes de resistencia, materia orgánica y biofilms. [6,8-10,12]

También pueden existir vías directas de ingreso al ambiente hacia ríos, arroyos, lagos, sedimentos, aguas subterráneas o sistemas de acuicultura, especialmente cuando los efluentes, descartes o escorrentías no reciben tratamiento suficiente (figura 1). [6,12].

Cuando estos factores coinciden, la plastisfera adquiere relevancia sanitaria y ecológica como superficie de encuentro entre contaminantes químicos, comunidades microbianas y genes de resistencia antimicrobiana. Por ello, los microplásticos pueden considerarse potenciales vectores ambientales de contaminantes y determinantes de resistencia, aunque la magnitud real de esta vía y su impacto sanitario requieren mayor investigación. Este enfoque refuerza la necesidad de abordar la problemática

desde una perspectiva Una Salud. [6,8-10,12]

Elaboración propia

Del diagnóstico a la acción

Frente a un problema complejo, las respuestas también deben ser integradas. Se requieren estrategias que conecten gestión sanitaria, vigilancia ambiental, uso racional de antimicrobianos, tratamiento de efluentes, compras institucionales, gestión de residuos e investigación aplicada. Dentro del sistema sanitario, fortalecer los programas de uso racional de antimicrobianos es una línea de acción clave. Además de su impacto clínico, pueden contribuir a reducir la carga ambiental de antibióticos que llega a los efluentes.

También resulta necesario mejorar la gestión de medicamentos vencidos, sobrantes o descartados mediante circuitos de devolución, trazabilidad, segregación y disposición final adecuada, tanto en hospitales como en la industria y los hogares.

Otra dimensión relevante es revisar el uso de materiales plásticos en los sistemas sanitarios: identificar descartes evitables, compras sobredimensionadas, envases innecesarios y oportunidades de sustitución segura cuando existan alternativas técnicamente viables.

El control de efluentes hospitalarios y sanitarios también forma parte de esta agenda.

Su caracterización permite identificar sustancias prioritarias, servicios de mayor impacto, momentos críticos y oportunidades de reducción en origen o tratamiento específico.

Las políticas de compras sostenibles y la capacitación del personal son herramientas complementarias. Comprar mejor permite prevenir residuos desde el inicio del circuito; capacitar equipos permite llevar a la práctica las medidas previamente definidas.

A estas acciones se suma la necesidad de promover investigación aplicada en condiciones reales. Los sistemas sanitarios pueden convertirse en espacios estratégicos de generación de conocimiento para orientar políticas públicas.

Lo que descartamos también forma parte de la salud

Los microplásticos nos obligan a ampliar la discusión sobre cómo producimos, usamos y descartamos materiales que luego siguen circulando en el ambiente. Los sistemas sanitarios tienen un papel clave en esta discusión: son grandes consumidores, espacios de cuidado y ámbitos estratégicos para medir impactos, investigar y desarrollar soluciones más seguras y sostenibles. Desde el enfoque Una Salud, cuidar la salud implica también revisar las huellas que dejan las prácticas sanitarias sobre los ecosistemas que sostienen la vida.

Los microplásticos funcionan como una advertencia concreta: lo que descartamos no desaparece; circula, se transforma y puede volver a nosotros bajo nuevas formas. Por eso, reducir lo evitable, mejorar procesos e investigar mejor también son formas de cuidar la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Microplastics in drinking waters. 2019. Disponible en <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/microplastics-in-dw-information-sheet190822.pdf>
- Marfella R, Prattichizzo F, Sardu C, et al. Microplastics and Nanoplastics in Atheromas and Cardiovascular Events. *N Engl J Med*. 2024 Mar 7;390(10):900-910. doi: 10.1056/NEJMoa2309822. PMID: 38446676; PMCID:PMC11009876.
- Fred-Ahmadu OH, Bhagwat G, Oluyoye I, Benson NU, Ayejuyo OO, Palanisami T. Interaction of chemical contaminants with microplastics: Principles and perspectives. *Sci Total Environ*. 2020 Mar 1;706:135978. doi: 10.1016/j.scitotenv.2019.135978. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31864138.
- Zettler ER, Mincer TJ, Amaral-Zettler LA. Life in the "plastisphere": microbial communities on plastic marine debris. *Environ Sci Technol*. 2013;47(13):7137-7146. doi:10.1021/es401288x.
- Amaral-Zettler LA, Zettler ER, Mincer TJ. Ecology of the plastisphere. *Nat Rev Microbiol*. 2020;18(3):139-151. doi:10.1038/s41579-019-0308-0.
- Tuvo B, Scarpaci M, Bracaloni S, Esposito E, Costa AL, Ioppolo M, et al. Microplastics and antibiotic resistance: the magnitude of the problem and the emerging role of hospital wastewater. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(10):5868. doi:10.3390/ijerph20105868.
- Li C, Wang L, Ji S, Chang M, Wang L, Gan Y, et al. The ecology of the plastisphere: microbial composition, function, assembly, and network in the freshwater and seawater ecosystems. *Water Res*. 2021;202:117428. doi:10.1016/j.watres.2021.117428.
- Arias-Andres M, Klümper U, Rojas-Jimenez K, Grossart HP. Microplastic pollution increases gene exchange in aquatic ecosystems. *Environ Pollut*. 2018;237:253-261. doi:10.1016/j.envpol.2018.02.058.
- Eckert EM, Di Cesare A, Kettner MT, Arias-Andres M, Fontaneto D, Grossart HP, et al. Microplastics increase impact of treated wastewater on freshwater microbial community. *Environ Pollut*. 2018;234:495-502. doi:10.1016/j.envpol.2017.11.070.
- Yuan Q, Sun R, Yu P, Cheng Y, Wu W, Bao J, et al. UV-aging of microplastics increases proximal ARG donor-recipient adsorption and leaching of chemicals that synergistically enhance antibiotic resistance propagation. *J Hazard Mater*. 2022;427:127895. doi:10.1016/j.jhazmat.2021.127895.
- Yang Y, Liu G, Song W, Ye C, Lin H, Li Z, et al. Plastics in the marine environment are reservoirs for antibiotic and metal resistance genes. *Environ Int*. 2019;123:79-86. doi:10.1016/j.envint.2018.11.061.
- Sun J, Dai X, Wang Q, van Loosdrecht MCM, Ni BJ. Microplastics in wastewater treatment plants: detection, occurrence and removal. *Water Res*. 2019;152:21-37. doi:10.1016/j.watres.2018.12.050.
- Wu J, Han Z, Ma X, Su M, Hamidian AH, Zhang Y, et al. A database on antibiotics and antibiotic resistance in wastewater and solid waste from pharmaceutical industry based on a systematic review. *China CDC Wkly*. 2025;7(3):92-100. doi:10.46234/ccdcw2025.015.
- Alonso LL, Podio NS, Marino DJG, Almada NS, Gange JM, Bernigaud I, Mórtola N, Wunderlin DA. Evaluating antibiotic occurrence, degradation, and environmental risks in poultry litter within Argentina's agricultural hub. *Science of The Total Environment*. 2024;170993. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2024.170993>

YOGA VIRTUAL

 Miércoles de 17 a 18 hs

ACTIVIDAD GRATUITA
PARA SOCIOS/AS
FEDERADOS/AS

Conectá con tu cuerpo y
bienestar:
**Movimiento, energía, presencia,
fuerza, equilibrio y descanso**



Gremial

Marcha Federal de Salud: en defensa de la salud pública y sus trabajadores



Marcha Federal de Salud desde el Ministerio de Salud de Nación a Plaza de Mayo, 20/05/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Compañeras/os de la Federación de Profesionales del GCABA, en la Marcha Federal de Salud, 20/05/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

La Federación de Profesionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires participó el 20 de mayo de la Marcha Federal de Salud junto a trabajadores y trabajadoras del sector, organizaciones sindicales, movimientos sociales y la comunidad, bajo la consigna “La salud no puede esperar”.

La movilización expresó el rechazo al desfinanciamiento del sistema público de salud, los recortes presupuestarios y el deterioro de las condiciones de atención y de trabajo que atraviesan hospitales y centros de salud en todo el país. También puso en agenda la preocupación por el debilitamiento de políticas sanitarias fundamentales, las dificultades en el acceso a medicamentos e insumos y las situaciones de persecución hacia trabajadores y referentes que impulsan reclamos en defensa del sistema público.

Desde la Federación sostenemos que la defensa de la salud pública no puede separarse de la defensa de quienes la hacen posible todos los días. Garantizar el acceso a la atención requiere equipos interdisciplinarios reconocidos, condiciones laborales dignas, salarios adecuados y políticas públicas que fortalezcan la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

Por eso continuamos acompañando los espacios de organización y lucha que defienden tanto el derecho a la salud de la población como los derechos de las y los trabajadores que sostienen cotidianamente ese derecho.



Andrés Añón, Presidente de la Federación de Profesionales del GCABA en la cabecera de la Marcha Federal de Salud, 20/05/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

Continúa el apoyo a la educación pública universitaria

El 12 de mayo la Federación de Profesionales del GCABA participó de una nueva Marcha Federal Universitaria junto a estudiantes, docentes, trabajadores, organizaciones sociales y miles de personas que se movilizaron en todo el país en defensa de la educación pública, la ciencia y el sistema universitario nacional.

La Federación sostiene desde hace años una participación activa en este reclamo, convencida de que la universidad pública constituye una herramienta fundamental para la formación de los equipos de salud, el desarrollo de la investigación científica y la construcción de conocimiento orientado a resolver los problemas sanitarios de nuestra comunidad.

Las universidades públicas han sido históricamente espacios de producción científica, innovación y movilidad social, además de formar a gran parte de las y los profesionales que sostienen diariamente el sistema de salud. Su desfinanciamiento no solo



Inicia la Marcha Federal Universitaria, vista desde los balcones de la Federación de Profesionales del GCABA, 12/05/2026.

afecta las condiciones de enseñanza y aprendizaje, sino también la capacidad del país para desarrollar investigación, tecnología y respuestas propias frente a los desafíos sanitarios presentes y futuros.

En un contexto atravesado por profundas transformaciones tecnológicas, defender la universidad pública también implica defender la producción democrática del conocimiento, el acceso igualitario

a la educación superior y la posibilidad de construir ciencia al servicio de las necesidades de nuestro pueblo.

Por eso, una vez más, la Federación estuvo presente en las calles reafirmando una convicción que forma parte de su historia: sin educación pública, sin ciencia y sin universidades fortalecidas, tampoco hay salud pública posible.



La columna de la Federación de Profesionales del GCABA, comienza a armarse para participar de la Marcha Federal Universitaria, 12/05/2026.

Ni Una Menos: la violencia también es un problema de salud

La Federación participó de una nueva movilización de Ni Una Menos junto a miles de personas que volvieron a colmar las calles de la Ciudad de Buenos Aires y de distintos puntos del país para exigir políticas públicas efectivas frente a las violencias por motivos de género.

Lejos de convertirse en una demanda del pasado, la movilización demostró que la lucha contra las violencias por motivos de género continúa siendo una preocupación social vigente y una deuda pendiente de las políticas públicas. La masiva convocatoria expresó además la preocupación existente frente a un contexto

marcado por el desfinanciamiento de programas de prevención, asistencia y protección, así como por la proliferación de discursos que minimizan, relativizan o niegan las desigualdades y violencias que afectan a mujeres y diversidades.

Los datos permiten dimensionar la magnitud del problema. Según



Masiva movilización en la Marcha Ni una menos, contra la violencia machista y patriarcal, y en reclamo de políticas públicas, 03/06/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

relevamientos especializados, entre el 1 de enero y el 24 de mayo del 2026 hubo 99 víctimas fatales de violencia machista. En los últimos 11 años se registra un femicidio cada 30 hs, registrando 3205 víctimas letales, en el 85 % de los casos el femicida pertenecía al círculo íntimo o era conocido de la víctima, mientras que más del 60 % ocurren en la vivienda de la propia víctima o en un hogar compartido con el agresor. Estos indicadores muestran que las

violencias por motivos de género se desarrollan, en gran medida, en ámbitos cotidianos y de cercanía, lo que refuerza la necesidad de contar con políticas públicas sostenidas de prevención, acompañamiento y protección.

Desde la Federación sostenemos que las violencias de género constituyen también un problema de salud pública. Sus consecuencias impactan sobre la salud física y mental de las víctimas y la sociedad, profundizan desigualdades y

generan sufrimientos que requieren respuestas integrales desde los sistemas de salud y desde el Estado.

Por eso renovamos nuestro compromiso con la defensa de los derechos humanos, la igualdad y la construcción de una sociedad libre de violencias, discriminación y desigualdad. Porque garantizar una vida libre de violencias también es defender el derecho a la salud.

BENEFICIOS PARA AFILIADAS/OS QUE SE JUBILAN

LA FEDERACIÓN OTORGA EN RECONOCIMIENTO A TODAS/OS AQUELLAS/OS PROFESIONALES AFILIADAS/OS A LAS ASOCIACIONES CON UNA TRAYECTORIA DE 5 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN SU ASOCIACIÓN UNA SUMA DE

\$ 200.000

REQUISITOS

- 5 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
90 DÍAS CORRIDOS
DESDE EL INICIO DEL
CESE.**

Para tramitarlo dirigirse por mail a
beneficiojubilacion@federaciongcaba.org.ar

**EL ÁREA ADMINISTRATIVA INFORMARÁ POR MAIL LA
APROBACIÓN DEL BENEFICIO Y EL ESTADO DEL TRÁMITE**



Gran participación en las propuestas formativas de la Federación

Las propuestas de formación impulsadas por la Federación de Profesionales del GCABA continúan consolidándose como espacios de gran participación e interés para las y los profesionales de la salud, promoviendo herramientas de actualización, reflexión y fortalecimiento de las prácticas en distintos campos del sistema sanitario.

Entre ellas, se destaca la *Diplomatura en Inteligencia Artificial para Profesionales de la Salud*, ofrecida de manera gratuita para afiliadas y afiliados de las asociaciones federadas, que despertó un gran interés y registró una cantidad de inscripciones que superó ampliamente las vacantes inicialmente previstas. Actualmente, alrededor de 170 cursantes participan



Gran participación en la Diplomatura en IA para profesionales de la salud, Clase presencial 27/05/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Marta Josefina Ferraris, Secretaría Asuntos Culturales de la Federación de Profesionales del GCABA junto a Andrea Actis, Directora de la Diplomatura en IA para profesionales de la salud, Clase presencial 27/05/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Actividad de debate en grupos, Clase presencial 27/05/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

de esta propuesta semipresencial que se desarrolla entre abril y diciembre, con una carga horaria total de 280 horas, articulando clases virtuales sincrónicas con encuentros presenciales. La diplomatura tiene como objetivo formar a las y los profesionales en el uso y comprensión de las aplicaciones de la inteligencia artificial, promoviendo una integración ética, crítica y efectiva de estas tecnologías en las prácticas cotidianas de salud.

Asimismo, se dio continuidad al *Curso de Posgrado en Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Salud – Nivel I*, una propuesta formativa ya consolidada dentro de la Federación y sostenida año tras año a partir del interés y la valoración expresada por las y los profesionales que participan de ella. El curso, orientado a trabajadores y trabajadoras del ámbito sanitario desde una perspectiva interdisciplinaria, aborda herramientas vinculadas a la gestión institucional, la planificación y la organización de los servicios de salud, promoviendo además una reflexión crítica sobre los desafíos actuales del sistema sanitario.

Al cierre de esta edición, la Federación de Profesionales suma una nueva propuesta de formación y actualización profesional: la Diplomatura en ética de la investigación. La misma se dictará en forma gratuita, con cursada bimodal, a partir del mes de septiembre y hasta diciembre del año en curso. Informes e inscripción a través de capacitacion@federaciongcaba.org.ar

La importante convocatoria en estas propuestas expresa el interés creciente de las y los profesionales por acceder a instancias de formación continua que permitan fortalecer sus prácticas y construir colectivamente herramientas para intervenir en un sistema de salud atravesado por profundas transformaciones.



Amplia participación de congresales en instancia democrática de la Federación de Profesionales del GCABA. 23/06/2026.
Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

Congreso Extraordinario: debate y construcción colectiva para fortalecer la Federación

Más de un centenar de congresales de las asociaciones que integran la Federación participaron del Congreso Extraordinario, una instancia de intercambio, definición política y fortalecimiento institucional.

Con la participación de representantes de las distintas asociaciones federadas, la Federación de Profesionales del GCABA llevó adelante un Congreso Extraordinario en el que se abordaron los principales desafíos que atraviesan a las y los profesionales del sistema público de salud. Durante la jornada se aprobó una modificación parcial del Estatuto de la Federación, resultado de un amplio proceso de debate y construcción colectiva orientado a fortalecer la vida institucional de la organización y adecuar distintos aspectos normativos.



El Presidente Andrés Añón y la Secretaria General Verónica García, dan inicio al Congreso Extraordinario de la Federación de Profesionales del GCABA. 23/06/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.



Auditorio en el Congreso Gral. Extraordinario de la Federación de Profesionales del GCABA. 23/06/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

El Congreso también fue un espacio para analizar la situación económica y social, con especial atención al desarrollo de la paritaria 2026 y su impacto sobre los ingresos de las y los trabajadores profesionales de la salud. Las intervenciones coincidieron en la necesidad de profundizar las acciones gremiales e institucionales para avanzar en la recomposición salarial, la jerarquización de las profesiones de la salud y el fortalecimiento del sistema público.

La jornada reafirmó el valor del Congreso como máximo ámbito de participación y toma de decisiones de la Federación, donde el intercambio

democrático entre las asociaciones permite construir colectivamente las definiciones que orientan el trabajo gremial e institucional de la organización.

En un contexto de profundos desafíos para la salud pública y para las condiciones de trabajo de las y los profesionales, fortalecer los espacios democráticos de debate y construcción colectiva constituye una herramienta fundamental para sostener una Federación representativa, participativa y comprometida con la defensa de los derechos laborales y del derecho a la salud.



Auditorio en el Congreso Gral. Extraordinario de la Federación de Profesionales del GCABA. 23/06/2026. Foto: Antú Divito Trejo para FPSalud.

Reconocimiento a la trayectoria de la Asociación Argentina de Kinesiología

La Asociación Argentina de Kinesiología (AAK), entidad integrante de la Federación de Profesionales del GCABA, llevó adelante el acto de descubrimiento de la placa conmemorativa

otorgada por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en reconocimiento a su trayectoria, su compromiso con el desarrollo de la profesión y su permanente aporte a la comuni-

dad profesional.

La distinción pone en valor el trabajo sostenido de generaciones de kinesiólogas y kinesiólogos por su contribución al desarrollo de la profesión, a la formación continua



Sergio Varela, Presidente de AAK, en la presentación del acto de descubrimiento de la placa de reconocimiento, junto al Legislador Fran Loupias, impulsor del reconocimiento. 24/06/2026. Foto: gentileza Pablo Balliani, Secretario de promoción social de la Federación de Profesionales del GCABA.

y por su aporte permanente al cuidado de la salud.

Desde la Federación de Profesionales del GCABA celebramos este

reconocimiento, entendiendo que distinguir la trayectoria de nuestras asociaciones también significa poner en valor el compromiso cotidiano de las y los profesiona-

les de la salud con la construcción de un sistema público de salud de calidad, basado en el conocimiento, el trabajo colectivo y el servicio a la comunidad.



Sergio Varela, Presidente de AAK; Fran Loupias, Legislador, y Maria Jimena Agrasar, Vicepresidenta de AAK, descubren la placa. 24/06/2026. Foto: gentileza Pablo Balliani, Secretario de promoción social de la Federación de Profesionales del GCABA.



Compañeras y compañeros de la AAK en el reconocimiento a su trayectoria. 24/06/2026. Foto: gentileza Pablo Balliani, Secretario de promoción social de la Federación de Profesionales del GCABA.

Especialidad Psicólogos

El pasado 22 de junio de 2026, la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (APGCABA) llevó adelante el primer examen de certificación de la Especialidad en Psicología Clínica, un acontecimiento que trasciende a la propia disciplina y constituye un verdadero hito para el conjunto de las organizaciones profesionales del sector público de salud.

La participación de más de cincuenta profesionales en esta primera convocatoria expresa no sólo el interés de las y los psicólogos por profundizar su



Lucía Rossi, Vicedecana de la Facultad de Psicología UBA; Soledad Cottone, Presidenta de AUAPsi; Andrés Añon, Secretario General de la Asociación de Psicólogos GCABA y Presidente de la Federación de Profesionales del GCABA; y María Florencia Flax Marcó, Directora General de Competencias Sanitarias Jurisdiccionales, en la apertura de la primera convocatoria de la Especialidad en Psicología Clínica. 25/06/2026 Foto: Antú Divito Trejo

formación y acreditar sus competencias, sino también la consolidación de un proyecto institucional sostenido en el tiempo, orientado a fortalecer el reconocimiento profesional y la jerarquización del trabajo en salud.

Desde la Federación de Profesionales del GCABA entendemos que este acontecimiento representa mucho más que una instancia académica de evaluación. Constituye la demostración concreta de que las organizaciones gremiales podemos asumir un rol activo en la construcción de herramientas que permitan reconocer trayectorias, saberes, experiencias y niveles de especialización alcanzados por quienes sostienen cotidianamente el sistema público de salud.

La certificación de especialidades es una herramienta de enorme valor para la profesión. Permite visibilizar conocimientos específicos, promover la excelencia en las prácticas, fortalecer los procesos de formación continua y contribuir a la calidad de las prestaciones brindadas a la comunidad. Sin embargo, su importancia no se agota en el plano científico o académico. También posee una profunda dimensión gremial.

La certificación de especialidades constituye además una herramienta de enorme valor para el fortalecimiento y la jerarquización de las profesiones de la salud. En la Carrera de profesionales de salud del GCABA (Ley 6035) algunas disciplinas, entre ellas Medicina, Odontología, Bioquímica, Farmacia, Kinesiología y, recientemente, Fonoaudiología, cuentan con especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación, consolidando mecanismos que promueven la formación permanente y el reconocimiento de trayectorias y competencias profesionales. La iniciativa desarrollada por APGCABA se inscribe en esa misma perspectiva y demuestra que las organizaciones gremiales pueden asumir un papel protagónico no sólo en la defensa de las condiciones laborales y salariales, sino también en la construcción de herramientas que impulsen el desarrollo científico, profesional e institucional de



Psicólogas y psicólogos en la evaluación de la primera convocatoria de certificación de la especialidad en Psicología Clínica. 25/06/2026 Foto: Antú Divito Trejo

quienes sostienen diariamente el sistema público de salud.

Reconocer formalmente la especialización implica reconocer el valor del trabajo profesional. Significa generar condiciones para que la capacitación permanente, la experiencia acumulada y el desarrollo de competencias específicas tengan una expresión concreta en la carrera profesional, en las condiciones laborales y en los mecanismos de reconocimiento institucional. En otras palabras, supone avanzar hacia modelos que contemplen de manera efectiva el crecimiento profesional de las y los trabajadores de la salud.

En este sentido, la experiencia impulsada por APGCABA abre un camino que puede ser recorrido por otras asociaciones integrantes de nuestra Federación. La construcción de sistemas de certificación y reconocimiento profesional desarrollados desde las propias organizaciones representa una oportunidad para fortalecer a cada disciplina y, al mismo tiempo, consolidar una mirada integral del equipo de salud. Asimismo, pone de relieve la capacidad de las entidades gremiales para impulsar iniciativas que articulan la defensa de los derechos laborales con el desarrollo científico y profesional de sus representados.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con uno de los

sistemas públicos de salud más complejos y desarrollados del país. Lo que aquí se construye suele convertirse en referencia para otras jurisdicciones de la Argentina. Por ello, resulta especialmente significativo que este proceso haya nacido en el ámbito del sector público, donde convergen la asistencia, la formación, la investigación y el compromiso cotidiano de miles de profesionales.

La jornada contó con la presencia de destacadas autoridades y referentes del ámbito académico y sanitario, entre ellas Soledad Cottone, presidenta de AUAPsi; Lucía Rossi, vicedecana de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; y María Florencia Flax Marcó, directora general de Competencias Sanitarias Jurisdiccionales. Asimismo, parti-

ciparon representantes de la entidad certificadora, integrantes de la Comisión Directiva y un destacado cuerpo de evaluadores y evaluadoras que hicieron posible esta primera experiencia.

La Federación de Profesionales del GCABA celebra este logro institucional de APGCABA como una expresión del compromiso histórico de nuestras organizaciones con la defensa del trabajo profesional, la formación permanente y la construcción de mejores condiciones para el ejercicio de las profesiones de la salud.

La certificación de especialidades no constituye únicamente un reconocimiento individual. Es también una apuesta colectiva a la calidad del sistema público de salud, a la valorización de sus trabajadores y al

fortalecimiento de las organizaciones que los representan. Por ello, este primer examen de especialistas en Psicología Clínica marca un precedente trascendente y abre una nueva etapa en el camino hacia una mayor jerarquización profesional para todas las disciplinas que integran el equipo de salud. Constituye, además, una muestra concreta de cómo las organizaciones federadas pueden generar herramientas innovadoras para fortalecer el reconocimiento de sus profesiones, promoviendo simultáneamente la excelencia en las prácticas, el crecimiento de sus trabajadores y la calidad de la atención brindada a la comunidad.



Autoridades y referentes del ámbito académico junto a las y los postulantes a la certificación de la Especialidad en Psicología Clínica. 25/06/2026 Foto: Antú Divito Trejo



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@federaciongcba.org.ar



01

En la época de las respuestas y el enjambre digital: una apuesta por la palabra



SOFÍA GAMALLO

Concurrente de quinto año del Hospital Gral. De Agudos Dr. Teodoro Álvarez.
Estudiante del Curso Regular de Formación de Posgrado del Instituto Clínico de Buenos Aires.



JOSEFINA RUEDA

Lic. en Psicología (UBA).
Concurrencia completa en Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Especialista en Psicología Clínica. Co-coordinadora Casa Tekoporã.
Estudiante regular de la Especialización en Teoría y Práctica Psicoanalítica (UNSAM)



LUCÍA ROJAS

Licenciada en Psicología - UBA
Concurrencia completa - Hospital Gral. de Agudos Carlos G. Durand
Especialista en Psicología Clínica
Maestranda en Clínica.
Psicoanalítica - UNSAM.
Co-ayudante de cátedra.
Psicopatología - UBA.

Resumen

El presente escrito propone una reflexión teórico-clínica sobre nuestra práctica como psicólogas en un hospital público general inmerso en el contexto

contemporáneo. A partir de los aportes de autores tales como Byung-Chul Han (2013), Walter Benjamin (1973), Eva Illouz (2019), Ernesto Sinatra (2026), entre otros, se analizarán las coordenadas subjetivas de la época y los efectos de dicho contexto sobre las

modalidades actuales de padecimiento.

Para ello, se tomarán dos recortes clínicos con el objetivo de ilustrar el lugar de las nuevas tecnologías y los imperativos de producción signados bajo una lógica capitalista, así como también las posibilidades de intervención desde la salud mental, específicamente desde una orientación psicoanalítica.

Sostenemos que es a partir de la apuesta por el surgimiento de la palabra que podría ser posible la interrogación del sujeto sobre su propio malestar y subvertir en parte la lógica del consumo restituyendo una realidad otra que le permita al individuo advenir en su singularidad.

Palabras Clave

Enjambre Digital - Happycracia - Inteligencia Artificial - Salud Mental

A modo de introducción

El presente escrito pretende interrogar nuestra práctica como inmersa en el contexto actual siendo profesionales psicólogas de un hospital público general. Nos encontramos en una época en la que nuestro ejercicio debe estar advertido de la oscuridad de nuestro presente como algo que nos interpela. Vivimos en un tiempo en donde lo imposible no tiene lugar, nos encontramos entre estímulos continuos que producen una tendencia a la estupidez de las masas y aplanan la singularidad: la época de la inteligencia artificial, que siempre da respuestas. Vivimos en una sociedad de vidrio, en la que todo siempre se muestra, los tabúes ya no existen y los tiempos se aceleran dejándonos cada vez menos espacio para transformar nuestras vivencias en relatos. Byung-chul Han en "En el enjambre" (2013) dirá: "El respeto constituye la pieza fundamental para lo público. Donde desaparece el respeto, decae lo público. (...) Hoy, en cambio, reina una total falta de distancia, en la que la intimidad es expuesta públicamente y lo privado se hace público." (p. 13).

Así, nos preguntamos: ¿Quién encuentra en estos tiempos gente capaz de narrar debidamente una historia? ¿Cómo podemos darle lugar a los textos de nuestros pacientes ayudándoles a elaborar una

respuesta que les permita vivir mejor?

Coordenadas de nuestra época

El autor Walter Benjamin, en su escrito *Experiencia y pobreza* (1973) describe al cuerpo humano como mínimo y quebradizo. Plantea, con una llamativa actualidad, que una pobreza del todo nueva ha caído sobre el hombre al tiempo del desarrollo de las nuevas técnicas como la astrología, el vegetarianismo, el espiritismo, entre otros. Al igual que en nuestros tiempos, nos encontramos inmersos en discursos que alienan al sujeto brindándoles respuestas "para sentirse mejor", tales como la vida fitness, el tapping, el mindfulness, el consumo de distintos "nutrientes", etc. Llevándolo de la mano del discurso capitalista, todo estará bien si tenemos fe en nosotros mismos y somos pacientes, tenemos el control. Como dicen Illouz y Cabanas (2019) en "Happycracia":

"En estos tiempos de incertidumbre, de impotencia y de agitación social y política, la promesa de que podemos encontrar la felicidad si miramos dentro de nosotros mismos ofrece una tentadora vía de escape y empoderamiento ante la frustración, la ansiedad, el estrés y el sufrimiento." (p. 71)

Teniendo en cuenta la cita anterior, podemos decir que, en la actualidad, la obsesión contemporánea gira en torno a la masa muscular, la proteína y los suplementos. El gimnasio y el bienestar mental pasa a ser un laboratorio de la disciplina, el control y el sacrificio. Según Agustina Carman (2026), en su artículo "Se acabó la fiesta, nos encontramos en una era de la fatiga de vivir como consecuencia de la carrera hacia el continuo progreso. El cuerpo musculoso o hipertrofiado se vuelve un signo de progreso o fracaso en un contexto de precariedad laboral e incertidumbre económica. En la época de la "Happycracia" (Illouz y Cabanas, 2019), las recetas mágicas y la psicología positivista generan más frustración y termina siendo una estrategia de consumo. Vivimos en una tiranía asociada a la idea de la felicidad como una obligación a ser felices y no de cualquier forma. La felicidad termina siendo un producto que se puede consumir. Es la era del "soy lo que digo", en el discurso capitalista el yo consciente al "imposible is nothing" y cree ser amo de su propio cuerpo conduciéndolo al embrutecimiento.

Byung-chul Han (2013) establece que en estos tiem-

pos todos los caminos son posibles, nos comandan los objetos como nuestros amos. Sin embargo, nada de esto hace lazo, deja a los sujetos sueltos y relegados. La revolución digital ha traído una nueva crisis: “el enjambre digital”, donde no hay masa.

No es inherente a ningún alma, a ningún espíritu. El enjambre digital consta en individuos aislados (...) En ella los individuos particulares se fundan en una nueva unidad, en la que ya no tiene ningún perfil propio, Una concentración casual de hombres que no forman ninguna masa. Los individuos que se hunden en un enjambre digital no desarrollan ningún nosotros. (Byung-chul Han, 2013, p. 24)

Nuestro discurso como psicoanalistas de un Hospital Público General apuesta a poner en cuestión dicho enjambre, teniendo como horizonte la emergencia de una singularidad que pueda formar parte de lo

que el autor denomina “Nosotros”. Entonces, ¿Cómo podemos generar dicho movimiento en los pacientes que atendemos en nuestra clínica? Según Illouz y Cabanas (2019) es fundamental comprender la funcionalidad de cada emoción y el lugar que ocupa “En la configuración, el mantenimiento o la oposición de particulares dinámicas individuales, sociales y culturales en contextos también particulares” (p.164).

Recortes clínicos de la actualidad

Una joven de 15 años llega a la consulta derivada por su psiquiatra por presentar un cuadro de delirio en el que tenía la certeza de que algunos compañeros de clase se encontraban enamorados de ella. Padece de un diagnóstico de esquizofrenia temprana y tiene la certeza de haber sido hormonada por su “verda-



dera madre". Al inicio del tratamiento, al no tener a nadie con quien conversar sobre su construcción delirante, conversaba con la IA, quien respondía agudizando su productividad incesantemente debido a que, lejos de contrariar sus dichos, le hacía preguntas con el objetivo de que le cuente más sobre su delirio. La intervención apuntó a que escriba sus pensamientos en un diario íntimo y que fuera conversado en sesión. Prontamente hubo efectos de apaciguamiento, la joven comenzó a estar más tranquila y, si bien la indicación no apuntó a "reducir" algo del delirio, se logró bajar la carga angustiada del mismo y su productividad incesante.

Otro joven de 23 años consulta "para completar su check-list de cosas para ser exitoso". Entre ellas se encuentran, comer saludable, ir al gimnasio, analizar el mercado, salir con amigos, dedicar tiempo a la lectura, venir a terapia, entre otras... ¿Cómo introducir en ese sujeto una pregunta por su malestar? ¿Cómo hacer para poner el venir a terapia como un punto donde reelaborar su historia y conmover algo de estas ideas tan rígidas en búsqueda de la originalidad de su propio deseo?

Lecturas teórico-clínicas

En articulación con las viñetas, Ernesto Sinatra en el libro "El inconsciente frente al protocolo" (2026) propone que el objeto se encuentra "siempre al alcance de la mano del consumidor" (p.56) y refiere que los impulsores del mercado, aliados con las ciencias intentan maquillar la presencia mortífera y absoluta de ese objeto que se vuelve tóxico.

En la época posmoderna todo puede volverse "tóxico". Según Sinatra (2026), "las listas de nuevos adictos designan ya no solo a partir de sustancias sino desde los objetos del consumo, internet apps, multipantallas, apuestas deportivas, sexo, sexting, videojuegos, pornografía, deportes, compras (...)" (p. 57). Eric Laurent (2020) plantea que internet está transformando el modo en que las personas se vinculan con el mundo, otorgándole al cuerpo un nuevo órgano que permite un acceso inmediato al mercado globalizado y digitalizado. Así se observa en el caso de la joven de 15 años quien mantiene "un vínculo" cada vez más enloquecedor con su IA. Mientras que el analista, con sus intervenciones, orienta a acotar y establecer bordes para su producción delirante, la

IA -al no poder hacer una lectura respecto del sujeto que lo convoca- produce y otorga sentido, así como también respuestas, que agudizan su cuadro.

Nos parece importante mencionar que todo esto ocurre mientras que las sociedades brindan su consentimiento a ser tomados por estos discursos. Se hace evidente hasta qué punto son las propias personas quienes de forma voluntaria e incluso entusiasta se entregan a esa demanda de autorregulación y autovigilancia cotidianas. En el caso del joven, se observa que, por voluntad propia, se somete a vivir una vida excesivamente controlada y regida a partir de las lógicas del mercado que empujan al rendimiento y la productividad continua: check-lists infinitas para ser exitoso.

En la entrevista a Jacques Lacan en la revista Panorama del año 1974 el mismo menciona:

"Es cierto, hay alrededor nuestro, cosas horripilantes y voraces, como la televisión, que fagocita regularmente a una gran parte de nosotros. Pero eso ocurre únicamente porque hay personas que se dejan fagocitar, que se inventan incluso un interés por lo que ven" (p. 7).

En esta misma línea, Miquel Bassols en Collares (2026) denomina a este fenómeno como "servidumbres voluntarias", subrayando que, a diferencia de las servidumbres impuestas, estas tienen la particularidad de que el sujeto desconoce aquello de lo cual es siervo. La dominación ya no se experimenta como una imposición exterior, sino como una elección propia, confundiendo libertad con sometimiento. En el recorte clínico de la joven, se evidencia cómo, más allá de tener conciencia de lo que producía en ella la conversación continua con la IA, continúa realizando esta práctica constantemente, ya que creía que este "encuentro" era el único espacio donde ella podía poner en palabras su sentir. A partir de la escucha de un analista y con la introducción de la escritura se constituyó un nuevo saber hacer con su padecer.

Por su parte, Sinatra (2026) advierte que mientras el "fin del mundo" se instala como un horizonte capaz de justificar toda forma de hiper-control presente, se consolida un régimen que homogeneiza y reduce lo singular a datos (p.61). Esta lógica se puede observar, en el caso del joven de veintitrés años, quien consulta para completar su "check-list para ser exitoso". Allí la demanda aparece comandada por la

lógica del capitalismo y los ideales de rendimiento que ella impone, evidenciando una gran dificultad para evocar una pregunta singular sobre su padecimiento. El desafío clínico consistirá entonces en abrir un espacio donde el sujeto pueda historizar y subjetivar su malestar.

Reflexiones finales

Las derivas de la época contemporánea -atravesadas por la tiranía del rendimiento y el imperativo de la felicidad obligatoria- convergen en una promesa de autorregulación y dominio absoluto sobre uno mismo. Tal como señalan Illouz y Cabanas (2019), estas técnicas y dispositivos eluden deliberadamente cualquier referencia al inconsciente o a lo que escapa al control del propio individuo, operando bajo la premisa de que no hay contenido anímico que no pueda ser gestionado y manipulado a voluntad. Esta creencia no solo fomenta salidas puramente narcisistas y culpabilizantes, donde cada sujeto es considerado el único responsable de su propio sufrimiento y rendimiento, sino que también debilita los lazos colectivos y reduce el margen para la disconformidad y la alteridad.

En el mismo sentido, las nuevas tecnologías y los objetos de consumo masivo sumergen al sujeto en una lógica de inmediatez. Como advierte Christiane Alberti (2025), lejos de propiciar un verdadero reencontro, el dispositivo deslocaliza al sujeto al dirigirlo hacia una exterioridad incesante. Así el joven encerrado con sus gadgets, con la ilusión de estar más conectado con otros a través de las redes sociales, resulta desposeído de su parcela de interioridad y de la posibilidad de un retorno reflexivo.

Frente a este panorama de estandarización, aplanamiento de la singularidad y enjambres digitales, como psicólogas que practican el psicoanálisis en el ámbito público, creemos que la apuesta a algo diferente es por la palabra, por la posibilidad de armar una propia singularidad a través del propio relato del paciente y la escucha de un analista. Sostenemos que a partir del dispositivo y la apuesta por el análisis, podría ser posible subvertir en parte la lógica del consumo, historizar el malestar y restituir una realidad otra que permita al sujeto advenir en su singularidad.

REFERENCIAS

- Alberti, C. (2025). *El psicoanálisis hacia la juventud*. Cythere (v.7).
- Bassols, M. (2026). *Collares*. Lacan Quotidien N°26 el 9 de febrero de 2026.
- Benjamin, W. (1973). *Experiencia y pobreza*. En Discursos ininterrumpidos I. Taurus.
- Han, B.-C. (2013). *En el enjambre*. Herder.
- Illouz, E., & Cabanas, E. (2019). *Happygracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.
- Lacan, J. (1974, 21 de noviembre). Freud per sempre: Coloquio con Jacques Lacan (E. Granzotto, Entrevistadora). Panorama, 159-165.
- Laurent, É. (2020, 22 de mayo). "Gozar de Internet". *Conversación con Éric Laurent*. Blog ELP; Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. <https://elp.org.es/gozar-de-internet-conversacion-con-eric-laurent/>
- Sinatra, E. y compiladores (2026). *El inconsciente frente al protocolo*. Grama.

Nota al pie: Este artículo ha sido sometido a evaluación por pares. Sus autores han realizado declaraciones juradas sobre financiamiento e interés de acuerdo con las políticas editoriales vigentes y conservan la exclusiva responsabilidad sobre el contenido, ideas, interpretaciones y conclusiones vertidas en el mismo.

02

La utilización de Métodos no farmacológicos para alivio del dolor en trabajo de parto



LIC. VIRGINIA SOSA

Lic. en Obstetricia. Obstétrica de planta del HMIRS. Coordinadora de la residencia en clínica obstétrica HMIRS.



LIC. FLORENCIA VIDA

Residente en Clínica Obstétrica HMIRS.



LIC. NADIA CHIRINOS

Residente en Clínica Obstétrica HMIRS.



LIC. MELISA HERRERA

Residente en Clínica Obstétrica HMIRS.



LIC. MARIA CELESTE DECUZZI

Jefa de Residentes en Clínica Obstétrica HMIRS.

Palabras clave

Analgesia Obstétrica, Dolor de Parto, Manejo del Dolor, Parto Humanizado

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito describir la experiencia del equipo de licenciadas en obstetricia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá en la implementación de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, promoviendo una atención integral, humanizada y centrada

en las necesidades de cada persona gestante.

Esta experiencia se desarrolló en una maternidad pública de tercer nivel, donde se incorporan de manera cotidiana estrategias como esferodinamia, hidroterapia, aromaterapia, musicoterapia, masajes, aplicación de frío y calor local, uso del rebozo, libre movilidad, privacidad y acompañamiento continuo.

Se aplicaron de forma individualizada estas intervenciones durante las distintas etapas del trabajo de parto, respetando las preferencias, tiempos y decisiones de cada mujer, favoreciendo además la presencia de un acompañante a elección de la persona gestante.

Entre los principales resultados y aprendizajes observados se destacan una mejor percepción y afrontamiento del dolor, mayor sensación de control y bienestar materno, una evolución favorable del trabajo de parto y una experiencia más positiva del nacimiento. Asimismo, la implementación de estas estrategias fortaleció las competencias profesionales del equipo en comunicación, acompañamiento emocional y toma de decisiones compartidas.

Se concluye que los métodos no farmacológicos constituyen herramientas seguras, accesibles y costo-efectivas que trascienden el alivio del dolor, al favorecer el protagonismo de la persona gestante, fortalecer el vínculo con el equipo de salud y contribuir a un modelo de atención respetuoso, humanizado y centrado en la experiencia del nacimiento como un proceso fisiológico, único y significativo.

Introducción

El dolor durante el trabajo de parto constituye un fenómeno complejo que trasciende lo fisiológico, involucrando dimensiones emocionales, sociales y/o cultura-

les. (Lowe, 2002).

Tradicionalmente, la analgesia farmacológica, principalmente la peridural, ha sido la intervención más difundida en el ámbito hospitalario. No obstante, no todas las mujeres acceden a este recurso, ya sea por elección personal, restricciones médicas o disponibilidad del servicio en un momento determinado. Esta situación plantea a los equipos de salud la necesidad de desarrollar estrategias alternativas que acompañen de manera integral a la persona gestante durante el proceso de parto.



Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto, en HMIRS. Foto: Gentileza de las autoras.

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, institución de referencia en salud perinatal de la Ciudad de Buenos Aires, se ha promovido activamente la implementación de métodos no farmacológicos de alivio del dolor. Estas prácticas se caracterizan por su seguridad, accesibilidad y bajo costo, generando un impacto positivo tanto en la vivencia subjetiva de la paciente como en el desarrollo del parto (Sartori, 2011; Zhu, 2023).

La experiencia que se presenta se fundamenta en la convicción de que el parto debe abordarse no solo desde una perspectiva biomédica, sino también respetando la autonomía, el protagonismo y los tiempos de cada mujer, favoreciendo un tránsito más confortable y humanizado del trabajo de parto (Lowe, 2002).

Elegimos esta forma de evidenciar cómo el equipo de obstétricas integra herramientas como la esferodinamia, la hidroterapia, la aromaterapia, la musicoterapia, el uso de masajes, frío y calor, el rebozo, la libre movilidad, la privacidad y el acompañamiento continuo y como esto permite reflexionar sobre los aportes de la obstetricia en la construcción de un parto más humanizado y respetado.

Objetivos del manejo del dolor:

- Favorecer un tránsito más confortable y humanizado del trabajo de parto, respetando la autonomía, protagonismo y tiempos de cada mujer.

Los objetivos del trabajo:

- Implementar métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el trabajo de parto, garantizando seguridad, accesibilidad y efectividad.
- Fortalecer la integración de prácticas de cuidado integral dentro del equipo de salud y la atención hospitalaria.
- Evaluar el impacto de estas intervenciones en la experiencia de la paciente, en la progresión del trabajo de parto y en la satisfacción general con la atención recibida.

Desarrollo

La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en trabajo de parto se lleva adelante en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, institución pública de tercer nivel, que atiende un elevado

número de partos anuales y recibe a una población heterogénea en cuanto a edad, nivel socioeconómico y situación familiar. El territorio está marcado por la alta demanda de atención y por la necesidad de brindar respuestas eficaces, humanas y seguras a las mujeres que atraviesan el proceso de gestación, parto y puerperio.

Estas herramientas están dirigidas a las personas gestantes en trabajo de parto, en particular aquellas que transitan las etapas de dilatación y expulsivo. En todos los casos se favorece la presencia de un acompañante elegido por la mujer, lo que refuerza el sentido de apoyo, confianza y contención emocional.

Se considera que la Obstétrica es el profesional más idóneo para el acompañamiento en el trabajo de parto (World Health Organization, 2025), ya que es el más costo-efectivo para brindar cuidados durante el embarazo, trabajo de parto y el alumbramiento (Davis-Floyd, 2003). Estas intervenciones se llevan a cabo por obstétricas de nuestra maternidad, cuya formación y práctica cotidiana les permite incorporar diferentes técnicas que favorecen el bienestar materno y la progresión del trabajo de parto.

Diversos estudios han demostrado que las técnicas de relajación y acompañamiento durante el trabajo de parto pueden disminuir significativamente la percepción del dolor y contribuir a una evolución más favorable del proceso. En este sentido, Siagian et al., (2020) observaron que la implementación de hipnobirthing se asoció con una reducción del dolor y una menor duración del trabajo de parto en comparación con la atención convencional.

Estas estrategias incluyen:

- Esferodinamia: utilización de pelotas que facilitan el movimiento pélvico, mejoran la postura y favorecen el descenso fetal. Además la esfera brinda una presión no dolorosa que elimina la noción propioceptiva del dolor.
- Hidroterapia: aplicación de agua tibia, mediante duchas o baños que relajan la musculatura, reducen la tensión y alivian el dolor lumbar.
- Aromaterapia y musicoterapia: estimulación de los sentidos con aromas y sonidos que disminuyen la ansiedad y contribuyen a un ambiente más cálido y personal. - Masajes, frío y calor local: técnicas simples aplicadas en zona lumbar,

sacra o abdominal que reducen el dolor y generan sensación de cuidado.

- Uso del rebozo: movimientos rítmicos que facilitan la relajación y el acomodo fetal. - Libre movilidad: permitir que la mujer adopte posiciones verticales, se mueva y explore lo que le resulta más cómodo.
- Acompañamiento continuo y privacidad: sostén emocional, respeto por la intimidad y comunicación constante que refuerza la seguridad y la confianza en el proceso.

La planificación de estas prácticas se realiza teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y espacios dentro de la maternidad. Se prioriza el uso de herramientas simples, de bajo costo y fácilmente adaptables a la dinámica hospitalaria. La ejecución implica no solo aplicar la técnica, sino también generar un vínculo empático, ofrecer información clara y respetar las decisiones de la mujer.

En la práctica diaria se observa que estas estrategias impactan directamente en la progresión del trabajo de parto (Siagian et al, 2020). Las pacientes que utilizan la esferodinamia o que mantienen una movilidad activa presentan una evolución favorable de la fase de dilatación y un descenso fetal más favorable.

La hidroterapia y los masajes reducen la percepción del dolor y la necesidad de intervenciones farmacológicas. La musicoterapia y la aromaterapia contribuyen a un ambiente de calma y concentración. De igual manera, la privacidad y el acompañamiento aumentan la sensación de seguridad, lo que se traduce en una vivencia más positiva del parto. Este enfoque integral no solo mejora la experiencia materna, sino que también repercute en el vínculo inicial con el recién nacido y en la satisfacción general con la atención recibida (World Health Organization, 2018).

Desde una perspectiva antropológica, el dolor del parto no se interpreta únicamente como un fenómeno fisiológico, sino como una experiencia profundamente enraizada en los sistemas simbólicos, culturales y sociales que configuran la manera en que las mujeres y personas gestantes entienden, viven y expresan este proceso. La antropología ha demostrado que la percepción del dolor es inseparable del contexto cultural, ya que cada sociedad otorga significados particulares al nacimiento, define roles de género, establece expectativas sobre la conducta

materna y determina qué formas de expresión del dolor son aceptables o valoradas (Jordan, 1978).

En numerosas culturas, el parto es concebido como un rito de paso que marca la transición hacia la maternidad, y el dolor puede adquirir una función simbólica asociada al sacrificio, la fortaleza, la madurez o la identidad femenina. En otras, se promueve la expresión abierta del dolor y el apoyo colectivo, mientras que ciertos sistemas médicos institucionalizados tienden a patologizar o silenciar las manifestaciones dolorosas, privilegiando intervenciones tecnológicas y modelos biomédicos centrados en el control del cuerpo gestante. Estas variaciones culturales muestran que el dolor del parto no es una experiencia universal y homogénea, sino que está moldeada por narrativas culturales, estructuras de poder y prácticas históricas.

Así, la antropología del nacimiento subraya que comprender el dolor del parto requiere analizarlo más allá del cuerpo, incorporando las experiencias subjetivas, las relaciones sociales, las creencias compartidas y las dinámicas institucionales. Este enfoque permite cuestionar modelos hegemónicos y favorecer prácticas más humanizadas, respetuosas de las diversidades culturales y centradas en las necesidades reales de cada persona gestante (Jordan, 1978; Davis-Floyd, 2003).

El dolor durante el trabajo de parto y el parto es reconocido como un fenómeno complejo que abarca dimensiones fisiológicas, emocionales, sociales y culturales. Desde el punto de vista biológico, su origen se relaciona con la activación de nociceptores asociados a la dilatación cervical, la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas y la presión ejercida sobre estructuras nerviosas de la pelvis. Estos estímulos son modulados por mecanismos neuroendocrinos que intervienen en la percepción y respuesta al dolor.

No obstante, la interpretación subjetiva del dolor obstétrico está profundamente influida por factores psicológicos como el nivel de ansiedad, el miedo, las expectativas, la percepción de control y las experiencias previas. A su vez, el apoyo emocional continuo, la calidad de la comunicación con el equipo de salud y la presencia de una persona de confianza pueden reducir significativamente la percepción del dolor y mejorar la vivencia del parto.



Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto, en HMIRS. Foto: Gentileza de las autoras.

de la persona gestante, garantice apoyo continuo, facilite métodos de alivio tanto farmacológicos como no farmacológicos y promueva entornos de parto más humanizados (Lowe, 2002; World Health Organization, 2018).

Resultados y Conclusiones

La implementación de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en trabajo de parto permitió observar no solo beneficios clínicos y de percepción materna, sino también aprendizajes significativos para el equipo de obstétricas. Se identificaron determinantes que favorecen la recomendación del uso de estas prácticas, como la disponibilidad de recursos simples, la formación específica del personal y la motivación de la paciente; así como condicionantes que limitan su eficacia, incluyendo la alta demanda asistencial, la disponibilidad de espacios adecuados y la variabilidad en la experiencia previa de cada mujer con estas técnicas.

Desde la perspectiva del desempeño profesional, la experiencia fortaleció la capacidad del equipo para integrar intervenciones no farmacológicas, reforzando competencias en comunicación, acompañamiento emocional, planificación y toma de decisiones compartida con la paciente. Las prácticas realizadas contribuyeron a consolidar el rol de la obstétrica como garante de un cuidado integral, humanizado y seguro, capaz de adaptar estrategias según las necesidades individuales de cada mujer.

Para la comunidad, estas intervenciones ofrecieron una alternativa accesible y segura de manejo del dolor, respetuosa de la autonomía y preferencias de las pacientes, promoviendo una experiencia de parto positiva y fortaleciendo el vínculo materno-infantil.

En un plano sociocultural, las creencias y narrativas sobre el parto —incluyendo su significado dentro de una comunidad o familia— pueden intensificar o atenuar la

experiencia dolorosa. Por ello, el enfoque contemporáneo de la atención obstétrica reconoce al dolor del trabajo de parto como un proceso dinámico e individualizado que no debe ser abordado únicamente desde lo fisiológico. Diversas organizaciones internacionales sostienen la necesidad de aplicar un modelo biopsicosocial que respete la autonomía

Para el sistema de salud, la aplicación de métodos no farmacológicos representa una estrategia costo-efectiva, que puede mejorar la satisfacción de las usuarias, reducir la dependencia de intervenciones farmacológicas y optimizar el uso de recursos hospitalarios.

En conclusión, los métodos no farmacológicos son herramientas para la atención integral durante el trabajo de parto, contribuyendo al bienestar de la paciente, al desarrollo profesional del equipo de salud y a la eficiencia y humanización del sistema de atención perinatal.

Su implementación en el Hospital Sardá reafirma el rol del equipo de licenciadas en obstetricia como garante de un cuidado integral, humanizado y respetuoso, capaz de transformar positivamente la experiencia de parto y contribuir al bienestar materno-infantil, a la satisfacción de la paciente y a la eficacia del equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Davis-Floyd, R. (2003). Birth as an American rite of passage (2nd ed.). University of California Press.
- Jordan, B. (1978). Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Eden Press.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5 Suppl.), S16-S24.
- Sartori, A. L. (2011). Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(1), 19-26. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000100019&script=sci_arttext
- Siagian, D. S., Meirani, A., Cahyati, N., Lestari, L., & Fania. (2020). The influence of hypnobirthing relaxation on labor pain and duration of labor. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. <https://medicopublication.com/index.php/ijfmt/article/view/12896/11880>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization. (2025, June 18). WHO calls for global expansion of midwifery models of care. <https://www.who.int/news/item/18-06-2025-who-calls-for-global-expansion-of-midwifery-models-of-care>
- Zhu, H. (2023). The intervention effect of full-responsibility midwifery in conjunction with guided labor accompaniment on maternal birth outcome. Advances in Obstetrics and Gynecology Research. <https://ojs.bbwpublisher.com/index.php/AOGR>

Nota al pie: Este artículo ha sido sometido a evaluación por pares. Sus autores han realizado declaraciones juradas sobre financiamiento e interés de acuerdo con las políticas editoriales vigentes y conservan la exclusiva responsabilidad sobre el contenido, ideas, interpretaciones y conclusiones vertidas en el mismo.

03

Gestión de residuos de alimentos en un hospital público: Separación de residuos con proyecto de compostaje

Resumen

La gestión adecuada de los residuos es un aspecto fundamental dentro del funcionamiento de los hospitales públicos, ya que impacta directamente en la salud pública, el medio ambiente y la eficiencia institucional. Entre los distintos tipos de residuos que se generan en un hospital, los desperdicios de alimentos ocupan un lugar relevante debido al volumen diario producido y a los riesgos sanitarios que pueden implicar si no se manejan correctamente.



CYNTHIA SABRINA ROMERO

Licenciada en Nutrición. Jefa de Sección Producción del Departamento de Alimentación del Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Bonorino Udaondo".

Objetivo general

El presente proyecto propone la implementación de un sistema de gestión de residuos alimentarios basado en la separación de origen y posterior valorización mediante procesos de compostaje, promoviendo la sustentabilidad ambiental, la economía circular y la educación ambiental dentro del sistema de salud.

Objetivos específicos

- Identificar y cuantificar los residuos orgánicos generados en el sector cocina.
- Coordinar acciones entre los diferentes sectores del GCABA involucrados en la gestión de residuos
- Proponer la capacitación del personal de cocina y de limpieza para la correcta clasificación y manejo de residuos

Desarrollo del proyecto

Se cumplieron previamente todas las instancias administrativas de pedido de autorización en las distintas áreas y vías jerárquicas.

Se realizó un diagnóstico de situación, prueba piloto, para tener un cálculo promedio de los desperdicios institucionales.

Se articularon acciones con los distintos sectores involucrados: Departamento de Alimentación del Hospital, Empresa concesionaria de cocina, empresa de limpieza y recolección de residuos del hospital, Ministerio de Espacio Público e Higiene Urbana.

Se realizó una matriz FODA.

El proyecto permitió implementar de manera efectiva un sistema de gestión de residuos alimentarios basado en la separación de origen y su valorización a través del compostaje, logrando reducir el volumen de desechos enviados a disposición final y promoviendo prácticas más sustentables dentro del hospital.

En conjunto, esta experiencia demuestra que es posible mejorar la gestión de los residuos en el ámbito hospitalario mediante acuerdos estratégicos entre el sector público y privado; con acciones concretas que fortalecen la calidad del servicio de alimentación y optimizan el cuidado ambiental.

Palabras clave: gestión-residuos alimentarios- compostaje

Introducción

Las instituciones de salud funcionan como organizaciones en las que interactúan y se entrelazan dimensiones económicas, sociales y ambientales.

Dentro de este contexto, los servicios de alimentación hospitalaria desempeñan un rol fundamental en el cuidado de la salud de los pacientes y del personal que desarrolla sus actividades en la institución.

La gestión adecuada de los residuos es un aspecto fundamental dentro del funcionamiento de los hospitales públicos, ya que impacta directamente en la salud pública, el medio ambiente y la eficiencia institucional (Smith, 2025). Entre los distintos tipos de residuos que se generan en un hospital, los desperdicios de alimentos ocupan un lugar relevante debido al volumen diario producido y a los riesgos sanitarios que pueden implicar si no se manejan correctamente.

Dentro de estos desperdicios se distinguen diferentes categorías. Se consideran sobrantes alimenticios a todos aquellos alimentos que han sido preparados pero que no se han servido en el plato y permanecen en la vajilla o utensilios de cocina, es decir, aquello que finalmente no se distribuye a las personas. Por otro lado, están los desechos alimenticios que corresponden a las partes no comestibles de los alimentos. Y por último, los residuos alimentarios son aquellos que quedan en el plato del paciente o del personal debido a que no han sido consumidos (FAO, 2023).

Las causas que generan desperdicio en los servicios de alimentación son diversas. Entre ellas se encuentran el exceso en los pedidos de raciones de comida y el estado de salud de los pacientes, con cambio de prescripciones, y por fluctuaciones en la asistencia del personal autorizado, incrementando así la cantidad de desperdicios. El seguimiento sistemático de los mismos proporciona información valiosa para la predicción de la demanda, el control de las porciones y la identificación de aquellos alimentos que podrían eliminarse o modificarse dentro del menú con el fin de disminuir los desperdicios.

En este sentido, resulta fundamental el rol de la nutricionista en el área de producción, especialmente en lo referido al seguimiento, análisis y control de los sobrantes alimenticios. Y de la adecuada gestión de desechos y residuos. Por este motivo, los hospitales deben contar con protocolos específicos que incluyan la separación en origen, el almacenamiento seguro, la recolección periódica y la disposición final adecuada de los residuos (GANESAN, 2014).

Objetivo general

El presente proyecto propone la implementación de un sistema de gestión de residuos alimentarios basado en la separación de origen y posterior valorización mediante procesos de compostaje, promoviendo la sustentabilidad ambiental, la economía circular y la educación ambiental dentro del sistema de salud.

Esta experiencia pretende como objetivo secundario, aportar una propuesta que pueda ser implementada en otros servicios de alimentación, tanto en el ámbito hospitalario como de otras instituciones, como herramienta para favorecer la gestión mas eficiente y sustentable de los residuos alimentarios.

Objetivos específicos

Identificar y cuantificar los residuos orgánicos generados en el sector cocina.

Coordinar acciones entre los diferentes sectores del GCABA involucrados en la gestión de residuos

Proponer la capacitación del personal de cocina y de limpieza para la correcta clasificación y manejo de residuos

Desarrollo

En una primera instancia se mantuvieron reuniones con diversos actores y autoridades tales como la Dirección del hospital, el Comité Asesor Técnico Administrativo (CATA), personal del Departamento de Alimentación, autoridades de la Dirección de hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA), la Supervisión de Residuos del GCABA, y personal de supervisión de las empresas tercerizadas de cocina, de limpieza y de gestión de residuos.

Esto fue un claro ejemplo de la importancia de colaboración y sumar acciones entre los distintos actores del sector público y privado, con un gran compromiso de parte de todos, con el fin de un bien mayor común.

Para tener un diagnóstico de situación de la cantidad de residuos orgánicos producidos, se realizó por una semana el pesaje de desechos y residuos del personal autorizado.

Tabla 1. Registro de pesajes y cuantificación de resi-

duos y desechos. Fuente: elaboración propia.

Fecha y lista	Desechos	Residuos PA	Total
L1 26/1/26 A	20,6 kg.	7,93 kg.	28,53 kg.
L2 27/1/26 A	13 kg.	6,5 kg.	19,5 kg.
L3 28/1/26	17,7 kg.	8 kg.	25,7 kg.
L4 29/1/26	14 kg.	8,4 kg.	22,4 kg.
L5 30/1/26	21,8 kg.	7,2 kg.	29 kg.
L6 31/1/26	18,6 kg.	7,8 kg.	26,4 kg.
L7 1/2/26	18,91 kg.	9,6 kg.	28,51 kg.
L8 2/2/26	19,4 kg.	9,2 kg.	28,6 kg.

Además, se realizó una visita al sector de cocina con el fin de conocer las instalaciones y definir la ubicación de recipientes para residuos orgánicos y las etiquetas identificatorias. Asimismo, se estableció el circuito de recolección interna y los lugares destinados al acopio transitorio de residuos. También se coordinó con la empresa de limpieza el procedimiento de recolección y traslado de los residuos hacia los contenedores diferenciados ubicados en el exterior del hospital.

Se acordó con el área de Higiene Urbana la fecha para la capacitación dirigida al personal de cocina y al personal de limpieza, quienes serán responsables de llevar adelante el proceso de recolección y traslado de los residuos.

Capacitación e implementación

Se realizó una capacitación dirigida al personal de cocina y al encargado de la empresa de limpieza, brindada por el área de Coordinación de Residuos y la Subsecretaría de Higiene Urbana, con el objetivo de brindar información sobre la correcta clasificación y separación de residuos orgánicos.

El sector de cocina cuenta con un área destinada a las preparaciones previas, donde se realizan tareas de manipulación de alimentos, tales como pelado, lavado y corte de ingredientes antes de su cocción. Todos los residuos generados en esta etapa corresponden a residuos orgánicos, entre los que se incluyen las cáscaras de frutas y verduras, huesos y piel de pollo, cáscaras de huevo, restos de alimentos crudos y grasa de carne.

También el office de comedor de personal autorizado genera residuos alimenticios provenientes de la devolución de bandejas con parte de la ración no consumida por el personal autorizado.

Como parte de las medidas explicadas durante la capacitación, se indicó que en estos dos sectores se instalaría un recipiente específico destinado a la recolección de residuos orgánicos, con el propósito de facilitar su separación en origen y asegurar una correcta gestión de los mismos.

Durante la capacitación también se explicó que todos los residuos separados tienen un destino específico. Estos son enviados a una planta de reciclado y tratamiento de residuos orgánicos donde se procesan aproximadamente 45 toneladas diarias. La empresa cuenta con 14 rutas de recolección que abarcan diversos hospitales, además de verdulerías, restaurantes y hoteles.

En la planta de tratamiento trabaja personal encargado de realizar una segunda separación de aquellos residuos que no fueron correctamente clasificados en origen. Posteriormente, los residuos orgánicos son introducidos en reactores donde, durante un período de aproximadamente 12 días, se inicia el proceso de transformación de la materia orgánica. Luego el material permanece en etapa de estacionamiento hasta completar su estabilización, obteniéndose finalmente compost.

En Argentina, la normativa principal vinculada al compostaje es la Resolución Conjunta 1/2019 del SENASA, que establece el marco normativo para la producción, registro y aplicación del compost. Esta normativa define estándares de calidad, el registro obligatorio de productos y los procedimientos



Desperdicio de alimentos. Foto de Frida Flowers- Pexels

necesarios para transformar residuos orgánicos en enmiendas orgánicas aptas para uso agrícola, garantizando su inocuidad.

El compost producido puede utilizarse para fertilizar plantas, espacios verdes, plazas y parques, así como también para cooperativas. Incluso puede ser comercializado, evitando que estos residuos sean destinados a rellenos sanitarios. De esta manera se

promueve el modelo de economía circular, en el cual los residuos se transforman en recursos útiles.

Para implementar la separación de residuos en el hospital, la empresa proporcionó tachos de color marrón con bolsas cristalinas transparentes destinados a residuos orgánicos. Actualmente, en el sector de cocina se encuentran dos tipos de recipientes: tachos negros para residuos urbanos y tachos marrones para residuos orgánicos.

Al finalizar cada jornada, el peón de cocina coloca las bolsas en el sector de residuos ubicado frente a la cocina. Posteriormente, la empresa de limpieza se encarga de retirarlas y depositarlas en los contenedores correspondientes. En el estacionamiento del hospital se encuentran los contenedores diferenciados para residuos urbanos y residuos orgánicos, correctamente identificados con cartelera.

Asimismo, se solicitó a la empresa de limpieza que, antes de disponer las bolsas en los contenedores, verifique que los residuos se encuentren correctamente clasificados, evitando la presencia de materiales que no correspondan. La empresa encargada de la recolección también realiza controles periódicos y, finalmente, el personal de la planta de tratamiento lleva a cabo una última instancia de monitoreo y control del proceso.

Finalmente, en el mes de marzo, se inició formalmente la implementación de la recolección de residuos orgánicos en el hospital. Ante lo cual diariamente se realiza supervisión desde este servicio del correcto desarrollo de las acciones.

De manera, complementaria semanalmente se recibe del Servicio de Recolección de Residuos Orgánicos, Ministerio de Espacio Público e Higiene Urbana, GCABA, un mail oficial con el informe de seguimiento, en el cual se detallan los días y horarios de recolección, así como también la calidad de los residuos orgánicos retirados, calificándolos como BUENA.

Matriz FODA

Fortalezas

Existencia de un Departamento de Alimentación organizado con profesionales capacitados en gestión de producción alimentaria.

Nutricionistas del área de producción con capacidad para realizar seguimiento y control de residuos alimentarios

Apoyo por parte de la Dirección del hospital y el ministerio de Salud, para llevar a cabo el proyecto

Oportunidades

El interés demostrado por la empresa tercerizada de cocina en acompañar el proyecto dado que está incluido en sus estándares de calidad de procesos.

El acompañamiento y buena predisposición de la empresa tercerizada de limpieza

El apoyo del Ministerio de Espacio Público e Higiene Urbana, entendiendo que esto es una acción coordinada efectiva para tomar como referencia y para visibilizar.

Debilidades

El proyecto de querer poner una compostera intra-hospitalaria en primera instancia, lo cual fue desestimado y convertido a compostaje centralizado.

También en primera instancia, los horarios limitados para retiro del hospital de los residuos, ante lo cual se habló también con el personal de seguridad privada para que facilite la apertura de portones fuera del horario o fines de semana. Tema que se solucionó durante la implementación.

Amenazas

Contaminación cruzada de residuos si la separación de origen no se realiza correctamente o se mezclan los distintos residuos en el almacenamiento final.

Rotación del personal involucrado.

Falta de continuidad en los programas de capacitación.

Conclusión

El proyecto permitió implementar de manera efectiva un sistema de gestión de residuos alimentarios basado en la separación de origen y su valorización a través del compostaje, logrando reducir el volumen

de desechos enviados a disposición final y promoviendo prácticas más sustentables dentro del hospital.

Entre los aspectos más relevantes se destacan la articulación entre los distintos actores institucionales y organismos externos, la capacitación del personal y la organización de circuitos claros para la recolección y disposición de los residuos. Asimismo, el seguimiento y control continuo del proceso resultaron fundamentales para garantizar su correcto funcionamiento.

En conjunto, esta experiencia demuestra que es posible mejorar la gestión de los residuos en el ámbito hospitalario mediante estrategias concretas, fortaleciendo la calidad del servicio de alimentación y fortaleciendo el cuidado del ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Food and Agriculture Organization of the United Nations FAO. (2023). *Pérdida y desperdicio de alimentos: Una oportunidad para reducir el hambre y las emisiones de gases de efecto invernadero*. <https://www.fao.org/platform-food-loss-waste/flw-data/es/>
- Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición GANESAN. (2014). *Las pérdidas y el desperdicio de alimentos en el contexto de sistemas alimentarios sostenibles*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. https://www.fao.org/fileadmin/user_upload/hlpe/hlpe_documents/HLPE_S_and_R/HLPE_2014_Food_Losses_and_Waste_Summary_ES.pdf
- Instituto Nacional de Tecnología Industrial. (2018). *Manual de buenas prácticas para producir compost hogareño*. https://app.inti.gob.ar/greenstone3/biblio/collection/nuevadc/document/2018SilbertVoldmanV_pdf
- Moreno, I. del R., & Schamber, P. J. (2024). La fracción orgánica de los residuos sólidos urbanos en Argentina: Normativas que condicionan su tratamiento y experiencias que proyectan potencialidades en la región metropolitana de Buenos Aires. *Cuaderno Urbano. Espacio, Cultura, Sociedad*, 38, 137–157. <https://www.arg.unne.edu.ar/cuaderno-urbano-nro-38-7/>
- Smith, M. R. (2025). Pérdida y desperdicio de alimentos: Un daño silencioso para el ambiente, la salud y la equidad. *FPSalud*, 3, 13–19. <https://fpsalud.com.ar/perdida-y-desperdicio-de-alimentos-un-dano-silencioso-para-el-ambiente-la-salud-y-la-equidad/>
- Resolución Conjunta 1/2019. (2019). *Boletín Oficial de la República Argentina* 3431, 39.

Nota al pie: Este artículo ha sido sometido a evaluación por pares. Sus autores han realizado declaraciones juradas sobre financiamiento e interés de acuerdo con las políticas editoriales vigentes y conservan la exclusiva responsabilidad sobre el contenido, ideas, interpretaciones y conclusiones vertidas en el mismo.



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@federaciongcba.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!