



Universidad de San Andrés

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Administración y Políticas Públicas

Tesis de Maestría

La construcción de la agenda en Políticas Públicas en Salud y atención
cardiovascular. Actores y temas prioritarios.

Autora: Adriana Inés Salazar

Directora: Dra. María Mercedes Di Virgilio.

Co-directora: Mg. Ana Ariovich

Julio 2021

ÍNDICE

Introducción

Justificación, preguntas de investigación y objetivos.....1

Capítulo 1

Con la mirada en la construcción de la agenda de políticas públicas.....5

1.1. Las políticas públicas y el momento de la agenda.....5

1.2. La construcción de la agenda de salud8

1.3. La agenda en el campo de las enfermedades no transmisibles, la salud y la atención
cardiovascular.10

Capítulo 2

La salud, los actores de la política pública, y las prioridades.....17

2.1. La salud, las políticas públicas, y las políticas de salud.....17

2.2. Los actores y la construcción de la agenda.....24

2.3. La definición de las prioridades.....27

Capítulo 3

De la crisis del fin del siglo XXI hasta la construcción de la agenda cardiovascular: *un camino
difícil*.....32

3.1. Los contextos también definen la política pública de salud.....32

3.2. Los actores y la construcción de la agenda de salud.....42

Capítulo 4

Los temas prioritarios.....54

4.1. Prevención.....54

| | |
|---|------------|
| 4.2. Tabaquismo..... | 65 |
| 4.3. Alimentación..... | 75 |
| 4.4. Actividad física y Sedentarismo..... | 83 |
| 4.5. Comentarios finales..... | 89 |
| Conclusiones..... | 93 |
| Referencias..... | 103 |
| Anexo | |
| I. Aspectos metodológicos..... | 118 |
| II. Entrevistas realizadas..... | 123 |
| III. Ley 25.501- Prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional..... | 124 |
| IV. Ley de Ministerios..... | 126 |
| V. Guía general de la entrevista a informantes clave..... | 128 |

ABREVIATURAS - SIGLAS

| | |
|---------|--|
| APS | Atención Primaria de la Salud |
| CASYSP | Comisión de Acción Social y Salud Pública (de la HCDN) |
| DBT | Diabetes |
| DEIS | Dirección de Investigación para la Salud |
| DLP | Dislipemias |
| ECV | Enfermedad/es cardiovascular/es |
| ENFR | Encuesta/s Nacional/es de Factores de Riesgo |
| ENT | Enfermedades no transmisibles |
| ET | Enfermedades transmisibles |
| FAC | Federación Argentina de Cardiología |
| FCA | Fundación Cardiológica Argentina |
| FESP | Funciones Esenciales de la Salud Pública |
| FR/FRC | Factores de riesgo/Factores de riesgo coronario |
| HCDN | Honorable Cámara de Diputados de la Nación |
| HCSN | Honorable Cámara de Senadores de la Nación |
| HTA | Hipertensión arterial |
| INDEC | Instituto Nacional de Estadística y Censos |
| MPP/PP | Medicina Prepaga/Prepagas |
| MSN/MSP | Ministerio de Salud de la Nación/Ministerio de Salud Pública (Argentina) |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OS | Obras Sociales |
| PEN | Poder Ejecutivo Nacional |
| PL | Poder Legislativo (nacional) |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PP | Políticas Públicas |
| PS | Políticas de Salud |
| SAC | Sociedad Argentina de Cardiología |
| SS | Sistema de Salud |

Agradecimientos y Comentarios iniciales

Esta tesis constituye la etapa final de mi formación como Magíster en Administración y Políticas Públicas de la Universidad San Andrés, proyecto que emprendí, motivada desde mi formación en ciencias de la salud, específicamente, de la medicina, y que quise ampliar al campo de las políticas públicas, al entender que estas son la herramienta de cambio en el gran ámbito de la salud pública. En este marco, a lo largo de la carrera, a partir de intereses en común, se fue generando un vínculo con la Maestría en Educación de la misma universidad. Este encuentro entre los espacios de estudio se basa en la idea de que el conocimiento es multidisciplinar, y se ha sostenido bajo la visión, misión y valores morales y sociales de esta casa de estudios, así como posibilitó llevar adelante el trabajo con los aportes de docentes de ambas carreras.

Cuando tuve la iniciativa de realizar esta maestría, busqué opiniones en mi familia, así como en colegas, como, Carlos Boissonnet, con quien he compartido proyectos profesionales para mí muy valiosos, y con Raúl Borracci, quien ha sido inspirador e impulsor para muchos estudiantes y médicos de la Sociedad Argentina de Cardiología, así como para mí, y que ha partido, temprana y repentinamente, dejando un espacio difícil de llenar. A ambos, agradezco sus criterios e ideas.

El recorrido ha sido largo, y me quedo con: los nuevos conocimientos, los ámbitos de reflexión, las aulas y los espacios de estudio, y compañeros con quienes hemos creado una relación de gran afecto.

Y ahora quiero agradecer...

En primer lugar, a mi directora de tesis, María Mercedes Di Virgilio, quien inspiró mi interés por lo metodológico y el deseo de continuar en este camino, y, en estos dos años, ha logrado guiar con sensatez y generosidad, cada tramo.

He tenido *la suerte* de contar también con una co-directora, Ana Ariovich, que me ha acompañado con ideas, y enorme dedicación personal, hasta ir encontrando un rumbo en los temas. También a su familia, que ha presenciado muchos de nuestros encuentros.

A ambas, les agradezco las palabras atinadas, los comentarios, la información compartida, las correcciones detalladas a mis escritos, la paciencia. Sé el enorme esfuerzo personal que implica dirigir a tesisistas... Sin ellas, esta tarea no hubiera sido posible.

A los/as profesionales entrevistados/as, cuyas voces aportaron argumentos, conocimiento y miradas muy enriquecedoras que permitieron un análisis más profundo de los materiales en que se sustentó el trabajo. ¡Muchas gracias por su compartir sus miradas!

A Paula Boniolo, quien ha estado en repetidas oportunidades, con valiosos aportes e, inclusive, afectuosas palabras de aliento.

También quiero mencionar aquí a Javier Curcio, a Aldo Isuani, Lorena Moscovich, Pedro Antenucci, todos docentes de la Universidad, quienes, o por su dedicación, o por sus estilos de comunicación han sido inspiradores. A Magdalena Chiara, quien, tal vez sin saberlo, ha sido de gran ayuda para focalizar las ideas iniciales. A Oscar Cetrángolo, porque, desinteresadamente, ha colaborado cuando empezamos a ver los temas, para que pudiera repensar y enfocarlos, y ha estado siempre dispuesto a brindar ayuda. Al director de la maestría, Marcelo Leiras, a Guadalupe Dadamio y a Diana Schumacher, quienes han podido asistirme en distintos momentos. A Lucilla Carabelli, siempre atenta para resolver diversas cuestiones. A Cristina, que colaboró conmigo en los momentos finales.

A Diana Diane, Secretaria de la Comisión de Acción Social y Salud pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, quien, cada vez que ha sido necesario, ha compartido sus saberes y las informaciones disponibles con prontitud.

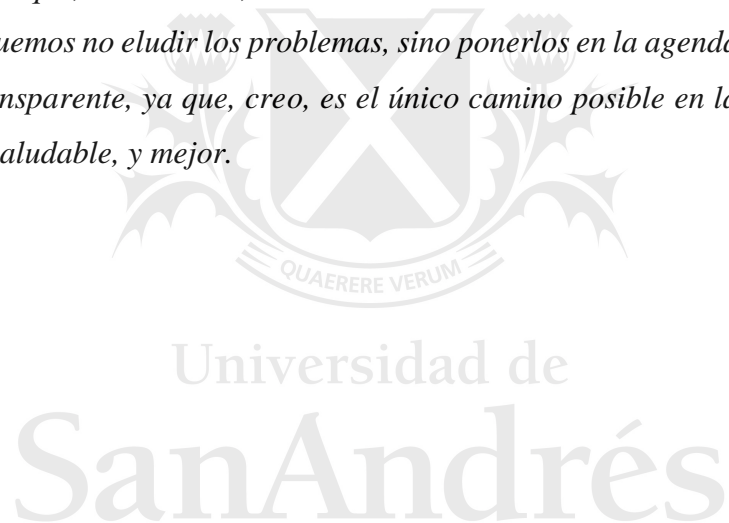
A mi madre y a mi padre (aunque él ya no esté), por habernos inculcado (a mí, así como a mis hermanos) la importancia de estudiar y aprender. A Humberto, por su aporte en la etapa final del trabajo.

Dejo para el final a quienes más debo agradecer en esta ocasión y en mi vida personal: a Pablo y Ana, mis hijos, porque siempre están y me han auxiliado en la tarea cuando ha sido necesario, y disfrutamos, también, coincidir en los caminos por donde transita el conocimiento.

Y a Luis, mi compañero de vida, que apoya mis iniciativas, aun las más complejas, y que, aun con las dificultades que se van presentando, está a mi lado. Y marchamos juntos....

Y, finalmente, quiero recordar que, la mayor parte del tiempo de realización de la Tesis, ha transcurrido conjuntamente con la pandemia por Sars-COVID 19. Que ha cambiado nuestras vidas, así como se ha llevado otras, a veces, anticipadamente, y ha modificado numerosas cuestiones epidemiológicas. Esta ha permitido ver mejor, visibilizar y vivir las complejidades y problemáticas del sistema de salud, por lo que enfatizo la importancia de tratar y poner en agenda los temas como el de este trabajo.

Las decisiones tomadas en salud pueden influir en definiciones como la vida, la enfermedad y la salud de las personas y las comunidades. Por lo que quiero resaltar mi esperanza de que, entre todos, cada uno desde su nivel de decisión y responsabilidad cívica, busquemos no eludir los problemas, sino ponerlos en la agenda de la salud pública, de modo transparente, ya que, creo, es el único camino posible en la construcción de un futuro más saludable, y mejor.



Resumen

En el año 2001 se promulgó en la Argentina la Ley 25.501, con el propósito de priorizar el control y la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Esta ley brindó marco y fundamento a legislación futura sobre salud cardiovascular, a la vez que abrió numerosos debates públicos orientados a la temática y en los que participaron diversos actores.

Esta tesis se propuso explorar la construcción de la agenda de políticas públicas en el campo de la salud y enfermedad cardiovascular en el período 2001-2011. El foco del análisis estuvo puesto en los principales actores involucrados en tales debates y en los temas asumidos como prioritarios, indagando las tensiones y acuerdos entre éstos en el marco de esos procesos. En términos metodológicos, el trabajo se realizó desde un abordaje cualitativo. Se apoyó en fuentes primarias, entrevistas a informantes clave, y en datos secundarios como registros y materiales de sesiones legislativas.

Interesó, particularmente, analizar las discusiones y la toma de decisiones a nivel gubernamental, traducidas en leyes y programas que conforman la política sanitaria cardiovascular. Estas instancias mostraron como actores relevantes a: integrantes de las comisiones legislativas, de la agricultura, la industria y el comercio del tabaco, del sector educativo, de las obras sociales, de la medicina privada y de la salud pública.

Se identificaron cuatro temáticas predominantes en las discusiones sobre las políticas públicas en la salud y la enfermedad cardiovascular: prevención, tabaquismo, sobrepeso y sedentarismo. Las sesiones del Congreso reconocieron al tabaquismo como tema prioritario y, en el año 2011, se sancionó la Ley 26.687 que regula la publicidad y comercialización de productos del tabaco y prohíbe su consumo en lugares públicos o cerrados. En relación al sobrepeso y la obesidad, la Ley 26.396 (del año 2008) declara de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios. Finalmente, considerada la inactividad física en un lugar prioritario como factor de riesgo cardiovascular y como conducta modificable, en Argentina, en el año 2015, se sanciona la Ley 27.197, de lucha contra el sedentarismo. Estos tres temas prioritarios estuvieron

abordados fundamentalmente desde la prevención, que fue considerada como la mejor estrategia para disminuir la aparición o mejorar el curso de estas enfermedades.

A lo largo del trabajo realizado en la tesis, en función de los datos recogidos y de las voces escuchadas, pudimos identificar la necesidad de un replanteo de las formas en que se diseña la agenda de las políticas públicas en salud cardiovascular en nuestro país. La realidad impone el desafío de pensar (y repensar) intersectorialmente, y con la participación de múltiples actores, políticas públicas eficaces y flexibles a los cambios, que logren evitar, o por lo menos mitigar, el daño que las enfermedades no transmisibles y la enfermedad cardiovascular están provocando en la población.



Introducción

La salud es un derecho humano fundamental. Así lo expone la Declaración de Alma-Ata, el documento producto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tuvo lugar en la Unión Soviética en el año 1978. Al respecto, el texto plantea que la salud implica el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Asimismo, concibe a la salud como un derecho fundamental, cuyo logro, en su grado más alto posible, constituye un objetivo social de suma importancia en todo el mundo y, por lo tanto, su realización requiere la intervención de múltiples sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Desde esta perspectiva, la salud, en su condición de derecho, debe ser accesible a todos en igual calidad, a la vez que puede ser considerada un problema público. En este marco, el Estado tiene el rol principal de rectoría, que incluye brindar un marco y normas, así como controlar el cumplimiento de las reglas vigentes y que los sub-sectores del sistema de salud funcionen dentro de la ley lo más adecuadamente posible. Esas funciones del Estado en el sector de salud pueden ser resumidas en cuatro principales: informar, regular, financiar, y proveer. De esa manera, queda expuesto su rol insoslayable como garante de la salud, concebida como un derecho fundamental, y social, como lo confirma la Reforma de la Constitución Nacional de 1994 (Tobar, 2015).

La salud de las poblaciones “constituye una dimensión de la calidad de vida y del desarrollo de los pueblos” (Tobar, 2015, p. 11), y existen otras dimensiones y factores que la condicionan, tales como, situaciones socio-económicas, educativas, de acceso a la salud, e inclusive, geográficas y macroeconómicas. Gran parte de lo que sucede en esos otros campos está determinado por políticas públicas (PP) y políticas de salud (PS), que se definen en ámbitos específicos encargados de la construcción de la agenda de esas políticas. En este proceso participan personas, individuos, organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales) que constituyen los actores de la PP.

El curso de las PS en el campo cardiovascular está marcado y definido por la construcción de la agenda de esas políticas. Esto edifica un mapa complejo, atravesado por circunstancias e intereses a los que los actores representan. En muchos casos, se trata de escenarios de distintos grados de complejidad, e inclusive, pueden darse situaciones de crisis como la que tuvo lugar en Argentina a comienzos del siglo XXI, cuyo proceso de construcción de agenda no es ampliamente

conocido. Sin embargo, ese conocimiento resultaría muy útil para pensar, a futuro, en las mejores estrategias de elección de prioridades para la política sanitaria, así como para fomentar la responsabilidad de los decisores de la política pública.

En la actualidad, las enfermedades no transmisibles¹ (ENT) son la mayor causa de mortalidad en el mundo, y se han convertido en la epidemia de la modernidad, a la vez que constituyen un signo de transición epidemiológica². Por lo tanto, esta problemática demanda con urgencia los esfuerzos de los gobiernos para atenderla a partir de PS específicas. Dentro del grupo de ENT, se encuentran las enfermedades cardiovasculares³ (ECV), consideradas la principal causa de muerte y discapacidades a nivel global. Estas dependen de cuestiones biológicas, socio-económicas, culturales y otras, tales como el acceso a la salud. De acuerdo a la OMS (2020), cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. En el año 2020⁴, siete de las principales diez causas de muerte fueron ENT; y unos nueve millones de personas murieron por cardiopatías, que constituyen, desde hace 20 años, la causa principal de mortalidad en todo el mundo (el 16% del total de muertes por todas las causas).

Según la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Dirección Nacional de Información para la Salud (DEIS)⁵, la información de nuestro país⁶ sobre la ECV muestra datos similares. En Argentina, la ECV es, también, la primera causa de muerte (responsable del 29 % del total). En el año 2017, fallecieron por ECV 97.219⁷ personas; de modo que, en caso de

¹ Se denominan enfermedades no transmisibles a un gran grupo de enfermedades que tienen en común el hecho de no causadas por infecciones o transmitidas de persona a persona directamente o por vectores, sino que son entidades crónicas, adquiridas, de larga evolución, y relacionadas a los hábitos de vida y otras cuestiones biológicas o hereditarias.

² Expresión usada para explicar la dinámica del cambio de las causas de defunción a través del tiempo.

³ Se denomina como ECV a enfermedades que incluyen afecciones del corazón y de los vasos sanguíneos. Dichos trastornos presentan alteraciones estructurales o funcionales, en su mayoría, relacionados a la enfermedad aterosclerótica, por la cual los órganos van siendo afectados dando lugar a cambios anatómo-funcionales progresivos. Los órganos “blanco” más alterados son el corazón, el cerebro, el riñón, o los miembros, con los déficits funcionales y secuelas correspondientes.

⁴ [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

⁵ <http://www.deis.ms.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>

⁶ Primera causa de muerte en Argentina y en el mundo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Dirección de estadísticas e información en Salud, en sus informes sucesivos. De acuerdo al Informe del 2017, del total de fallecidos para todas las edades ambos sexos, el 28 % corresponde a las enfermedades cardiovasculares.

⁷ <http://www.deis.ms.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>

mantenerse esta cifra, en diez años, el número se acercaría a un millón de muertes por esta causa. Por lo tanto, su abordaje requiere PP específicas, que apunten a trabajar en la prevención, y mejorar el curso de la enfermedad, dado que, gran parte de las dimensiones consideradas como causales pueden ser modificadas a través de una adecuada política sanitaria con intervenciones específicas.

En función de lo antes mencionado, en el marco de este trabajo, nuestra mirada está puesta en los actores que intervinieron tanto en el proceso de selección de temas y problemas prioritarios que constituyeron la agenda de la política sanitaria, como en la toma de decisiones sobre las PP en el campo cardiovascular en nuestro país en el período 2001-2011. Nos interesa, particularmente, el proceso de toma de decisiones en este sector a nivel gubernamental que, luego, se traduce en leyes, programas y proyectos que forman parte de las PP sanitarias en general, y de las políticas en el campo cardiovascular, en particular.

En cuanto al recorte temporal, este estudio toma como referencia la crisis del año 2001, dado que, esta constituyó un momento de grandes tensiones en todos los campos de la política, que también afectó a la política sanitaria (Chiara, 2018). No obstante, esta época de quiebre, de alguna manera, trazó un camino de reconstrucción de la PS, y por esa razón, decidimos tomarla como punto de partida para nuestras observaciones hasta llegar al año 2011. Además, la emergencia sanitaria⁸ declarada en el 2002⁹, y que continuó, inclusive, toda la década siguiente, marca un punto de inflexión en el campo de las PS. En este contexto, la atención cardiovascular se vio afectada, en una enfermedad que, además, tiene continuos avances en el diagnóstico y tratamiento. Estos hechos coincidieron en el tiempo con un cambio de rumbo en la PS en el plano de la ECV, en el marco de la jerarquización a nivel de Estado del tema de las ENT, que incluyó la creación de la Dirección de Promoción de la Salud y ENT en el 2011.

Por lo tanto, esta investigación intenta responder a los siguientes interrogantes:

¿Cómo fue el proceso de construcción de la agenda en salud cardiovascular en Argentina en el período 2001-2011?

⁸ Trámite parlamentario N°229, del 18 de febrero del 2002, que estuvo vigente durante la década siguiente.

⁹ y que continuó inclusive en la década siguiente.

¿Cuáles fueron los temas y problemáticas de mayor aparición en las discusiones del ámbito público?

¿Quiénes fueron los actores participantes y qué tensiones aparecieron? ¿Qué acuerdos o y/o negociaciones llevaron a cabo?

En este marco, este trabajo se propone:

- Explorar los procesos de construcción de la agenda de las políticas nacionales orientadas a la salud y la enfermedad cardiovascular, indagando en los temas abordados como prioritarios y en las tensiones y/o acuerdos que se dieron entre los actores involucrados (Argentina, período 2001-2011).
- Y específicamente, identificar y caracterizar cuáles fueron los principales actores involucrados en los debates y la toma de decisiones que formaron parte del proceso de construcción de esa agenda en salud y enfermedad cardiovascular; indagando en las tensiones y acuerdos que se dieron entre estos actores en el marco de esos procesos.
- En segundo término, analizar cuáles fueron las temáticas y problemáticas que se establecieron como prioritarias, y cuáles de éstas ingresaron dentro de la agenda de la política pública.

En términos metodológicos, este trabajo propone un abordaje cualitativo, que permita explicar los fenómenos que tienen lugar a lo largo del ciclo de construcción de la política sanitaria en el tema cardiovascular en el período estudiado, desde la perspectiva de los agentes o actores involucrados. Para ello, nos apoyamos en los datos obtenidos de fuentes primarias (entrevistas semi-estructuradas a informantes clave en áreas específicas), y secundarias, tales como leyes, actas de sesiones y registros de trámites parlamentarios disponibles en las páginas oficiales de los respectivos organismos.

Capítulo 1

Con la mirada en las agendas de políticas públicas en salud

El objetivo de este capítulo es realizar un recorrido sobre la construcción de la agenda de Políticas Públicas (PP) en salud y ECV, apoyándose en la literatura de las ciencias políticas y la administración. Dado que entendemos que la elaboración de esa agenda atraviesa las mismas etapas y caminos que otras PP sectoriales, esta exploración hace referencia a cuestiones que hacen a las PP en general, para luego, centrarse, específicamente, en la agenda pública de salud en el campo cardiovascular.

1.1. Las políticas públicas y el momento de la agenda

En la literatura de las ciencias políticas y de la administración (Roth-Deubel, 2006), el ciclo de las PP ha sido definido como un conjunto de rutinas secuenciales de cinco etapas o fases fundamentales: identificación y definición del problema, formulación de posibles soluciones o acciones, elección de una decisión, implementación y, finalmente, evaluación. Todos estos pasos se encuentran presentes en el proceso de una PP. En este esquema, la definición de un problema tiene lugar al comienzo del ciclo, momento en el que se lo incorpora a la agenda pública para generar, luego, un cambio que significará una nueva política (intervención o transformación). Por lo tanto, la primera etapa del ciclo, constituye un momento fundamental e ineludible.

Sin embargo, para Aguilar Villanueva (1992), aún no ha sido investigado sistemáticamente, cómo los gobiernos deciden y llevan adelante los procesos de sus PP, y los estilos de sus decisiones:

Nuestra ciencia política ha estudiado, sistemáticamente, casi todo menos la manera como el gobierno construye y desarrolla sus decisiones federales y locales. Y, de igual modo, pocas han sido comparativamente las investigaciones especializadas acerca de la forma, patrón y estilo de elaborar las políticas. (Aguilar Villanueva, 1993, p. 8)

Al respecto, Majone (1992 y 2016) destaca que, dada la naturaleza pública de las políticas, el diálogo y la discusión abierta constituyen elementos centrales en la elaboración de estas, y que esas decisiones están vinculados a importantes procesos de discusión entre los actores que intervienen en las distintas etapas del ciclo. Por lo tanto, las normas, estándares, ideologías y creencias forman parte de lo que se denomina como el núcleo duro de las políticas. Sin embargo, tales principios generales no bastan para definir una política; se requieren, además, estrategias que den cuenta de esos principios en la práctica.

En cuanto al rol del Estado en la construcción de la agenda sobre PP, Oszlak (2009) señala que:

toda sociedad debe decidir de qué manera enfrenta y resuelve los problemas que plantean la supervivencia de sus miembros (...) y en donde el Estado, como actor complejo y diferenciado, materializa su presencia mediante agencias que asumen la responsabilidad de resolver una parte significativa de la agenda social. En la medida en que esos problemas son incorporados en la agenda estatal, se convierten automáticamente en lo que con O'Donnell hemos denominado cuestiones socialmente problematizadas. (Oszlak y O'Donnell, 1976, p. 9)

De esta manera, el autor intenta explicar que la agenda se parece a un río que fluye, y se va transformando y modificando con la incorporación de nuevos asuntos, así como con la desaparición de los que van siendo resueltos. Su composición es indicativa de la naturaleza y criticidad de estos, y las políticas y su curso tienen origen en las tomas de posición de los decisores políticos.

Para Kingdon (2014), cuando se trabaja en el campo de las PP, se debe pensar primero en las alternativas, y a partir de estas, se podrán seleccionar las más apropiadas para ser incluidas en la agenda; así como tomar decisiones sobre las personas que van a decidir sobre lo propuesto, y quiénes, luego, participarán en la implementación. Según este autor, los temas acceden al nivel decisorio de diferentes maneras. Es decir, pueden darse de manera descendente, desde los planos gubernamentales, o, por ejemplo, en sentido ascendente, cuando algún asunto requiere ser tratado o cobra relevancia y demanda ser resuelto, o es reactivado a partir de una crisis. Estas decisiones pueden verse afectadas por hechos propios del escenario político, tales como los resultados de las

elecciones y cambios de autoridades en el Congreso, o inclusive, el humor social. Estas instancias pueden ocasionar algún impacto en la elección de los problemas y las alternativas posibles que formarán parte de la agenda.

Dentro de los trabajos sobre construcción de agenda, Tamayo y Carrillo (2004 y 2005) investigaron el tema a través de estudios de opinión pública para conocer la composición de la agenda pública en España y, en base a sus observaciones, elaboraron tipologías de temas en función de su volatilidad y contenido sustantivo. A través de ello, pudieron separarlos en: problemas crónicos (considerados prioritarios por una alta proporción de la población, y vigentes de modo permanente), intermitentes (presencia discontinua), nuevos (de reciente aparición y que comienzan a atraer la atención del público), y las crisis (en las que se puede delimitar principio y final, y son más coyunturales).

En la literatura sobre PP las decisiones sobre la agenda pública han sido consideradas trascendentales (Kingdom, 2014; Majone, 2016). Esto ha dado lugar a diferentes enfoques para analizar la formación de agendas gubernamentales (Alzate Zuloaga y Romo Morales, 2017). Al hablar de la instrumentalidad de la política, Arellano Gault (2010), por ejemplo, refiere a la agenda como “un proceso constante de organización (...) con constantes *ires y venires* de diferentes agentes y actores” (p. 83 y p. 87). En similar sentido, la construcción de la agenda es vista como “un proceso decisional contingente y tornadizo” por Aguilar (1993, p. 38). Desde una perspectiva más amplia, Casar y Maldonado (2008) consideran que el análisis del proceso político requiere saber cómo se formulan y toman las decisiones en las instituciones formales e informales. En esta línea, otorgan gran centralidad al estudio de la formación de las agendas y proponen que éstas deben ser entendidas como “un conjunto de cosas que han de ser llevadas a cabo” (p. 10).

Según Alzate Zuloaga (2017), todos estos enfoques suponen, no obstante, que en la toma de decisiones participan diferentes actores; entre ellos, las instituciones de gobierno, los grupos de interés y los medios de comunicación. Sugieren, además, que hablar de agenda pública implica, necesariamente, observar los contextos, procesos, actores, recursos, y encuadres de los problemas.

1.2. La construcción de la agenda de salud

En el campo de la salud, los procesos de construcción de agenda han sido abordados por varios autores (Di Ruggiero et al., 2015; Puska et al., 1985; Nissinen et al., 2001; Restrepo y Málaga, 2002). Además, existen publicaciones periódicas de los organismos internacionales de salud que señalan la necesidad de una agenda de PP en este campo. Estas organizaciones plantean que sean los propios Estados quienes establezcan las pautas más importantes sobre la agenda de las PP. Asimismo, proponen que las agendas brinden sustento al desarrollo y funcionamiento de los sistemas de salud (SS) y, a su vez, definan los elementos necesarios para lograr que el acceso a la salud esté disponible para individuos y comunidades.

En el marco de estas discusiones sobre políticas sanitarias, en el año 2000, representantes de más de treinta países se congregaron en Cuba¹⁰ con el objetivo de avanzar en el análisis de los problemas contemporáneos de la medicina social y las PS, la formulación de propuestas alternativas y la construcción de un plan de trabajo. Como resultado de este encuentro, se elaboraron conclusiones que, a su vez, concretaron una agenda política. Estas fueron: a) constituir un observatorio para evaluar las reformas sanitarias y la construcción de alternativas, b) informar sobre la equidad y organizar redes de trabajo, c) incluir temas de género, d) potenciar el rol de las universidades en la agenda, e) evaluar los SS, f) promover alianzas políticas, g) construir mejores sistemas de información, y h) fomentar la universalidad de la salud.

A su vez, la carta de Ottawa¹¹, un documento clave en el campo de la promoción de la salud, ya había mencionado y reforzado estos conceptos. Al respecto, su texto señala que:

(...) La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarlos así a asumir la responsabilidad que tienen al respecto (...). La Conferencia llama a la OMS y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en los foros

¹⁰ en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y el XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. *Salud pública de México* / vol.42, no.4, julio-agosto de 2000

¹¹Véase: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud (Carta de Ottawa, 1986, p. 3).

En esta misma línea, en el informe de la OPS *Promoción de la salud y vida saludable*, Restrepo y Málaga (2002) declaran que las PP de salud “tienen un efecto crucial en la salud de generaciones actuales y futuras, como responsables de modelar tanto los patrones de vida modernos como los ambientes” (p. 37). Asimismo, la Declaración de Adelaida¹², que tuvo lugar en Australia en el año 1988, y la realizada en el año 2010, bajo el enfoque *Salud en todas las políticas*, califican a la salud y el bienestar como una de las áreas más importantes de toda la agenda de acción de las políticas. Desde esta perspectiva, se considera que muchas variables y condiciones que afectan la salud (los denominados determinantes sociales de la salud), dependen de múltiples esferas de gobierno y administración, que están por fuera del campo de la salud.

A pesar de las declaraciones como estas, se reconoce que la salud en su amplitud conceptual “aún no forma parte de las agendas concretas de gobierno y que el análisis de estas políticas apenas se inicia en los países en desarrollo” (Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, 2010, p. 1). En este marco, la construcción y formulación de PP de Salud está muy relacionada con el trabajo conjunto entre los distintos sectores de gobierno en SP, así como con el diálogo entre la sociedad y el gobierno, y con la identificación de problemas. Además, se señala que, en todas las instancias de construcción y formulación de las políticas, se requiere la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos específicos en distintas áreas.

Para Di Ruggiero et al. (2015), cuyo trabajo se enfoca en la construcción de la agenda pública de salud en un contexto global, es útil conocer cómo se diseña una agenda, inclusive para los propios actores interesados en la PP. En este sentido, considera que la comprensión del proceso, los roles de los actores y las asimetrías que se suscitan, podrían ayudar a aprovechar la ventana de oportunidad y disponer recursos y personas para conseguir concretar las propuestas. Según este autor, son los actores, por dentro o por fuera de las instituciones, quienes pueden influir en distintas etapas (para favorecer o para dificultar), inclusive en la puesta en agenda y, por lo tanto, se requieren normas que respeten principios superiores como el derecho a la salud. A su vez, es

¹² Véase: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf
https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

necesario generar instancias de diálogo transparentes entre la política y los actores gubernamentales y no gubernamentales en el marco de las decisiones que afectan la salud pública (SP).

1.3. La agenda en el campo de las ENT, la salud y la atención cardiovascular

En cuanto a las PP en salud de las ENT, en el año 2002, en el seno de la OPS y la OMS,¹³ surgió la iniciativa denominada *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de ENT*, conocida como Proyecto CARMEN. Esta propuesta se asienta sobre una perspectiva que sostiene que las ENT pueden prevenirse si el enfoque de la SP adoptado reconoce que el abordaje de los fenómenos de la salud y las ENT requieren de un proceso enfocado en mantener poblaciones sanas, y prevenir y controlar enfermedades. Para ello, el proyecto propone tres niveles de acción: el desarrollo de las políticas, la jerarquización de las actividades comunitarias, y los servicios de atención de salud.

Sobre la agenda de PP en salud cardiovascular, su importancia se ve reflejada en numerosas publicaciones sobre el tema. Estas hacen hincapié en la importancia de la prevención y en los tratamientos disponibles en la actualidad. En esa línea, la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del año 2000 en Ginebra, adoptó la *Estrategia mundial para la prevención y el control de las ENT*¹⁴, y al hacerlo, colocó a este gran grupo de enfermedades en la agenda mundial de SP. Al respecto, el texto señala que:

Reconociendo el enorme sufrimiento humano que causan las ENT como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, así como la amenaza que suponen para las economías de muchos Estados Miembros, con el consiguiente aumento de las desigualdades en materia de salud entre países y poblaciones, insta a los Miembros a elaborar marcos normativos, establecer políticas, y desarrollar

¹³ En ese período la médica argentina Mirta Roses Periago, especialista en salud pública, fue la directora de la organización.

¹⁴ Véase también en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260192/WHA53-2000-REC1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

diversas acciones en este sentido (OMS, 53^a Asamblea Mundial de la Salud, Resoluciones y Decisiones, 2000, p. 25).

En el mismo sentido, Nissinen et. al. (2001), en un trabajo publicado por la OMS sobre intervenciones comunitarias en ENT, refieren que la teoría y la experiencia acumulada muestran que los programas comunitarios de ENT se deben planificar, ejecutar, y evaluar de acuerdo a principios y normas nítidas. En este contexto, dada la carga que suponen las ENT en el marco de la globalización, la colaboración internacional resulta indispensable. En esta misma línea, Puska¹⁵ et al. (1985), en la experiencia del Proyecto Karelia, refuerzan, además, el valor de las intervenciones comunitarias basadas en el conocimiento científico y la etiopatogenia de la enfermedad, lo que implica una articulación entre la investigación clínica y de laboratorio, y su aplicación en la SP a gran escala.

Dada la fuerte asociación entre la ECV y la cerebrovascular, Hachinski et al. (2010), remarcan que la construcción de una agenda para el control de los factores de riesgo (FR) es una herramienta que puede influir a nivel global sobre un problema grave como este. En sus investigaciones, llevadas a cabo junto a un grupo de trabajo multicéntrico, se interesan, especialmente, por el abordaje del accidente cerebro vascular (ACV). Al respecto, consideran que su progresión incluye la paradoja de estar ante una enfermedad prevenible, pero que incrementa su prevalencia, y está vinculada a secuelas graves y discapacidades en la población de mayor edad. Además, priorizan el trabajo en los FR, así como en las capacidades y responsabilidades de los hacedores de las PP en el campo más específico.

En función de la vigencia de ciertas problemáticas y su valor social en la agenda de salud, Albalawi y Sixsmith (2015), sostienen que, dada la universalización de la utilización de la telefonía celular, el uso de las nuevas plataformas y medios de comunicación debe ser incorporado como herramienta para la promoción de la salud, así como para distintas estrategias de prevención primaria. Según estos autores, se podrían seleccionar redes sociales, tales como, *Instagram*, *Facebook*, *Twitter*, *Telegram* que, en la actualidad, ocupan espacios que antes tenía el periodismo gráfico, radial y televisivo, en especial, en algunas generaciones.

¹⁵ Investigador y funcionario, y autor conjuntamente en el estudio de Nissinen; y de otros programas de intervención basados en acciones comunitarias en Finlandia.

Respecto a las ENT, trabajos llevados a cabo en la línea *un llamado a la acción* (Beaglehole et al., 2007), instan a trabajar, preponderantemente, en una agenda que aborde con más amplitud los temas referidos a su prevención con intervenciones que, dada la magnitud del problema, son costo-efectivas. En el mismo sentido, Geneau et al. (2010), insisten en incluir en la agenda el tema de la prevención de las enfermedades crónicas, y, en trabajar desde las PP tomando en consideración las situaciones sociales y económicas condicionantes del estado de salud. A su vez, Melvin et al. (2013), quienes se enfocaron en espacios rurales de Estados Unidos en donde los FRC y las ECV son muy prevalentes¹⁶, señalan que en estos casos se requieren enfoques específicos, y cambios en las legislaciones para que promuevan su entrada a la agenda pública. Por otra parte, según datos disponibles de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en las zonas rurales de América Latina y el Caribe¹⁷ viven más de cien millones de personas con similares problemáticas a las referidas por Melvin et al. (2013) y con altas tasas de pobreza, por lo que se requieren PP orientadas a entornos rurales a partir de enfoques innovadores. Esto constituye un desafío para la agenda pública, con responsabilidades compartidas gobierno-comunidad.

Con la mirada puesta en las ECV, la OPS (2009), en una recopilación denominada *Normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares*, afirma que:

la legislación es una herramienta fundamental para instrumentar políticas de salud. Las normas jurídicas aplicables a la prevención y el control de enfermedades crónicas determinan obligaciones por parte de la autoridad y los prestadores de salud de implementar programas preventivos y brindar tratamiento a quienes padecen estas enfermedades. El reverso de esta obligación es el derecho de las personas a reclamar acciones de prevención y cuidado. (OPS, 2009, p. 3)

Estas declaraciones jerarquizan la responsabilidad de los Estados y sus instituciones de priorizar estos temas. Además, subrayan la importancia de la legislación como instrumento central para llevar adelante una PS, en tanto la misma posibilita la implementación de programas de

¹⁶ En donde, además, de acuerdo a los autores, existe un alto consumo de tabaco y alcohol, y un menor acceso a la salud.

¹⁷ <https://www.ilo.org/americas/temas/sector-rural-y-desarrollo-local/lang--es/index.htm>

prevención y tratamientos, al proveer un marco, recomendaciones y estructura legal a las iniciativas.

En cuanto al tema de la prevención de las ECV dentro del proceso de la atención médica, existen múltiples trabajos y documentos que ponen énfasis en la alta mortalidad que causan estas enfermedades. De hecho, existen estudios epidemiológicos que resaltan que, dado su largo tiempo de evolución, la prevención de estas enfermedades debería comenzar en la infancia. Además, subrayan la falta de políticas formales enfocadas a esta problemática (Manuel et al., 2006), lo que constituye una de las principales barreras en los programas de manejo de riesgo,¹⁸ en especial, en países de ingresos bajos y medios (López et al., 2006). Estos autores muestran, claramente, que las tasas de mortalidad para ENT son mayores para las regiones de menores ingresos, y que solo las PP enfocadas a estas realidades podrían reducir estas brechas.

A su vez, la OMS, en su Atlas Global en ECV (2011), insiste en la factibilidad de reducir el riesgo en pacientes que ya han padecido eventos cardiovasculares¹⁹ con diversas medidas de prevención y farmacológicas. Una de las iniciativas que propone este organismo es planificar una agenda y acciones para grandes comunidades, a través de PP de salud enfocadas a toda la población, y con un énfasis mayor²⁰ en los grupos de riesgo²¹ para la ECV²². En este marco, los organismos multinacionales de salud tienen un rol importante en la construcción de la agenda, ya sea, por su participación directa en los asuntos más importantes de la SP, o por su carácter de rectoría internacional y asesoramiento a gobiernos, a otros organismos de salud (regionales y nacionales) o a sociedades científicas e instituciones académicas. Por lo tanto, sus recomendaciones y declaraciones ofrecen un marco, soporte o justificación a la toma de decisiones en SP.

¹⁸ Vistos en los manuales en el tema (2007), de la OPS y la OMS, para la prevención de las ECV

¹⁹ Esta condición es denominada “prevención secundaria”

²⁰ Los consensos internacionales y nacionales en prevención cardiovascular, tienen recomendaciones diferentes de acuerdo a la presencia o no de enfermedad, su grado, así como a la mayor probabilidad de padecerla. A mayor riesgo, medidas de más impacto.

²¹ Se denomina “grupos de riesgo” para ésta (ECV) u otras enfermedades, a aquellos individuos o comunidades que reúnen elementos o situaciones de salud o inclusive socio-económicas o ambientales, por las que tienen mayor probabilidad que otros de padecer dichas patologías. Para la ECV, existen los factores de riesgo coronario/cardiovascular, como la HTA, DBT, DLP, tabaquismo, sobrepeso y otros.

²² con medidas más estrictas en prevención, diagnóstico y tratamiento.

En la literatura sobre este tema, los resultados de las investigaciones en salud se trasladan a recomendaciones para las PP, y apuntan a articular el aprovechamiento de los recursos, a la vez que intentan que los datos sirvan de insumo para la construcción de las políticas y las correspondientes decisiones en materia de PS. En ese contexto, en un estudio de Traverso Vior et al. (2019), en Argentina, se buscó definir una “Agenda Nacional de Investigación²³ en Salud Pública”, para lo cual se reunieron, clasificaron y seleccionaron²⁴ los temas más relevantes que deberían constituir las prioridades en el campo de la investigación en el país. El trabajo resalta la ventaja de crear centros y redes de investigación en SP con el propósito final de mejorar la salud de la población. En este, se tuvieron en cuenta la importancia del problema, el impacto esperado, y la factibilidad de realización. Los criterios de inclusión establecidos para llevarlo a cabo fueron similares a aquellos utilizados para la selección de temas de la agenda pública.

En el plano local, Maceira et al. (2014), también, señalan que Argentina no ha construido una PP nacional en materia de recursos humanos para el sector de salud, y que tampoco se observa una coordinación federal que provea condiciones equivalentes en el trabajo en el área de salud en las provincias. El documento que contiene estas declaraciones brinda recomendaciones para incluir en la agenda sanitaria nacional, destaca la necesidad de desarrollar un sistema de formación para el fortalecimiento del sector, y propone la redefinición de equipos de salud orientados hacia la APS.

En cuanto a la disponibilidad de información estadística nacional sobre ECV, Ferrante y Tajer (2007) jerarquizan el valor de los registros y datos en SP, y subrayan que estos permiten conocer la evolución de una enfermedad en el tiempo, su incidencia, los abordajes propuestos y la accesibilidad a las terapéuticas. El hecho de contar con esta información constituye un recurso importante que, además de permitir adaptar el conocimiento a las realidades locales, contribuye a mejorar las iniciativas de promoción y prevención llevadas a cabo y, por lo tanto, colabora en la reducción de estas enfermedades.

Existe un importante estudio llevado a cabo a nivel regional denominado CARMELA²⁵

²³ formulada desde el propio espacio de la Dirección de investigación estatal

²⁴ El estudio utilizó el Método Delphi²⁴ (modificado por la OPS). El método es usado para disciplinas no exactas y busca obtener el grado de consenso o acuerdo de los especialistas sobre el problema planteado, utilizando los resultados de investigaciones anteriores, en lugar de dejar la decisión a un solo profesional. *Inv Ed Med* 2012; 1(2):90-95. <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-X2007505712427047>

²⁵ Acrónimo para el título “Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America”, con el que se conoce en el medio académico a este trabajo

(2008) que, dada la relevancia de los datos que arrojó y de sus conclusiones, justifica incluirlo en esta investigación. El trabajo muestra la situación epidemiológica en FRC en Latinoamérica a través de un muestreo en siete ciudades²⁶ de siete países. El objetivo del trabajo fue investigar el comportamiento de los principales FRC, la presencia de placa carotídea²⁷ y el espesor de la arteria. Para ello, fueron relevadas mil seiscientas personas de cada ciudad (varones y mujeres en números iguales, de 25 a 64 años de edad). En sus conclusiones²⁸, el estudio hace hincapié en que la región se encuentra atravesando una transición epidemiológica con disparidades en los recursos en salud, que exige que los países tengan sus propios datos, y que estos sirvan de insumo para generar políticas públicas racionales en el campo de la prevención.

La OPS, con el objetivo de trabajar en la definición de los temas para construcción de la agenda sobre políticas sanitarias en ECV, organizó el informe *Prioridades para la salud cardiovascular en la Américas* (2010), que consistió en un amplio proceso de consultas centradas en las enfermedades, su prevención y la organización de los servicios de salud. En este trabajo participaron expertos, instituciones profesionales y académicas, organizaciones de la sociedad civil, ministerios de salud y asesores de la organización. A partir de estas consultas, se acordaron conclusiones para ser transmitidas a los países miembros articuladas en cuatro líneas de acción: política pública y abogacía, vigilancia, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y control integrado de las enfermedades crónicas y FR. En cuanto a las prioridades en la salud cardiovascular en las Américas, desde la ONU, Ordúñez (2011) enfatiza la necesidad de establecer a las ENT como tema prioritario en la agenda pública internacional.

En el marco de sus esfuerzos para colaborar con los equipos técnicos y adaptar el método de Hanlon²⁹ en programas de control de enfermedades y otras áreas programáticas a nivel global, la OPS creó, en el año 2014, un grupo asesor sobre planes estratégicos con la participación de doce Estados miembros. Para estos investigadores, la selección de prioridades resulta un tema esencial

²⁶ Las ciudades son: Barquisimeto, Venezuela; Bogotá, Colombia; Buenos Aires, Argentina; Lima, Perú; Mexico City, Mexico; Quito, Ecuador y Santiago de Chile, Chile.

²⁷ Como evidencia de daño vascular y actividad aterosclerótica

²⁸ Los resultados, arrojaron datos sobre las tasas de prevalencia de hipertensión arterial (HTA) 18% (9% a 29%); hipercolesterolemia (DLP), 14% (6% -20%); diabetes (DBT), 7% (4% -9%); síndrome metabólico 7% (14% -27%); 23 % de obesidad (18% -27%); hábito de fumar 30% (22%-45%) y aumento de espesor miointimal o placa carotídea, 8% (5% -14%).

²⁹ Es un método utilizado en priorización, considerado como flexible y donde cada componente puede objetivarse. Se basa en cuatro aspectos: gravedad o severidad del problema, magnitud o extensión, eficacia de la intervención, factibilidad del programa.

en la planificación estratégica y, por lo tanto, la propuesta implicó el diseño de un *ranking* o escala para las enfermedades y los temas de salud, agrupados en dos dimensiones principales: importancia del problema (que considera la alta prevalencia o alta morbilidad o mortalidad), y los recursos o la cobertura del programa. Además, a estas dimensiones se suman los componentes de inequidad y posicionamiento institucional³⁰ (Choi et al., 2019).

En nuestro país, Macchia et al. (2016), mostraron datos sobre ECV y muerte prematura en relación con la condición socioeconómica de la población. En su trabajo, concluyeron que la muerte prematura (en general), y la de causa cardiovascular, se redujo en los grupos de todas las condiciones sociales en el país a partir del año 2000, pero las tasas de muerte mostraron una profunda inequidad, con mayor mortalidad cuanto mayor eran las NBI³¹ del departamento geográfico. Además, los autores remarcan la importancia de la provisión de asistencia sanitaria para mejorar el acceso a la salud de los sectores más vulnerables y la necesidad de trabajar en una agenda de salud pública basada en la equidad.

A partir del siglo XXI, Argentina incluyó el tema cardiovascular en la agenda de las políticas sanitarias locales a través de la creación³² de la Comisión Nacional Permanente Asesora sobre Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares^{33,34} en el año 2000. Esta comisión estuvo conformada por representantes de la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria, el Servicio de Cardiología del Hospital Profesor Alejandro Posadas, la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), la Fundación Cardiológica Argentina (FCA) y la Federación Argentina de Cardiología (FAC). El objetivo de esta comisión fue consensuar los criterios de los principales actores, tanto de la esfera académica como de la asistencial, para definir una agenda sustantiva en el campo de las políticas sanitarias a nivel nacional.

³⁰ Con este concepto se hace referencia a las capacidades del país en cuestión, inclusive para asociarse con otros.

³¹ Necesidades básicas insatisfechas

³² por Resolución No. 832

³³ <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=3755&word=cardiovasculares>

³⁴ Boletín Oficial 29/09/2000

Capítulo 2

La salud, los actores de la política pública, y las prioridades

El objetivo de este capítulo es hacer un repaso de los principales conceptos sobre los cuales se asienta nuestra investigación, a saber, la salud y el derecho a la salud, la salud pública, las políticas públicas, y las políticas de salud. Además, se propone definir a los sujetos o entidades que participan en las diferentes instancias de ese proceso: los denominados actores de la política pública. Y, por último, mencionamos los procesos de selección de problemas, jerarquización y planificación en el marco de la construcción de la agenda.

2.1. La salud, las políticas públicas y las políticas de salud

Como mencionamos en el capítulo anterior, para la OMS, tal cual lo señala en su histórica declaración de Alma Ata (1978), la salud implica el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. A su vez, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, Ginebra, 1986) expresa que para que esto sea posible, se requiere contar con una situación de paz, recursos económicos adecuados, alimentos, vivienda, un ecosistema estable y el uso sostenible de los recursos. De esta manera, se establece una estrecha relación entre la salud y las condiciones sociales y económicas³⁵, el entorno físico, y los estilos de vida individuales, que constituyen una vinculación clave para comprender el proceso integral de la salud.

La salud puede definirse de diversas maneras, y todas ellas incluyen la idea de bienestar, y de una vida larga y saludable. Para lograr esto, se requieren vivienda, y recursos económicos que, a su vez, están sustentados en la existencia de trabajo y educación. En un sentido amplio, la definición de salud de la OMS hace referencia a un concepto multidimensional, compuesto por sub-dimensiones de las cuales es inseparable.

³⁵ Esta relación es claramente sostenida por el modelo de los determinantes sociales de la salud

Gozar de salud lleva implícito el ejercicio de un derecho. En este sentido, el derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, aun cuando no esté claramente mencionado en la Constitución de 1853³⁶. Al respecto, la reforma del año 1994 lo trata como otros derechos civiles, al igual que las constituciones provinciales,³⁷ ya que, por su carácter federal, la salud constituye una potestad no delegada a la nación. Por lo tanto, las provincias conservan la autonomía en salud regida por las constituciones provinciales con la rectoría del Estado nacional. En el año 1994, la Constitución incorpora el derecho a la salud como derecho social (Balbín, 2017, p. 22), y como tal, se justifica su presencia como “problema” en la construcción de agenda.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha señalado, en diversos fallos, que la salud es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución (Dolcini, 2004). Y, dado que, en la reforma del año 1994, el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional³⁸ establece que los tratados internacionales tienen jerarquía superior a las leyes, los instrumentos normativos que aplican a los temas sanitarios incluyen a la Constitución Nacional, las leyes y decretos nacionales, las legislaciones provinciales y municipales, y los tratados internacionales. En este marco, el Estado Nacional, como miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), adhiere a las definiciones más tradicionales de salud a través de la firma de tratados internacionales.

Existen leyes nacionales sobre temas específicos en Salud (como la Ley de Diabetes, la Ley de lucha contra el SIDA, la Ley de Hipoacusia, y otras) que van surgiendo a medida que los problemas se incorporan a la agenda. Estas normas pueden estar destinadas a individuos, comunidades, instituciones, y organismos implicados en situaciones específicas del campo de la salud y la enfermedad. En algunos casos, las mismas proceden directamente desde el PEN, que atiende estas cuestiones conjuntamente con el Gabinete de Ministros y la Jefatura de Gabinete, y,

³⁶ El Preámbulo de la Constitución de la Nación Argentina (CN) de 1853 dice: “Nos los representantes del pueblo de la Nación Argentina, reunidos en Congreso General Constituyente... con el objeto de promover el bienestar general, y asegurar los beneficios de la libertad...”. El documento, que resume el espíritu de la Ley Fundamental de la Nación hace referencia al “bienestar³⁶ general”, concepto de vigencia en la actualidad, que alude a un estado de salud integral. Es decir que en 1853 se hace referencia a la salud (con un término más amplio). Otros artículos de la Carta Magna se expresan en igual sentido. El art. 41 sostiene que los habitantes de nuestro país gozarán de “...un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras”. El art. 125, referido a las Provincias, les impone la obligación de “promover el progreso económico, el desarrollo humano, la generación de empleo, la educación, la ciencia, el conocimiento y la cultura”³⁶

³⁷ Const. CABA art. 20 a 22; Art. 36, inc.8 Const. Provincia de Buenos Aires; Art. 64 Prov. De Catamarca; y otros

³⁸ Véase: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

en otros, del trabajo legislativo, que pasa a ser un partícipe elemental a partir de las definiciones del propio poder. El reglamento³⁹ de la HCDN define las atribuciones y obligaciones de los representantes, y en base a ellas, se cumplirán los procedimientos específicos en materia de salud.

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011), tener una vida larga y saludable es una dimensión fundamental del desarrollo humano, cuyo valor intrínseco es evidente, ya que constituye una de las aspiraciones y derechos elementales de toda persona. En este sentido, los planes y las ambiciones de los individuos “dependen de que puedan vivir el tiempo suficiente, y suficientemente bien, de modo de desarrollar sus capacidades y talentos, y materializar sus proyectos autónomos de vida” (PNUD, 2011, p.10) En igual sentido, PNUD hace referencia a los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁴⁰ (ODS)⁴¹ que constituyen una

³⁹ Reglamento de la HCDN. Comentado por Schinelli Guillermo, 1996, Secretaría parlamentaria. Dirección de información parlamentaria. Y: <https://www.congreso.gob.ar/reglamentoDiputados.pdf>

⁴⁰ La [Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#) plantea 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son:

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

⁴¹ <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background/>

convocatoria a trabajar por mejores situaciones de vida y salud, y un llamado a terminar con la pobreza y garantizar condiciones de paz y prosperidad. El propósito es que los Estados miembros pongan en marcha “acciones integradas, ya que reconocen que las intervenciones en un área afectarán los resultados de otras, y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medio ambiental, económica y social”⁴². De los 17 ODS, los objetivos 1 (hambre cero), 2 (fin de la pobreza), y especialmente el 3 (salud y bienestar) y el 6 (agua limpia y saneamiento)⁴³, están relacionados más directamente con la salud, a los cuales nuestro país⁴⁴ adhiere con programas propios.

En cuanto al concepto de salud, cabe mencionar que cuando no se hace referencia a una única persona, sino a la salud de las personas y las comunidades, estamos ante un concepto más amplio, el de la Salud Pública (SP). Entendida como la salud de la población o del público, de acuerdo a la OPS y a la OMS (2010), la SP abarca todas las dimensiones colectivas de la salud, y constituye el referente de todos los esfuerzos para mejorarla, a la vez que conforma su manifestación más completa (OPS/OMS, 2001). La SP no es responsabilidad solo del Estado, sino que existen responsabilidades individuales y colectivas, no obstante, éste tiene un papel primordial por su función de rectoría. Esta característica del Estado constituye una actividad considerada indelegable para la autoridad sanitaria de cualquier nivel⁴⁵, e implica ocuparse de asegurar que todas las funciones dentro del SS sean cumplidas de la forma más efectiva posible, así como brindar un marco legal y de funcionamiento a estas actividades.

Según Frenk (1992)⁴⁶, la SP, “como saber y práctica social, ha sido históricamente una de las fuerzas vitales que han conducido la reflexión y a la acción colectiva en torno a la salud y el bienestar”⁴⁷ (p.1). De acuerdo con este autor, desde la perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones, es posible distinguir dos caras de la SP: como campo de investigación, y como práctica de una profesión. En este sentido, en tanto campo multidisciplinario de investigación, la

⁴² En Antecedentes de los ODS. <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background/>

⁴³ 1: Pobreza, 2: hambre cero, 3: salud y bienestar, 6: agua y saneamiento

⁴⁴ <https://www.odsargentina.gob.ar/Los17objetivos>

⁴⁵ Nacional, provincial, municipal

⁴⁶ Médico nacido en Méjico, sanitarista y epidemiólogo, además de funcionario de organismos internacionales gubernamentales y no gubernamentales.

⁴⁷ salud y bienestar, tal cual se menciona en nuestra constitución y en derechos sobre la salud

SP podría definirse como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales, y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas. Al respecto, como señala Frenk, “la esencia de la salud pública es la salud del público” (p. 8). Y, en tanto ejercicio profesional, el autor remarca que, más que una disciplina, la SP podría ser considerada un nivel de análisis, que necesariamente acude a múltiples disciplinas, ya que alude a un encuentro donde están lo biológico, lo social, el ser humano y la comunidad, además de aspectos técnicos y políticos.

Los organismos internacionales⁴⁸ en salud promueven el desarrollo del campo de la investigación en SP, ya que consideran que su incorporación en las agendas de los gobiernos constituye un insumo de información útil desde el punto de vista epidemiológico, y que, además, se puede articular de modo directo con definiciones para la agenda de salud. En este contexto, la OPS, (2001) desarrolla una versión completa de “nuevas funciones de la salud pública”, a las que denomina Funciones Esenciales de la Salud Pública⁴⁹ (FESP), y define como un conjunto de acciones y capacidades destinadas a proteger y mejorar la salud de la población. En esta línea, la publicación *Salud Pública en las Américas* (OPS, año 2002), señala que “el concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas” (p. 4).

Estas definiciones amplían el concepto de la SP, e incorporan, además, responsabilidades que aseguren el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. En este sentido, a las funciones que, históricamente, ha abarcado la SP, se agregan otras dimensiones, entre las que se destacan: a) el monitoreo y análisis de la situación de salud, b) el control de riesgos, c) la promoción de la salud, d) la participación de los ciudadanos, e) el desarrollo de políticas y la planificación institucional, f) la regulación y fiscalización, g) el acceso equitativo a los servicios de salud, h) la distribución y la capacitación de los recursos humanos, i) el mejoramiento de la calidad de servicios, j) la investigación, y k) la reducción del impacto en emergencias y desastres. En este marco, la SP se ocupa de la salud de las poblaciones, y del abordaje de las enfermedades en sus principales subdimensiones, a saber: incidencia, prevalencia, riesgos, acceso a la salud y otras variables en materia de salud.

⁴⁸ Como la OMS, la OPS; y locales como el MSN en diversos documentos

⁴⁹ FESP, acrónimo con el que se conoce a las Funciones Específicas de la Salud Pública

En esa misma línea, la OMS (2017), la OPS (2002), el PNUD (2011), el PEN, a través del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas sociales (2021),⁵⁰ y diversos autores especialistas en el campo de la Salud Pública y la Economía de la salud (Cetrángolo, 2014, Tobar, 2015; Chiara, 2017, Macchia, 2016; González García, 2004) sostienen que la salud está relacionada con el *status* socio-económico, el nivel educativo alcanzado, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, y otros⁵¹. Además, existen cuestiones que se refieren a la dimensión social que dan cuenta del “carácter social de la salud-enfermedad, en tanto modos específicos de enfermar y morir de los grupos sociales” (Di Virgilio, 2015, p. 57). Por lo tanto, las medidas que tome el Estado en términos de políticas sanitarias dependerán, en gran medida, del concepto de SP que guíe sus acciones.

Para Oszlak y O’Donnell (1995) las políticas estatales, o políticas públicas, son concebidas como un “conjunto de acciones u omisiones o toma de posiciones que ponen de manifiesto una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil” (Oszlak y O’Donnell, 1995, p.112). En este sentido, en referencia al rol que ocupa el Estado en la formulación de las PP, Majone (1992), señala que cuando hablamos de *hechura de políticas*⁵², “el hacedor de políticas debería primero atravesar por un proceso cognoscitivo, reconocer ciertos hechos y principios generales, sólo entonces puede ejecutarse la política en concordancia con estos dictados” (p. 360).

Toda PP implica un proceso concatenado de acciones que constituye el denominado ciclo de las PP. Este proceso consta de cinco etapas que revisten igual nivel de importancia dentro del ciclo, e incluyen: a) identificación y definición del problema; b) formulación de las alternativas de solución, c) elección de una alternativa, d) implementación, y e) evaluación de los resultados. En este marco, la variable coherencia constituye tanto una característica como una condición a lo largo del ciclo. Para Martínez Nogueira (2010), en el trabajo en PP, esta es muy relevante, y debe ser acorde a la concepción estratégica de parte del Estado en sus distintos niveles y ámbitos, así como debe suceder durante la ejecución de esas políticas.

⁵⁰ Resumen_indicadores_y_programas_sociales_al_20_de_mayo_1.pdf. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, presidencia de la Nación Argentina, 20 de mayo del 2021

⁵¹ Hoy más denominado “acceso a la salud”

⁵² Término y concepto acuñado por el autor, con el que se refiere a todo el proceso de hacer políticas. Y que a la vez da nombre a la recopilación (“La hechura de las políticas públicas”).

Al observar este proceso, y para que las argumentaciones sean lógicamente consistentes y sustantivas, Majone (1992) refiere que:

decidir, incluso decidir racionalmente no es suficiente. Las decisiones deben aceptarse y llevarse a la práctica; además del proceso organizacional de implementación, debe de haber un proceso intelectual paralelo para elaborar y desarrollar la idea original de políticas. Puesto que una política existe por algún tiempo, constantemente se requieren nuevos argumentos para dar a sus distintos componentes la mayor coherencia interna posible y ajustarlos también en lo posible a las cambiantes condiciones externas. (Majone, 1992, p. 351)

De acuerdo con Subirats (2008), “las políticas públicas son un conjunto concatenado de decisiones y acciones resultado de las interacciones estructuradas y repetidas entre las partes” (p. 51) en un problema definido como público. Al respecto, si bien existen cantidades infinitas de demandas y necesidades dentro de la trama social del Estado (es decir, en cada nivel y grupo podría existir una necesidad que puede requerir respuesta), solo algunas de ellas serán consideradas en la agenda pública. Estas demandas y necesidades definidas como prioritarias son consideradas “cuestiones socialmente problematizadas” (Oszlak, 1995, p.110). Estas últimas podrán atravesar el ciclo de las PP y convertirse en un cambio, o una acción a futuro, es decir, formar parte de las políticas estatales. Este proceso lleva implícitas las interacciones entre distintas fuerzas y sectores y el Estado, cuyo resultado es “un conjunto de variables independientes, articuladas en formas más complejas que desembocan en una variable dependiente, que es la decisión adoptada” (Oszlak, 1981, p.125).

Dentro del gran capítulo de las PP se encuentran las políticas de salud que, de acuerdo a Tobar (2015):

constituyen un capítulo de las políticas sociales, y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud, e implican la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito (p.12).

El autor resume las funciones básicas del Estado en el campo de la salud en cuatro ejes principales:

- Informar: dado que conocer las características de los servicios, bienes y otros componentes del SS en general permite decisiones más acertadas, y brinda condiciones más equitativas a las partes.
- Regular: dado que los recursos pueden responder a las leyes de mercado, es necesaria la intervención del Estado para brindar marcos, leyes, y límites para el funcionamiento del sistema.
- Financiar: usar el presupuesto público para el pago de servicios o distintas prestaciones.
- Proveer: brindar los elementos físicos, de infraestructura y capital humano para el funcionamiento del sistema.

2.2. Los actores y la construcción de la agenda

Las PS están enfocadas hacia las personas y la comunidad e “implican la definición de la salud como un problema público” (Tobar, 2015, p. 13). Desde esta perspectiva, y para que esas PS logren cumplir sus objetivos, es necesario atravesar diferentes etapas que constituyen el ciclo de las políticas, en donde intervienen personas o grupos que ocupan algún rol en la cuestión tratada, es decir, los actores de la política pública. De acuerdo a Subirats (2008), con este concepto se designa “tanto un individuo, como varios individuos, o también una persona jurídica o incluso, un grupo social, siempre y cuando se presenten y actúen con homogeneidad interna respecto a los valores e intereses que defienden y los objetivos que persiguen” (p. 51). Esta amplia definición de actor contempla a todos aquellos a quienes concierne un problema social específico, y las características que los identifican como tales son las ideas compartidas o el interés común que los une. En este sentido, toda persona o grupo social implicado en el problema colectivo que origina la PP se considera un actor potencial. Moro (2015), en cambio, reserva el término de actor exclusivamente para los individuos o colectivos sociales que cuentan con determinados recursos que otorgan capacidades para incidir en las políticas. Contrariamente, la categoría de involucrados abarca a la población que podría estar afectada en forma directa o indirecta por una PP o un problema determinado.

John Kingdon (2014) hace una descripción detallada de los distintos tipos de actores, y dedica un amplio espacio a quienes se encuentran en los distintos niveles de las esferas gubernamentales (desde el más alto al más bajo), y dentro de la burocracia, como al resto de los

actores por fuera del gobierno, tales como, los grupos de interés, investigadores, académicos, medios de comunicación, y público en general. En este marco, el autor reconoce el diferente acceso que tiene cada uno de ellos a los niveles de decisión, así como la mayor influencia de quienes están dentro del gobierno, sobre todo en la etapa de definición de la agenda.

En cuanto al rol de los actores en el proceso de toma de decisiones, Majone (1992) enfatiza que, dada la naturaleza pública de las políticas, “el diálogo y la discusión abierta son elementos constitutivos de la elaboración de las políticas” (como se citó en Aguilar Villanueva, 1992), y que esas decisiones están en relación con profundos procesos de discusión entre los actores que participan en las distintas etapas. En el caso de las PS, la categoría “actores” hace referencia “tanto a sujetos colectivos como a individuos que reúnen ciertas capacidades y recursos de poder para incidir en el proceso de una política” (Moro, 2011, p.66). En este contexto, el autor remarca la necesidad de los actores de contar con ciertos atributos, poder, organización, y recursos.

Belmartino y Bloch (1994) también se enfocan en el campo de las políticas del sector de salud, y en él ubican a los actores y distintos modelos de organización social sobre los que estos interactúan. En esa descripción, repiense las relaciones de poder que se establecen entre agentes dotados de intereses y capacidades específicas como fruto de esas interacciones. Para estos autores, entre los principales, se pueden mencionar a los actores gubernamentales con cargos específicos en la materia, las corporaciones de las OS y empresariales, los beneficiarios de la seguridad social, y los organismos específicos. Además, hacen mención a la gran dependencia del sistema político que el sector ha tenido, así como a la falta de ordenamiento de parte de los organismos estatales.

En este marco, “todo individuo, persona jurídica o grupo social se considera un actor desde el momento en que, por el solo hecho de existir, pertenece a un campo social considerado como pertinente para el análisis, (...) e implicado en el problema colectivo” (Subirats, 2008, p. 52). No obstante, no todas las intervenciones son visibles. Es decir, en ocasiones, en función de sus roles, las intervenciones son tangibles, y en otras, solo pueden ser identificados de manera indirecta. En este sentido, para Subirats (2008), “todo individuo o grupo social afectado por el problema colectivo al que la política pretende dar solución, es un actor al menos potencial” (p. 53), aunque aún no haya tenido intervenciones en alguna fase de los procesos.

Dentro del conjunto de los actores de las PP pueden distinguirse los grupos-objetivo

(compuestos por personas y organizaciones, cuya conducta se considera políticamente como la causa directa, o indirecta, del problema colectivo que la política intenta resolver), los beneficiarios finales (a quienes el problema afecta directamente, y que esperan un cambio), y los grupos denominados terceros (que ven que su situación podría verse modificada, positiva o negativamente). Los diversos tipos de actores constituyen la base de la PP, y sus interacciones se relacionan con las definiciones políticas del problema a resolver, las hipótesis causales y las hipótesis de intervención (Subirats, 2008).

La participación de distintos actores resulta imprescindible en la toma de decisiones del Estado en cualquier territorio, dado que, siempre se busca crear consenso en los asuntos públicos para que estos puedan tener el mayor grado de legitimidad posible, ofrezcan menor resistencia en los diferentes sectores intervinientes, y finalmente, puedan llevarse a la práctica. Al respecto, Moro (2015) remarca que poner en marcha, regularmente, alguna manera de observar y objetivar el conocimiento de los actores “permite sistematizar y mapear la información existente para prever dificultades, resistencias, y potenciar las fortalezas en la gestión de políticas públicas” (p.67). Para este autor, al considerar la política sanitaria y la gestión en salud, estos pasos son necesarios, y facilitan (a través de dimensiones y variables preestablecidas) la caracterización de los actores involucrados en estos procesos.

Los actores pueden pertenecer a organizaciones gubernamentales e instituciones económicas⁵³, a financiadores de investigaciones y programas en algunas áreas de salud, y a instituciones de la sociedad civil. En este marco, los organismos multinacionales en salud pueden ser considerados un actor, ya sea, por su participación directa (y voz) en los asuntos más importantes de la SP, o por su carácter de rectoría, asesoramiento a gobiernos, a otros organismos en salud regionales y nacionales, sociedades científicas e instituciones académicas. Sus recomendaciones y declaraciones brindan un marco, soporte o justificación a la toma de decisiones en SP, y generan distintas articulaciones, como, por ejemplo, la creación de agencias en salud que cumplan funciones de enlace entre los ámbitos locales e internacionales para compartir información, coordinar recurso humano y académico (OMS, 2020⁵⁴; Rayez, 2017).

⁵³ Como el Banco Mundial

⁵⁴ <https://www.who.int/es/news/item/07-08-2020-73rd-world-health-assembly-decisions>

Además de la importancia del rol de los actores en la toma de decisiones, existen distintas perspectivas sobre lo que implica la construcción de la agenda en función de los aspectos que la caracterizan. Al respecto, Alzate Zuluoga y Romo Morales (2017) refieren, en primer término, que “la agenda pública implica un proceso a través del cual determinados asuntos o problemas públicos se posicionan, adquieren un interés general, y son trasladados al nivel de la decisión gubernamental mediante distintas estrategias y políticas públicas para su atención” (p.14). Los autores consideran que habría una especie de acuerdo disciplinar con respecto a la construcción de la agenda, de tal modo que el enfoque teórico con el que se aborde es determinante para su configuración como objeto analítico y, por lo tanto, de los procesos e instrumentos concretos de su formulación (p.17).

A partir de estos posicionamientos teóricos, estos fueron clasificados en: a) enfoque del proceso de las PP, b) del cambio institucional, c) de la fijación de la agenda y movilización de la opinión pública, d) constructivista, y e) del cambio cultural. Cada uno de estos enfoques posee caracterizaciones específicas, y esta multiplicidad de perspectivas orienta, también, una amplitud de definiciones metodológicas que tendrán implicancias en la construcción de la agenda (Alzate Zuluoga y Romo Morales, 2017).

2.3. La definición de las prioridades

El proceso de selección de los temas prioritarios, la construcción de la agenda, y la formulación de las PS conforman una construcción social que implica una multiplicidad de pasos y participantes. Se trata de una instancia compleja que requiere capacidades de negociación y liderazgo, y cuya etapa previa implica el reconocimiento de los problemas como tales, lo que, a su vez, demanda un análisis anterior con el objetivo de considerar las partes de la realidad que requieren soluciones, y analizar las alternativas posibles. En este contexto, para Matus (2007), la primera cuestión que enmarca una situación como problema es un faltante entre una realidad dada y la expectativa sobre esa realidad. Al hablar de la salud, el autor refiere que “un problema de salud es un problema cuasi estructurado con características compuestas: no se pueden enumerar todas las variables, solo algunas; no se pueden precisar las relaciones entre las variables, sólo de algunas y nunca las soluciones son objetivas” (p.4).

Para pensar en cuáles son los faltantes que se requiere identificar, en primer lugar, se señala el reconocimiento y diagnóstico de la realidad, acción que constituye, también, el primer paso a la hora de planificar. Es decir, un problema se define por la presencia de una diferencia entre la realidad y lo que se considera adecuado para esa situación. Desde esta perspectiva, en la identificación de esos problemas son válidas diversas técnicas, tales como, análisis sistemático de fuentes y estadísticas oficiales de situaciones de salud y de registros sobre procedimientos en servicios de atención, uso de encuestas diseñadas para conocer situaciones específicas, entrevistas a informantes calificados, y otras técnicas de consenso. Entre estas herramientas de análisis y organización, el modelo de planificación estratégica tiene la pretensión de organizar la información disponible, y pensar la manera de hacer un uso apropiado de los recursos. Otras herramientas utilizadas incluyen: árbol de problemas, priorización de problemas, diagramas causa-efecto, la metodología del Marco lógico y diversas formas de priorización.

El árbol de problemas⁵⁵ resulta útil para abordar un problema y la búsqueda de soluciones. Si bien esta herramienta es muy utilizada una vez definidos los mismos, resulta valiosa, también, cuando estos están siendo seleccionados, ya que, en el caso de un problema de SP, existen elementos de múltiples campos que contribuyen a que este exista, persista o sea modificado. Por lo tanto, aplicar esta técnica podrá ayudar a definir el camino de la PP, y la cuestión a problematizar. El método busca identificar el problema central, sus efectos, sus causas, los medios de solución, las acciones para lograr el objetivo o solución deseada, y la definición de alternativas para solucionar el problema identificado. Es decir, constituye una ayuda en la definición de los temas prioritarios (Laureano, 2019; Escobar, 2018).

Para la selección de ideas se puede utilizar la Metodología de Marco Lógico (ILPES, 2004) con el objetivo de facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Si bien este método fue pensado para resolver algunos problemas comunes a los proyectos, tales como, la planificación de problemas carentes de precisión, de proyectos que no se ejecutan exitosamente, o de aquellos donde no es posible observar su curso eventual, el enfoque

⁵⁵ El diagrama del árbol de problema muestra la manera esquemática en que se desarma un problema dado en sus componentes, en general ubicando el problema en el centro.

en sí aporta terminología uniforme, un formato claro que incluye objetivos, metas y riesgos, jerarquía de objetivos, y un temario analítico disponible para todas las partes. Además, enfoca el trabajo técnico y facilita la organización.

Otra de las instancias necesarias en la construcción de la agenda, además del proceso de definiciones y priorizaciones, es la planificación; ya que esta tiene en cuenta, también, la factibilidad y los recursos. Al respecto, Rovere (1999) señala que la planificación es una función inherente al ser humano que refiere a todas aquellas reflexiones, cálculos y especulaciones que se realizan, en forma más o menos sistemática, con el propósito de intervenir exitosamente en una realidad dada. Así delimitada, es razonable suponer que ha acompañado a la humanidad desde sus orígenes (p.37). La planificación no es otra cosa que intentar someter a nuestra voluntad el encadenado de acontecimientos cotidianos que, al final, fijan una dirección y una velocidad al cambio que, inevitablemente, experimente un país a causa de las acciones de sus ciudadanos. Se trata de un proceso no reducible a una teoría bien estructurada, y que requiere mucha experiencia, perseverancia y capacidad de aprendizaje en la práctica, además de fuerza y recursos para torcer el curso de los acontecimientos en la dirección deseada (Matus, 1987).

Desde esta perspectiva, la planificación es una guía dentro de un sistema social, y constituye el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los futuros resultados deseados, luego de que los actores participantes reconocen y evalúan las necesidades y demandas que van a ser incluidas en la agenda. Este proceso requiere una observación continua de la realidad, e implica establecer prioridades sobre los problemas, y analizar y definir si los mismos son acordes a las capacidades de resolución. Esto incluye, también, identificar los factores que pueden constituir barreras, establecer los cambios posibles, y los roles y responsabilidades en las acciones futuras, lo que permite saber si se va en dirección correcta.

La esencia de la planificación radica en que, luego de definir los objetivos, posibilita diseñar y poner en marcha los medios más adecuados para abordar lo planteado mediante herramientas y capacidades específicas, colaborando para transformar una realidad. Trasladado al ámbito de la salud, y de acuerdo a la publicación *Salud social y comunitaria* del MSN (2017):

La planificación estratégica en salud se entiende como una forma de relacionar los problemas y necesidades en materia de salud, que presentan los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo, que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema⁵⁶. (p.32)

Esta metodología implica aplicar el conocimiento del campo de la salud, y articularlo con el campo de lo social y, a partir de esto, definir un enfoque integral para las instancias de promoción, prevención, curación y rehabilitación que componen el ámbito de la salud. Al respecto, los organismos internacionales específicos de salud han abordado esta temática con el propósito de brindar herramientas que puedan ser utilizadas en la toma de decisiones y planificación en este campo.

Desde esta perspectiva, y para facilitar esa tarea, en el año 2014, la OPS creó un grupo asesor sobre Planes Estratégicos (integrado por representantes de doce Estados miembros) con el fin de colaborar con los equipos técnicos regionales para adaptar el método de Hanlon⁵⁷ y aplicarlo en programas de salud. La ecuación original de Hanlon fue publicada en 1984, y consiste en asignar un puntaje de prioridad a cada programa de enfermedad. La fórmula es la siguiente:

$$BPR = \frac{(A + B) * C}{3} * D$$

En esta ecuación denominada BPR (por su sigla en inglés), y que señala la prioridad básica (*Basic Priority*): A, es el tamaño del problema; B, la seriedad del problema (que incluye urgencia, severidad, pérdidas económicas, e involucramiento de otras personas); C es efectividad de la

⁵⁶ En: Herramientas para la planificación y programación local. Salud social y comunitaria. MSN (2017), Módulo 4, p. 32

⁵⁷ La finalidad de la metodología de Hanlon perfeccionada y adaptada por la OPS es servir de instrumento para ejecutar el marco de estratificación de las prioridades programáticas de Plan Estratégico de la OPS aplicando un método sistemático, objetivo y sólido para guiar la asignación de recursos y enfocar la movilización. En ella se aplican los principios y las prácticas de planificación estratégica, al igual que los valores de salud pública y otros valores intrínsecos de la Organización, con componentes, criterios y directrices claramente definidos para su aplicación uniforme. (OPS y OMS 2016)

intervención; D es factibilidad, que, a su vez, está determinada por cinco factores⁵⁸. Estos criterios se complementan con otros dos: equidad y posición institucional⁵⁹.

La OPS, al adaptar esta herramienta, se encontró con que algunos aspectos no estaban siendo considerados, por lo que estableció una manera de que todas las cuestiones implicadas en un problema de salud estuvieran incluidas. Para ello, los programas fueron clasificados en dos grupos: programas orientados a las enfermedades y programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones en salud pública. En el primer grupo, están contempladas características y dimensiones sobre las enfermedades, y en el segundo, otros aspectos, como, falta de recursos, deficiencias en la cobertura de los programas, medio ambiente, y temas de gestión.

En ese marco, y de acuerdo al documento del 55° Consejo Directivo de la 68ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (2016), “la asignación de prioridades es un componente importante en la planificación estratégica y la toma de decisiones, dado que, si todo fuera considerado como una prioridad, entonces nada lo sería realmente” (p. 4). En este sentido, Choi et al. (2019) consideran que la selección de prioridades es un tema esencial en la planificación estratégica de la gestión de los recursos, en la gestión clínica, en los programas orientados a las enfermedades y a los sistemas de salud, y en las intervenciones en salud pública.

Universidad de
San Andrés

⁵⁸ Referidos como factores “PEARL”: propiedad, recursos económicos, aceptabilidad, fuentes y aspectos legales, que, de acuerdo a los autores, solo cumplen función en el proceso de preselección. (Choi 2019:2)

⁵⁹ Este componente alude a cuestiones como la flexibilidad institucional, así como a consideraciones prácticas o políticas.

Capítulo 3

De la crisis del fin de siglo XX hasta la construcción de la agenda cardiovascular - *Un camino difícil*

En esta sección y en la siguiente exploramos los procesos de construcción de la agenda de las PP nacionales orientadas a la salud y la ECV a través de los datos empíricos recolectados. Para ello, nos enfocamos en los temas que fueron apareciendo jerárquicamente en el período 2001-2011, y que, por lo tanto, formaron parte de la agenda de aquel momento. Además, indagamos las posibles causas de su elección, y los contextos en los que emergieron. En todos los casos, buscamos identificar a los actores participantes en estos procesos, quienes tienen distintos grados de visibilidad, ya sea, porque se expresan o intervienen en otros planos, o porque desempeñan otros roles (Majone 2005; Moro, 2015; Chiara y Di Virgilio, 2009), a veces, en forma de *lobby*,⁶⁰ en los lugares de decisión o influencia.

En primer lugar, describimos los aspectos más relevantes del contexto político-económico nacional en donde se sitúa nuestra investigación que, como veremos luego, impactaron en los procesos que son nuestro objeto de análisis. En segundo lugar, identificamos quiénes son los protagonistas que participaron en las definiciones de las PP de salud cardiovascular, y, por último, exploramos de qué manera estos actores intervinieron en el proceso de construcción de la agenda de esas PP.

3.1. Los contextos también definen la política pública de salud

A partir del entendimiento de que los procesos de construcción de la agenda de PP requieren períodos de tiempo prolongados, nuestra investigación abarca el espacio temporal que va desde el comienzo de la crisis del año 2000-2001 hasta el año 2011. Esta etapa estuvo caracterizada por una gran inestabilidad político-económica, y, por lo tanto, de gran complejidad

⁶⁰ De acuerdo a un trabajo de CIPPEC, “el lobby es una actividad legítima que permite enriquecer el debate público en el Congreso. Sin embargo, sin una adecuada regulación, la actividad de cabildeo aumenta las oportunidades de que se comentan actos de corrupción y co-optación del Poder Legislativo por parte de grupos económicos poderosos que buscan incidir en la sanción de nuevas leyes que pueden ir en detrimento del libre funcionamiento del mercado y la competencia leal entre empresas privadas”. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1976.pdf>

(Bonvecchi 2006), y como un momento de quiebre, según distintos investigadores (Chiara, 2009; Chiara, 2018; Osarow et al., 2016). Este período, no sólo significó un desafío para la reconstrucción de las prioridades en salud (además de otras áreas), y del propio SS en cuanto a la atención médica en general, y cardiovascular, en particular, sino que, también sentó las bases para iniciar un camino que fortalecería el abordaje de lo concerniente a la salud y la ECV. En este sentido, Tamayo et al. (2004) mencionan que las crisis son disparadoras de temas o de cambios de rumbo en la agenda de las PP, que irrumpen en los contextos, y son factores determinantes a la hora de definir qué se entiende por prioritario y qué se relega. En esta misma línea, uno de nuestros entrevistados señala que *“en las dos últimas décadas la salud cardiovascular no era un tema muy relevante para las autoridades (...). No había prioridades en el tema. Sin embargo, fueron surgiendo varios programas dentro de las políticas públicas que significaron pasos muy relevantes”* (Jefe Cardiol. H. Público).

Ahora bien, la coyuntura política de fin del siglo pasado y comienzos de la primera década del XXI, se caracterizó por hechos políticos de gran complejidad y excepcionalidad. El sucesivo cambio de presidentes en un muy corto período de tiempo fue uno de ellos. A saber, luego del gobierno de Carlos Menem (1989-1999)⁶¹, asumió Fernando De la Rúa⁶² (1999- 2001) quien dejó el mandato antes de tiempo. Inmediatamente luego de su dimisión, le siguieron Ramón Puerta, Adolfo Rodríguez Saá y, Eduardo Camaño, cuyas presidencias ocuparon un período de pocos días. Finalmente, Eduardo Duhalde, elegido por la Asamblea Legislativa desde enero del 2002, ejerció como presidente hasta mayo de 2003. Y más tarde, asumieron Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández (2007-2011), quienes accedieron a sus cargos mediante elecciones generales.

Históricamente, a nivel institucional, las denominaciones de las autoridades en Salud⁶³, se fueron modificando, tal vez, debido a distintos posicionamientos e identidades de los gobiernos sobre la SP, el desarrollo humano, y el rol del propio Estado en materia de salud. En este marco, pasó de ser Salud y Acción Social (desde la vuelta de la democracia, en 1983) durante la presidencia de Raúl Alfonsín⁶⁴, luego, Salud y Ambiente y, por último, Salud, con categoría de

⁶¹ En lo que conoció luego como la “década menemista”.

⁶² Quien con Carlos Chacho Álvarez conformó el llamado “gobierno de la alianza”.

⁶³ Nivel Nación

⁶⁴ Ocupó la presidencia de la Nación desde 1983 a 1989; entregando el gobierno a Carlos Menem.

ministerio. Al respecto, en el año 2001, se denominaba Ministerio de Salud y Acción Social; Salud y Ambiente a partir de la presidencia de N. Kirchner, y continuó así hasta el 2007, en que pasó a ser Ministerio de salud, durante el mandato de Cristina Kirchner, hasta el fin del período.

Durante los primeros meses del año 2000, nuestro país atravesó una situación socio-económica compleja caracterizada por la pérdida del empleo, el aumento de la pobreza, y el deterioro de la situación sanitaria, en especial, en el sector público. En el campo de la salud, las grandes tensiones se vinculaban, principalmente, con dificultades presupuestarias, cuya gravedad demandó respuestas urgentes en la SP, y en la política sanitaria. Esta situación constituía una manifestación clara de que los contextos⁶⁵ definen o influyen marcadamente el curso de las políticas, y su importancia (Tamayo, 2005). En ese marco, la política tuvo que dar respuestas urgentes, lo que, a su vez, generó cambios de rumbo e iniciativas sobre la atención médica, en general, y la cardiovascular, en particular.

En este complejo escenario socio-económico a nivel nacional, y también de la cuestión sanitaria⁶⁶, el 22 de setiembre de 2000, mediante la Resolución N° 832⁶⁷, se creó la Comisión Nacional Permanente Asesora sobre Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares⁶⁸. Para su conformación, fueron designados representantes de la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria, el Servicio de Cardiología del Hospital "Profesor Alejandro Posadas", la SAC, la FCA, y la FAC. El objetivo de esta comisión era consensuar los criterios de los principales actores desde el punto de vista académico y asistencial, a fin de definir una agenda sustantiva en el campo de la política sanitaria.

A partir de los hechos descriptos, podemos observar la manera en que el tema de las enfermedades cardiovasculares ingresó, formalmente, en la agenda del gobierno en plena crisis. El paso siguiente sería la sanción de una ley, plasmando en normas, y brindando marco legal, a la

⁶⁵ Esta idea puede encontrar sustento en investigaciones en agenda pública que remarcan el valor de las crisis, como un condicionante en los temas que se debaten en el escenario de discusión de esa agenda, así como en la opinión pública (Tamayo et al. 2004 y 2005)

⁶⁶ Término con el que Tobar (2011) denomina al fenómeno por el cual la problemática salud-enfermedad gana notoriedad para ser incorporada a la agenda de las PP.

⁶⁷<http://test.e-legis-r.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=3755&word=cardiovasculares>

⁶⁸Boletín Oficial 29/09/2000

perspectiva que el Estado tuvo sobre las políticas sanitarias relacionadas con las ECV. Como mencionamos antes, en los debates políticos de aquel momento participaron actores de ámbitos académicos y sociedades científicas convocados en los distintos niveles de decisión. Al respecto, incluimos, aquí, argumentos, escuchados en el marco de nuestras entrevistas sobre la importancia de la presencia del mundo académico en la definición de la agenda.

En ese sentido, ellos señalan que *“la facultad de medicina debería ser órgano de consulta”* (Esp. Derecho de la Salud). A lo que alguien agrega que *“en nuestra sociedad tenemos un comité de cardiología que trabaja en conjunto con la SAC en ENT, y, a veces, son citados nuestros expertos, aunque en ocasiones parece estar ya todo resuelto de antemano”* (Ex Directiva SAP). Además, hay quienes mencionan que *“las sociedades pueden participar, aunque a veces las ningunean. Pero no tenemos una línea clara de políticas de salud propia dentro de la sociedad”* (Jefe Cardiol. H. Público), y otros que opinan que *“el perfil técnico debería estar siempre en los lugares de toma de decisión. Deberían hablar las sociedades científicas, que también están atravesadas por intereses económicos (...) Este tipo de normas tienen que tener respaldo técnico y de evidencia muy fuerte”* (Esp. Derecho de la Salud).

En diciembre del año 2001 y a principios del 2002, a partir de la búsqueda de consensos sectoriales y transversales por parte del MSN, y dada la situación de crisis, se trabajó intensamente en el marco de la Mesa de Diálogo Argentino, sobre temáticas amplias y con el propósito de analizar los problemas sustantivos del país, examinar respuestas posibles y organizar un plan estratégico para todas las áreas. Luego, en medio de la emergencia sanitaria, y de las discusiones y búsquedas de acuerdos específicos del sector Salud, se firmó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos en el año 2003.⁶⁹ En sus párrafos iniciales, el texto señala que:

las partes reafirman la importancia de jerarquizar las políticas sanitarias delineadas en el Compromiso Federal de Salud suscripto el 19 de diciembre de 2002, entre las autoridades sanitarias nacional, provinciales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del país. Que dichas políticas sanitarias forman parte del Acuerdo de la Mesa del Diálogo del Sector Salud, en la cual participaron la Iglesia y demás cultos, el Programa de las

⁶⁹ De las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud. Mayo del 2004.

Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud, entidades gremiales y sindicales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, y otras vinculadas directamente al sector salud (Acuerdo Federal de Salud, 2003, p. 2)⁷⁰.

En el año 2001, el MSP de la Nación promulgó la Ley 25.501⁷¹ que estableció (y se denominó) la *Prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional*. Según esta, se debe informar y educar a la población, en todos los niveles educativos, sobre los FR vinculados a la enfermedad coronaria y cerebrovascular, y, además, capacitar a los agentes de salud comunitarios en actividades de promoción de salud y prevención, entre otras.

En su Artículo 5, esta ley señala que “la autoridad de aplicación debe constituir una Comisión Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en el ámbito del Consejo Federal de Salud”⁷². La mencionada norma se reglamenta en el año 2011⁷³, aunque, en años posteriores a su sanción, fue complementada por otras disposiciones sobre temas específicos en materia de salud cardiovascular, que se verán en las próximas secciones de este trabajo.

El texto de la ley tiene profundas implicancias sobre y para la jerarquización de los temas cardiovasculares, mediante referencias, programas y acciones a desarrollar. En este sentido, el Artículo 3, señala que “la autoridad de aplicación debe desarrollar un Programa Nacional de Prevención de las enfermedades cardiovasculares orientado a reducir la morbimortalidad de causa coronaria y cerebrovascular en la población general”. De esta manera, la norma resalta el rol fundamental e indelegable de rectoría del Estado, que da marco y sustento legal a gran parte de lo que sucede en los distintos procesos de prevención y atención en salud, y, específicamente, en el plano cardiovascular.

En la siguiente versión taquigráfica de una reunión conjunta de las comisiones de ASYSP y de la Tercera edad de la HCDN, que tuvo lugar en el mes de febrero del año 2002, se menciona

⁷⁰ Véase también en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/acuerdo-federal-salud.pdf>

⁷¹ Aparece en el Boletín Oficial el 05/12/2001. Véase también en Anexo I

⁷² Llamado COFESA

⁷³ Tarda diez años en reglamentarse

una dramática descripción al caracterizar aspectos fundamentales de la cuestión sanitaria de aquel período. Al respecto, uno de los participantes señala que:

(...) ustedes habrán visto que en lo que definimos como las políticas de gobierno referidas a la emergencia sanitaria, hubo un primer período de treinta días en el que trabajamos muy intensamente tratando de que se mantuvieran en funcionamiento los servicios públicos y el estado sanitario de la población. En cuanto al estado sanitario de la población, debo decir que felizmente ninguno de los indicadores que hemos utilizado como centinelas para alertarnos de cualquier circunstancia que implicara algún deterioro del estado de salud de los argentinos demuestran absolutamente nada distinto de lo que veníamos teniendo. De manera tal que desde el punto de vista sanitario no hay ningún tipo de catástrofe, epidemia o situación de gravedad que motivara que debiéramos sentirnos muy tristes. Este es un punto no de alegría sino de satisfacción en cuanto a que felizmente el estado sanitario de la Argentina es bueno. Lo que no es bueno –como venimos diciendo desde el primer día- es el funcionamiento del sistema de salud (...) Esto ha hecho eclosión en los últimos tiempos, ya que el *default* económico se transformó también en un disfuncionamiento del sistema sanitario, con todo lo que ustedes saben que ello implica: corte de servicios, etcétera. (Sesión del 19 de febrero de 2002. Versión taquigráfica)

Al comienzo de la crisis del 2001, otro de los objetivos del Estado nacional fue ocuparse de la redistribución de recursos y sumar al componente de equidad del sistema, a partir del trabajo con otros actores del acuerdo social, e inclusive la iglesia, en búsqueda de consensos. En el siguiente registro de una de las sesiones de la CASYSP del 19 de febrero de 2002, uno de los expositores menciona que:

(...) en esa perspectiva hemos realizado las primeras acciones de los treinta días. Dada la terrible escasez de recursos que existe en todas las instituciones hemos logrado inyectar un poco de recursos en el sistema, básicamente en materia de medicamentos. Hemos realizado un programa de emergencia de provisión de insumos y medicamentos para el sector público. Esa ha sido la primera remesa enviada a todas las provincias argentinas y ahora estamos en la etapa de trámites de compra de una gran cantidad de insumos, lo que a la fecha nunca había hecho el Estado nacional. (Sesión del 19 de febrero de 2002. Versión taquigráfica)

En el marco de estas sesiones, otros integrantes hacen referencia a subsidios a los desocupados para la compra de medicación, un tema que ya había puesto en marcha discusiones entre ANSES⁷⁴ y el Ministerio de Trabajo. Además, gran parte de los debates que tuvieron lugar en estas reuniones, enfatizaron la complejidad del SS y las OS⁷⁵, y al ampliar la discusión al tema de los medicamentos en general, y de quién los provee, se sumaron a esta, actores, como ANMAT⁷⁶ y las provincias productoras de medicamentos. Estos debates permiten visibilizar a los principales actores que intervinieron en la discusión de la agenda de salud cardiovascular de aquellos años. El siguiente fragmento muestra cómo un representante de un partido político señala una posición muy enfática al respecto, e intenta que esta sea distintiva de su agrupación, al decir que:

(...) Los representantes de mi partido, el Polo Social, presentamos un proyecto de ley para atender esta emergencia buscando un financiamiento para que las obras sociales continúen funcionando. De lo contrario, asistiremos al cierre y a la quiebra del sistema. Quisiera saber si está contemplada una emergencia específica para tratar este problema. (Sesión del 19 de febrero de 2002. Versión taquigráfica)

(...) Como toda época de crisis esta es una buena oportunidad para definir una política de salud. La distribución por habitante en lo que se refiere a salud no es mala en Argentina e inclusive es superior a algunos países. Es evidente que existe un problema de distribución de la salud. Existe una distorsión en la cantidad de obras sociales. (Sesión del 19 de febrero de 2002. Versión taquigráfica)

Los datos de los Informes de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, y la DEIS del MSN del año 2001⁷⁷ y 2011⁷⁸, señalan a las ECV y cerebrovasculares como la principal causa de mortalidad, especialmente, en personas de más de 45 años. Dentro del indicador “total de causas cardiovasculares” se incluye a las enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, y las demás

⁷⁴ Acrónimo con el que conoce a la Administración Nacional de la Seguridad social

⁷⁵ Esta opinión es ampliamente compartida en todas las entrevistas.

⁷⁶ Acrónimo con el que se conoce a la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica

⁷⁷ <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro44.pdf>

⁷⁸ <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro54.pdf>

enfermedades del corazón⁷⁹. La Tabla 1 muestra datos objetivos que brindan una aproximación al panorama de aquel momento.

Tabla 1. “Población, defunciones totales, porcentaje defunciones por causa cardiovascular, porcentaje defunciones por causa cardiovascular entre 45 y 75 años, y tasa de mortalidad. Años 2001 y 2011. Argentina⁸⁰”

| AÑO | POBLACIÓN TOTAL | DEFUNCIONES TOTALES | % DEFUNCIONES POR CAUSA CARDIOVASCULAR | % DEFUNCIONES POR CAUSA CARDIOSVACULAR entre 45 y 75 AÑOS | TASA DE MORTALIDAD (por 1000 hab.) |
|------|-----------------|---------------------|--|---|------------------------------------|
| 2001 | 37.031.795 | 277.148 | 33% (91.506) | 31.8 % (88.251) | 7,5 |
| 2011 | 40.581.951 | 318.602 | 30% (97.107) | 29.5% (94.185) | 7,9 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS - Informes vitales 2001 y 2011.

Los números de la tabla indican que, en los años 2001 y 2011, respectivamente, la mortalidad por causa cardiovascular fue cercana al 30 % en ambos períodos, y aunque mostró una leve disminución a lo largo del tiempo, esta conservó un porcentaje muy elevado de mortalidad en personas de más de 45 años (alrededor de 95%), lo cual implica que ese porcentaje se mantuvo constante. Al respecto, uno de los entrevistados señala que

(...) Por esa época se creía que las ECV eran territorio de gente de alto nivel socioeconómico en un país con bajo nivel de complejidad para el tratamiento de las ECV. Y tiempo después se vio que en realidad son enfermedades que afectan -como siempre- más a los sectores más vulnerables y de menores recursos. (Jefe Cardiol. H. Público)

⁷⁹ En el Informe se hace referencia con esos términos a todo lo no incluido antes sobre la patología en general.

⁸⁰ <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro44.pdf> y <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro54.pdf>

A partir de estas informaciones, y ante la necesidad de contar con datos epidemiológicos del país sobre un tema que se había vuelto prioritario, desde el MSN se diseñaron y pusieron en marcha las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR)⁸¹. La primera de ellas se llevó adelante en el año 2005,⁸² con el propósito de obtener información epidemiológica, y de que las encuestas pudieran servir como insumo a las PP, así como a distintos efectores de salud. Estas encuestas también tuvieron lugar en los años 2009, 2013, y la más reciente, en 2019, siempre con el objetivo de comparar y discriminar los cambios producidos en los diferentes períodos. A través de ellas, se evaluaron factores relacionados con la ECV, para lo que fueron seleccionadas algunas dimensiones, tales como, acceso a la atención médica, salud general y calidad de vida, actividad física, peso corporal, alimentación, hipertensión arterial (HTA), colesterol elevado (DLP), diabetes (DBT), y consumo de tabaco.

A lo largo del período comprendido en esta investigación, diversas normas que abordan esta problemática fueron sancionadas por iniciativas, tanto del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) como del Poder Legislativo (PL), cuyos textos fueron modificados, o complementados con otras normativas, en los períodos subsiguientes. Una vez sancionadas, regularmente, las normas se registran y se ingresan en la plataforma Legisalud⁸³, en donde se encuentran disponibles de acuerdo al distrito geográfico (nacional o provincial), fecha y tema principal de estas.

Gran parte de estas normativas sobre la atención en salud hacen referencia a un programa general denominado Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), creado por Resolución Secretarial 432 (en el año 1992) y refrendado por el Decreto 1.424 (en el año 1997). Otras normas posteriores, tales como, el decreto 178⁸⁴ (PEN, año 2017) ratifican la vigencia del programa, y junto a la Resolución 856-E/2017⁸⁵, actualizan los ejes

⁸¹Las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) forman parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). La última se realizó en 2018. Las anteriores, en los años 2005, 2009 y 2013.

⁸²http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_informe-breve-final.pdf

⁸³ <http://www.legisalud.gov.ar/atlas/index.html>

⁸⁴ <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=28605&word>

⁸⁵ <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29089&word=>

conceptuales de la propuesta y aseguran la calidad de los servicios de salud con el objetivo de garantizar la equidad en la atención médica para toda la población.

En cuanto a la salud cardiovascular, dado que, durante el período explorado, no se observó un lineamiento claro en la legislación sobre el tema, excepto por la mencionada Ley 25.501, los entrevistados muestran cierto escepticismo sobre la importancia que, dentro de la política, se les da a los temas de salud y ECV. A continuación, uno de ellos expresa su opinión sobre esto:

La salud no es una política pública que se identifica por los partidos políticos (incluido el partido o coalición de gobierno); se considera una esfera “técnica. De tanto en tanto se reúnen las corporaciones del sector y deciden determinadas cuestiones, fundamentalmente temas relativos a la sociedad, que, en general, se zanján mediante un mecanismo de concesiones mutuas. No necesariamente implica un beneficio para la comunidad (Ex funcionario Ministerio)

Además, otro entrevistado agrega que no parece que se otorgue gran importancia a los temas de salud, aunque hay temáticas específicas que funcionan como disparadores y que sí convocan a las personas a pensar:

De salud en general creo que no se le da en general demasiada atención salvo cuando aparecen temas como podría ser aborto, eutanasia (...) cuando aparecen esas cuestiones por ahí en los medios ganan espacio, los médicos les prestan más atención. Pero me parece que, si vamos a hablar de infarto de miocardio, no (...) a la gente no le importa (...) Ya se sabe que tarde o temprano te va a matar así que mucha importancia no le das; conscientemente, mucha gracia no te hace hablar del tema, y siempre aparece algún médico con consejos para no fumar en la tele (...) pero el tema es que la gente no le da bola. Me parece a mí. (Esp. Derecho de la Salud).

Como podemos observar, la crisis del 2001 actuó como un inductor para que los temas de la salud en general, y del campo de la EVC, comenzaran a ser considerados prioritarios por los actores, gubernamentales y no-gubernamentales, que formaban parte de la escena política en aquel momento. Es decir, esa etapa de quiebre que mencionamos antes, posibilitó que estas temáticas

empezaran a formar parte de la agenda de las políticas, y luego se transformarían en iniciativas y PP específicas. Esto contribuyó a definir (y redefinir) prioridades, y establecer mecanismos que permitieran resolver asuntos socialmente problematizados de la cuestión sanitaria cardiovascular de la década que, además, estuvo caracterizada y atravesada por la emergencia sanitaria.

3.2. Los actores y la construcción de la agenda de salud

A lo largo de nuestra indagación del entramado político que caracterizó a la construcción de la agenda pública en salud cardiovascular en la primera década de este siglo, específicamente, en el período 2001-2011, nos interesa observar quiénes fueron los principales actores que participaron en ese proceso. Por lo tanto, retomamos aquí, el concepto de “actor” esbozado por Moro (2015) y Subirats (2008). Siguiendo a estos autores, este término, en las ciencias políticas, se utiliza para denominar a la/s persona/s o entidades con algún tipo de participación en cualquier fenómeno social. En nuestro caso, este fenómeno es la construcción de la agenda en salud cardiovascular. Además, para estos autores, los actores deben ser poseedores de mayores recursos estratégicos que otros sujetos (individuales o colectivos), de tal modo que les permita destacarse, puesto que, cuando se trata de construcción política o construcción de agenda, existen múltiples intereses en distintos sentidos.

Los actores pueden ser agrupados en gubernamentales y no gubernamentales, y debido a la conocida función de rectoría del Estado (Tobar, 2015), los actores gubernamentales tienen un lugar jerárquico en la toma de decisiones, aunque existen, también, iniciativas que se presentan de abajo hacia arriba, a través de otros que, de alguna manera, buscan imponer un tema para que impacte en los niveles de decisión (Kingdon, 2014). Al respecto, en el caso de nuestro país, podemos observar que las ideas, los problemas, y las alternativas de soluciones, surgen mediante iniciativas del PEN a través de disposiciones o leyes, o desde el PL.

El PEN constituye la autoridad máxima, y está representado por el/la Presidente de la Nación; quien, a su vez, está acompañado por los ministerios en las funciones ejecutivas. En el área de Salud, la autoridad máxima a nivel nacional es quien desempeña el cargo de Ministro/a de Salud de la Nación, y cuyo ministerio cuenta con un organigrama que incluye a la Unidad

Ministro/a y a varias secretarías⁸⁶. De acuerdo a la página oficial del Ministerio de Salud, en orden con sus competencias, sus funciones consisten en asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en todo lo inherente a la salud de la población y a la promoción de conductas saludables de la comunidad, y diversas funciones, especificadas en el Decreto 828/2006.⁸⁷

Ahora bien, dado que, la agenda pública o agenda de gobierno⁸⁸ es una construcción compleja que va definiéndose a lo largo del tiempo (Oszlak, 2009), en distintos momentos y lugares, y con la participación de diferentes actores, nos referiremos al lugar central que ocupa el PL en el proceso de construcción de la agenda de pública de salud en nuestro país.

El Poder Legislativo es ejercido en Argentina por el Congreso de la Nación. El mismo está compuesto por dos cámaras: la cámara de Diputados (HCDN) y la cámara de Senadores (HCSN). Todos sus miembros son elegidos democráticamente, y según las propias definiciones, los diputados representan directamente al pueblo argentino y los senadores a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires. El equilibrio entre ambas cámaras es la base del funcionamiento de nuestro sistema republicano y federal. Es función primordial del Congreso la deliberación y sanción de leyes orientadas al bien común de los habitantes; y, además, debe ejercer el control del PEN. La Constitución Nacional determina todas las atribuciones y limitaciones de los poderes.

Este modo de funcionamiento es válido sobre todos los asuntos públicos, inclusive los temas de salud. Entonces, podemos decir que, a nivel local, la agenda pública de Salud se construye a partir de la actuación de las comisiones de salud del Congreso de la Nación, en las que los legisladores, sus asesores, miembros con distintos cargos públicos o privados, y actores con intereses en temas específicos, trabajan al unísono para cubrir una laguna legal o modificar o derogar una ley vigente. En este marco, debido a nuestro sistema bicameral, cada cámara tiene su propia comisión de Salud, ambas permanentes y unicamerales: la de Diputados (HCDN), denominada Comisión de Acción Social y Salud pública (CASYSP)⁸⁹, integrada por treinta y cinco

⁸⁶ Gestión administrativa, Equidad en salud, Acceso a la salud, y de Calidad en salud, todas con subsecretarías

⁸⁷ Véase también en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mision>.

⁸⁸ Existen diferentes formas de denominación, en relación a los distintos enfoques que las orientan (Alzate Zuloaga, y Romo Morales, 2017)

⁸⁹ De acuerdo a sus propias definiciones: “Compete a la Comisión de Acción Social y Salud Pública dictaminar sobre todo asunto o proyecto referente a la legislación sobre salubridad individual, pública o social, considerando la medicina asistencial, preventiva y social, así como con lo relacionado a la salud colectiva y lo referente a subsidios o subvenciones a hospitales, asilos, colonias e instituciones nacionales, provinciales, municipales o particulares, con

miembros y la de Senadores (HCSN), llamada Comisión de Salud (CS)⁹⁰, que cuenta con diecisiete integrantes.

En cuanto al trabajo de las comisiones, y conforme al Reglamento de la HCDN⁹¹, aunque cada legislador puede hacer llegar sus inquietudes a la comisión correspondiente, el temario de reunión de esta es, finalmente, definido por su presidente. Luego, los asuntos tratados que logran acuerdo son dictaminados por la comisión o las comisiones (si tuvo varios giros conforme a las competencias de estas), y se despachan junto con sus antecedentes que formarán parte del orden del día. Más tarde, luego de su publicación (Artículo 113 del Reglamento de la HCDN), esta última podrá ser observada por aquellos diputados que no formaron parte de las comisiones participantes.

Posteriormente, la Comisión de Labor Parlamentaria (integrada por el Presidente de la Cámara y los Presidentes de todos los bloques) será quien definirá el temario de Sesión de Cámara, y decidirá cuándo se pondrá a estudio esa orden del día a fin de ser sometida a la votación general; pudiendo la Cámara en pleno aprobarla, rechazarla, o aprobarla con modificaciones. Esta sanción pasará, luego, a la otra cámara, cuyos miembros podrán aprobarla (tomando número de ley), rechazarla o modificarla. En este último caso, la sanción volverá a la cámara de inicio y será girada, nuevamente, a la o las comisiones para estudiarla una vez más (pudiendo estas aceptar las modificaciones propuestas por la Cámara revisora o insistir con su texto).

Además de los legisladores, sus asesores son pilares necesarios en la elaboración de una ley. Ellos son quienes colaboran en la búsqueda de antecedentes y legislación comparada, dialogan con los actores que solicitan el asunto a legislar, analizan la técnica legislativa y el derecho de fondo, entre otras de sus funciones. Sin embargo, la función que cumplen los asesores no está reglamentada, por lo tanto, sus reuniones no deben cumplir con ningún requisito específico, tales

actividades inherentes a los fines especificados en este artículo y sobre cualquier otro proyecto de legislación especial o investigación sobre estas materias y todo lo relativo a beneficencia en genera”

<https://www.diputados.gov.ar/comisiones/permanentes/casyspublica/competencia/>

⁹⁰ En su Art. 77 se menciona sus funciones: Corresponde a la Comisión de Salud: dictaminar sobre todo lo relativo a la salud y acción médico social, higiene, sanidad, medicina preventiva y nutrición, subvenciones y subsidios a hospitales, sociedades, corporaciones o instituciones con actividades inherentes a las materias especificadas en este artículo y todo otro asunto referente al ramo de la salud. Asimismo, le compete lo relativo a asuntos o proyectos relacionados con política de medicamentos, su uso indebido, sustancias psicotrópicas y cualquier otro elemento cuyo consumo produzca alteraciones en la conducta social de las personas; la prevención, asistencia y tratamiento de la drogadicción y otras adicciones, tanto en forma individual como colectiva.

<https://www.senado.gob.ar/parlamentario/comisiones/info/78>

⁹¹ Reglamento de la HCDN, ver. Comentada por Schinelli Guillermo, 1996, Secretaría parlamentaria. Dirección de información parlamentaria. Y: <https://www.congreso.gob.ar/reglamentoDiputados.pdf>

como, cuórum, cantidad de miembros estables (cada legislador decide quien lo representa en cada reunión conforme a la especialidad), día y hora de reunión preestablecida, modalidad (presencial o remota), entre otros requerimientos a los que sí deben responder los legisladores. En el caso de las reuniones de asesores, el temario a tratar también lo decide la Presidencia de la Comisión.

En el marco de construcción de la agenda, todas estas etapas se ven influidas por procesos propios de la política, tales como la conformación de las comisiones (en la que cada comisión debe guardar la representación política de cada bloque), y la distribución de los cargos (en Diputados las comisiones se constituyen cada dos años, y la representación de cada bloque cambia conforme a la última elección). Por lo tanto, este juego de poderes también está presente en la construcción de la agenda de salud en todas sus etapas, e influye en los resultados de las discusiones sobre la agenda de las PP en este campo.

En cuanto a los actores no gubernamentales que participan en la discusión de la agenda de Salud cardiovascular, podemos mencionar a los representantes de obras sociales (OS) y del PAMI⁹², entidades de medicina prepaga (MPP), miembros de la industria farmacéutica, empresas relacionadas con la tecnología médica, sociedades científicas, universidades, ONGs, sector industrial y comercial, así como prestadores de salud de la seguridad social o privados. Dentro de los involucrados, mencionamos a los usuarios, ciudadanos e individuos afectados por ciertas patologías⁹³ Como podemos observar, existe una multiplicidad de protagonistas, con mayor o menor cercanía a los lugares de poder donde se lleva a cabo la discusión de la agenda de salud, y, por lo tanto, quienes participen en los debates dependerá del tema a tratar y los intereses en juego en ese momento.

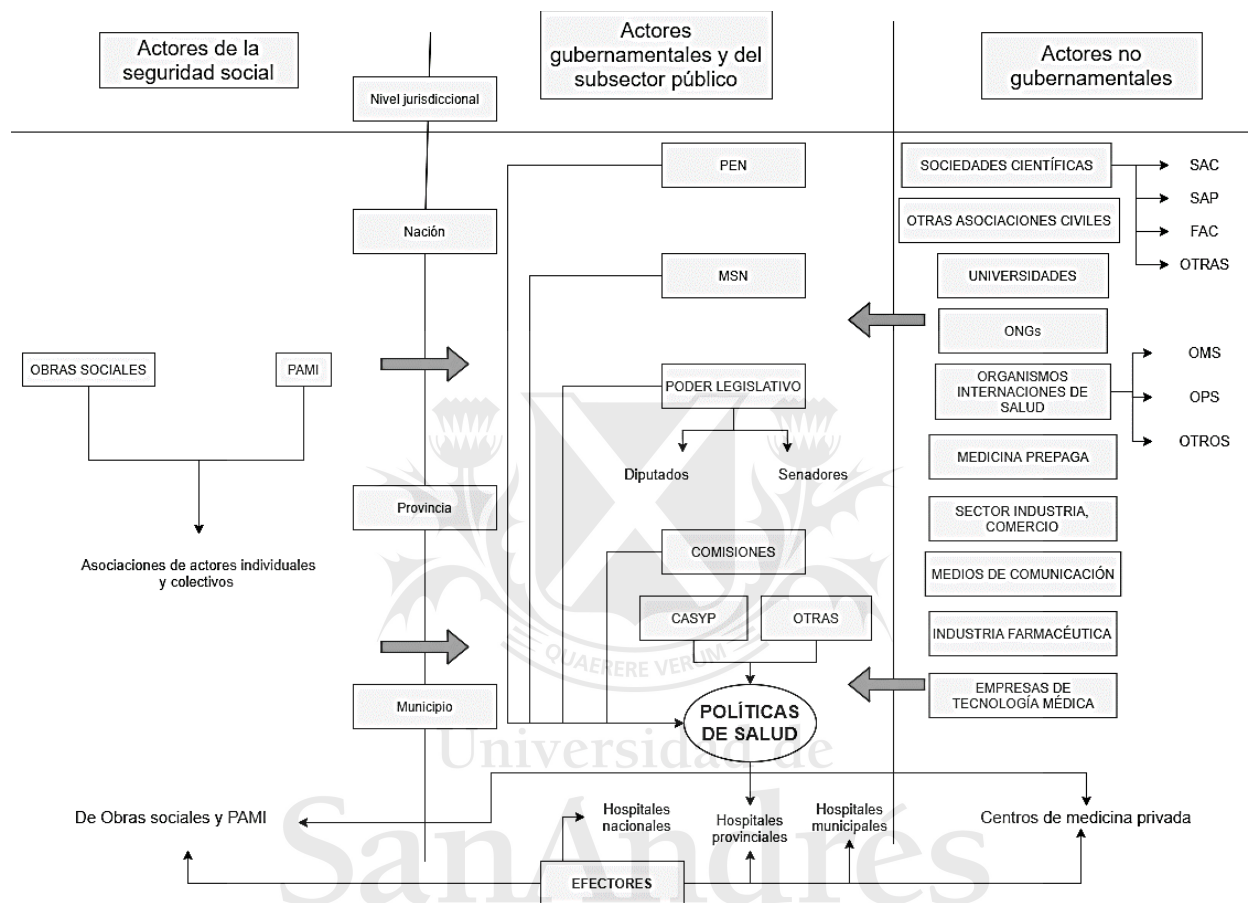
La Figura 1 muestra este complejo entramado de actores que participan, de modos diversos, en el proceso de construcción de la agenda de PP de salud cardiovascular. En el mismo, se producen interacciones que suceden en distintos niveles jurisdiccionales, con mayor o menor cercanía a los lugares donde se decide la PS. Podemos observar también que, desde la diversidad de actores no gubernamentales, pueden existir grados variables de incidencia hacia el sector gubernamental. A la vez, la PS llevará leyes, planes y programas a ser cumplimentados en los

⁹² Sigla con que se denomina al Programa de Atención Médica Integral, creado en 1971, es la obra social que contempla la cobertura de la seguridad social. Es el Instituto Nacional de Servicios sociales para Jubilados y pensionados y veteranos de Malvinas.

⁹³ Que consideran que su enfermedad o situación de salud requiere algún cobertura o acción específica en el SS; o que pueden ser afectados por alguna medida

efectores de salud pertenecientes a los tres subsectores de salud (seguridad social, público, y privado).

Figura 1: Mapa de actores implicados en el diseño de las Políticas públicas de salud cardiovascular.



Fuente: Elaboración propia en base a los registros de la participación de los principales actores presentes o implicados en los procesos de construcción de la agenda de las políticas públicas en salud cardiovascular.

Las sesiones del HCDN reflejan la trastienda de la forma en que se llevan a cabo los debates sobre la agenda de las PP en salud, los roles que ejercen determinados actores, y sus intereses, así como la incidencia de situaciones diversas en sus actividades y decisiones (Torres, 2004). Estos modos de funcionamiento pueden verse reflejados, por ejemplo, en una reunión en donde se trató un proyecto de ley sobre Promoción de medicamentos por su nombre genérico (Expediente 20-S-2002). En esta, uno de los oradores expresa:

Voy a hablar con términos muy claros y precisos porque estamos tratando un tema sobre el cual probablemente la mayoría de los diputados no tenga suficiente conocimiento, nada más ni nada menos que de la salud del pueblo argentino (...) En esa oportunidad estaba presente el actual ministro, a quien aprecio y considero un gran sanitarista, y presidía la reunión el doctor Corchuelo Blasco. Me refiero a la reunión de la Comisión de Acción Social y Salud Pública, celebrada el 10 de agosto de 1999, que comenzó a las 15 y 45. Participaron de ella no sólo todas las cámaras farmacéuticas, sino también integrantes de la Comisión de Defensa del Consumidor y de otras entidades. Asimismo, estuvo invitado el doctor Aldo Neri y participaron el señor diputado Polino, el actual ministro Ginés González García y muchos otros señores diputados. También quien era asesor de gabinete de la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización del Ministerio Salud y Acción Social –y que hoy integra la ANMAT.

En otro párrafo, hizo referencia a la gran cantidad de intereses que están regularmente en juego cuando se habla de medicamentos y a los altos precios de los fármacos:

Quiero informar a los señores diputados que en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social existe una comisión de trabajo encargada de estudiar el tema de la comercialización de medicamentos de venta libre; pero no pudo avanzar lo suficiente, seguramente por la existencia de ciertos intereses encontrados. Aunque seguramente todos habrán visto en los medios de comunicación el apoyo que ha merecido esta política en el ámbito académico, en el gremial, en el de la asociación de consumidores y en el del COFESA, donde están reunidos todos los ministros de Salud del país (...). Cuando ya no hay más recursos, porque es evidente la vocación política de este Congreso Nacional, se recurre traviesamente a la Justicia (...). A la creciente irritación provocada en la población por el alto costo de los fármacos, a la duplicación del gasto de las empresas fabricantes en marketing y a la iniciativa del parlamento federal de los Estados Unidos. (Sesión del 28 de agosto del 2002. Versión taquigráfica).

En esta intervención, podemos observar la multiplicidad de actores que participan en el proceso de construcción de la agenda, cada uno de los cuales tiene un interés particular en el proyecto, una percepción propia del problema y de los conflictos. En este sentido, también las

entrevistas recogen impresiones que dan cuenta de los roles que ejercen, y de los intereses que representan los distintos actores intervinientes. En relación con esto, alguien señala que

Se dio una circunstancia muy particular, cuando se quería crear el Instituto de enfermedades cardiovasculares, y fuimos con una postura de hacer un proyecto de infarto, conjuntamente con el ministerio (...) pero el ministerio no tenía puesta su confianza en la Sociedad (...). Por esa época había una especie de ninguneo de sociedades científicas. Creo que en los últimos años esto mejoró. Empezamos a generar postura, indicaciones, propuestas. Por otra parte, dentro de las sociedades tiene que haber una parte de formación en salud pública. La mayoría de los médicos son médicos asistenciales. (Jefe Cardiol. H. Público)

Estas argumentaciones nos llevan a repensar la SP. En el apartado anterior, al hablar sobre el tema, hemos visto algunas definiciones de Frenk (1994), quien señala que se pueden mencionar dos caras de la SP: una, que la toma como campo de investigación, y la otra, como práctica de una profesión. En una línea complementaria, la OPS, al definir las FESP (2001), agrega valor al sentido de la SP, desde una perspectiva basada en la necesidad de que dichas funciones sean más amplias y de que incorporen cuestiones como la capacitación del recurso humano, la investigación, la participación ciudadana. Ambas posiciones resignifican la necesidad de jerarquizar y ampliar la formación específica en SP dentro del campo de la medicina, así como en ciencias de la salud, tema que, por lo visto, constituiría un asunto pendiente que podría ser incorporado a la agenda de la discusión de las PP.

En cuanto al rol de los medios de comunicación en el proceso de construcción de la agenda de salud en el período estudiado, el tema fue consultado en las entrevistas, y, si bien las respuestas remarcaron su importancia, también hicieron referencia a la responsabilidad de estos, y a su rol en la comunicación orientada a la salud. Al respecto, algunos entrevistados señalan que “*los medios de comunicación juegan siempre un rol importante*” (Esp. Derecho de la Salud), y que “*el papel de los medios es importantísimo. Es relevante que refuercen los conceptos útiles, aunque a veces están enfocados en las malas noticias*” (Ex Directiva SAP). Y otros opinan que:

el rol de los medios es muy importante porque ayudan a difundir los temas que tienen un interés comunitario. Pero hay un aspecto a recordar, los periodistas saben poco de salud

(...) El problema es que cuando un país no tiene agenda de políticas públicas, a la agenda de las políticas la pone el diario y el diario es la coyuntura, no es el largo plazo. Y, por contrapartida, las políticas públicas son de largo plazo y el diario es de corto plazo. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

Alzate Zuluoga y Romo Morales (2017), en su trabajo sobre agenda pública, mencionan, dentro de su división en cinco enfoques, al denominado *de la fijación de la agenda y movilización de la opinión pública*, que jerarquiza el poder de los medios de comunicación de masas de dirigir la atención de la opinión pública hacia temas particulares. De acuerdo a este enfoque, es el público el que observa pistas ofrecidas por los medios de comunicación y es ahí donde se definiría la agenda; aunque, de acuerdo a los autores, en años recientes se han moderado las posiciones que enfatizaban ese determinismo del rol de los medios.

Sobre esta cuestión, en las argumentaciones de las entrevistas ha sido considerado el papel de los medios de comunicación, también, en este caso, como potenciadores de información útil para la salud. En ese sentido, podemos mencionar que la ley 26.522, sancionada en octubre del año 2009, que regula los *Servicios de Comunicación Audiovisual en todo el ámbito territorial de la República Argentina*, en su Artículo 8, reconoce “que la educación, el conocimiento, la información y la comunicación son esenciales para el progreso y el bienestar de los seres humanos”. Visto así, esas observaciones estarían contempladas en esos párrafos de la Ley. Complementariamente, Albalawi y Sixsmith (2015), haciendo referencia a las nuevas plataformas y medios de comunicación, refirieron que los nuevos medios⁹⁴ deberían integrar ya la agenda pública, puesto que pueden ser una herramienta muy útil en la promoción de la salud, en especial, en usuarios de edades más jóvenes.

Además de la importancia que los entrevistados les asignan a los medios de comunicación, ellos también señalan la gran influencia que ejercen representantes de algunos sectores cercanos a legisladores o a actores de distinto rango, a quienes les transmiten temas o propuestas para que las estas puedan trascender e ingresar en la agenda. Al respecto, los entrevistados mencionan que “(...)

⁹⁴ Como *Instagram, Twitter, Telegram* y otras plataformas muy difundidas

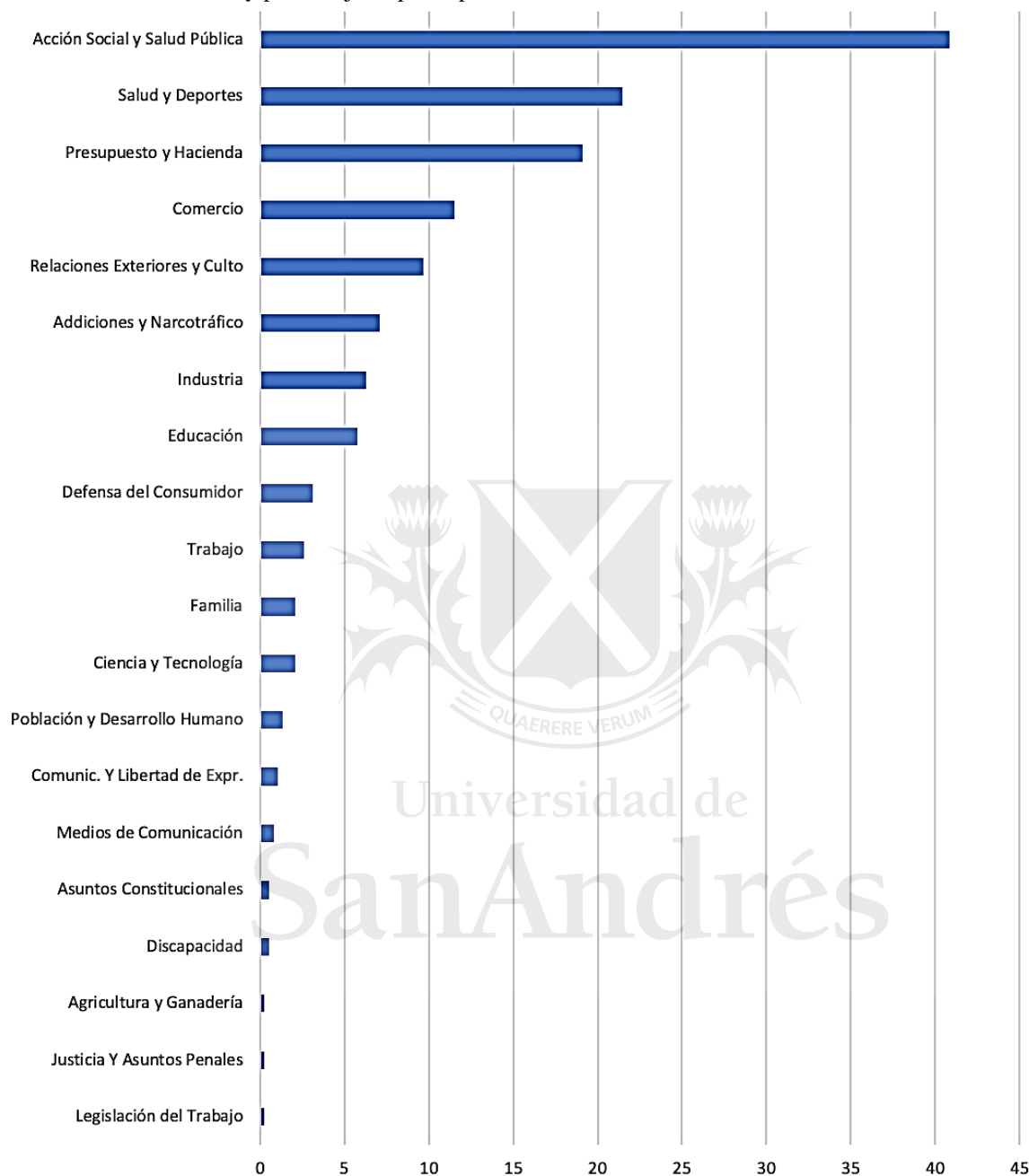
las reuniones se llevan a cabo sin representantes de los partidos políticos, salvo los diputados y senadores en la comisión; y con funcionarios estatales y representantes de las obras sociales y prepagas” (Ex funcionario Ministerio). Y agregan que “no parece que los problemas de salud sean temas que se discuten a nivel parlamentario (...) Aunque hubo casos que sí, como con la ley de genéricos, pero temas de salud cardiovascular, no (...) Salud en la Argentina es un sistema con muchas cabezas, muy anómalo, todo fragmentado” (Jefe Cardiol. H. Público).

En cuanto a lo que sucede en el plano de la gestión de las PP de salud cardiovascular, los entrevistados refieren lo siguiente:

Si tuviera que hablar sobre el tema de salud cardiovascular me parece que el ministerio tendría que tener un rol rector. Está tratando de hacer políticas de prevención. Está invitando actores. La SAC está invitada, debe ser parte actora. También deben participar los sanatorios; la información que tienen es muy relevante (...) Creo que como sigue el tema económico, va a haber que establecer el famoso instituto de evaluación económica para la seguridad social (...) Creo que tarde o temprano va a haber que poner las barbas en remojo y tomar conciencia. Hasta cuánto vamos a gastar en cada uno de los problemas. Discutir, parece una mala palabra. (Jefe Cardiol. H. Público)

En cuanto a la representación de los actores en el PL, el Gráfico 1 ilustra la participación de las comisiones en las diversas instancias parlamentarias sobre salud cardiovascular registradas en la página de la HCDN para el período estudiado. Podemos observar que, la que tuvo mayor presencia en las reuniones, es la Comisión de Acción Social y Salud pública (CASYS), seguida de la comisión de Salud y Deporte y, luego, Presupuesto y Hacienda. Las dos primeras tienen la misión de atender precisamente los temas de salud, y, como se enuncia en las entrevistas y en las discusiones dentro del propio PL, las cuestiones presupuestarias forman parte del análisis inicial de un proyecto, puesto que, pueden definir su factibilidad y facilitar una planificación estratégica. Se observa un menor grado de participación de otras comisiones, como Educación, la que, según las voces de los entrevistados, podría tener mayor injerencia, dada la conveniencia de aprendizajes tempranos de conductas saludables. En igual sentido, Ciencia y Tecnología, desde la perspectiva de un necesario trabajo multidisciplinario que articule las ciencias básicas y las ciencias aplicadas inclusive en la salud, podría tener mayor participación.

Gráfico 1. Comisiones participantes en los Trámites parlamentarios relacionados a salud cardiovascular ingresados en la HCDN 2000-2011 y porcentaje de participación



Fuente: Elaboración propia a partir del registro de los trámites parlamentarios en salud ingresados en el período 2000-2011⁹⁵

La función de rectoría ha sido considerada la más relevante por diversos autores, como Frenk (1992) y Tobar (2015), puesto que en ella se resumen los roles que son indelegables, dadas, también las propias definiciones del Estado. Este último autor, las resume en “informar, regular,

⁹⁵ Datos disponibles en: <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos>

financiar, proveer” (Tobar, 2015, p. 14). Los organismos internacionales, como hemos visto en un capítulo anterior, también ejercen, desde su posición, un rol similar, puesto que, dan marco a definiciones de otras organizaciones y de los países miembros, como en el caso de lo que sucede para las ENT y la ECV.

En términos de gestión, en el marco de la construcción de la agenda en salud y ECV, los actores interactúan (y se convierten en actores) en un espacio relacional común desde sus distintas áreas de trabajo (salud, economía, presupuesto, educación). Esto se ve reflejado en la presencia de diferentes comisiones legislativas que participan de esas discusiones, e inclusive, a veces, las promueven. En cuanto a esto, en las entrevistas se pueden observar distintas opiniones sobre estos temas, así como la forma en que se discuten la agenda de salud y las PP en la ECV. Al observar las cuestiones presupuestarias, algunos de ellos refieren:

(...) me parece que no hay una agenda. Ahora, si hubiera alguien que quiere imponer un stent que vale un millón de dólares, salen todos corriendo y está en todos los diarios. Pero una verdadera política en lo cardiovascular debe de ser aburridísima para un legislador...
(Alto cargo Asoc. Med.PP).

Además, otro entrevistado habla del tema del federalismo sanitario y de que, en su opinión, la forma en que se toman las decisiones sobre costos no es muy racional:

No creo que las autoridades hagan un análisis muy profundo. Recordemos que Ministerio de Salud gasta muy poco en salud cardiovascular; las que gastan son las provincias, los prepagos. El Ministerio de salud tiene 4 ó 5 hospitales. Es difícil que el ministerio se ponga a pensar en si va a comprar o dejar de comprar estatinas (...) Por ejemplo, hay acuerdos para las coberturas masivas, hay algunos aspectos presupuestarios, pero no hay análisis de los costos de la salud cardiovascular ni mucho menos de eso, no es tan racional. (Jefe Cardiol. H. Público)

En el marco de las discusiones sobre cuestiones que hacen al campo de las PS, también aparece la necesidad de contar con datos propios o programas de atención enfocados a la ECV. Entre los comentarios sobre esta cuestión, aparecen algunos que señalan que: “*sería también un desafío crítico tener un registro, la posibilidad de coordinar la información de lo que pasa a nivel cardiovascular, que tiene el 34% de las muertes. Sin eso, es prácticamente imposible hacer una política cardiovascular*” (Jefe Cardiol. H. Público).

Y otro entrevistado agrega que:

Los programas que surgen desde el ministerio más que de cobertura son de modelos de atención y de calidad. En eso se ha trabajado mucho Y en general, si bien no te podría decir que son inconsultos, porque a lo mejor en algún momento estos temas son discutidos en distintos ámbitos, los programas bajan y las instituciones se adaptan a los programas, porque si no, están fuera de la norma. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

La comunicación, desde algunos subsectores del SS y con actores gubernamentales, es enfocada por otro entrevistado, quien menciona aspectos sobre las relaciones con representantes de distintos organismos estatales, al decir:

a lo largo de los años se han construido relaciones de confianza intersectoriales y en esas relaciones se han construido vínculos de confianza. Y alguien de esas relaciones, por ejemplo, hoy es ministro. Tenés lazos establecidos con superintendentes, con funcionarios, con ministros, con distintas personas que te has ido encontrando a lo largo de la vida, todas relacionadas con la salud (...) ¿Si el diálogo es mejor? Yo te diría, mucho mejor. Hace 30 años era muy difícil que este sector, de una manera genérica, tuviera vínculos con los funcionarios, con legisladores...era más difícil, era solo de algunos pocos con algunos pocos. De ahí a influir, es otra cosa. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

Como vemos en estos párrafos, los actores que intervienen en la definición de las PP de salud, mencionan cuestiones específicas sobre la agenda en atención cardiovascular, así como problemáticas que se articulan con la salud cardiovascular, tales como características propias del SS, costos y elección de tratamientos, federalismo y salud, información y registros, relaciones intersectoriales, programas y modelos de atención, y vínculos del mundo académico con los niveles de decisión. Todos ellos son discutidos en diversas etapas de la construcción de la agenda y en distintos ámbitos y momentos, tales como las reuniones de las comisiones de salud del PL, las decisiones que descenden desde el propio PEN, o incluso, en niveles más abajo, en el marco de instituciones y organizaciones implicadas en el campo de la salud. En este espacio relacional (Chiara y Di Virgilio, 2009) complejo y, a la vez, de tanto valor en la planificación de la Política sanitaria, tiene lugar un *juego* entre los actores que representan diferentes intereses, y cuyo resultado final será una nueva política para la ECV.

Capítulo 4

Los Temas Prioritarios

Dado que toda PP tiene un ciclo que comienza por la definición de un problema, y un asunto a resolver, en esta sección presentamos los temas que fueron más predominantes en las discusiones de la agenda de salud, a los que denominamos “temas prioritarios”. Dentro de ellos, con una mirada, más en profundidad, nos referimos a: la prevención cardiovascular, el tabaquismo, la alimentación, la actividad física y el sedentarismo. Los cuatro, como veremos, guardan estrecha relación con las ENT y las ECV, y tienen gran impacto en la salud, la enfermedad y la mortalidad por estas causas.

4.1. La prevención

La agenda de prevención es fundamental en la atención de la salud, y en el caso específico de la ECV, la importancia de las acciones preventivas radica en la gravedad que estas enfermedades pueden adquirir si no son tratadas a tiempo, su alta prevalencia, y las posibles discapacidades provocadas por estas. En este sentido, el antiguo proverbio “más vale prevenir que curar”, encuentra sustento en todas las ramas de la medicina y ciencias relacionadas con esta, y también, en el campo de la economía de la salud. Al respecto, si se observa la distribución del gasto en salud, la mayor parte de este se destina al diagnóstico y tratamiento, y, además, dado el impacto de la tecnología y los continuos avances en el área, las terapéuticas pueden resultar cada vez más costosas. Por lo tanto, trabajar en el diseño de una adecuada agenda de prevención, podría contribuir a reducir los efectos directos y secundarios de las enfermedades, ya que estas, no sólo afectan la vida personal, familiar y laboral de las personas, sino que también producen un impacto económico, e inclusive, social.

Desde un enfoque continuo, y a lo largo de la vida, que considere la historia natural de la enfermedad, podemos definir la prevención de la ECV como un conjunto de acciones coordinadas dirigidas a la comunidad o a individuos, con el propósito de disminuir o eliminar el impacto de la ECV en la población y las eventuales discapacidades que estas podrían causar. Por lo tanto, la acción preventiva apunta a disminuir el riesgo de padecer estas enfermedades o el de evitar su

progresión; es decir, en un sentido amplio, la prevención implica mejorar los estilos de vida de los individuos, y disminuir los FRC tanto en personas sin ECV como en aquellas que ya la presentan.

Las enfermedades pueden ser clasificadas de distintas maneras y a través de algún sistema de categorías⁹⁶ que abarque toda la gama de estados. Estas se pueden distinguir de acuerdo a características, tales como, su etiología, tiempo de evolución y otras variables⁹⁷, lo que facilita organizar la información, definir los enfoques de prevención y tratamiento más eficaces, y unificar criterios internacionales y nacionales. En el marco de este trabajo, nos referiremos a la clasificación que divide a las enfermedades en dos grupos: las enfermedades transmisibles, (que incluyen a las enfermedades infecto contagiosas, y que han sido responsables de grandes pandemias⁹⁸ y desastres epidemiológicos), y las ENT, denominadas, también, enfermedades crónicas no transmisibles.

Las ENT han sido objeto de un extenso trabajo⁹⁹ (Stinghini et al., 2017) en el marco del Plan global para la prevención y control de las ENT de la OMS (2013-2020), que incluyó numerosos estudios llevados a cabo entre los años 1965 y 2009, con la finalidad de evaluar los principales factores de riesgo¹⁰⁰ de las ENT y la mortalidad, y que abarcaron a 1,7 millones de mujeres y hombres. En estas investigaciones, se encontró una estrecha correlación entre el nivel socioeconómico bajo y mortalidad prematura¹⁰¹, sobre todos los grupos y categorías de FR, lo cual da cuenta de la importancia de considerar las condiciones de vida y el nivel socioeconómico de cada grupo poblacional, en tanto traducción de su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica social. Además, este trabajo está vinculado a una iniciativa de la OMS,

⁹⁶ La Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 (2015), constituye un standard internacional sobre morbilidad y mortalidad en el mundo, a los fines de permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos. Las mismas son empleadas en los campos epidemiológicos, laborales, legales, médicos y otros. Está ya disponible la CIE-11, aunque la 10 es aún la más difundida.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-cie-10-10ma-revision.pdf>

[https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

⁹⁷ Otras variables permiten organizar sistemas de clasificación sobre las enfermedades, como su forma de presentación, órganos, aparatos o sistemas más afectados duración, grado de afectación general, localización.

⁹⁸ En el momento actual, año 2021, se está atravesando la pandemia SARS_COVID 19

⁹⁹ Publicado en la revista The Lancet

¹⁰⁰ Alto consumo de alcohol, inactividad física, hábito de fumar, HTA, DBT y obesidad.

¹⁰¹ De acuerdo al CIE-10

conocida como “25 x 25”¹⁰², cuyas metas¹⁰³ globales incluyen disminuir un 25 % la mortalidad por ENT para el año 2025. Entre sus conclusiones, el estudio reafirma la necesidad de que esta mirada sea tomada en cuenta en la agenda de las PP y la SP en los países, para priorizar esa perspectiva también en la prevención.

Sobre estos temas, nuestros entrevistados mencionan:

Es curioso, porque toda la estrategia de prevención cardiovascular es la forma 25x25, disminuir el 25% la mortalidad para el año 2025. Con objetivos como que no aumente la obesidad, y en realidad necesitamos que no haya más, y que descienda... ese sería un objetivo importante. Es un tema no resuelto, muy complejo, que no está en manos de los cardiólogos, sino en las políticas públicas. (Jefe Cardiol. H. Público)

Si me dijeras por dónde arrancamos diría, que, por la educación, una vivienda digna, cloacas, agua potable, sin hacinamiento, y que la gente tenga trabajo... porque sirve para muchas cosas; el trabajo es un factor de salud. La gente mejora, se realiza. Desde el punto de vista psicosocial tiene un efecto muy positivo. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

Las ECV se encuentran dentro del grupo de las ENT, y como tales, reconocen determinantes socio-económicos, culturales, políticos y ambientales. Están relacionadas también con los hábitos higiénico-dietéticos, la alimentación, los hábitos tóxicos, los estilos de vida, la actividad física, y la carga hereditaria. Muestran tasas más altas de prevalencia entre la población de mayor edad. Por otra parte, dado que son, en general, enfermedades crónicas, y que llevan largo tiempo de evolución, brindan a su vez la posibilidad de modificar las conductas, y, por lo tanto, lugar para la prevención. Las ENT han sido consideradas como la *epidemia del siglo XXI*¹⁰⁴. Estas

¹⁰² https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1

¹⁰³ Sus metas son: a) Reducir en un 25 % la mortalidad prematura por ECNT. b) Reducir en un 10 % el uso nocivo del alcohol. c) Reducir en un 10 % la prevalencia de sedentarismo. d) Reducir en un 30 % la ingesta de sal/sodio. e) Reducir en un 30 % la prevalencia de fumadores en mayores de 15 años de edad. f) Reducir en un 25 % la prevalencia de hipertensión arterial descontrolada. g) Detener el aumento de la prevalencia de DM2 y obesidad. 8. Que al menos el 50 % de las personas elegibles (mayores de 40 años de edad con un riesgo cardiovascular a 10 años (RCV) \geq 30 %, (incluyendo los sujetos con ECV existentes)) reciban asesoramiento y terapia farmacológica (incluido el control glucémico) para prevenir las ECV. h) Alcanzar una disponibilidad del 80 % en tecnologías y medicamentos esenciales (incluidos los genéricos) para tratar las principales ECNT.

¹⁰⁴ Esta valoración sobre las ENT tiene vigencia hasta marzo de 2020, cuando la OMS decreta con categoría epidemiológica de pandemia al brote por coronavirus SARS COVID 19. Hacia comienzos de mayo del 2021, de

consideraciones tienen relación con la llamada transición epidemiológica, por los cambios de comportamientos de las enfermedades y la mayor expectativa de vida de la población. En las entrevistas hubo referencias sobre estos puntos:

Creo que hubo una inflexión internacional, porque en el año 2007 la OMS hace un giro a enfermedades no transmisibles y la realidad es que nosotros importamos una conciencia desde el punto de vista de la salud pública, y a partir de ahí empezó a haber fondos de investigación y de apoyo económico. No había prioridades respecto al tema de la salud cardiovascular, sin embargo, eso se revirtió en gran medida en la década siguiente. La formación de nuestros sanitaristas era marcadamente ambientada sobre todo a la salud materno infantil. (Jefe Cardiol. H. Público)

La Figura 2 muestra un diagrama de flujo de la OMS del año 2005. Su estructura ha sido utilizada como base para la observación y planificación de ejes estratégicos de acciones en SP en distintos documentos oficiales, como el del MSN, dado que, a la vez, permite una mirada global sobre la problemática, y, por lo tanto, las dimensiones y temas señalados en este gráfico son tenidos en cuenta en intervenciones y programas también locales.

Universidad de
San Andrés

acuerdo a reportes de la OMS, se registraron 156.496.592 casos confirmados y 3.264.143 fallecidos a nivel mundial por COVID (OMS, 2021). En Argentina, de acuerdo al MSN (para la misma fecha), se contaron 3.136.158 casos positivos y 67.042 fallecidos (Ministerio de Salud, 8 de mayo del 2021). Esto ha modificado la tendencia preexistente. Se puede mencionar que son más afectados, y con mayores complicaciones, los grupos de riesgo por edad y/o por presentar comorbilidades. También son más afectados los grupos en situación de vulnerabilidad socio-económica, ya que suelen tener peor acceso a la salud y condicionantes de la salud (Casalí et al., 2021).

Figura 2. Causas de las enfermedades crónicas. OMS 2005

| <i>Determinantes socio-económicos, culturales, políticos y ambientales</i> | <i>Factores de riesgo modificables</i> | <i>Factores de riesgo intermedios</i> | <i>Principales enfermedades crónicas</i> |
|--|---|--|--|
| | Dieta no saludable | Elevada presión arterial | Enfermedad cardíaca |
| | Inactividad física | Elevada glucosa de sangre | ACV |
| | Consumo de tabaco | Inadecuados valores de lípidos en sangre | Enfermedades respiratorias crónicas |
| Globalización | <i>Factores de riesgo no modificables</i> | Sobrepeso y obesidad | Diabetes |
| Urbanización | Edad | | |
| Envejecimiento poblacional | Herencia | | |

Fuente: OPS, OMS (2006), Estrategia Regional y Plan de Acción Para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud, 47° Consejo Directivo, 58ª Sesión del Comité Regional, 25-29 de septiembre del 2006. Página 8
<https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.htm>

En cuanto a la prevención, los entrevistados mencionan, entre otros aspectos, la necesidad de un trabajo intersectorial como la forma más eficiente para conseguir una articulación de múltiples áreas.

Todo lo que apunte a la prevención es importantísimo. Se necesitan, básicamente, políticas públicas destinadas a prevención de sobrepeso y obesidad. Es uno de los temas más graves. Cinco de cada diez niños tienen sobrepeso. Y cuatro de cada diez adolescentes tienen obesidad, que aumentó exponencialmente en los últimos años. La muestra está en la última encuesta. Y ahora agravado por la pandemia. Se necesitan políticas claras y contundentes para actividad física, alimentación. Espacios seguros. Porque los padres no los dejan salir a veces por la inseguridad. Hay que trabajar intersectorialmente con la industria, urbanismo, seguridad. Necesitamos entornos seguros. Es la única manera de llegar a tener adultos sanos. (Ex Directiva SAP)

Otro de los entrevistados hace referencias a la APS de la salud y la importancia de privilegiar este enfoque, dado que es una puerta de entrada al SS, así como a que se debe trabajar en el uso eficiente de los recursos existentes. Este punto enfatiza aspectos que han sido remarcados

por Maceira (2010) y por Belmartino y Bloch (1994): la existencia y capacitación del recurso humano.

En prevención cardiovascular hay varias vertientes: una, la de detección de Factores de Riesgo y su corrección; en esta vertiente estamos bastante entrenados, es un tema muy pesado en la Argentina. De hecho, en el programa Remediar + redes se había hecho una política que incluía visitas domiciliarias, control de la presión y un breve interrogatorio... Si la persona, sin tener un dosaje de colesterol, pero con los antecedentes cumplía un puntaje determinado que lo indicaba como factor de riesgo, se lo invitaba a asistir a un Centro de atención primaria (CAPS) para controlar otros factores mediante un análisis de sangre con la intención de detectar factores corregibles como dislipemia, tabaquismo. Están disponibles las normativas sobre su manejo en atención primaria. Es un tema crítico y creo que ha sido un aporte importante del Ministerio haber introducido las estatinas... ésta es la parte que los cardiólogos más manejamos. (Jefe Cardiol. H. Público)

En igual sentido, la APS es vista como la oportunidad para el acceso a la salud y el diagnóstico precoz de las patologías más frecuentes.

En prevención, lo que la hace más eficiente, es un modelo basado en la atención primaria, con centros de diagnóstico de rápida resolución o ambulatorios y donde los pacientes puedan ser derivados rápidamente para diagnóstico en caso de necesidad. Si se empieza por ahí, la gran mayoría de los temas van a estar diagnosticados precozmente. Y ahí es posible trabajar de acuerdo a los recursos disponibles. Y esto sin dejar de lado que la salud de las personas está mucho más relacionada a otros determinantes sociales. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

No sé si hubo muchos cambios en prevención en la década del 2000. Había que tratar de reflotar algunos programas después de esa crisis tan terrible. No sé si cambió tan profundamente. Creo que se mejoró lo que se pudo remontar; pero cambios profundos y radicales, no veo. (Ex Directiva SAP)

En la revisión del informe de la situación mundial de las ENT del año 2010, la OMS emite recomendaciones para posibles intervenciones de prevención en el campo de la salud cardiovascular a nivel poblacional. El Cuadro 1, tomado del documento, constituye una síntesis de propuestas del organismo:

Cuadro 1. Intervenciones a nivel poblacional. OMS (2010) Resumen de orientaciones para prevenir las ENT¹⁰⁵

- Proteger a las personas del humo del tabaco y prohibir fumar en lugares públicos;
- Avisar sobre los peligros del tabaco;
- Imponer prohibiciones sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco;
- Aumentar los impuestos sobre el tabaco;
- Restringir el acceso al alcohol vendido al por menor:
- Hacer cumplir la prohibición de la publicidad del alcohol;
- Aumentar los impuestos sobre el alcohol;
- Reducir la ingesta de sal y el contenido de sal de los alimentos;
- Reducir las grasas trans de los alimentos con grasas poliinsaturadas;
- Sensibilizar a la población acerca de la alimentación y la actividad física, en particular a través de los medios de comunicación.

Fuente: Resumen de orientación en acciones en prevención a nivel comunitario en ENT. Informe de la OMS sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra (OMS, 2011:3)

En el plano local, las discusiones sobre alternativas de prevención de salud alcanzan al ámbito parlamentario, en tanto constituyen un tema relevante a tratar por los legisladores en el marco de las políticas sanitarias. En este sentido, el parlamento es uno de los principales ámbitos de gestión en donde se decide la agenda de las PS. Al respecto, los entrevistados mencionan algunos de los temas relacionados con las enfermedades cardiovasculares tratados en las reuniones:

Dentro de lo parlamentario, me acuerdo del tema de la creación del Instituto de enfermedades cardiovasculares... El otro es el tema de Ley de resucitación, de espacios cardioseguros y entrenamiento de la población que se sancionó: una ley relevante. Fuera de esos dos temas no recuerdo que haya habido grandes discusiones parlamentarias. La

¹⁰⁵ Véase también en:

file:///C:/Users/aisal/Dropbox/Tesis/2021/AA_FINALS_TESIS/DATOS/ncd_report_summary_es.pdf

ley antitabáquica se discutió mucho y tuvo resultados a la vista. Lo de cardiopatías congénitas, que no sé si fue parlamentario o fue un programa del ministerio. (Jefe Cardiol. H. Público)

Dado que nuestra investigación se centra en el período que va desde el año 2000 al 2011, el Grafico 2, ilustra la frecuencia con la que fueron tratados determinados temas en la HCDN. Como podemos observar, el tabaquismo (y otras cuestiones relacionadas), las ENT, la enfermedad de Chagas, y la salud (en general) aparecen entre los más discutidos. A estos le siguen la obesidad, y los medicamentos genéricos. Asimismo, podemos hacer la lectura inversa, sobre los temas que tienen poca representación, y los que, por su importancia, podrían haber ocupado un espacio de discusión más amplio (como el propio SS, el recurso humano en salud o la atención hospitalaria). Los niveles de incidencia de los actores en determinadas cuestiones y sectores, los acuerdos políticos entre éstos o las tensiones, fueron delineando, en parte, este mapa de temas.

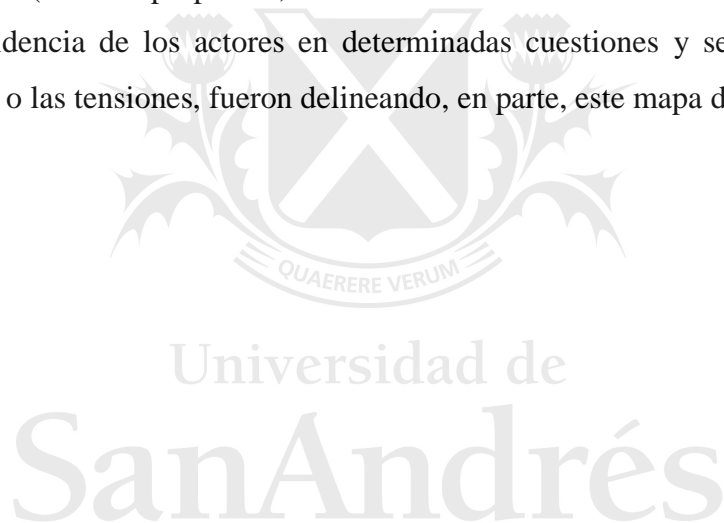
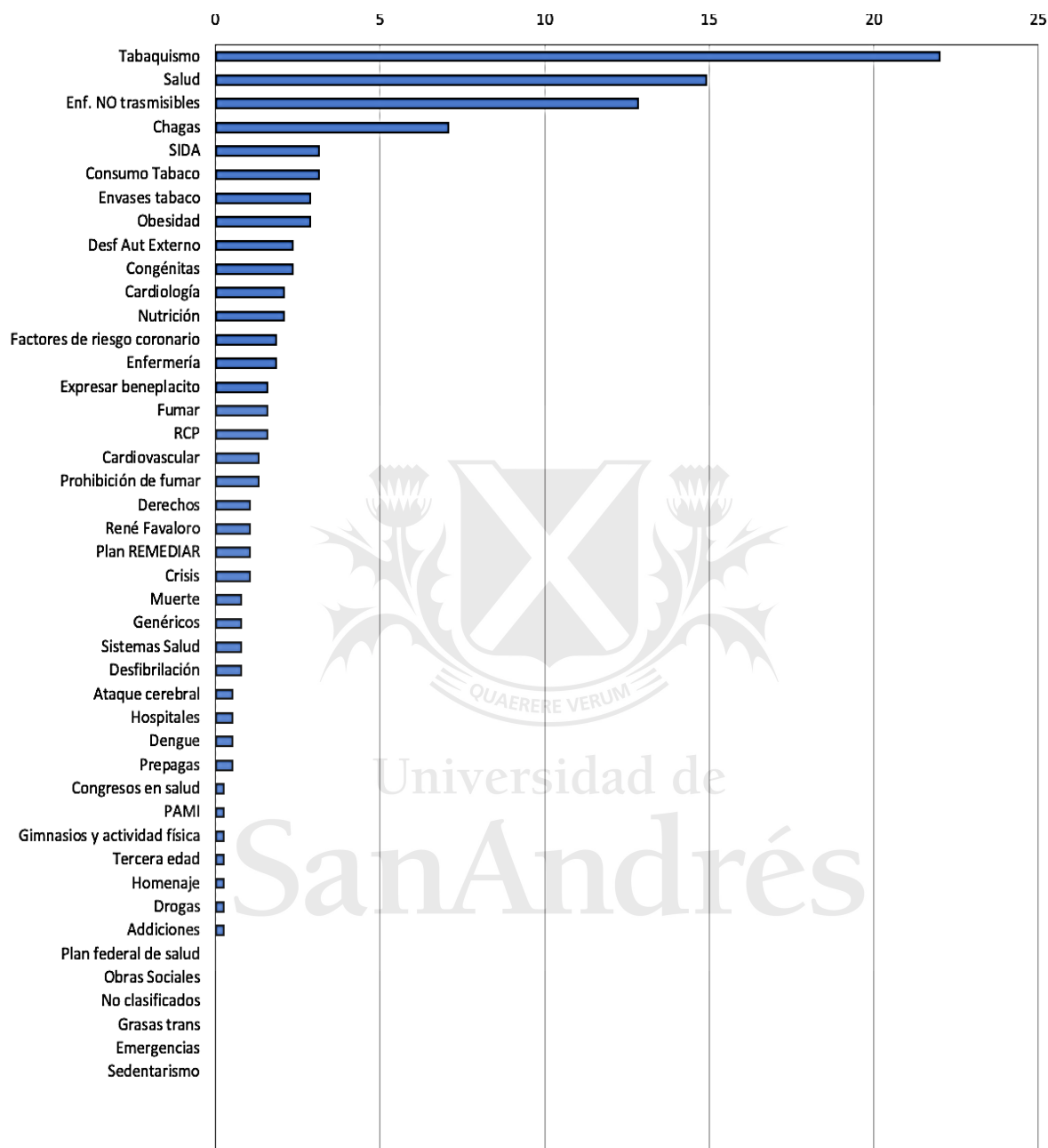


Gráfico 2. Temas relacionados a “salud y enfermedades cardiovasculares” tratados en la HCDN, período 1999-2011 en porcentajes sobre el total de los mismos.



Fuente: Elaboración propia a partir del registro de los trámites parlamentarios en salud ingresados en el período 2000-2011¹⁰⁶

¹⁰⁶ Datos disponibles en: <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/index.html>

En nuestro país, las discusiones sobre el funcionamiento del SS no suelen formar parte de los temarios de las reuniones parlamentarias, y tal vez, esto se deba a que forma parte de los temas considerados “estructurales”. No obstante, los entrevistados, desde una mirada crítica sobre su funcionamiento, mencionan sus percepciones y opiniones sobre el SS, visualizándolo como una barrera, en distintas formas, para la prevención, así como en atención en el campo de las ECV. Aquí presentamos algunos de sus comentarios:

Sobre reconfigurar el sistema de salud, en lo inmediato, o en seis años...no creo que cambie. Imposible. Porque es ir contra el corazón del poder. Hoy por hoy no es posible. Tendrías que desmantelar y desfinanciar completamente a las obras sociales. Y eso me parece que hoy no se puede hacer. (Esp. Derecho de la Salud)

En este caso, tenemos que recordar la función principal del Estado...como en todo, rectoría, señalando las prioridades El sistema de salud argentino tiene un vicio de organización, no porque gaste poco, sino que es ineficiente e ineficaz, agravado por la mercantilización del mercado. Las provincias (somos un país federal) tienen la responsabilidad de cumplir la regulación de los subsectores público y privado. (Ex funcionario Ministerio)

En el año 83, el plan de Neri fue destruido por los sindicatos. No hubo alternativa. La cuestión de los dineros que reciben los sindicatos y cómo se financian de esa manera es otro de los temas cruciales para resolver pero que tampoco se va a resolver. (Jefe Cardiol. H. Público)

En las Entrevistas se buscó indagar las miradas sobre los temas que estuvieron en la agenda, así como de los que deberían estar, desde la perspectiva de estos expertos. Estuvo muy presente el posicionamiento sobre el necesario trabajo multisectorial, inclusive en la resolución de los problemas estructurales, así como de poder pensar en el largo plazo, dada la complejidad que suponen los cambios organizacionales. Los entrevistados expresaron:

El sistema de salud está caótico. Vamos a tomarnos un año para hacer algo, dos años. ¿Cómo se va a cambiar el sistema de salud en pocos días? Tenés que llamar a la gente del sistema público, a las universidades. Por otro lado, vamos a poner un plan de atención primaria que tienen que ser o médicos pediatras, o médicos de familia o clínicos. ¿Cuántos necesitas? Tantos... Pero no hay ni el 20%; tenés que reconvertir a médicos. No es realista.

Además, lo que enseñes tiene que ser ensamblado en un sistema de interacciones y ajustes sucesivos hasta el plan final, que es cuando el modelo se estabiliza. A lo mejor pasan diez años... Pero, ¿quién piensa en los próximos diez años en la Argentina? (Alto cargo Asoc. Med.PP)

Es terrorífico no saber de cifras en la Argentina, y el único motivo por el que no se tienen esas cifras, es porque no las quiere tener. Lo de las cifras es muy importante... No se tienen cifras de cuál es la mortalidad cardiovascular por sector... Si le preguntas a un ministro de salud pública cuántos días está internada una apendicitis y cuáles son las complicaciones no lo sabe. Es muy difícil hacer gestión en la salud cardiovascular cuando no se tienen los números. Y otro tema es la calidad de atención, que debería ser buena en todos los sectores. (Jefe Cardiol. H. Público)

También en el ámbito parlamentario, encontramos argumentaciones sobre el SS, en un sentido coincidente con las entrevistas. De hecho, el SS es mencionado al discutir distintos temas de salud, porque sus modos de funcionamiento, atraviesan y pueden redefinir, modificar decisiones, planes, proyectos y resultados. En la mayor parte de las discusiones, aun cuando no sea el tema tratado, las declaraciones sobre el SS confluyen hacia sus fallas y consecuencias en prevención, atención y eficiencia del uso de los recursos. Algunos párrafos extraídos de las versiones taquigráficas de las sesiones llevadas a cabo en el período estudiado refieren:

(...) Lo que no es bueno –como venimos diciendo desde el primer día- es el funcionamiento del sistema de salud que atiende la salud de los argentinos que, como ustedes saben, tiene un déficit crónico grave, respecto del cual todos estamos desde hace años muy molestos y no hemos podido corregir. (Sesión del 19.2.2002. Versión taquigráfica)

Pocos años más tarde, y en igual sentido, otros disertantes del ámbito legislativo, en este caso sobre una provincia y sobre cuestiones de equidad, refieren:

(...) el sistema de salud de Santiago del Estero es un sistema que lleva cincuenta años de olvido y nosotros nos hemos encontrado con un desorden importante. El sistema se conforma por una comisión compuesta por profesionales y trabajadores de la salud – estamos hablando también del enfermero, del sanitario y no solamente de los médicos- para

realizar la propuesta de estudio de la situación salarial y laboral. (Sesión parlamentaria del 10.3.2006. Versión taquigráfica)

(...) Solicito autorización para incorporar en el Diario de Sesiones un estudio preparado por especialistas en esta materia, titulado “Organización de la salud en la Argentina y el concepto de equidad”. Se trata de una reflexión sobre la reforma de los años 90 y el impacto de la crisis actual, que precisamente trata de hacer una valoración de la prestación de los servicios de salud en la Argentina de hoy y las consecuencias nocivas que tuvo esa visión fiscalista que en la década del 90 transfirió los servicios de salud a las provincias sin la correspondiente asignación de recursos presupuestarios. (Sesión del 11.04.2006. Versión taquigráfica)

Como podemos observar a partir de las voces de los entrevistados y sesiones legislativas, la organización del SS ha sido una constante preocupación a lo largo de los últimos treinta años y lo sigue siendo (aun hoy). En estos contextos, el funcionamiento del SS suele no suele ser considerado un facilitador en el acceso a cualquier medida de prevención y atención en ECV, y esto podría deberse a la propia estructura de funcionamiento del sistema, estrechamente vinculada a su plurisegmentación.

4.2. Tabaquismo

El consumo de tabaco es la cuestión que aparece de forma más recurrente en las discusiones de la agenda de salud pública. En función de los datos que muestran las estadísticas mundiales, y debido a su alta incidencia en la población y sus efectos perjudiciales a nivel cardiovascular (y otros órganos), esta temática ha sido considerada “prioritaria”, y, por lo tanto, desde hace tiempo forma parte de la agenda de las políticas sanitarias a nivel global. En este contexto, de acuerdo a los informes de la OMS (2019), en el año 2018, había 1.337 billones de consumidores de tabaco en el mundo, de los cuales 42 millones eran niños (de 13 a 15 años). Al respecto, este organismo señala que “cada año, más de 8 millones de personas mueren a causa del consumo de tabaco, lo que representa aproximadamente la mitad de los consumidores, siendo la mayoría de las muertes

en países de ingresos bajos y medios”¹⁰⁷. Se estima que, si no se toman medidas para evitarlo, en el siglo XXI, la cifra de muertes por consumo de tabaco en el mundo llegará a mil millones.

El estudio CARMELA, llevado a cabo por investigadores de varios países, tras observar los comportamientos de los FR en siete ciudades de Latinoamérica, mostró que el tabaquismo tiene una prevalencia de 30 % a nivel global, y que Buenos Aires¹⁰⁸ registra una de las más altas. Por lo tanto, este trabajo reafirma la inclusión del tabaquismo como problema prioritario de salud, dado que se asocia a un aumento de la ECV por su rol aterogénico, y por otras consecuencias negativas directas sobre el sistema circulatorio. Además, en la mayoría de los casos, este problema debe ser tratado conjuntamente con otros FRC, que muchas veces se presentan asociados a este.

De acuerdo a los datos de la Guía de Práctica Clínica (GPC) en Tabaco (2020)¹⁰⁹, en Argentina, el tabaco produce unas 45.000 muertes anuales (14% del total de las muertes), y la mayoría de ellas es causada por cáncer, ECV, EPOC¹¹⁰, neumonía y ACV. Entre las muertes registradas, unas 5.000 personas eran no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. La guía señala que, además, en nuestro país el consumo de tabaco es la causa de que aproximadamente 19.000 personas enfermen cada año de cáncer, 33.000 de neumonías, 11.000 sufran ACV, 61.000 presenten ECV, y más de 100.000 personas desarrollen EPOC. A estas cifras alarmantes se le suma un enorme costo médico directo, que alcanza a más de \$196 mil millones anuales (año 2020), un costo de productividad laboral perdida superior a los \$91 mil millones, y costos de cuidado informal de más de \$75 mil millones. En total, los costos del tabaquismo equivalen a más del 1,2% del producto bruto interno (PBI) de nuestro país.

La cuestión del tabaquismo aparece en las entrevistas en las voces de los cardiólogos consultados, quienes señalan que: *“la parte que los cardiólogos no manejamos son las políticas nacionales, como las leyes de tabaquismo, cómo limitar el consumo de tabaco (...) cómo generar hábitos saludables (...) ya que es un factor de riesgo muy relevante”* (Jefe Cardiol. H. Público). Y, además, mencionan que *“Tabaquismo es uno de los temas prioritarios. Sabíamos que,*

¹⁰⁷ Véase en: Informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco, OMS, diciembre de 2019. <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>

¹⁰⁸ Conjuntamente con Santiago de Chile

¹⁰⁹ En revisión externa, para su publicación por parte del MSN.

¹¹⁰ EPOC es la sigla con la que se conoce a la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, muy relacionada, etiológicamente, al tabaquismo.

epidemiológicamente, las afecciones crónicas desplazan a las infecciosas en su prioridad, y dentro de ello se ubica las afecciones cardiovasculares” (Ex funcionario Ministerio).

Los entrevistados también refuerzan el valor de una PP sostenida en el tiempo, al decir que:

la campaña antitabáquica ha dado resultado (...) una política que ha comenzado hace años y ha tenido continuidad (...) que ha conseguido imponerse bastante en los últimos años, a pesar de una costumbre muy arraigada sobre el hábito. Con resultados que no sé con exactitud, pero imagino que serán superadores. Y con una intervención de estado (Alto cargo Asoc. Med.PP).

En un sentido similar, otro entrevistado señala que es necesaria una PP de: *“Tabaquismo, aire limpio”, incorporar a la política de atención primaria los contenidos de prevención cardiovasculares”* (Ex funcionario Ministerio).

Dado su carácter de problema prioritario, el tabaquismo, al ser un FR con marcados efectos sobre la ECV, y visto también como una parte de la realidad que requiere soluciones (Matus, 2015), ha abierto discusiones en distintos ámbitos, y, por lo tanto, han surgido argumentos que proponen diferentes líneas de acción respecto a las medidas a tomar. En el marco de estos debates, hay quienes señalan que:

Acá pensaría la cuestión tabacalera primero. Por ejemplo, en Estados Unidos se prohíbe la venta de tabaco a menores de 16 años. Prohibir significa no. Creo que en ese plano podríamos dar una batalla que es muy concreta. Claro que hay intereses económicos que son muchos y muy importantes. Sería una política pública muy concreta (Esp. Derecho de la Salud).

A su vez, otro de los expertos consultados resalta que: *“Entre lo tratado, está tabaquismo. La ley del tabaco salió en esa época, con la oposición de los legisladores de las provincias que cultivan ese producto”* (Ex funcionario Ministerio).

La importancia que ha adquirido la cuestión del tabaquismo en las últimas décadas también se ve reflejada en la cantidad de trámites parlamentarios en salud de la HCDN en los que este ha aparecido. En estas reuniones, en las que participaron distintas comisiones, tanto el tabaquismo como otras cuestiones colaterales o muy relacionadas, constituyeron alrededor del 20% de los temas tratados en salud (en diez años). Esto da cuenta de la importancia del problema percibido, y al mismo tiempo, evidencia las dificultades que se plantean en el camino hacia acuerdos

intersectoriales que permitan alcanzar una posición en contra del hábito de fumar. En este marco, se han hallado registros de iniciativas políticas que se repiten, una y otra vez, en años sucesivos sin lograr acordar una política consensuada y sostenida en el tiempo a largo plazo, que realmente impacte en la población para abandonar el consumo. La viabilidad de esto depende de los actores en juego, y de sus distintos grados de incumbencia y poder, como sucede en todos los procesos de discusión de agenda.

En las sesiones parlamentarias, específicamente, se hace referencia a que:

La edad de inicio del consumo de cigarrillo actualmente se da entre los 12 y 13 años y tiende a bajar a los 11 años, y la herramienta más poderosa para fomentarlo es la publicidad. Justamente esta ley lo prohíbe como uno de sus artículos más protagonistas (Sesión 11.4.2006).

Estos datos son de hace más de una década; sin embargo, son coincidentes con informaciones estadísticas actuales, como las de la OMS, y de la ENFR4, ambas del año 2019, así como las de algunas entrevistas. Los hechos definen un problema grave de salud pública, e implican, también, que esa condición de gravedad no ha impactado o en los actores o en los espacios de discusión, o las posiciones contrarias a su incorporación en la agenda, han sido, por diversos motivos, las que han prevalecido.

En otro de los párrafos, se afirma el gran valor del trabajo realizado en una de las cámaras del PL y, sobre todo, el de los senadores de una provincia tabacalera:

Debemos reconocer el trabajo realizado en el Senado de la Nación por parte de las distintas bancadas y fundamentalmente de los senadores pertenecientes a las provincias del norte del país. Como es sabido, soy de Jujuy, provincia donde la actividad principal es la producción de tabaco. Genera 25.000 puestos de trabajo y ocupa 19.000 hectáreas; además, el 85 por ciento del tabaco Virginia que produce es exportado (Sesión 11.4.2006)

Asimismo, y dentro de la sesión, otro de los expositores refiere que, aun hablando de una provincia como Misiones con gran cantidad de puestos de trabajo relacionados a la industria tabacalera, no sería ese un argumento suficiente para no cambiar el estado de las cosas:

Misiones, que hoy tiene 12 mil productores tabacaleros, más los puestos de trabajo que se generan en la industria, y sabe que evidentemente esto tiene un impacto socioeconómico muy fuerte. Sin embargo, esto no nos moviliza a decir que eso debe quedar así a perpetuidad (Sesión 11.4.2006).

Este último párrafo, muestra que, aun cuando los intereses sectoriales, económicos y geopolíticos pueden contraponerse al tema tratado, sugieren una *puerta abierta*, tal vez, por considerarse el peso real del problema, perjudicial aún para quienes podrían ser, en parte, beneficiados¹¹¹.

Cuando en estas reuniones se habla de las consecuencias del tabaquismo, la importancia de reducir el consumo de tabaco, las estrategias de control del hábito, y/o educación a la población para disminuir su uso, se observa, por un lado, múltiples argumentaciones que defienden esas posiciones, y por el otro, posturas orientadas hacia la protección del cultivo de tabaco. Estas últimas se sostienen sobre el argumento de que la industria tabacalera está ampliamente desarrollada en provincias del noreste argentino, como Chaco, y Formosa, y, por lo tanto, es generadora de numerosos puestos de trabajo. Se observan, también, intereses vinculados a los derechos de propiedad y explotación agrícola de esas tierras por parte de grandes industrias, en general, en manos de empresas multinacionales. En este contexto, están en juego un entramado complejo de actores e intereses, lo que origina una discusión con enfoques contrapuestos: por un lado, buscar aminorar el consumo, proteger la salud y disminuir la ECV (recordemos que es responsable de alrededor del 30% de las muertes por enfermedades no trasmisibles) y por el otro, sostener la industria y los puestos de trabajo.

En las discusiones en el ámbito parlamentario, parte de los fundamentos vertidos en la sesión de la CASYSP y Comisión de Comercio de la HCDN sobre el hábito de fumar remarcaron los daños que el consumo de tabaco produce sobre el sistema circulatorio, respiratorio y vascular periférico, y las patologías oncológicas asociadas a este, tales como el cáncer de pulmón. Además, enfatizaron las consecuencias desfavorables que este hábito genera, tales como las afecciones coronarias, el enfisema pulmonar, las afecciones arteriales en ambos miembros inferiores, y las graves complicaciones relacionadas a estas, que incluso, podrían llevar a amputaciones y subsiguientes discapacidades. Entre los temas tratados¹¹² en varios de los proyectos de leyes sobre el tabaquismo, se abordaron asuntos relacionados con la agricultura, la industria y el comercio, y la información brindada a los consumidores respecto a los efectos dañinos del consumo de tabaco.

¹¹¹ Como serían, en este caso, los representantes de la industria tabacalera y los sectores comerciales y publicitarios.

¹¹² El Gráfico 3 ilustra los temas sobre salud tratados en las comisiones de la HCDN, en el período 1999-2011

En este sentido, las iniciativas de ley se enfocaron en la obligatoriedad de incluir en los paquetes de cigarrillo la leyenda: “*el tabaco es lesivo para la salud y posee sustancias cancerígenas*”, y también se discutió la necesidad de que figure la información sobre los niveles de alquitrán y nicotina en los paquetes de cigarrillos. Más tarde, en reuniones posteriores, esa leyenda fue reemplazada por otra que decía “*El fumar es perjudicial para la salud*”. Estas iniciativas se repitieron a lo largo de los últimos años hasta la sanción de la ley antitabaco. Incluso en algunas sesiones sobre el tema, hubo legisladores que hicieron referencia a sus propios hábitos de fumar, y a la existencia de grandes fumadores en el recinto, lo cual planteaba una paradoja respecto al tema tratado, no obstante, daba cuenta de que lo que parecía una costumbre sin riesgos importantes, ahora asumía otro significado.

En otra de las reuniones en donde se discutieron estos temas, el orador que presentaba el proyecto, hizo alusión a antecedentes que involucraban a otros actores no mencionados hasta entonces: los intereses multinacionales de la industria tabacalera. Según el legislador, es en función de esos intereses, que existen posiciones que aún sostienen que el tabaco es inofensivo. Por otro lado, el debate se amplía a una cuestión simbólica sobre cuál sería la imagen del “hombre viril, valiente, y que sostendría este hábito de fumar”, como cuestión que habría que modificar sobre dicha construcción e imagen.

Entre los argumentos en contra de la ley antitabaco otro de los legisladores presentes alude a que la venta de cigarrillos es una actividad lícita, por lo que no se debería sancionar una ley que va en contra de esas libertades civiles. En respuesta a esta intervención, y a favor de una ley antitabaco, hay quienes hacen referencia a normas internacionales que, si bien no impiden la comercialización, sí presionan para desalentar al consumidor, también sostenidas por legisladores médicos que expresan la necesidad de contar con una ley que restrinja el hábito. Estas discusiones, a su vez, abren el camino a posteriores debates sobre otros contenidos tóxicos del cigarrillo, como la nicotina, algunos ácidos, e inclusive el humo originado, igualmente nocivo para quien fuma y quienes lo rodean.

En el marco de las sesiones parlamentarias que trataron las leyes antitabaco, se presentaron otras argumentaciones, tales como:

Por eso el *lobby* de las tabacaleras, pese a todo, no es tan grande, porque el punto central para que una persona sea adicta es éste. No es fumar afuera o adentro. Porque yo me muero de frío, pero voy a salir a fumar afuera. En primer lugar, quiero decir que puedo tener

muchas coincidencias con la diputada preopinante pero también quiero decir que poder llegar hasta aquí hoy *es un gran avance*. Lo digo porque desde el año 2005, que estoy en la Cámara de Diputados, esto no se había podido lograr (Sesión del 11.4.2006. Versión taquigráfica)

Y, en un sentido similar, hay quienes señalan que la presencia y el cumplimiento de los compromisos de la Comisión de Presupuesto son fundamentales para avanzar en el tema:

Más allá de que la Comisión de Acción Social y Salud Pública sí la citó al plenario. Me gustaría que la legisladora asuma el compromiso de que la Comisión de Presupuesto va a tratar este proyecto de ley. Quisiera que esto quede explícitamente registrado (...) me hubiera gustado que la Comisión de Presupuesto hoy citara a su gente y estuviera aquí reunida con nosotros, dando muestras crecientes de querer avanzar un paso más (Sesión del 11.4.2006).

Estos comentarios afirman la necesidad de acuerdos inclusive dentro del propio poder, ya que, además, muchas decisiones dependen de cuestiones presupuestarias, de tal modo que la ausencia de esa comisión, podría haber sido vista como un veto al camino de los acuerdos. Majone (2005) menciona la complejidad y multiplicidad de las actitudes dentro del espacio de discusión política, y este parece ser el caso.

Una de las intervenciones que resulta interesante destacar por el giro de significado que le asigna a la problemática del tabaco al distinguir “la lucha contra el tabaco” de “combatir el tabaquismo” es aquella que señala:

(...) No es una lucha contra el tabaco. Lo que estamos tratando de combatir es el tabaquismo, que es una epidemia que enferma. Se trata de los daños vinculados con el consumo del tabaco y leyes como ésta tienen por objetivo tener futuras generaciones de jóvenes no fumadores. Además, en el contenido de estas leyes hay muchos otros artículos que por primera vez pudieron introducir un control para la industria tabacalera -antes no existía- que incluso el Senado amplió, y que tienen una elasticidad para poder llevarlo a cabo, cosa que tampoco existía hasta ahora” (Sesión de 11.4.2006. Versión taquigráfica).

Como podemos observar a partir de las intervenciones mencionadas, las diferentes posiciones sobre el tema en cuestión son visibles a nivel parlamentario y extra-parlamentario. En el caso de la legislación antitabaco se trata de un tema que surge desde el propio gobierno, es decir,

a partir de los denominados actores gubernamentales, y de las demandas de la población. De esta manera, la cuestión se instala, en términos de Oszlak (1976), como una cuestión socialmente problematizada. Entre otros actores, podemos distinguir, por un lado, a los productores, la industria tabacalera, y el sector de comercio; y por el otro, a quienes intentan lograr un cambio de paradigmas sobre el consumo de tabaco, en base a las comprobadas evidencias sobre los daños que el mismo ocasiona a la salud. Otros actores que también forman parte de este entramado político son los subsectores y prestadores de salud públicos y privados y el Estado mismo, que es, a su vez, prestador de la SP y poseedor de un rol de rectoría. Finalmente, los consumidores, quienes, por distintas causas, ya sean personales, o como consecuencia de la influencia del antiguo marketing que estimulaba su consumo, asocian el consumo de tabaco al bienestar, la libertad y la felicidad.

En cuanto a los debates sobre fumar y las libertades individuales, las posiciones se ven reflejadas en ciertas situaciones de la vida cotidiana, ya que a veces se contraponen, como expresa uno de los entrevistados, al bien común:

Puede haber una cuestión moral tangencial. Se puede decir que hay una invasión.... una especie de paternalismo desmesurado el de no permitir fumar... Alguien podría decir, -la verdad que yo fumo... y me gusta y lo voy a seguir haciendo (...). Claro que uno podría decir entonces, ¡fantástico! Bueno, usted tiene que asumir los riesgos de lo que viene, o sea, de las enfermedades que produce. Entonces, con el mismo argumento de los fumadores (porque lo he probado), te podrán decir, bueno, entonces yo no quiero que me carguen con los costos cuando una persona que viene con los triglicéridos por las nubes porque come una dieta hipergrasa (...) (Esp. Derecho de la Salud).

En el marco de estas discusiones, otro de los entrevistados menciona que, a pesar de impulsar conductas contra hábitos muy establecidos, con el tiempo se van logrando esos objetivos:

Prohibir el consumo de tabaco es interferir con el libre albedrío de las personas (...) con esto de que no se pueda fumar en los aviones, los restaurantes, los lugares públicos. Como en todas estas políticas sobre restringir algo que estaba permitido, no son vistas con agrado por las personas que tienen el hábito de fumar. Pero con el tiempo todos se van acostumbrando (Alto cargo Asoc. Med.PP).

Los debates sobre cómo limitar el consumo de tabaco en nuestro país se remontan al año 1986, cuando a partir de la sanción de la Ley 23.344, durante la presidencia de Raúl Alfonsín, y tras un trámite de aproximadamente dos años, se decidió limitar la publicidad de tabacos, cigarros y cigarrillos u otros productos destinados a fumar y sus envases. En el marco de estas restricciones, en algunos casos, las publicidades contenían advertencias sobre sustancias cancerígenas presentes en la composición de los cigarrillos. En función de estos datos, como podemos observar, los debates sobre la cuestión del tabaquismo llevaron muchos años hasta que se logró establecer normas orientadas a desalentar el consumo.

El tema de tabaco y leyes vinculadas se discuten, también, en la reunión de la comisión de salud del 22 de marzo de 2009, y en la tercera reunión de COFELESA. Tres días después, los mismos actores que participaron de esas reuniones hablan de generar “áreas libres de tabaco”. Dos años después, en el año 2011, se sanciona la ley de sobre tabaco y salud¹¹³ (Ley 26.687¹¹⁴), de Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. En este sentido, la ley señala en su Artículo 1, que “regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco a los fines de la prevención y asistencia de la población ante los daños que produce el tabaquismo”. Entre sus objetivos, la norma apunta a reducir el consumo de tabaco, disminuir la exposición al humo, reducir daños sanitarios, prevenir la iniciación al tabaquismo, y generar conciencia de las consecuencias del hábito de fumar. Además, la ley prohíbe fumar en lugares de trabajo cerrados y diversos establecimientos y espacios públicos; establece que el gasto que demande el cumplimiento de esta se financiará con recursos provenientes de multas impuestas y a su incumplimiento y otras sumas asignadas por el Presupuesto de la Administración Nacional.

Las sociedades científicas¹¹⁵ y en especial los organismos internacionales (OMS 2003¹¹⁶) declaran que el hábito de fumar es un problema de la SP y, por lo tanto, merece ser incorporado a la agenda de los gobiernos nacionales y regionales y abordado con medidas que van en línea con el tratamiento de las leyes 23.344, 24.044 y 26.687. No obstante, dado que en un sistema federal

¹¹³ Que deroga las leyes 23344 y su modificatoria, la ley 24044.

¹¹⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/183207/norma.htm>

¹¹⁵ A nivel nacional, la SAC, en todos sus trabajos sobre prevención, se menciona el hábito de fumar como un FRC y vinculado a la ECV.

¹¹⁶ Durante la Asamblea Mundial de la Salud del año 2002, se firma el primer tratado internacional, denominado Convenio marco para el control del tabaco. https://www.who.int/fctc/text_download/es/

la salud es potestad de las provincias, las mismas deberían adherir a estas normas con leyes o reglamentaciones similares. Al respecto, uno de los entrevistados jerarquiza el tema del federalismo, al remarcar que:

es el tema del federalismo sanitario. Si se hace una ley que termine con el último artículo que invite a las provincias: Invítase a las provincias a adherir... más que una cuestión constitucional, es constitucional económica (...) Hay que crear el programa. ¿los fondos vienen con el programa? Si fuera negativo, podemos hacer todas las modificaciones que quieran (...) pero llega un momento en que la cuestión es constitucional económica. Si las provincias tienen que poner dinero, se desvanecen los esfuerzos porque las provincias o no lo tienen o no lo ponen. Sobre todo, para cosas que se van a tornar imperceptibles en el corto plazo (...) Depende de qué costo implica instaurar una política para trabajar la enfermedad cardiovascular (Esp. Derecho de la Salud).

En las discusiones sobre tabaquismo, el análisis de actores e involucrados muestra quiénes estuvieron a favor de las PP para disminuir el consumo de tabaco, a la vez que provee algunos elementos para reflexionar sobre la viabilidad que presentan este tipo de intervenciones. Los legisladores propulsores de las propuestas presentadas, los prestadores de salud (en los tres subsectores), las sociedades científicas y las universidades, aparecen como los actores que más apoyo sostuvieron a la promulgación de políticas de tabaquismo. Contrariamente, entre los oponentes más fuertes, podemos identificar a¹¹⁷: los representantes de provincias tabacaleras (con sus economías regionales), la industria y comercio del tabaco, y una parte del sector tecnológico y farmacéutico¹¹⁸. Es decir, la cantidad y los atributos de los actores que resultan adversarios explican las importantes demoras en los avances de la legislación sobre tabaquismo a lo largo del período. Asimismo, dejan entrever las dificultades en lograrse acuerdos intersectoriales, así como el poder de lobby de las corporaciones. En este marco, en lugar de promulgarse una ley más restrictiva, se sanciona una norma que regula la comercialización y publicidad de productos de tabaco, con advertencias sobre los daños vinculados al consumo y prohibiciones de fumar en lugares públicos o cerrados.

¹¹⁷ Aquí no hemos considerado las propias voces de los fumadores, quienes (al menos, inicialmente), podrían tener escasa conciencia del daño que el hábito produce, al menos hasta tener situaciones clínicas avanzadas.

¹¹⁸ En otros ámbitos y niveles, este tema puede aparecer más claramente, aunque es representado por grandes corporaciones.

4.3. Alimentación

En el marco del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)¹¹⁹, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, se adoptaron por todos los Estados Miembros en el año 2015, y constituyen un llamado universal para terminar con la pobreza, cuidar el planeta y asegurar que todas las personas vivan en paz y gocen de prosperidad para el año 2030. Los 17 ODS están integrados, porque se entiende que las acciones llevadas a cabo en un área afectarán los resultados de otras y porque se considera que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medio ambiental, económica y social.

Dado que la alimentación constituye un tema prioritario en la agenda de las políticas sanitarias en nuestro país y a nivel mundial, nos interesa particularmente la relación entre los ODS 1, 2, y 3, a saber: el ODS 1, denominado “fin de la pobreza”; el ODS 2, conocido como “hambre cero”; y el ODS 3, enfocado a “salud y bienestar”. Tanto estos lineamientos, como los trabajos de la OMS sobre esta temática, señalan que el hambre y una nutrición inapropiada¹²⁰ contribuyen a la muerte prematura de madres, lactantes y niños y al desarrollo físico y cerebral deficiente en los jóvenes, y por lo tanto resulta urgente tomar medidas al respecto. Paradójicamente, las tasas mundiales de sobrepeso y obesidad¹²¹, continúan en aumento, y están estrechamente relacionadas con el incremento de las ENT.

Ahora bien, cuando se trata de definir una “dieta saludable”, podemos decir que sus características principales son: bajo contenido de grasas saturadas, mayor de grasas poliinsaturadas, y nivel calórico y de hidratos de carbono acordes a las necesidades individuales. Aunque las mismas no siempre están accesibles, así como existen preferencias y hábitos individuales, además de estar supeditadas al nivel socio-económico y educativo.

¹¹⁹ <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

¹²⁰ En todo el mundo hay cerca de 115 millones de niños con insuficiencia ponderal; la desnutrición contribuye a cerca de un tercio de la mortalidad infantil; el retraso del crecimiento (un indicador de desnutrición crónica) dificulta el desarrollo de 171 millones de niños menores de cinco años.

¹²¹ en todo el mundo hay cerca de 1,5 miles de millones de personas con sobrepeso, de las que 500 millones son obesas; el sobrepeso afecta a 43 millones de niños en el mundo.

<https://www.who.int/nutrition/challenges/es/>

En marzo del año 1993, en el marco de la 46ª Asamblea Mundial de la Salud, tuvo lugar la Conferencia internacional sobre nutrición¹²², mediante una alianza entre la OMS y la FAO¹²³, para trabajar en colaboración con organizaciones multilaterales y no gubernamentales con el objetivo de fortalecer el compromiso y las actividades necesarias para prevenir y paliar los problemas de nutrición. Además de realizar un profundo análisis del tema, la Conferencia impulsa a los países a observar tres criterios en los planes de acción nacionales en nutrición: a) incorporar objetivos nutricionales en las políticas y en los planes nacionales y sectoriales de desarrollo, b) poner en marcha intervenciones relacionadas a nutrición con participación de los gobiernos y a todos los niveles, y c) desarrollar acciones comunitarias para asegurar beneficios a la comunidad basados en la atención primaria. A partir de estos principios, los organismos intentan evitar el hambre y la desnutrición, y a su vez, promover una alimentación saludable, que evite, también, el sobrepeso y la obesidad, dado que, constituyen factores que están estrechamente relacionados a las ENT y la ECV.

La salud de una persona está relacionada con otras cuestiones que influyen en la misma, tales como, la biología humana, el ambiente, las formas de vida y la organización del cuidado de la salud (Tobar, 2015), que son identificados como los determinantes sociales de la salud,¹²⁴ que, si bien parecen estar por fuera de esta, la atraviesan en múltiples sentidos. Estos determinantes son aplicables a la alimentación, en tanto que influyen en la calidad de vida de las personas y población. Igualmente, de acuerdo a su situación socioeconómica y a su educación, una persona podrá acceder (o no) a alimentos de buena o mala calidad nutricional, así como tendrá mayor conocimiento e información disponibles sobre las recomendaciones en el tema, acordes a edad, nivel de actividad, estado de salud, y otras dimensiones. Al respecto, los entrevistados comparten algunas ideas sobre la importancia de la alimentación:

Sobre alimentación, también está el tema del consumo de sal. Se hizo una política para disminuir el consumo de sal en el gobierno anterior; que luego se abandonó. Argentina no tiene aún una norma, que fue poner una nomenclatura a los alimentos como alimentos

¹²² https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202894/WHA46_6_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹²³ Sigla con que se conoce a la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura (la sigla con que es conocida internacionalmente, corresponde a su nombre en inglés: Food and Agriculture Organization.)

¹²⁴ De acuerdo a Marc Lalonde en 1974, en su informe titulado “Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses”

saludables o no saludables (...) y eso lo tienen otros países latinoamericanos. (Jefe Cardiol. H. Público)

Otro de los entrevistados menciona que:

obviamente el tema de la alimentación está en el centro de la política. Hubo acciones antes y ahora. Se viene instalando el tema. Hubo acciones con los comedores saludables. Me parece que como la mayoría de las cosas que se hacen en Argentina, no se profundizan demasiado; pero no puedo dejar de reconocer que, esas cosas, aún sin tener una política sostenida en el tiempo, van dando resultados sorprendentes. La población hace un click y cambia. El mérito es compartido. Es la idea política y la población que se dio cuenta de que era relevante. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

El Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (2016),¹²⁵ que es complementario de la Ley 25.501¹²⁶, y las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA)¹²⁷ (2017) recomiendan consumir, diariamente, alimentos de todos los grupos, y realizar al menos treinta minutos de actividad física. Específicamente, sugiere: a) tomar a diario ocho vasos de agua segura; b) consumir a diario cinco porciones de frutas y verduras en variedad de tipo y colores; c) reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

Estas recomendaciones intentan contribuir, entre otras cosas, a revertir los datos que arrojan las estadísticas sobre el tema a nivel local, dado que, la ENFR4 mostró que, en Argentina, el 66,1% de los individuos tuvieron exceso de peso; de los cuales el 33,7% registran sobrepeso, y el 32,4% presentan obesidad, cuya prevalencia es mayor en varones con respecto a las mujeres, y donde se observa un aumento desde 2005¹²⁸ de casi 11 puntos porcentuales.

Además de estos datos, en la Segunda Encuesta nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) del año 2019, se registró exceso de peso en el 67,9% de la población adulta, con diferencias estadísticamente significativas en función del nivel educativo de las personas, es decir, se registran

¹²⁵ Creado por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, mediante la resolución 693/2019, y luego como un estándar de referencia nacional para el diseño de políticas públicas que contemplen aspectos regulatorios, de asistencia, capacitación, promoción y evaluación en materia de alimentación.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-732-2016-262537>

¹²⁶ Y de la Ley 26.396 (2008), de prevención y control de los trastornos alimentarios; y de la Resolución 1083/2009, que aprueba la estrategia nacional para la prevención y control de las ENT y el plan nacional Argentina Saludable

¹²⁷ Véase también en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-establecio-que-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-sean-los-estandares>

¹²⁸ En la primera encuesta realizada en 2005 este indicador arrojó que el 14,6% de la población encuestada registraba algún grado de obesidad.

más casos de sobrepeso en encuestados con menor nivel educativo¹²⁹. Esto último puede estar relacionado con la información disponible sobre el consumo de frutas y verduras¹³⁰, que indica que solo tres de cada diez individuos consultados refirieron haber consumido al menos una fruta¹³¹ una vez al día¹³², y sobre las verduras, el 37,8% había consumido una al menos una vez al día. En cuanto al consumo de los alimentos proteicos recomendados, cuatro de cada diez personas habían consumido leche, yogur y/o queso al menos una vez al día en los últimos tres meses (período de tiempo tomado como referencia). No obstante, como contracara de esto, la proporción de la población que consume a diario, o frecuentemente, alimentos no recomendados¹³³ fue alarmante. En este contexto, los datos sobre niños y adolescentes, indican que el 40% tenían sobrepeso u obesidad, y, por lo tanto, señalan a esta problemática como una prioridad para la agenda de SP.

Entre los entrevistados, hay quienes muestran gran preocupación por el tema de la alimentación, y, por lo tanto, lo consideran de gran relevancia para las PP en el campo de la prevención, y que, en parte, van marcando el presente y futuro de esa población. Entre sus argumentos, se escuchó:

(...) son muy importantes la industria de los alimentos, el agro por las sustancias químicas que pueden, además, ser disruptores endócrinos¹³⁴; la epidemia de obesidad y trastornos hormonales. Es necesaria una mesa de diálogo y controlar lo que comemos, cómo modificar esto, los hábitos de cocción, la elección de los alimentos, la agricultura (...) Básicamente, pensar en políticas públicas destinadas a prevención de sobrepeso y obesidad. Es una de las más graves epidemias. Hoy, cinco de cada diez niños tienen sobrepeso. Y cuatro de cada diez adolescentes son obesos. Con el agravante de que aumentó exponencialmente en los últimos años. Los datos que muestran estos números están en la última encuesta de FR. (Ex Directiva SAP)

¹²⁹ Con nivel educativo “hasta secundario incompleto” fue del 73,8% respecto de aquellos con secundario completo o mayor nivel, donde fue del 62,3%.

¹³⁰ Además de los costos de estos alimentos y su accesibilidad

¹³¹ Siendo menor en las regiones de NOA: 23,3%; NEA: 25,8% y Cuyo: 26,8%, respecto a todo el país

¹³² Para éste y demás casos, durante los últimos tres meses.

¹³³ Por poseer alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional.

¹³⁴ La OMS se refiere al conocimiento sobre los disruptores endócrinos (2012), los cuales, de acuerdo a la autora referenciada por el organismo “son definidos como las sustancias o elementos que tienen la capacidad de alterar los equilibrios hormonales y el desarrollo embrionario y provocar efectos adversos sobre la salud de un organismo o su descendencia”. Fátima Fernández, Mariana, & Olea, Nicolás. (2014). Disruptores endócrinos: ¿suficiente evidencia para actuar? *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 93-95. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.005>

A continuación, en el Cuadro 2, recogemos las conclusiones del Informe la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS)

Cuadro 2: Segunda Encuesta Nacional de Nutrición – Conclusiones del Informe. 2019

- El sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de malnutrición en la Argentina afectando a 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes y a casi 7 de cada 10 adultos, lo que representa una prioridad para la agenda de salud pública
- En los adultos la obesidad es un 20% mayor en la población de ingresos más bajos, lo cual confirma la asociación de la obesidad a la pobreza. Esta asociación no se observó en los niños, niñas y adolescentes, donde el sobrepeso y la obesidad afecta a todos los estratos socioeconómicos por igual.
- La desnutrición por carencia es baja comparada con otros países, y permanece estable respecto de estudios previos realizados en la Argentina (en población urbana).
- La lactancia exclusiva hasta los 6 meses permanece por debajo de la recomendación, no alcanzando el 50% de los niños.
- Los patrones alimentarios son inadecuados en general en toda la población y en todas las regiones. Los alimentos saludables se consumen muy por debajo de la recomendación de las GAPA y los alimentos no recomendados se consumen muy por encima de la recomendación de GAPA.
- Si bien los patrones alimentarios son inadecuados en toda la población, las personas de los quintiles más bajos (1 y 2) tienen patrones alimentarios francamente menos saludables que las de mayores ingresos.
- Los patrones alimentarios de los niños, niñas y adolescentes, son de menor calidad nutricional respecto de los adultos.
- La encuesta confirma la influencia de la publicidad en el comportamiento de compra de los adultos y adolescentes, y el efecto que la publicidad dirigida a los niños ejerce sobre el patrón de compra de sus padres o cuidadores.
- La población no usa, ni entiende las etiquetas de los alimentos. Solo un 13% de la población usa y entiende el etiquetado nutricional vigente.
- El entorno escolar alimentario continúa siendo obesogénico, con una oferta baja o relativamente baja de alimentos recomendados y agua segura y con una oferta elevada de alimentos altos en azúcar, grasa y sal y baja calidad nutricional.
- El kiosco está presente en 8 de cada 10 escuelas de todo el país, y los chicos de todos los niveles socioeconómicos compran mayormente bebidas azucaradas y golosinas.

Fuente: Segunda Encuesta Nacional de Nutrición (ENNyS2)¹³⁵. Indicadores priorizados (2019). Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles y Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Septiembre del año 2019. p. 60

¹³⁵ <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>

En cuanto a la cuestión de los kioscos saludables tratada en el PL, si bien, de acuerdo a lo expresado por los entrevistados son considerados como una buena iniciativa desde el punto de vista de los médicos y de los adultos, no lo son tanto desde la óptica del público consumidor y de los proveedores, así como tampoco en la industria alimentaria. De hecho, en las entrevistas se mencionó, reiteradamente, la necesidad de realizar modificaciones en la oferta de alimentos disponibles para los niños en las etapas en las que los aprendizajes de conductas son más fáciles, y como un propósito a largo plazo en el marco de que incorporen costumbres alimentarias saludables, para continuar en las PP.

Algunos argumentos traídos por los entrevistados son:

(...) La sociedad que tiene que estar más informada, por ejemplo, la ley sobre etiquetado de los alimentos. Nos gustaría que hubiera muchísima más responsabilidad en torno a los alimentos. Como ejemplo, los cortes de carne que se ofrecen como oferta, a veces tienen alto contenido de grasa...y en ese momento yo tengo la imagen de las placas de ateroma... es casi veneno. Nadie pensó ahí en los costos de la salud. (Ex Directiva SAP)

Además, hay quienes agregan que

(...) Para mí son clave nuestros estilos de vida, me refiero a nuestras dietas ... Nuestras particulares dietas. Comemos muy mal; los argentinos en general comemos muy mal. No tengo una encuesta ni nada que se le parezca... simplemente la apreciación y mirar ... Creo que el tema de la dieta es prioritario. Empezaría por el tema de cómo comemos Seguiría por el tabaco, la actividad física... El stress.... En ese orden.... Me parece. (Esp. Derecho de la Salud)

En cuanto a la obesidad en menores de edad, y desde la mirada de la pediatría, en las entrevistas encontramos testimonios que visibilizan las dificultades en la implementación de prácticas preventivas en la atención en salud, en especial en el ámbito público. Se menciona que:

(...) Sinceramente... Como manejar la obesidad en la práctica cotidiana es bastante difícil... Porque el hecho de tener que ver a los pacientes cada diez o quince minutos es una barrera muy importante. Si hay alguien con crisis asmáticas, problemas auditivos,

problemas respiratorios, ese chiquito asmático... Se deja de lado “tiene que bajar de peso”, además de resolver el tema por el que va... Hicimos un curso especial para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la atención primaria de la salud, enfocado hacia la prevención, empezando con la madre y el primer año de vida, para reforzar todo eso en primer plano, con esas intervenciones para prevenir la obesidad. Para poder aprovechar cualquier situación de alguien que viniera por catarro o fiebre, y mirar las actitudes que pueden hacernos sospechar alguna de esas patologías como los tiempos frente a las pantallas o premios con alimentos, o logros con alimentos. (Ex Directiva SAP)

Las temáticas vinculadas a la alimentación o a la obesidad también han tenido su espacio en las sesiones de la HCDN. De hecho, los trámites parlamentarios que se refieren a alimentación, a partir del año 2000 y hasta el 2011, constituyen aproximadamente el 7 % del total, repartidos en partes iguales en cuanto a las cuestiones referidas a la obesidad y la nutrición, respectivamente. En las reuniones en donde se debatieron estos temas estuvieron presentes comisiones de distintas áreas de trabajo, entre ellas, CASYSP, Salud y Deporte, Trabajo, Previsión Social, Justicia y asuntos penales, Prevención de Adicciones y lucha contra el narcotráfico, Presupuesto y Hacienda, Comercio, Defensa del consumidor, Sistema de comunicaciones y libertad de expresión, Industria, Educación, y Legislación general.

La normativa legislada sobre estos temas incluye a la Ley 26.396 sobre Prevención y control de los trastornos alimentarios, cuyo Artículo 3 crea el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios mediante el decreto 1415/2008. La norma define que la Comisión asesora estará formada por miembros de diversas áreas¹³⁶, además de los representantes del MSN. Dos decretos posteriores complementan esta ley: uno de ellos con un veto sobre la obligatoriedad de advertencias sobre el posible perjuicio ante excesivo consumo de algunos

¹³⁶ Art.2º.Integrada por: MSN, Min. de Desarrollo Social, Educación, Centro nacional de Investigaciones Nutricionales de la Administración nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), Comisión Nac. de Alimentos (CONAL), Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), PAMI, Consejo Científico asesor en PS del MSN, Univ. de Buenos Aires (UBA) (Carrera Licenciatura en Nutrición), Sociedad Argentina de Nutrición, de Obesidad y Trastornos Alimentarios, de Pediatría, de DBT, SAC, FAC, Fed. de Asociaciones de graduados en Nutrición, Coordinadora de Industrias Alimenticias, Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales (C.O.S.S.P.R.A), Cámara de Instituciones Médico Asistenciales (CIMARA), Asoc. Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), Asoc. de Entidades de MPP (ADEMP), Red Argentina de Salud, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), y expertos de reconocida trayectoria en la materia que se consideren adecuados a la propuesta del MSN. En todos los casos, sociedades y asociaciones de la República Argentina.

alimentos; y otra resolución, por el día nacional de lucha contra la Obesidad¹³⁷. Otras reglamentaciones de años subsiguientes complementan la ley con cuestiones específicas que fueron surgiendo.

Años más tarde, y luego del período explorado, la Resolución 732¹³⁸ (2016), crea el Programa Nacional de alimentación saludable. En el texto del decreto se refiere:

“Que el sobrepeso y la obesidad constituyen el sexto factor principal de riesgo de muerte en el mundo y cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia de los mismos. Que el sobrepeso y la obesidad explican el 44% de la carga de diabetes, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y 41% de ciertos cánceres. Que la obesidad puede prevenirse mediante la transformación del ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física”.

En esa línea, ya en el año 2009, la Resolución 742, aprobaba e incorporaba al Programa Médico Obligatorio las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes que incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de la enfermedad. Legislaciones posteriores¹³⁹ agregan normas complementarias.

La temática es abordada en las entrevistas:

Hace poco tiempo apareció cómo empezar los controles desde la infancia, o el control de peso en embarazada o control de los micronutrientes. Siempre se vio que las políticas públicas estaban para prevenir la obesidad, la diabetes, a la cola los otros factores. (Ex Directiva SAP)

Otro de los entrevistados menciona que:

¹³⁷ Se designa el 12 de noviembre como Día Nacional de lucha contra la Obesidad

¹³⁸ <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/26969.html>

¹³⁹ El decreto 330¹³⁹ (2017), declara el día de lucha contra la Obesidad. El mismo hace mención a las ENFR al señalar que la ENFR 2013, ha demostrado que un 57,9% de la población tiene exceso de peso y, que el exceso de peso y la obesidad son entre un 30% y un 50% más frecuentes en quienes tienen menor nivel educativo.

La educación es una herramienta de salud. Porque a veces, livianamente, se dice, está gordito...pero está gordito y come mal. Es muy probable que cuando llegue a los 50 años tenga hipertensión, diabetes, insuficiencia renal...de todo. Creo que ahí habría que trabajar con estas bases todo lo que viene y las personas estarían mejor preparadas. Hay un montón de cosas que la gente puede hacer por sí misma. (Alto cargo Asoc. Med.PP)

Como sabemos, la agenda de salud se define en el ámbito de la gestión, y como podemos observar, en este caso, al tratar la obesidad como tema prioritario dada su alta prevalencia y FR de gran relevancia en la prevención de la ECV, vemos cómo se fue conformando el juego entre los actores que intervinieron en ese proceso. En este marco, además de los actores gubernamentales, existe una amplia gama de participantes que representan una posición de lucha contra la obesidad, entre los que se encuentran las instituciones académicas y de salud, que entienden que la patología puede producir daño a cualquier edad, y que está estrechamente relacionada con las ENT. Dentro del conjunto de actores intervinientes en el proceso de construcción de esta agenda, también se puede observar la presencia de representantes de sectores de industria y comercio, quienes, movidos por sus intereses particulares, en ocasiones tratan de limitar reglamentaciones que pueden influir negativamente sobre estos. El resto de los actores que participan del proceso incluye a los subsectores del SS, los oferentes de servicios de atención en salud, (quienes tendrán el rol de asistencia en salud), otros ministerios, como el de Educación, ya que, como mencionamos antes, el trabajo de prevención del sobrepeso y la obesidad debería empezar tempranamente en la niñez (y antes de la “epidemia” de obesidad infantil).

4.4. Actividad física y Sedentarismo

La actividad física¹⁴⁰ y el ejercicio constituyen otro de los temas prioritarios que formaron parte de la agenda de las políticas sanitarias en el período 2001-2011, y, por lo tanto, objeto de nuestra indagación. En términos de bienestar, ambos factores son considerados favorecedores de

¹⁴⁰ El MSN la define como toda práctica que se realiza con el cuerpo que produce un mayor gasto de energía. Pudiendo ser actividades laborales, de transporte o en el tiempo libre, como ejercicios físicos y deportes.

un mejor estado de salud y están asociados a la prevención de enfermedades en general y, al cuidado de la salud cardiovascular. Por el contrario, su contraparte, el sedentarismo¹⁴¹, es uno de los FRC principales debido a que ejerce un gran peso en la génesis de ECV, y, además, a menudo, se presenta asociado con otros FR. El sedentarismo se asocia al sobrepeso y a la obesidad, y en distintos grados, a DLP e HTA. Estos, a su vez, están vinculados a fenómenos ateroscleróticos (en diferentes territorios arteriales), hiperglucemia, y en ocasiones diabetes mellitus (DBT). Todos ellos forman parte del conjunto de causas relacionadas a la etiología de la ECV, tal cual lo hemos mencionado antes en este trabajo.

Si retomamos el diagrama de la OMS (2005), que incluimos en un apartado anterior, vemos que la *inactividad física* ocupa lugar central en este, tanto como FR (y conducta) modificable y como determinante en la historia de las ENT. Este esquema es usado por los equipos técnicos y autoridades para definir acciones y programas en el MSN. Tanto este diagrama como la Guía de alimentación, colocan a la actividad física como un elemento clave y, en primer término, porque se considera que su práctica es un condicionante positivo, vinculado a la prevención, ya sea, primaria (evitar la enfermedad), o secundaria (evitar nueva enfermedad o su progresión).

Cordero et al. (2014), afirman que cuando se realiza actividad física de intensidad moderada por un mínimo de treinta minutos cinco días por semana, o de alta intensidad por un mínimo de veinte minutos tres veces por semana, se logra mejorar la capacidad funcional, y, por lo tanto, contribuye a reducir la incidencia de ECV y mortalidad por esa causa. Al respecto, los autores mencionan que el ejercicio físico es un inductor de adaptaciones fisiológicas cardiovasculares para mejorar el rendimiento físico, y que solo en casos extremos podría conducir a mayores riesgos de complicaciones, por lo que se recomienda su práctica para el tratamiento de los principales FRC modificables, como la DBT, HTA, DLP, y el sobrepeso.

Un meta-análisis realizado investigando los beneficios de la actividad física sobre el riesgo de mortalidad por ECV, sobre cuarenta y cuatro estudios¹⁴² (Cheng W. et al., 2018), mostró que la realización de actividad física muestra una correlación negativa con el riesgo de mortalidad por esa causa, aun considerando la edad, sexo y la presencia o ausencia de ECV. No obstante, se

¹⁴¹ El MSN define el sedentarismo como “pasar el tiempo en posición sentada o recostada fuera de las horas normales de descanso.

Véase en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/lucha-contra-el-sedentarismo#titulo-2>

¹⁴² Que abarcó 1.584.181 individuos en su totalidad.

informaron beneficios menores en sujetos de más de 65 años o aquellos con historia previa de ECV. Uno de sus hallazgos más relevantes es que se observó que cualquier grado de actividad física, aún menor que lo clásicamente recomendado¹⁴³ reduciría la mortalidad por esas causas.

Según el informe de la OMS sobre ENT (2010), realizar actividad física regular disminuye la morbimortalidad, la incidencia de ECV, DBT, HTA, obesidad, depresión y osteoporosis, así como la de algunos cánceres como colon y mama. Además, este organismo señala que la inactividad física es responsable de 3,2 millones de muertes anuales (5,5% del total de defunciones) y que en personas que realizan escasa actividad física se observa un mayor riesgo (20% a 30% más alto) que otras, de morir por cualquier causa (p.11). Otra fuente de información importante sobre este tema es la 2da Encuesta mundial de salud escolar (2012) referida a Argentina cuyos datos muestran que el 16.7% (varones:21.2%; mujeres:12.4%) de los estudiantes encuestados declaró haber realizado actividad física al menos 60 minutos al día, durante los últimos 7 días (p.23).

En cuanto a la mirada de los entrevistados sobre este tema, uno de ellos señala que entre las prioridades:

está actividad física (...) Y el stress... porque estamos muy ocupados y eso no nos deja tiempo para la actividad física. No se puede obligar a la gente que camine; pero se podría comenzar por la escuela, y desde ahí se puede internalizar. (Esp. Derecho de la Salud)

Otro de ellos, manifiesta que:

El cuidado para que la actividad física se sostenga ha estado ausente en las discusiones. Al lado de esto, cuando tenemos que hacer las certificaciones de aptitud física, tenemos una oportunidad -un puerta abierta- para muchas iniciativas con los pacientes. Las políticas públicas deberían seguir en esa línea: alimentación saludable y actividad física, para los 1000 primeros días de vida. (Ex Directiva SAP)

Estos temas también formaron parte de los debates en el ámbito parlamentario. De hecho, un análisis de estas actividades de la HCDN durante el período 2000-2011 muestra que estas temáticas se discutieron en ese marco, aunque recién en el año 2011 se crea la Dirección de ENT.

¹⁴³ Treinta minutos cinco veces por semana

Además de estos debates, habían ya existido otros¹⁴⁴, previos a las discusiones, así como algunos organizados por grupos de expertos en la materia dentro de las sociedades científicas, en torno a las recomendaciones sobre actividad física, así como también los datos de las ENFR sirvieron como insumo teórico y epidemiológico para la construcción de las mismas.

El MSN, por medio de la Resolución 444 crea, en el año 2007, el Programa Nacional Argentina Camina¹⁴⁵, cuyos considerandos enuncian que las ENT tienen alta incidencia y morbimortalidad en Argentina, y que, en base a los datos de la ENFR3, el sedentarismo y la inactividad física son problemas que requieren un abordaje desde las PP. La norma hace referencia, también, a datos de otros registros, estrategias y recomendaciones internacionales, como el Reporte de Actividad física de 1996¹⁴⁶, y materiales de la OMS y la OPS, y que todas estas ideas colaboraron con el desarrollo de este proyecto. La propuesta privilegia un cambio de hábitos en la población mediante diversas acciones coordinadas entre distintas áreas y sectores, y trabaja sobre las competencias administrativas y de la SP. En este sentido, la medida implica establecer articulaciones institucionales que faciliten desarrollar PP de acceso a lugares aptos para realizar actividad física, y promover mejores políticas de urbanización y transporte con el objetivo de estimular estilos de vida activos en los individuos y la comunidad, tanto en ámbitos educativos como laborales en el marco del fortalecimiento de las PP de prevención.

El último Consenso de la SAC sobre Prevención Cardiovascular (2012) y su más reciente actualización (2016), confirman los beneficios del ejercicio sobre los FR y la función endotelial, y su asociación con una disminución del riesgo de incidencia de ECV y muerte por esta causa. El documento resalta lo expuesto por Fletcher et al. (2013) en las guías¹⁴⁷ de la American Heart Association¹⁴⁸ que, más allá de considerar los efectos antiinflamatorios, antiaterogénicos y antioxidantes del ejercicio físico, enfatizan que realizar algún ejercicio es mejor que nada, y que más ejercicio tiene mayor beneficio. Además, señalan que se deben formular recomendaciones flexibles y factibles de cumplir dirigidas a la población para lograr mayor adherencia a estas. Se

¹⁴⁴ Existe la Ley del Deporte N°20655, de marzo de 1974, sobre la Promoción de las actividades deportivas en todo el país. Entendida como factor coadyuvante a la formación integral y la salud de las personas.

¹⁴⁵ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/127652/norma.htm>

¹⁴⁶ Del Departamento de Salud y Servicios humanos del gobierno de los Estados Unidos

¹⁴⁷ Guías de la American Heart Association (2013), tituladas: Exercise Standars for Testing and Training (cita al final)

¹⁴⁸ Estas guías son tenidas en cuenta como recomendación y marco principal en éste y otros temas en salud y ECV

enfatisa, también, la conveniencia de realizar evaluaciones de aptitud física, que incluyan pruebas de ejercicio.

En el marco de estos debates y proyectos, más tarde, la norma que crearía el programa contra el sedentarismo, señala: “Que la inactividad física y el sedentarismo es el FR que mayor incremento registró en la ENFR realizada en el año 2009 presentando el 54,9% de la población mayor de 18 años un nivel insuficiente de actividad física en relación al año 2005, en que fue de 46,2%”. Al respecto, los entrevistados mencionaron que:

La jerarquización de la actividad física en la prevención siempre estuvo ausente. Una de las cosas que va a haber que cambiar es que no se puede seguir con una consulta tan corta. Con todo lo que hay que hablar con el paciente, en quince minutos no podemos hacer magia. Tiene que haber políticas públicas que revean esas formas de atención. Y en eso no solo tiene que estar en el sector salud. (Ex Directiva SAP)

En el año 2012, en el marco del Plan Nacional de Prevención y Control de las ENT, se crea el Manual director de actividad física y salud de la República Argentina (2012) que plantea el problema de la actividad física desde el punto de vista de la salud y también enfocado hacia los riesgos de la inactividad física. Este texto incluye definiciones técnicas sobre la temática, y brinda propuestas para que los distintos niveles, desde primer nivel de atención, así como a médicos, enfermeros, psicólogos, docentes de Educación Física, e inclusive funcionarios de gestión pública, pongan en marcha distintos programas, en individuos, grupos y la comunidad, con el objetivo de promover sus estilos de vida con mayores niveles de actividad, disminuyan el sedentarismo, y mejoren su salud.

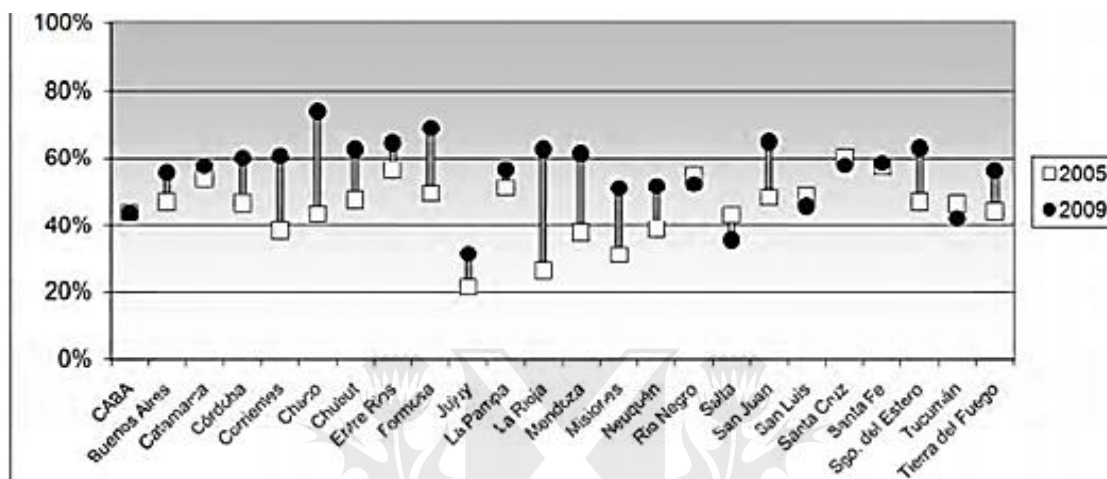
Pocos años más tarde, el 3 de junio del año 2013, por medio de la Resolución 578/2013¹⁴⁹, se crea el Programa Nacional de lucha contra el sedentarismo, y en el año 2015 se sanciona la ley 27.197¹⁵⁰. El objetivo de esta norma es “promover la salud mediante la actividad física, con una mirada holística, en el marco de las PP, sobre prevención y control de las ENT y de todas aquellas que ayuden al bienestar total de la persona”. En el artículo 4, la ley menciona que “la autoridad de

¹⁴⁹ Se tuvieron en cuenta disposiciones de la Ley 25501 y otros decretos, así como datos de la ENFR 2009.

¹⁵⁰ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27197-255143/texto>

aplicación de la presente ley es ejercida en forma conjunta por los ministerios de Salud, de Educación y de Desarrollo Social”¹⁵¹, y el art. 7, inc. b, insta a “proponer líneas de acción en las políticas nacionales”.

Gráfico 3. Prevalencia de actividad física baja. Comparación de datos de las ENFR 2005 y 2009 por provincias



Fuente: Manual director de actividad física y salud de la República Argentina (2012)

La cuestión de la falta de actividad física también puede ser leída desde una mirada de acceso a determinados bienes en función de los recursos económicos. En este sentido, los entrevistados hacen referencia al peso de la variable socioeconómica sobre los FR, que incluyen la actividad física, a partir de la clase social y condiciones de vida.

Un estudio muy interesante es una encuesta de factores de riesgo cardiovascular que hizo grupo GESICA¹⁵² en la Villa 31. Hay sectores que son invisibles socialmente, uno de ellos es esencialmente aquellos que viven en asentamientos precarios. Hubo un cambio de conciencia internacional que estableció nuevas agendas. No fue una maduración local. Un poco como pasó con toda la parte de ética de ensayos clínicos, que se desarrolló en toda

¹⁵¹ Y en su Artículo 6, menciona a quienes se encomienda el tema: “Créase la Comisión Asesora de Actividad Física y Salud Integral, presidida por el ministro de Salud o quien éste designe e integrada por un (1) representante con carácter ad honorem por cada uno de los siguientes organismos: Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, COFESA, CFE, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Red Nacional de Actividad Física y Desarrollo Humano —RedAF—, Consejo Interuniversitario Nacional —CIN— y Consejo de Rectores de Universidades Privadas —CRUP— de universidades con carreras afines a la actividad física, Consejo de Rectores de Institutos Superiores de Educación Física —CRISEF—, Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina —AFACIMERA— y presidentes o quienes ellos designen con especialidad en el tema de entidades científicas que investiguen sobre la temática”.

¹⁵² Grupo de Estudio de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina

la época de Menem porque no se podían hacer ensayos clínicos en Argentina si no se cumplían las mismas normas en todo el mundo. Lo cardiovascular también... todo vino más o menos en el año 2007, y eso cambió bastante la salud pública independientemente de lo que veían los políticos argentinos (...) Se necesitan políticas públicas que hagan que los chicos tengan una alimentación más saludable y que hagan actividad física. Hicimos hace un tiempo una encuesta en sectores económicos de alto nivel en zona Norte, en un colegio muy conocido... Los chicos de ese grupo hacían veinte horas de ejercicio físico semanal; en cambio los chicos de sectores de bajo nivel socio-económico de ciudad de Buenos Aires hacían una hora semanal. (Jefe Cardiol. H. Público)

De acuerdo a estos datos, el tema de la actividad física, el ejercicio y el sedentarismo, es considerado prioritario por los organismos gubernamentales de salud y las sociedades científicas, y, por lo tanto, ingresa a la agenda de las PP en el período estudiado. En este marco, el Estado, desde su rol de rectoría, es quien, previamente a la formulación de la ley 27.197, comienza a discutir el tema, lo incluye progresivamente en la agenda, y propone una articulación intra-gubernamental y con autoridades provinciales, e intersectorial con distintas entidades. El objetivo de estas alianzas es diseñar programas que apliquen las normas y recomendaciones para que, luego, formen parte de la agenda nacional, y, por lo tanto, alcancen a todos los ámbitos de las distintas jurisdicciones. Desde esta perspectiva de trabajo conjunto, se procura lograr un cambio en las costumbres y conductas de la población por unas más activas respecto al ejercicio, y sustentables, que favorezcan la prevención en ECV y ENT.

4. 5. Comentarios finales

A lo largo de este capítulo, hemos realizado un recorrido sobre los principales rasgos que adquirieron las políticas públicas de salud en nuestro país en el período que comenzó con la crisis de principios de siglo XXI, y continuó la década siguiente. Lo hemos llamado *un camino difícil* porque este se inicia en un período de gran incertidumbre a nivel de la política, la economía, y la salud, y que, por lo tanto, atravesó las vidas de las personas de múltiples formas. Su magnitud fue tal, que se convirtió en un gran desafío para el trabajo y el desarrollo de las ideas de los hacedores de las PP, que buscaron crear nuevos rumbos en las maneras de resolver los problemas más

urgentes que la realidad de aquel momento planteaba. En este contexto, la mayoría de las personas y las familias, se vieron inmersos en la incertidumbre de no saber cuál sería el destino de sus proyectos individuales y colectivos, aunque siempre esperaron (y esperan) que *algo cambie*.

Entre las cuestiones que demandaban una transformación, se encontraban las políticas de salud que debían dar respuesta a las problemáticas más acuciantes, entre ellas, las políticas de salud cardiovascular. Esto requería comenzar por observar el panorama existente, abrir el diálogo y lograr que el tema pudiera ser discutido *para construir una nueva agenda pública de salud cardiovascular*. Nuestro trabajo estuvo guiado por el curso de este proceso. En función de los datos recolectados, nos enfocamos en conocer cómo se llevó a cabo el mismo, quiénes participaron, qué temas se abordaron, y cuáles fueron las decisiones tomadas. A la vez, observamos que ese conjunto de eventos y transformaciones tuvieron lugar en un contexto de alta prevalencia de las ENT y las ECV, que implicaba grandes riesgos para la salud de la población, y que, por ende, requería tomar medidas de emergencia.

Observamos, también, que, en aquel momento, sucedía lo que Tamayo y Carrillo (2005) y Chiara et al. (2001) señalan respecto a la necesidad de dar respuestas efectivas a las problemáticas más apremiantes, especialmente, en los contextos de crisis. Para ellos, las crisis irrumpen en las agendas de los gobiernos e imponen los temas que requieren una solución urgente. Dado que el recorrido de nuestro trabajo comienza en el marco de la crisis del 2001, nos propusimos identificar aquellos temas, propios de la coyuntura del momento, que requerían ser discutidos en el ámbito parlamentario. Para lograr los objetivos propuestos, seleccionamos cuatro de ellos: *la prevención, el tabaquismo, la alimentación y la actividad física*. Decidimos enfocarnos en estos temas porque consideramos que están estrechamente relacionados y, por lo tanto, pueden ser vistos en conjunto. Además, en el marco de nuestro trabajo, nos interesa, específicamente, la relación de estos temas con otros FR y con la ECV, por, sobre todo, porque su enfoque preventivo puede contribuir a reducir su prevalencia, así como mitigar los efectos de estas enfermedades, y disminuir la mortalidad por esta causa en nuestro país.

En este capítulo, pudimos identificar el valor que se le adjudica a la prevención en ENT y ECV en los diversos ámbitos que involucra el trabajo sobre las políticas sanitarias. Por lo tanto, podemos decir que la importancia de las acciones preventivas se ha convertido en un denominador

común, presente tanto en las declaraciones de organismos internacionales y en la literatura consultada como en las voces de los entrevistados, y en los debates a nivel parlamentario. En todos los casos, observamos que el enfoque principal, reconocido como el más eficaz, está basado en el control de los FR y, por consiguiente, unánimemente, se espera que el tema de la prevención ingrese a la agenda como cuestión prioritaria para los gobiernos. Estos, dada su función indelegable de rectoría (Tobar 2015), trabajan junto a los responsables de la organización de salud, en la búsqueda de soluciones a las problemáticas sanitarias que, luego de atravesar las distintas etapas (ciclos) de su diseño, se convertirán en una política, la que se traducirá en planes, programas y proyectos.

La Ley 25.501, sancionada en el año 2001, dio marco y fundamento a posteriores propuestas en el campo de la salud cardiovascular. Además, significó un impulso en la priorización del control y prevención de las ECV en nuestro país, en el marco de la emergencia nacional decretada en el año 2002 en plena crisis política. En este contexto, se sancionaron otras leyes que incluyen reglamentaciones en la comercialización de tabaco y afines, la Ley de lucha contra la obesidad, la Ley de Alimentación saludable, y se adoptaron medidas a nivel local, tales como, el Plan Argentina Camina (iniciativas respaldadas por los datos alarmantes de las Encuestas Nacionales de factores de riesgo de los años 2005 y 2009). A su vez, estas leyes fueron ampliadas por diversas normativas complementarias que marcaron la agenda de aquella época, y a su vez, fueron definiendo su curso. Este proceso continuaría en la segunda década del siglo XXI con la puesta en marcha de nuevos lineamientos en el campo de las políticas sanitarias.

Los programas de prevención en salud y sus actividades intentan reducir el consumo de tabaco, promueven la actividad física, y la buena alimentación de la población. Estos están basados en las recomendaciones tanto de los organismos internacionales (que trabajan en el campo de la salud), como de los expertos en políticas sanitarias a nivel local. Al respecto, pudimos observar que, hasta ahora, estas propuestas han sido la mejor herramienta en la tarea de prevenir la enfermedad cardiovascular. En este marco, los FR vinculados al desarrollo de las ECV, tales como, el hábito de fumar, el sedentarismo, la baja actividad física, el sobrepeso y la obesidad en sus distintos grados, constituyen un gran desafío para los hacedores de las políticas sanitarias. No obstante, por tratarse de factores modificables, permiten vislumbrar un horizonte de cambio a largo plazo basado en la prevención, y con mayor énfasis en las acciones a nivel comunitario.

Estos temas formaron parte de la agenda del período 2001-2011, y fueron objeto de extensos debates en el Poder Legislativo. En el caso de las discusiones en torno al tabaquismo, especialmente, la evidencia empírica permite observar la forma particular en que tuvo lugar el juego de los actores de la PP, dentro del propio espacio relacional (Chiara y Di Virgilio, 2017), a partir de estas cuestiones socialmente problematizadas (Oszlak y O'Donnell, 1998). En este sentido, pudimos observar que esos intercambios y tensiones están siempre presentes en el proceso de construcción de la agenda, y que cada actor, jugará un rol de aliado, oponente, o neutral, según los temas abordados, sus posiciones y convicciones, intereses, mandatos, representación, y su poder político.

Desde nuestro punto de vista, el gran desafío en el campo de las políticas públicas en general, y en el de la salud cardiovascular en particular, es normatizar e instalar procesos adecuados, en los que pueda estar representada la mayor parte de los sectores implicados, y que incluyan expertos en las áreas de conocimiento específicas, en función de los temas en agenda. En este marco, otra de las cuestiones que observamos al consultar la literatura disponible sobre nuestro objeto de estudio, es que las investigaciones, los documentos, y las recomendaciones de los organismos de salud (internacionales y nacionales) convocan a que los temas de política sanitaria sean abordados desde un concepto de salud en sentido amplio, que sean considerados como prioritarios y, por ende, formen parte de la agenda de las políticas de los gobiernos, constituyéndose casi como el primer paso o el más importante.

En ese sentido, creemos que estos conceptos podrían resumirse en la siguiente frase: “esa perspectiva promovida por los organismos regionales y mundiales de mayor peso para incidir en las agendas gubernamentales de los diferentes países, lleva implícita una concepción de la salud como asunto público que pone en cuestión la visión más restringida de atención de la enfermedad, y a la vez, reconoce la imbricación de múltiples factores combinados que afectan en sentido positivo y/o negativo a la salud de la población” (Moro, 2015, p.107).

CONCLUSIONES

El período 2001-2011 es considerado como uno de los momentos más complejos que ha atravesado nuestro país, en el orden político y económico-social, desde la vuelta a la democracia¹⁵³. La llamada *crisis del 2001* señala una etapa marcada por la incertidumbre y la inestabilidad en gran parte de las esferas del gobierno, lo que produjo importantes tensiones en la política social y sanitaria. A partir de ese momento, y en coincidencia con definiciones y cambios de rumbo sobre las enfermedades, comenzó a darse un curso diferente en las políticas de salud, lo que llevó a replantear la agenda en salud cardiovascular con énfasis en el uso de los recursos. Es decir, la crisis del 2001 irrumpe en las agendas del gobierno, modifica los temas, e impone otros que requieren urgente solución (Tamayo y Carrillo, 2005; Chiara et al., 2001).

Indagar cómo se llevó a cabo la construcción de la agenda de las políticas públicas en el campo de la salud y enfermedad cardiovascular desde el comienzo del siglo XXI, y a lo largo toda la década 2001-2011, implicó el desafío de reconstruir los escenarios en los que los diferentes actores de la política interactuaron en el marco de los sucesivos debates que estos procesos demandaron. Estas discusiones tuvieron lugar tanto en el ámbito parlamentario como en el de la gestión, en donde se evidencian los objetivos e intereses de las diferentes partes involucradas en un determinado tema.

En este marco, y con la mirada puesta en el “mapa” que delinean los actores que forman parte de del proceso de construcción de agenda en el campo de salud cardiovascular, nuestro trabajo buscó identificar el momento en que estos temas ingresaron a la agenda, quiénes fueron los actores claves en ese proceso, de qué manera se abordaron las diferentes problemáticas, y en qué contexto surgieron los temas prioritarios de esta agenda. Además, exploramos el camino que estos recorrieron hasta convertirse en una política pública, que incluyó la sanción de las respectivas normas que respaldaron las políticas sanitarias que, más tarde, se tradujeron en diversos programas nacionales con objetivos específicos.

¹⁵³ En el año 1983, luego de la última dictadura militar (1976-1983).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) pertenecen al grupo de las ENT¹⁵⁴, y son consideradas la epidemia de la modernidad. A su vez, las ECV ¹⁵⁵ son la principal causa de muerte y discapacidades a nivel global y, según datos de la OMS (2020), cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. En el año 2020, nueve millones de personas murieron por cardiopatías, lo que llevó a considerar a estas enfermedades como la principal causa de mortalidad en el mundo desde hace aproximadamente veinte años. Al respecto, de acuerdo a la información de la OPS y la DEIS¹⁵⁶ sobre la ECV, en nuestro país, los datos son similares. Es decir, la ECV es, también, la primera causa de muerte en Argentina (responsable del 29 % del total). Los datos indican que, en el año 2017, fallecieron 97.219 personas por esta causa¹⁵⁷.

Este grupo de enfermedades guarda estrecha relación con los factores de riesgo coronario (FRC), así como están vinculadas a las condiciones socio- económicas de los individuos, tales como, nivel educativo, posibilidades de acceso a la salud y tipo de cobertura de salud, además de otros factores de orden biológico que pueden contribuir al desarrollo de las mismas. En este marco, la búsqueda de soluciones para este problema se convierte en un desafío para las PP, dado que, requiere de abordajes específicos, que apunten a trabajar en los FR y consideren un lugar privilegiado para la prevención, enfocada en evitar la aparición de la enfermedad o mejorar el curso de la misma.

Entre los temas que han recibido mayor atención por parte del Poder Legislativo (cuyos legisladores han sido definidos como *partícipes elementales* en la discusión de los problemas públicos) en el período estudiado, seleccionamos cuatro de ellos, sobre los que profundizamos nuestra observación y análisis. Estos son: *la prevención, el tabaquismo, la alimentación y la actividad física*. Además del lugar que ocuparon en la discusión de la agenda del momento, estos

¹⁵⁴ Se denominan enfermedades no transmisibles a un gran grupo de enfermedades que tienen en común el hecho de no causadas por infecciones o transmitidas de persona a persona directamente o por vectores, sino que son entidades crónicas, adquiridas, de larga evolución, y relacionadas a los hábitos de vida y otras cuestiones biológicas o hereditarias.

¹⁵⁵ Se denomina como ECV a enfermedades que incluyen afecciones del corazón y de los vasos sanguíneos. Dichos trastornos presentan alteraciones estructurales o funcionales, en su mayoría, relacionados a la enfermedad aterosclerótica, por la cual los órganos van siendo afectados dando lugar a cambios anatómo-funcionales progresivos. Los órganos “blanco” más alterados son el corazón, el cerebro, el riñón, o los miembros, con los déficits funcionales y secuelas correspondientes.

¹⁵⁶ <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>

¹⁵⁷ Como se mencionó en el capítulo 4, esta tendencia se ha visto modificada recientemente por el impacto de la pandemia por Covid 19.

temas pueden ser vistos aisladamente o en conjunto, por contribuir a incrementar los FRC¹⁵⁸ y la ECV. Desde esta perspectiva, estos pueden ser considerados como prioritarios tanto en la prevención de la ECV como de las ENT.

La mayor parte de los actores involucrados en la construcción de la agenda de salud cardiovascular reconoce la importancia de la prevención en ENT y en ECV. En este sentido, tanto las declaraciones de los organismos internacionales (OMS, 1988-2011; OPS, 2009), como las voces del ámbito académico (Puska et al., 1985; Nissinen et al., 2001; Beaglehole et al., 2010; Hachinski et al., 2010; Schargrodsky et al., 2008), subrayan el valor de la prevención, lo que también se ve reflejado en los relatos de los entrevistados y en los debates a nivel parlamentario. En todos los casos, el enfoque principal en el campo de la prevención, considerado como el más eficiente, es aquel centrado en el control de los FR.

A fines del siglo XX y comienzos de siglo XXI, en el marco de la prevalencia en aumento de las ENT en nuestro país, y en medio de grandes discusiones a nivel político en un contexto de escasez de recursos (propias de los contextos de crisis), se sancionó la Ley 25.501 (en el año 2001). Esta norma nacional brindó marco y fundamento a planes, programas, y normativas posteriores, centrados en priorizar el control y la prevención de las ECV, y orientados a reducir la morbimortalidad de causa coronaria y cerebrovascular en la población general. En sus artículos se condensaron los lineamientos fundamentales de la iniciativa que priorizó el campo de la prevención, e incluyó propuestas educativas y de capacitación, información epidemiológica disponible sobre salud y ECV, actividades de detección precoz, y tratamiento oportuno de HTA y DLP, desafíos que plantea la alimentación en la actualidad y el trabajo multidisciplinario que el MSN (órgano de aplicación de la ley) lleva adelante con sociedades científicas, universidades y agentes de salud en todos los niveles. Si bien la norma tardó muchos años en ser reglamentada, significó una base para que otros temas e iniciativas de este campo pasaran a formar parte de la discusión sobre la agenda pública de salud.

Entre los temas predominantes en las discusiones en el ámbito parlamentario se encontró el problema que el hábito de fumar implica para la salud pública. Al respecto, los informes de la

¹⁵⁸ Aunque tres de ellos, son, además, en sí mismos, factores de riesgo coronario: el tabaquismo, la obesidad, y el sedentarismo

OMS (2019), señalaron que, en el año 2018, había 1.337 billones de consumidores de tabaco en el mundo¹⁵⁹, de los cuales 42 millones eran niños (de 13 a 15 años). En este marco, las sesiones del Congreso se hicieron eco de estos datos, y, por lo tanto, reconocieron al tabaquismo como uno de los temas prioritarios, en tanto factor de riesgo relacionado con las ENT y las ECV.

En cuanto a las iniciativas puestas en marcha para combatir el problema del tabaquismo, en sus relatos, los entrevistados enfatizan el valor de las PP sostenidas en el tiempo, y a su vez, afirman que, a pesar de que el hábito de fumar está fuertemente instalado en la sociedad argentina, la campaña antitabáquica ha dado buenos resultados. Además, la importancia que se le ha dado a esta problemática se refleja en la cantidad de reuniones parlamentarias (con participación de las comisiones de agricultura, industria, y comercio), en las que los temas relacionados con el tabaco fueron abordados. Estos constituyeron alrededor del 20% de los temas de salud tratados en la HCDN en diez años (2001-2011), lo que también da cuenta de las dificultades en conseguir acuerdos intersectoriales respecto a este problema.

Las cifras sobre el consumo de tabaco son alarmantes. En el año 2006, durante las sesiones del Congreso, se señalaba a los doce y trece años como la edad de inicio del consumo de cigarrillos, con tendencia a bajar a los once. A estos datos, los entrevistados agregan que, tanto los datos de la GPC en Tabaco del 2020 como las referencias internacionales, muestran que quince años después (y también en la actualidad), estas cifras son al menos similares, lo que manifiesta la gravedad de la situación. En este marco, reconocer que la duración (y cantidad) del consumo de tabaco, estarán asociados a la magnitud de los daños, permite vislumbrar un horizonte deseable en el que se desarrollen políticas enfocadas a la modificación de conductas en la población, que logren evitar, o por lo menos mitigar, los daños causados por este FR.

En cuanto a la legislación sobre este tema, tras reiteradas y prolongadas discusiones a nivel parlamentario, finalmente, en el año 2011, se sancionó la Ley 26.687 sobre tabaco y salud¹⁶⁰. Esta norma regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco, con la finalidad de prevenir y alertar a la población ante los daños que produce el tabaco, y apunta a reducir su consumo en todas las edades (Artículo 2). Además, la ley establece la prohibición de fumar en lugares de trabajo cerrados y espacios públicos.

¹⁵⁹ La población mundial, de acuerdo a las Naciones Unidas, era, en 2011, alrededor de 7.000 millones de personas. Véase también en: <https://www.un.org/es/global-issues/population>

¹⁶⁰ Que deroga las leyes 23.344 y su modificatoria, la ley 24.044.

Otro de los temas prioritarios, que ingresó a la agenda de salud en el período estudiado, es la cuestión de la alimentación. Al respecto, según la OMS, el hambre y una nutrición inapropiada¹⁶¹ contribuyen a la muerte prematura, aunque, al mismo tiempo, las tasas mundiales de sobrepeso y obesidad¹⁶² están en aumento, y estrechamente relacionadas con el incremento de las ENT. En este marco, los datos de la ENFR4 señalaron que, en Argentina, el 66,1% de los individuos tuvieron exceso de peso¹⁶³, con mayor prevalencia en varones respecto a las mujeres, y un aumento desde el año 2005¹⁶⁴ de casi 11 puntos porcentuales.

En ese contexto, las temáticas vinculadas a la alimentación y a la obesidad ocuparon un lugar importante en las sesiones de la HCDN. De hecho, los trámites parlamentarios sobre estos temas (entre el 2000 y el 2011), constituyeron aproximadamente el 6,8 % del total¹⁶⁵, repartidos entre obesidad y nutrición. En esas reuniones participaron comisiones de diferentes áreas (CASYS, Salud y Deporte, Trabajo, Previsión Social, Justicia y Asuntos penales, Prevención de Adicciones y lucha contra el narcotráfico, Presupuesto y Hacienda, Industria y Comercio, Defensa del consumidor, Sistema de comunicaciones y libertad de expresión, Educación, y Legislación general), lo que puso de manifiesto la necesidad de un abordaje intersectorial que contemplara el tema de la *alimentación* desde la perspectiva de la nutrición adecuada, y el desarrollo de iniciativas orientadas a la búsqueda de conductas de prevención del *sobrepeso* y la *obesidad* para abarcar todos los niveles del sistema de salud implicados así como a otros sectores que pudieran tener una articulación con este, bajo idénticos objetivos.

La cuestión de la alimentación, en tanto tema prioritario, impulsó la sanción de la Ley 26.396 sobre prevención y control de los trastornos alimentarios en el año 2008, mediante la cual, se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios (Artículo 3). En el marco de la sanción de esta ley, y dada la necesidad de un abordaje intersectorial y multidisciplinario, en este proceso participó una Comisión asesora conformada por miembros de

¹⁶¹ En todo el mundo hay cerca de 115 millones de niños con insuficiencia ponderal; la desnutrición contribuye a cerca de un tercio de la mortalidad infantil; el retraso del crecimiento (un indicador de desnutrición crónica) dificulta el desarrollo de 171 millones de niños menores de cinco años.

¹⁶² en todo el mundo hay cerca de 1,5 miles de millones de personas con sobrepeso, de las que 500 millones son obesas; el sobrepeso afecta a 43 millones de niños en el mundo.

<https://www.who.int/nutrition/challenges/es/>

¹⁶³ En grado de sobrepeso en el 33,7% de los casos, y de obesidad, en el 32,4%

¹⁶⁴ En la primera encuesta realizada en 2005 este indicador arrojó que el 14,6% de la población encuestada registraba algún grado de obesidad

¹⁶⁵ Sobre el total de trámites en “salud”

diversos organismos y áreas de trabajo. Más tarde, otros decretos que complementan esta ley, incluyeron advertencias sobre el excesivo consumo de algunos alimentos, y declararon el día nacional de lucha contra la Obesidad¹⁶⁶. En este sentido, el texto del decreto 330 cita los datos de la ENFR (2013), y subraya que la encuesta mostró que el 57,9% de la población tenía exceso de peso, y que tanto este como la obesidad eran del 30% al 50% más frecuentes en personas de bajo nivel educativo.

A partir de lo observado, podemos inferir que la cuestión de la intersectorialidad constituyó un desafío en el abordaje de estas problemáticas. En este sentido, Moro (2015) refiere que:

un ejemplo clásico al respecto, es la cuestión nutricional, donde los nexos con las áreas de educación, de desarrollo social y también con organizaciones comunitarias resultan claves para hacer efectiva una estrategia integral en el territorio. A la vez, en un nivel más macro, este problema se vincula linealmente con las políticas económicas, particularmente aquellas que hacen al precio de los alimentos y al mercado laboral. (Moro, 2015, p.111)

La obesidad constituyó un tema prioritario dada su alta prevalencia, y por ser considerada un FR de gran relevancia en la prevención de la ECV. Por esta razón, existió una amplia gama de actores involucrados en la lucha contra esta enfermedad. En este *juego* de los actores, además de los gubernamentales, sobresalieron las instituciones académicas y de servicios de salud (al entender que la patología podía producir daño a cualquier edad), y representantes de sectores de la industria, el comercio, y la agricultura, cuyos intereses podían verse afectados tras restricciones en el rubro. En estas discusiones participó también el área educativa, ya que, como señalan los entrevistados, la prevención del sobrepeso y la obesidad constituyen una tarea que debería iniciarse en la niñez.

La actividad física y el ejercicio es otro de los temas abordados en nuestra investigación, dado que ambos han sido considerados favorecedores de la salud y la prevención cardiovascular. Su contraparte, el sedentarismo, ha sido uno de los FRC principales, vinculado a la ECV, y asociado a otros FR. En este marco, la OMS (2005), colocó a la *inactividad física* en un lugar prioritario, como FR, y conducta modificable, estrechamente relacionada con las ENT. El propósito, a largo plazo, consistía en que la mayor parte de la población reconociera los beneficios

¹⁶⁶ Se designa el 12 de noviembre como Día Nacional de lucha contra la Obesidad

de la actividad física para la salud, y que comprendiera que este recurso no podía ser reemplazado por ningún fármaco.

La importancia del ejercicio radica en que, como afirman diversos estudios sobre este tema, la actividad física moderada mejora la capacidad funcional, y reduce la incidencia de ECV. Asimismo, esta induce cambios fisiológicos cardiovasculares favorables y beneficiosos en el abordaje de los principales FRC modificables, tales como, la DBT, HTA, DLP, y el sobrepeso. De hecho, el informe de la OMS (2010) sobre ENT coincidió con esas conclusiones, y, además, mencionó los beneficios del ejercicio sobre otras enfermedades (depresión y osteoporosis, y algunos cánceres como colon y mama, por ejemplo). Al respecto, a nivel local, el último Consenso de la SAC sobre Prevención Cardiovascular (2012) y su actualización (2016), también confirmaron los beneficios del ejercicio en la salud cardiovascular.

La evidencia empírica revela que, durante el período 2001-2011, la HCDN trabajó en algunos de estos temas, y esto se reflejó en medidas tomadas al respecto, tales como, la creación de la Dirección de ENT, en el año 2011. La (antigua) Ley de deporte (N°20.655), que data de marzo del año 1974, sobre la Promoción de las actividades deportivas en todo el país, había enfocado estas actividades como factores que contribuyen en la formación integral y la salud. Además, en el último tiempo, las sociedades científicas también abordaron el tema, y elaboraron recomendaciones al respecto. En esta línea, se diseñaron las ENFR con el objetivo de contar con información sobre estos temas a nivel local, y cuya última versión (2019) indicó que la prevalencia de *actividad física baja* aumentó significativamente respecto de la encuesta del año 2013, alcanzando a 6 de cada 10 individuos. Las preguntas sobre actividad física son de los primeros ítems consultados por dicha encuesta.

En el año 2007, bajo la consideración de que el sedentarismo y la inactividad física eran un problema que requería un abordaje desde las PP, se creó el Programa Nacional Argentina Camina¹⁶⁷. Más tarde, en el año 2013, respaldado por la Ley 25.501, por la Resolución 578¹⁶⁸, se lanzó el Programa nacional de lucha contra el sedentarismo, en el ámbito de la Dirección de promoción de la salud y control de ENT. Y, con el propósito de que la actividad física se ubicara en un lugar prioritario en el marco de las PP sobre prevención, control de las ENT y el bienestar

¹⁶⁷ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/127652/norma.htm>

¹⁶⁸ Se tuvieron en cuenta disposiciones de la Ley 25501 y otros decretos, así como datos de la ENFR 2009.

de la persona, en el año 2015, se sancionó la Ley 27.197¹⁶⁹, denominada Ley de Lucha contra el sedentarismo.

En función de lo mencionado, resulta necesario plantear que, de acuerdo a la evidencia empírica, en el campo de las PS locales, aún existen temas a los que no se les ha dado respuesta. Sobre este punto, Alzate Zuluoga y Romo Morales (2017) dejan una *puerta abierta* con la mirada puesta en lo que las agendas dejan *sin tratar*, es decir, los temas que no son contemplados y que quedan pendientes. Desde esta perspectiva, podemos decir que, a lo largo de nuestra investigación también identificamos temas que no fueron tratados, o que solo fueron (y son) abordados parcialmente. En este sentido, hemos observado que ciertas temáticas (que muchas veces son mencionadas como relevantes), no logran ingresar al proceso de discusión de la agenda y, por lo tanto, no se debaten en los ámbitos de definición de la política sanitaria.

Un ejemplo paradigmático de aquellos temas que no logran ser considerados como una prioridad, y, por lo tanto, no forman parte de la agenda de las políticas sanitarias a nivel local, es el caso del sistema de salud. A pesar de su relevancia, dado que atraviesa y se articula con todo lo que sucede -o no sucede- en el campo de la salud, el SS no aparece como objeto de discusión en los debates ni adentro ni afuera del parlamento. Hasta ahora, esta temática solo ha sido abordada lateralmente, es decir, como un emergente y, por lo tanto, no ha formado parte de los temarios de discusión.

En todos los casos, la problemática del SS está enfocada como una barrera al mejor funcionamiento de sus partes, a la puesta en marcha de programas en prevención y tratamiento, a la eficiencia, y a la equidad. Este tema, según Cetrángolo (2014), es de enorme relevancia, ya que, las fallas en el sistema, la fragmentación y el gasto ineficiente, tienen consecuencias directas sobre la equidad, y definen el patrón de acceso a la salud. Al respecto, podríamos decir que, *tal vez*, el tema no se trata por considerar que estos modos ineficientes e inequitativos son considerados estructurales, e inmodificables. *Tal vez*, podrían estar en juego las (ya mencionadas) luchas de intereses entre los actores implicados, sin posibilidades de acuerdos.

¹⁶⁹ Véase también en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27197-255143/texto>

Lo cierto es que la fragmentación del SS, así como las dificultades que plantean las intervenciones en este campo son, conjuntamente con la complejidad de las cuestiones sobre las condiciones y formas de vida de las personas, problemas y desafíos para la política sanitaria (Ariovich, 2015).

Otro aspecto que creemos que merece ser considerado en el marco de este trabajo, es el tema de la conformación de los equipos de las áreas responsables de la elaboración de las normatizaciones, declaraciones, informes, y diversos materiales difundidos por los organismos multinacionales, y por los organismos del campo de la salud a nivel local. Al respecto, a lo largo de nuestras observaciones hemos notado que, en estos equipos técnicos es, a veces, menor, la presencia de perfiles del campo de las ciencias de la salud, y mayor, la de las áreas de economía, administración, y ciencias políticas y sociales. Si bien esto podría ser leído como un posicionamiento institucional de parte de estas organizaciones, podría ser, también, un indicador que da cuenta de la necesidad de reformular y reforzar las propuestas académicas, y orientar parte de esta formación en ciencias de la salud hacia la salud pública, y enfocada hacia la gestión de las PP.

Esta necesidad de reformulación de las propuestas de formación en el campo de la medicina, aparece en las voces de los entrevistados cuando señalan que: *“la parte que los cardiólogos no manejamos es lo que son las políticas nacionales (...) y tiene que haber una parte de formación de salud pública (...) La mayoría de los médicos (...) son médicos asistenciales”* (Jefe Cardiol. H. Público). En el marco de este trabajo, queremos enfatizar que estas observaciones, que pueden ser vistas como un comentario *al pasar*, en realidad requieren ser analizadas en profundidad, ya que, ponen de relieve las nuevas necesidades de formación universitaria que demanda la sociedad actual. Es decir, pensar a la medicina en clave de articulación con el campo de la salud pública y la epidemiología, e incorporar elementos del diseño de políticas públicas en las propuestas de formación más orientadas a la prevención en las ENT y la enfermedad cardiovascular de las comunidades.

Para finalizar, podemos decir que la *construcción de la agenda* es un proceso continuo, y del que participan una multiplicidad de actores que tienen, o pueden tener implicancia en los temas que constituyen la puerta de entrada y primer escalón en el ciclo de la política pública. Además,

consideramos que la enfermedad cardiovascular, dada sus características epidemiológicas y riesgos para la salud y la vida de las personas y las comunidades, merece tener un espacio de discusión preestablecido, profesionalizado y multisectorial. Para que esto tenga lugar, es necesario que se establezcan normas (más) claras, que den cuenta de la transparencia de las decisiones tomadas, con mayor convocatoria a otros sectores y al conjunto de actores de la sociedad civil, y donde haya una mayor presencia de equipos multidisciplinarios en el diseño de las políticas sanitarias.

A lo largo del trabajo de campo, en función de los datos recolectados, y a partir de las voces escuchadas, pudimos identificar la necesidad imperiosa de un replanteo de las formas en que se diseña la agenda de las políticas públicas en salud en nuestro país. Esto se fundamenta en los numerosos relatos cuyas argumentaciones sostienen que “pareciera que en nuestro país no hay un plan de acción consistente y sostenible en el tiempo”. Tal vez estamos (ya) acostumbrados a que se implementen medidas de *corto plazo* que, en parte, creemos que responden a cierta inercia del sistema, a inclinaciones de determinados actores, o inclusive a cuestiones electorales. Al respecto, consideramos que esa modalidad (tan arraigada en la política) no permite vislumbrar un horizonte más amplio (y mejor), que estimule una planificación estratégica pensada a largo plazo, y sustentable (ya sea a diez, veinte, o cincuenta años). Creemos que de eso se trata. La realidad impone el desafío de pensar (y repensar) políticas públicas eficaces, que logren evitar, o por lo menos, mitigar el daño que las ENT y ECV (entre otras) están provocando en la población. Estamos ante enfermedades que, para ser enfrentadas, requieren políticas sanitarias caracterizadas por la coherencia, el trabajo conjunto, las responsabilidades compartidas, y los acuerdos intersectoriales. De esta forma, comenzaremos a recorrer un posible camino hacia el diseño colectivo de una agenda sustentable, más equitativa, estable y flexible a los cambios, eficiente y eficaz, que sea el resultado de una construcción donde cada actor involucrado aporte al bien común.

REFERENCIAS

- Aguilar Villanueva, L. (1993). Estudio Introdutorio. En L. F. Aguilar Villanueva, *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Mexico DF: PORRUA
- Albalawi, Y., Sixsmith, J. (2015). *Agenda Setting for Health Promotion: Exploring an Adapted Model for the Social Media Era*, JMIR Public Health Surveill 2015;1(2): e21) doi: 10.2196/publichealth.50
- Alzate Zuluaga, M. L. y Romo Morales, G. (2017). *La agenda pública en sus teorías y aproximaciones metodológicas. Una clasificación alternativa*. *Revista Enfoques: Ciencia política y Administración pública* 15.26: 13-35
- Arellano Gault, D. (2010). *El enfoque organizacional en la política y la gestión pública*. En Merino, M. y Cejudo, G. (Comps.). *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública*. Ciudad de impresión: Fondo de Cultura Económica, CIDE
- Ariovich, A. (2015). *El abordaje integral de la atención. Una aproximación a la estrategia de la atención primaria de la salud (APS)*. En *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Chiara, M. (compiladora), Primera edición. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento. ISBN 978-987-630-198-5
- Asamblea Mundial de la Salud (2000). Organización Mundial de la Salud <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260192/WHA53-2000-REC1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Babbie, E. R. (2000). *Fundamentos de la Investigación Social / Earl Babbie; [traducción, José Francisco Javier Dávila Martínez]*. (2000) México: International Thomson. Print. Ciencias Sociales, Humanidades
- Balbín C.F. (2017). *Manual de Derecho Administrativo*, Tercera Edición. Editorial La Ley ISBN 9789870330011
- Beaglehole, R., Ebrahim, S., Reddy, S., Voûte, J., Leeder, S. (2007). *Chronic Disease Action Group. Prevention of chronic diseases: a call to action*. *Lancet*. 2007 Dec

22;370(9605):2152-7. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61700-0. Epub 2007 Dec 11. PMID: 18063026.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1965- 1985*. OPS

Bonvecchi, A. (2006). *Determinismo y contingencia en las interpretaciones políticas de la crisis argentina*. Revista SAAP. Publicación de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político, vol. 2, núm. 3, agosto, 2006, pp. 509-536 Sociedad Argentina de Análisis Político Buenos Aires, Argentina

Carta de Ottawa (1986), Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Casalí P., Goldschmidt A. y Cetrángolo O. (2021). *Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*. Perú: OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2020. ISBN: 9789220340066 (Web PDF)

Casar, M. y Maldonado, C. (2008). *Formación de agenda y proceso de toma de decisiones: una aproximación desde la ciencia política*. CIDE (2007).

Cetrángolo, O. (2014). *Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino*. Rev. De Economía Política de Bs. As. Año 8. Vol. 13: 2014: 145-183. ISSN 1850-6933

Cheng, Wenke, Zhang, Z., Cheng, Wensi, Yang C., Diao, L. y Liu, W. (2018). *Associations of leisure-time physical activity with cardiovascular mortality: A systematic review and meta-analysis of 44 prospective cohort studies*. European Journal of Preventive Cardiology, Vol. 25(17) 1864–1872

Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2009). “Conceptualizando la gestión social. Conceptos y herramientas. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (Comp.). *Gestión de la Política Social: conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo

Chiara, M. (2009). Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en argentina en el contexto de la crisis 2001/3. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 529-548, nov.2009/fev.2010 Disponible en:

<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r269.pdf>

Chiara, M. y Di Virgilio, M.M., compiladoras (2017). *Conceptualizando la cuestión social*, Gestión de la Política social, Conceptos y herramientas. (p.72). Ed. UNGS, 2017

Chiara, M. (2018). *La salud gobernada: Política sanitaria en la Argentina 2001-2011*. 1ra ed. Los Polvorines: UNGS. ISBN 978-987-630-377-4

Choi, B. C. K., Maza, R. A., Mujica, O. J. (2019). *PAHO Strategic Plan Advisory Group, PAHO Technical Team*. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43: e61.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019>.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51105>

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003). Organización Mundial de la Salud, reimpresión actualizada, 2004, 2005.

https://www.who.int/fctc/text_download/es/ISBN:9243591010

Cordero, A., Masiá, M.D. y Galve, E. (2014). *Ejercicio físico y salud*. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(9):748–753

Declaración de Adelaida (1998). Disponible en:

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Declaración de Alma-Ata (1978). En: *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; septiembre 6-12 de 1978; Alma-Ata, URSS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. Pp. 3-4. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Acceso el 22 de enero de 2019

DEIS: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>

Di Ruggiero, E., Cohen, J. E., Cole, D. C., y Forman, L. (2015). *Public Health Agenda Setting in a Global Context: The International Labor Organization's Decent Work Agenda*. American Journal of Public Health. April 2015, Vol 105, No. 4. doi:10.2105/AJPH. 2014.302455

Di Virgilio, M. M. (2015). *Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud y La dimensión territorial de la política sanitaria*. En: Gestión territorial integrada para el sector salud. Chiara M. (compiladora), Primera edición. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento. ISBN 978-987-630-198-5

Dolcini, H.A. y Yansenson, J.F. (2004). *Ética y bioética para el equipo de salud*. Buenos Aires. 1ª. Edición, Librería Ed. AKADIA. ISBN 950-9020-96-6

Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud argentina - año 2010 primeros resultados (2016). Sistema estadístico de salud, serie 10 número 21, Buenos Aires, República Argentina.

<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie10Nro19.pdf>

Escobar Escobar, M., Escobar, R. (2018). *Construcción y aplicación de un árbol de problemas transdisciplinar en práctica asistencial*. Ciencia y Salud Virtual, 2018. 10(2), 14-31. DOI: https://doi.org/https://doi.org/10.22519/214_55333.1104

Ferrante, D. y Virgolini, M. (2005). *De Salud Pública y Factores de Riesgo: Vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles*. Rev Argent de Cardiol 73:3:221-227.

Ferrante, D. y Tajer, C. D. (2007) *¿Cuántos infartos hay en la Argentina?* Revista Argentina de Cardiología, vol. 75, núm. 3, mayo-junio, 2007, pp. 161-162 Sociedad Argentina de Cardiología Buenos Aires, Argentina

FESP (2010). Funciones Esenciales de la Salud pública.

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

- Fletcher, G. F., Ades P. A., Kligfield P., Arena, R., Balady, G. J., Bittner, V. A., Coke, L. A., Fleg, J. L., Forman, D. E., Gerber, T. C., Gulati, M., Madan, K., Rhodes, J., Thompson, P. D., Williams, M. A. (2013). American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Epidemiology and Prevention. *Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*. 2013 Aug 20;128(8):873-934. doi: 10.1161/CIR.0b013e31829b5b44. Epub 2013 Jul 22. PMID: 23877260.
- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. Ed. OPS. La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate. Pub. Científica Número 540, Washington D.C. OPS/OMS 75-93
- Frenk, J. (2015). *Leading the way towards universal health coverage: a call to action, Universal health coverage in Latin America 4*. *Lancet* 2015; 385: 1352–58
- Geneau, R., Stuckler, D., Stachenko, S., McKee, M., Ebrahim, S., Basu, S., Chockalingham, A., Mwatsama, M., Jamal, R., Alwan, A., Beaglehole, R. (2010). *Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process*. *Lancet*. 2010 Nov 13;376(9753):1689-98. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61414-6. PMID: 21074260.
- González García, G., y Tobar, F. (2004). *Salud para los argentinos*, ISALUD, Buenos Aries. ISBN: 987-9413-26-1
- Hachinski, V., Donnan, G. A., Gorelick, P. B., Hacke, W., Cramer, S. C., Kaste, M., Fisher, M., Brainin, M., Buchan, A. M., Lo, E. H., Skolnick, B. E., Furie, K. L., Hankey, G. J., Kivipelto, M., Morris, J., Rothwell, P. M., Sacco, R. L., Smith, S. C., Jr, Wang, Y., Bryer, A., ... Tuomilehto, J. (2010). *Stroke: working toward a prioritized world agenda 2010*, American Heart Association, Inc., S. Karger AG, Basel, and John Wiley & Sons, Inc. 238 Vol 5, August 2010, 238–256. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2010.00442.

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) (2004). *Metodología del Marco Lógico*. Boletín del Instituto Número 15. P. 67-80

Kingdom, J. W. (2014). *Agendas, Alternatives and public policies*, Second Edition. Pearson Education Limited, ISBN 13:978-1-292-03920-6

Laureano, J., Mejía, M.L., Cárdenas, E., Flores, M.T., y Gómez, C.M., (2019). *Técnica del árbol: aprendizajes en su utilización para problematizar necesidades de transformación social*, Jalisco, México. *Hacia Promoc. Salud*. 2019; 24(1): 70-83
DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.7

Legislación en Salud de la República Argentina.

<http://leg.msal.gov.ar/>

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70449/norma.htm>

Ley 25.501 (2001). *Sobre la Prioridad Sanitaria del Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en todo el territorio Nacional*. Sanción: 7 de noviembre del 2001. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70449/norma.htm>

Ley 26.396 (2008). *Sobre la Prevención y control de los trastornos alimentarios*. Sanción: 13 de agosto de 2008. Disponible en:

<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/11533.html>

Ley 26.522 (2009). *Sobre la Regulación de los Servicios de Comunicación Audiovisual en todo el ámbito territorial de la República Argentina*. Sanción: 10 de octubre de 2009.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/155000-159999/158649/norma.htm>

Ley 26.687 (2011). *Sobre la Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco*. Sanción: 1 de junio de 2011.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/183207/norma.htm>

Ley 27.197 (2015) *De Lucha Contra el Sedentarismo*. Sanción: 7 de octubre de 2015.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27197-255143/texto>

Macchia, A., Mariani, J., Nul, D., Grancelli, H., Doval, H. C. (2016). *Inequidad social, lugar de residencia y muerte prematura por cualquier causa en la Argentina*. Rev Argent Cardiol 2016; 84:114-119.

Maceira, D., Crojethovic, M., Espínola, N., Nievas, M., Palacios, A. y Urrutia, M. (2014). *Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos Humanos en Salud en Argentina: Estructura de Salarios, Incentivos Contractuales y Ambiente Laboral en el Subsistema Público*. Disponible en: <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/06/Maceira-et-al-RRHH-y-remuneraciones-medicos-salud-publica-argentina.pdf>

Majone, G. (1992). *Los usos del análisis de las políticas*. En Aguilar Villanueva L.F., La hechura de las políticas públicas, Grupo Editorial PORRUA, México. ISBN 9688423191

Majone G. (2016). *Programas de investigación y programas de acción o ¿puede la investigación aprender de la ciencia?* En: Feinstein, O y otros, (2016) La evaluación de las políticas: fundamentos conceptuales y analíticos. Series Estado, gestión y desarrollo en América Latina. CAF Ed. 2016. ISBN9789804220531 <http://biblio.econ.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=178700>

Manual director de actividad física y salud de la República Argentina (2012). Plan Nacional Argentina Saludable, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional De Prevención y Control De Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Componente: Promoción De La Salud. Disponible en:

<https://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/manual-actividad-fisica.pdf>

- Manuel, D. G., Lim, J., Tanuseputro, P., Anderson, G. M., Alter, D. A., Laupacis, A., Mustard, C. A. (2006). *Revisiting Rose: strategies for reducing coronary heart disease*. *BMJ* 2006; 332: 659–62
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*, Primera edición, Buenos Aires: Emecé Editores, 2007. ISBN 978-950-04-2868-2
- Matus, C. (1987). *Política, Planificación y Gobierno*. Instituto Latinoamericano del Caribe y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Fundación ALDATIR
- Matus, C. (1998). *Las ciencias y la política*. *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 3(1): 81-91, Enero-Abril, 2007
- May, Peter J. (1990) Evidence, Argument, & Persuasion in the Policy Process "by" Giandomenico Majone (Book Review). Vol. 23. Amsterdam: Elsevier Scientific, 1990. Web
- Melvin, C. L., Corbie-Smith, G., Kumanyika, S. K., Pratt, C. A., Nelson, C., Walker, E. R., Ammerman, A., Ayala, G. X., Best, L. G., Cherrington, A. L., Economos, C. D., Green, L. W., Harman, J., Hooker, S. P., Murray, D. M., Perri, M. G., Ricketts, T. C., and The Workshop Working Group on C.V.D. (2013). *Prevention in High-Risk Rural Communities. Developing a Research Agenda for Cardiovascular Disease Prevention in High-Risk Rural Communities*, *Am J Public Health*. 2013; 103: 1011–1021. doi:10.2105/AJPH.2012.300984
- Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS (2019) OMS, OPS.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31420>
- Ministerio de Salud de la Nación (2005). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Disponible en
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001593cnt-2005_encuesta-factores-riesgo.pdf.

Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001600cnt-2011_segunda_encuesta_nacional_de_factores_de_riesgo-2009.pd

Ministerio de Salud de la Nación-INDEC (s.f.). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Presentación de los principales resultados. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>.

Ministerio de Salud de la Nación-OPS (2012). *Segunda Encuesta Mundial de Salud Escolar*. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001599cnt-2014-09_encuesta-mundial-salud-escolar-2012.pdf.

Ministerio de Salud de la Nación - INDEC (2013). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf.

Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales resultados*. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuestanacional-factores-riesgo.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Sala de situación de Coronavirus on line*. Cifras al 8 de mayo del 2021.

<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion>

Moro, J. (2015). *Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio y La dimensión institucional de la gestión*. En Gestión territorial integrada para el sector

salud. Chiara M. (compiladora), Primera edición. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento. ISBN 978-987-630-198-5

Nissinen, A., Berrios, X. y Puska, P. (2001). *Community-based noncommunicable disease interventions: lesson from developed countries for developing ones*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79: 963–970.

OMS (2002). *Integrated Management of cardiovascular risk*. Report of a WHO meeting. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Integrated-Management-Cardiovascular-Risk-2002.pdf>

OMS (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro*. Recuperado de https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

OMS (2003). Reimpresión actualizada, 2004, 2005. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. ISBN 978 92 4 359101 8

OMS (2017). *Enfermedades cardiovasculares*; mayo 2017.

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

OMS (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19*.

<https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

OMS (2020). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*.

<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

OPS (2001). *Salud Pública en las Américas*

https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=87:funciones-esenciales-salud-publica&Itemid=604

OPS (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C.: OPS, © 2002. Publicación Científica y Técnica No. 589 ISBN: 92 75 31589 2

OPS (2007). *Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Directrices-para-evaluacion-y-manejo-del-riego-CV-de-OMS.pdf>

OPS (2009). *Las enfermedades cardiovasculares en las Américas*, hoja informativa. Disponible:

<https://www.paho.org/es/documentos/enfermedades-cardiovasculares-america- hoja-informativa>

OPS (2009). *Normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares*. Recopilación de Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas en América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. Washington, D.C.: OPS, © 2009.

OPS (2010). *Prioridades para la salud cardiovascular en la Américas*.

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31070>

OPS (2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*.

<https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Ordúñez-García, P.O. (2011). *Cardiovascular Health in the Americas: Facts, Priorities and the UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases*. MEDICC Review, October 2011, Vol 13, No 4. Disponible en:

https://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/03/mr_218.pdf

<https://doi.org/10.37757/MR2011V13.N4.3>

- Oszlak, Oscar; O'Donnell, Guillermo (1976). "Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación", Cedes, Buenos Aires.
- Oszlak, O., O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO/Nº4, 1981
- Oszlak, O., O'Donnell, G. (1995). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Redes, vol. 2, núm. 4, 1995, pp. 99-128. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires, Argentina (citas de políticas estatales y cuestiones socialmente problematizadas)
- Oszlak, O. (2009). *Implementación participativa de políticas públicas: aportes a la construcción de un marco analítico*. En: Belmonte A. et al. (2009), *Construyendo confianza: hacia un nuevo vínculo entre estado y sociedad civil*. 1ra ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC: Subsecretaría para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia, Jefatura de Gabinete de Ministros, Presidencia de la Nación., 2009. v. 2, p. 9 a 14. ISBN 978-987-1479-11-5
- Ozarow, D., Levey, C. y Christopher, W. (2016). *Un repaso a la crisis argentina de 2001: cambios y continuidades*. De la crisis de 2001 al kirchnerismo: Cambios y continuidades (pp.21-46). Publisher: Prometeo Libros. Editors: Daniel Ozarow, Cara Levey, Christopher Wylde
- PAHO (2016). Pan American Health Organization. *Methodology for the programmatic priorities stratification framework of the PAHO strategic plan*. Proceedings of the PAHO 55th Directing Council, 68th session of the Regional Committee of WHO for the Americas, Washington, DC, 26 – 30 September 2016. Washington, DC: PAHO; 2016
- PNUD, CEPAL y OPS (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Capítulos I, III, IV, V y VI, Buenos Aires

Proyecto CARMEN (2002). *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de ENT*. OPS y OMS.

Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-CARMEN-Una-Iniciativa-Conjunto-Acciones-Reduccion-Multifactorial-ENT-2003.pdf>

Proyecto Karelia: Disponible en:

<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.06.050185.001051>

Puska, P., Nissinen, A. & Tuomilehto, A. (1985). *The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project*. Ann. Rev. Public Health. 1985. 6:147-93

<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.06.050185.001051>

Rayez, R., Federico, R. (2017). Salud pública y organismos internacionales en la trayectoria académico-profesional del doctor David Sevlever; Universidad del Pacífico. Centro de Investigación; Apuntes; 44; 80; 5-2017; 105-130

Restrepo, H. y Málaga, H. (2002). *Agenda para la acción en Promoción de la salud. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. 1ra edición. Ed. Panamericana. 2002. ISBN 9589181554

<https://vdoc.pub/download/promocion-de-la-salud-como-construir-vida-saludable-6ph1sjo7spq0>

Roth Deubel, A. (2006). *Conceptos teóricos y herramientas para el análisis de las políticas públicas*. En A. Roth Deubel, Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación (pp. 17-56). Bogotá: Ediciones Aurora.

Rovere, M. (1999). *Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector*. En Cuadernos Médico Sociales (1999) 75:37

Rovere, M. (1999). *La planificación estratégica frente a la crisis del sector salud*. En: Cuadernos Médico Sociales 75. Rosario, mayo de 1999. 1999.

- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO - Colección Campus Virtual
- Schargrotsky, H., Hernández-Hernández, R., Champagne, B. M., Silva, H., Vinueza, R., Silva Ayçaguer, L.C., Touboul, P. J., Boissonnet, C. P., Escobedo, J., Pellegrini, F., Macchia, A., Wilson, E., & CARMELA Study Investigators. (2008). *CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities*. *Am J Med* 2008; 121:58-65.
- Segunda Encuesta mundial de salud escolar Argentina (2012). Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles. Componente: Vigilancia. Dirección de Promoción de la Salud y control de las ENT. MSN, OPS, OMS. https://extranet.who.int/ncdccs/Data/arg_C7_2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
- Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2019). Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>
- Sociedad Argentina de Cardiología (2012). Área de Normatizaciones y Consensos. *Consenso de prevención cardiovascular*. *Rev Argent Cardiol* 2012;80 (Supl 2):1-127
- Sociedad Argentina de Cardiología (2016). Área de Consensos y Normas, Actualización del *Consenso de Prevención Cardiovascular*. *Rev Arg de Cardiol* 84: (Supl 2): 2-17
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendano, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., D'Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. G., Krogh, V., Kelly-Irving, ... Kivimaki, M. (2017). *Socioeconomic Status and the 25 × 25 Risk Factors as Determinants of Premature Mortality: A Multicohort Study and Meta-*

analysis of 1.7 Million Men and Women. The Lancet (British Edition) 389.10075 (2017): 1229.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7).

Subirats, J.; Knoepfel, P.; Larrue, C. y Varonne, F. (2008). *Los actores de las políticas públicas*. En: Análisis y gestión de políticas públicas. Editorial Ariel, Barcelona. ISBN 9788434418288

Tamayo, M. y Carrillo, E. (2004). *La agenda pública en España*. Revista Internacional de Sociología (RIS) Tercera Época, N°38, Mayo-Agosto, 2004, pp. 35-59.

<http://revintsociologia.revistas.csic.es>

Tamayo, M. y Carrillo, E. (2005). *La Formación de la Agenda Pública*. Foro Internacional, vol. XLV, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 658-681. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59911177004>

Tobar, F. (2001). *El modelo de salud argentino: historia, características, fallas*. F. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina

Tobar, F. (2015). *Salud y cuestión social*. Gestión territorial integrada para el sector salud. Chiara, M. (compiladora), Primera edición. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento. ISBN 978-987-630-198-5

Torres, Natalia (2004). “Manual de Incidencia en el Poder Legislativo”. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires.

Traverso Vior, N., Chuit, R., Mejia, R. (2019). *Agenda Nacional de investigación en Salud Pública*. Rev Argent Salud Pública, 2019; 10(41): 58-61.

Anexo I

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A partir de la idea de que la investigación social es “una forma de conocimiento que se caracteriza por la construcción de evidencia empírica elaborada a partir de la teoría aplicando reglas de procedimiento explícitas” (Sautu,1997: 228), en este trabajo, construimos la evidencia empírica mediante la recolección de datos provenientes de documentos oficiales correspondientes al período estudiado, además de las voces de actores que intervinieron en los diferentes procesos de construcción de las políticas de esa época.

De acuerdo a Earl Babbie, explorar los hechos y procesos implica referirnos, al menos, a dos planos¹⁷⁰: el microsocioal, aquel al cual nos aproximamos cuando investigamos los comportamientos más cercanos entre los actores durante la construcción de la agenda, y también desde qué lugares hablan y a qué o a quién representan. A su vez, ello sucede en un campo social más amplio, en el que existen supuestos, usos, costumbres, e inclusive, formas definidas de ejercer el derecho a la salud en sus diferentes instancias, y refieren, más bien, a fenómenos macrosociales¹⁷¹. Estos aluden a cuestiones más generales de la trama social, a otras posiciones y decisiones, y situaciones que se van definiendo de modo más general, y a lo largo del tiempo. El estudio de ambos planos, micro y macro, está atravesado por el paradigma del interaccionismo simbólico¹⁷² y el paradigma funcional estructural¹⁷³ en el que la sociedad funciona como un todo, donde cada parte funciona como una parte. No obstante, dada la complejidad de los fenómenos en cuestión, estas partes se entrecruzan y asocian entre sí. Es decir, lo que sucede en el ámbito macro afecta a lo micro, de tal modo que, en cierta manera, son fenómenos relacionados.

Para la realización de esta tesis se optó por una metodología cualitativa, dado que, este tipo de enfoque brinda las herramientas y elementos que consideramos adecuados para analizar los

¹⁷⁰ Babbie, E. (2000). Fundamentos de la investigación social / Earl Babbie; [traducción, José Francisco Javier Dávila Martínez]. (Ciencias sociales, humanidades). México: International Thomson

¹⁷¹ Babbie 2000

¹⁷² Cooley 1864-1929; y Simmel

¹⁷³ Comte y Spencer

datos y fenómenos sobre los que se asienta este trabajo, y, además, estudiar en profundidad el tema. Por lo tanto, esta investigación constituye un estudio cualitativo, descriptivo-explicativo.

La información fue obtenida a través de fuentes primarias y secundarias. En cuanto a las primeras, el estudio se apoyó en la realización de entrevistas semi-estructuradas a informantes clave en áreas específicas. Estas sirven para contrastar, complementar, y relacionar la información proveniente de otras fuentes. En este sentido, las entrevistas son herramientas útiles para acercarse al conocimiento de partes de la realidad a través de instancias de interacción personal entre quien investiga y los distintos sujetos que tienen participación directa en la historia que queremos conocer, o lo que conocen de ese recorte. Además, el material de las entrevistas (Sautu, 2005) permite un conocimiento profundo, y un análisis de situaciones y causalidades menos evidentes, que, muchas veces, quedan en un plano menos observable, así como la mencionada triangulación¹⁷⁴ de la información (Marradi, 2007).

Con el fin de obtener información de calidad, se diseñó una guía base de preguntas principales, que pretenden explorar aspectos de las dimensiones a las que refieren los objetivos de nuestra investigación, y preguntas específicas relacionadas con el campo particular de desempeño profesional de cada especialista. Para ello, se indagaron 4 dimensiones principales:

- Los actores y las discusiones sobre agenda pública
- Los temas priorizados en salud cardiovascular
- El Sistema de Salud
- Cuestiones presupuestarias

Si bien los dos últimos puntos no están claramente especificados en nuestros objetivos, entendemos que, gran parte de lo que sucede en el campo de la salud, la atención y la construcción

¹⁷⁴ “La noción de “triangulación” era fiel al significado que la triangulación tenía en las disciplinas de las cuales fue tomado el término (navegación y agrimensura): esencialmente, éste hace referencia a la determinación de la posición de un punto a partir de la intersección de dos rectas trazadas desde otros dos puntos cuyas posiciones son conocidas” (Marradi). En investigación (de múltiples ámbitos formales e informales) se la usa para confirmar, negar, reafirmar una información o dato dado.

y definición de la agenda de salud, está atravesado por otras dimensiones que hacen al sistema de salud y a cuestiones presupuestarias. Por lo tanto, ambas fueron consultadas a los informantes.

En cuanto a las fuentes secundarias, estas provienen del análisis documental. Se analizaron documentos formales: leyes, decretos, reglamentos con disposiciones o programas del Ministerio de Salud de la Nación, del Poder Legislativo, y de las plataformas digitales destinadas a la publicación de estos documentos.

Se consultaron las Actas de las sesiones del Congreso de la Nación¹⁷⁵, en especial, las versiones taquigráficas de las reuniones de las comisiones de salud que hubieran estado disponibles, o toda vez que se trataron las temáticas estudiadas, u otras que pudieran haber estado relacionadas con el tema. También se tuvieron en cuenta otros documentos donde están registradas actividades que se llevaron a cabo entre los actores que participaron de las discusiones sobre la agenda pública en el período estudiado.

Con respecto a la búsqueda de leyes, decretos, reglamentaciones, declaraciones surgidas a partir del Poder Legislativo, la misma se llevó a cabo a partir sus respectivos registros en la página oficial de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, mediante palabras clave, a lo largo de todo el período estudiado. En el caso de estas normativas hubieran tenido modificaciones posteriores, las mismas fueron incluidas.

Los datos fueron ingresados en una tabla Excel para su análisis estadístico y agrupamiento por temas, período y actores participantes. Las versiones taquigráficas de las sesiones de la Comisión de Acción social y salud pública de la Honorable Cámara de Diputados fueron almacenadas en formato digital.

Algunos materiales adicionales o que no hubieran sido digitalizados no se pudieron obtener en su formato papel (o digital), por restricciones al acceso¹⁷⁶.

Además, se prestó especial atención a otros registros (en su mayoría, documentos oficiales) que poseen información vinculada sobre las problemáticas de políticas públicas cardiovasculares y la construcción de la agenda pública a partir de año 2000. Entre ellos, se consultaron informes

¹⁷⁵ Al momento de realizar esta tesis, y atravesando diversas restricciones de asistencia a múltiples actividades por la pandemia de coronavirus (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio), no se pudieron observar algunos materiales solo disponibles en la sede de la comisión de salud del Congreso de la nación.

¹⁷⁶ En relación al decreto del poder ejecutivo nacional sobre la circulación por la Pandemia por COVID 19 desde el 20 de marzo del 2020 y que persiste hasta la mitad del 2021

estadísticos y demográficos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), que contienen información epidemiológica, y también los informes de organismos internacionales, tales como, la OMS y la OPS.

Cuestiones éticas y formales:

Con el objetivo de cumplir con las normas éticas de investigación y preservación de la confidencialidad¹⁷⁷ de los datos personales de los participantes, acorde a las normativas vigentes nacionales, en todos los momentos de la investigación, se solicitó con antelación, la autorización expresa de los participantes mediante una nota formal, a modo de Consentimiento Informado. No obstante, en el marco de nuestro trabajo, al no existir intervención sobre los entrevistados, las normas respectivas no lo exigen.

Entrevistas

Se entrevistaron a actores del campo de la política, la salud, la administración, y el derecho, con la idea de complementar la información hasta aquí existente y ahora traída a través de las voces de los actores que hubieran tenido participación o tuvieran conocimiento de los procesos estudiados.

Las entrevistas se llevaron a cabo, principalmente, en forma remota, a través de distintas plataformas digitales, y en algunos casos, fueron respondidas vía correo electrónico¹⁷⁸. El cuestionario base era común para todos, pero cada uno de ellos contaba con una parte más específica, enfocada a cada entrevistado/a particular.

Los intercambios duraron entre una hora y media y cuatro horas, y el criterio de selección de los profesionales entrevistados se basó en su pertenencia a al campo de la política, la gestión la

¹⁷⁷ Ley 25326

<http://salud.gob.ar/dels/entradas/la-proteccion-de-los-datos-sensibles-en-las-investigaciones-clinicas>

¹⁷⁸ Al momento de realización de la mayor parte del trabajo de campo, Argentina y el mundo atraviesan la pandemia por coronavirus Covid 19, que plantea escenarios diversos de distanciamiento y no presencialidad. Decreto 297/2020. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

investigación, el derecho, la medicina asistencial, la docencia, o la administración en el sector de la salud.

Los y las especialistas seleccionados para las entrevistas recorren la mayor parte de las áreas de conocimiento que se entrecruzan en el campo de la Salud Pública (y específicamente en las ECV), las políticas públicas, y la aplicación de dichas políticas al ámbito de la asistencia y la investigación.

Los materiales de las entrevistas se guardaron en su totalidad en los dos formatos (video y transcripciones) a cargo de la autora. Todos los elementos fueron analizados en conjunto a partir de los temas que los mismos tratan o enfocan, con la misma metodología utilizada para el análisis de las entrevistas.



Anexo II

Entrevistas realizadas

Profesionales entrevistados, Formación académica y Cargo

| Entrevistas | Fecha | Profesión | Especialidad o cargo |
|-------------|-----------------|---|---|
| 1 | julio 2019 | Abogado. Docente, e investigador | Doctor en el Área de Filosofía del Derecho. Derecho de la salud. Discapacidades. Trasplante. Miembro Comités de ética. <i>"Esp. Derecho de la Salud"</i> |
| 2 | septiembre 2020 | Médico; Político. Docente. Consultor | Especialista en Salud Pública. Participación en PEN y PL. Alto rango. <i>"Ex Funcionario Ministerio"</i> |
| 3 | octubre 2020 | Médico cardiólogo, Investigador, Docente. Autor de numerosas publicaciones. | Jefe Servicio de Cardiología Hospital; Ex Directivo Sociedad científica; Ex Director revista científica. Investigador. <i>"Jefe Cardiol. H. Público"</i> |
| 4 | octubre 2020 | Licenciado y Master en Administración; Docente | Especialista en administración de Sistemas de salud. Dirección de Medicina Prepara y Asociaciones civiles de Medicina PP. <i>"Alto cargo Asoc. Med.PP"</i> |
| 5 | abril 2021 | Médica pediatra, Docente, investigadora | Médica de planta Hospital, área consultorios externos; ex Directiva Sociedad Científica. <i>"Ex Directiva SAP"</i> |

Anexo III

SALUD PUBLICA - Ley 25.501 - Texto de la Ley.

Establécese la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional. Sancionada: noviembre 7 de 2001. Promulgada de Hecho: noviembre 29 de 2001.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° — La presente ley establece la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional.

ARTICULO 2° — El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación es el órgano de aplicación de la presente ley.

ARTICULO 3° — La autoridad de aplicación debe desarrollar un Programa Nacional de Prevención de las enfermedades cardiovasculares orientado a reducir la morbimortalidad de causa coronaria y cerebrovascular en la población general.

ARTICULO 4° — El Programa Nacional debe contemplar los siguientes lineamientos y actividades:

- a) Información y educación a la población sobre los factores de riesgo vinculados a la enfermedad coronaria y cerebrovascular tales como stress, tipo y calidad de alimentación, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, dislipemias, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y las formas de prevención de las mismas;
- b) Programas de educación sobre la temática en escuelas y universidades, dirigidos a educadores, padres y alumnos;
- c) Capacitación de agentes de salud comunitarios en actividades de promoción de salud y prevención de riesgos cardiovasculares;
- d) Orientación psicológica al paciente cardiovascular y su grupo familiar;
- e) Actividades de detección precoz y tratamiento oportuno de la hipertensión arterial y las dislipemias;
- f) Desarrollo de un sistema de información epidemiológica y estadística de la enfermedad cardiovascular y sus riesgos a nivel nacional;
- g) Inclusión de información nutricional sobre el contenido de grasas, colesterol y cloruro de sodio en los alimentos comercializados;
- h) Advertencia sobre los riesgos del consumo de alimentos con alto contenido de cloruro de sodio y/o colesterol, incorporada a la publicidad que se haga de los mismos.

ARTICULO 5° — La autoridad de aplicación debe constituir una Comisión Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, en el ámbito del Consejo Federal de Salud, integrado por representantes de las provincias y sociedades Científicas reconocidas, a fin de contribuir en la planificación, seguimiento y evaluación del programa.

ARTICULO 6° — Facúltase a la comisión a formalizar encuestas, requerir información a personas físicas o jurídicas privadas u organismos oficiales, elaborar bases de datos y confeccionar estadísticas, conforme a los planes que sobre ello apruebe la autoridad de aplicación.

ARTICULO 7° — Invítase a las provincias a adherir a la presente.

ARTICULO 8° — Los fondos que demande la instrumentación de la presente ley se aplicarán a las partidas presupuestarias que el Poder Ejecutivo establezca anualmente en el presupuesto del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

ARTICULO 9° — El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley en el término de noventa (90) días de su promulgación.

ARTICULO 10. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS SIETE DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL UNO. RAFAEL PASCUAL. — MARIO A. LOSADA. — Guillermo Aramburu. — Juan C. Oyarzún.

Anexo IV

Decreto 828/2006 - Ley de Ministerios

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL;
3. Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud;
4. Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social;
5. Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica;
6. Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma;
7. Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas;
8. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo;
9. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte;
10. Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional;
11. Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos;
12. Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica;
13. Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas;
14. Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado;
15. Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados;
16. Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes;
17. Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales;
18. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud;
19. Intervenir en la normatización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION;
20. Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial;

21. Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor;
22. Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud;
23. Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud;
24. Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos;
25. Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información;
26. Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud;
27. Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud;
28. Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud;
29. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial;
30. Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital;
31. Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA;
32. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil;
33. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles;
34. Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario;
35. Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades;
36. Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones;
37. Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales-determinados en situación de riesgo;
38. Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograrla readaptación y reeducación del discapacitado e inválido;
39. Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661;
40. Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga;
41. Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del PODER EJECUTIVO NACIONAL con competencia en la materia.

Fuente: Artículo art. 3° del [Decreto 828/2006](#)

Anexo V

ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE

Construcción de agenda en políticas públicas en salud y atención cardiovascular | 2001-2011

Los actores. Los temas prioritarios

Entrevistado/a:

Maestranda: Adriana Salazar

La presente entrevista se realiza en el contexto de la realización de la Tesis de Maestría en Administración y Políticas públicas de la Universidad San Andrés de Buenos Aires, bajo el Título “Construcción de agenda en políticas públicas en salud y atención cardiovascular”. Bajo la Dirección de Mercedes Di Virgilio y Ana Ariovich. Director de la Maestría: Marcelo Leiras.

Su participación implica la aceptación a la realización de la misma y que BRINDA SU CONSENTIMIENTO para esta entrevista. La investigadora se compromete a respetar las normas éticas de investigación y preservar la confidencialidad de los datos personales de sus participantes, acorde a las normativas vigentes nacionales e internacionales.

La entrevista será realizada en diversos formatos, debido a la situación de la Pandemia de Coronavirus presente al momento de su realización. Y a las restricciones vigentes y recomendaciones gubernamentales sobre el Aislamiento Social Obligatorio.

LOS TEMAS priorizados en salud cardiovascular

1. ¿Qué temas piensa usted han sido considerados “relevantes” para la salud cardiovascular en las últimas dos décadas?
2. Cuando se habla de PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR, ¿qué temas se consideran? ¿En qué orden pondría Usted las cuestiones implicadas? (de mayor a menor importancia)
3. Cuando se habla de ATENCIÓN CARDIOVASCULAR, ¿qué temas se consideran?
4. Pensando en cómo se hizo el diseño de la política pública en lo cardiovascular: ¿cuáles han sido los puntos que en su opinión se priorizaron y pusieron en el centro de esa política?
5. ¿Cuál cree Usted sería el rol de autoridades nivel Nación en una política pública en salud cardiovascular? ¿Cuál sería el rol de las provincias? (en general o en particular) ¿Qué acciones o temáticas le parece quedarían para el ámbito municipal?
6. ¿Qué papel tendrían las políticas sobre consumo de tabaco en estas estrategias de prevención?

LAS DISCUSIONES sobre temas de agenda pública y los actores

1. Según su conocimiento ¿Cuáles son las problemáticas o tópicos que más se consideraron en las discusiones parlamentarias, específicamente en temas cardiovasculares? ¿A qué cuestiones aluden estas discusiones?
2. ¿Qué cuestiones quedan (o quedaron) sin discutir? - ¿Por qué piensa que NO se trabajaron/trabajan esos tópicos?
3. ¿Qué actores habría que incorporar en las discusiones sobre salud cardiovascular)? *Queremos preguntarle indagando en: actores del ámbito político, actores de las obras sociales, actores del sector privado, actores del ámbito académico o científico, o el PAMI.*
4. ¿Conoce Usted si existieron (o existen) reuniones o tratativas externas al ámbito legislativo para discutir temas vinculados a la salud cardiovascular ¿Entre quiénes?
5. ¿Cuál ha sido y cuál debería ser el rol de la universidad y las sociedades científicas en la construcción de las Políticas Públicas en salud Cardiovascular?
6. ¿De qué manera se abordan las políticas públicas en salud cardiovascular en las sociedades científicas de salud?
7. ¿Cuáles son los principales tópicos que integran agenda de trabajo en salud cardiovascular en la SAC? ¿Como se organiza el trabajo en torno a esta agenda? ¿A quiénes se convoca para trabajar estos tópicos?
8. ¿Cómo fue la participación de la Sociedad Argentina de Cardiología en el contexto del surgimiento de la ley 25501? (sobre la Prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional).
9. ¿Cómo es el acceso de sociedades como la SAC a autoridades parlamentarias cuando se quiere expresar una posición sobre algún asunto de importancia... o influir en algún proceso?

CUESTIONES PRESUPUESTARIAS e INFRAESTRUCTURA

1. ¿Cómo cree Usted influyen las cuestiones presupuestarias cuando se va a tomar decisiones desde la salud pública sobre la salud cardiovascular? ¿Qué desafíos aparecen? ¿Qué problemáticas?
2. ¿Qué opinión tiene sobre el presupuesto nacional, y/o provincial destinado a programas en salud cardiovascular en el período?
3. ¿Qué opinión tiene sobre la situación de los hospitales públicos en los años 1995-2000-2010? ¿Cómo estaba equipado en recurso humano, físico y tecnológico? (en relación a la atención cardiovascular)
4. ¿Cuáles han sido las situaciones vividas en su hospital durante los años que precedieron a la crisis del 2001, y durante la década siguiente en el plano de la atención cardiovascular? ¿Es posible dividir esos procesos en Períodos, asuntos, o problemas y cuáles? ¿Por qué?
5. ¿Cómo se pone en marcha un programa surgido desde el Ministerio salud nación en el Hospital (su hospital, principalmente)? ¿Qué dificultades principales se enfrenta cuando debe hacerlo?

EL PMO Y SISTEMA DE SALUD RESPECTO DE LO CARDIOVASCULAR (período 2001-2011)

1. ¿Cómo fue gestada y decidida la formulación del PMO en el campo cardiovascular en el período?
2. ¿Cómo pudo ser afrontado (económicamente) ese PMO en el período?
3. ¿Qué puede decir sobre el PMO en cardiovascular para los usuarios del sistema?
4. ¿Cómo ha sido (entre el 2000 y 2010-12) la coordinación entre los distintos niveles de gobierno en la atención cardiovascular?
5. ¿Cómo ha sido la coordinación entre los subsectores del sistema de salud en la atención cardiovascular?

PARA IR CERRANDO

1. ¿Qué lugar tuvieron (y tienen) los medios de comunicación en las estrategias de comunicación de promoción y prevención cardiovascular? ¿cómo le parece que debería ser este rol y responsabilidades?
2. ¿Qué otras cuestiones le parecen importantes para incorporar en una política de salud cardiovascular? Sus comentarios generales...

Gracias por su participación.-



Universidad de
San Andrés