



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad de Buenos Aires

P

# “Curarse en salud”. Saber en atención primaria de la salud

La implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina

Autor:  
Scaglia, María Cecilia

Director:  
Menéndez, Eduardo Luis  
Co-Directora:  
Neufeld, María Rosa

Julio de 2012

Tesis presentada para cumplir con los requisitos finales para la obtención del título de **Doctora de la Universidad de Buenos Aires en Antropología**

Posgrado



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL  
Repositorio Institucional de la Facultad  
de Filosofía y Letras, UBA

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
DOCTORADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS**

**“CURARSE EN SALUD”.  
SABER EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD .LA  
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS EN  
FLORENCIO VARELA. ARGENTINA.**

**TESISTA  
MARÍA CECILIA SCAGLIA**

**DIRECTOR.  
EDUARDO LUIS MENÉNDEZ**

**Co – DIRECTORA  
MARÍA ROSA NEUFELD**

**JULIO 2012**

*A Santiago a quien aún extraño*

ANEXO: SIGLAS	7
AGRADECIMIENTOS	8
INTRODUCCION	11
CAPITULO I	14
<b>EL PROBLEMA: EL SABER DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	14
La eficacia de las políticas depende de la formación del personal de salud?	14
Es posible la Atención Primaria?	16
Interrogantes y problemas	19
Las Hipótesis	20
Los objetivos de esta investigación	21
<b>LA METODOLOGÍA UTILIZADA</b>	24
Primera Etapa: 2002 – 2007. De las dificultades de una etnografía silvestre	24
Segunda etapa: 2008- 2010. De la necesidad del distanciamiento	32
Recapitulando	42
CAPITULO II	44
<b>LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS.</b>	44
De la importancia de una teoría del estado para abordar las políticas sanitarias	44
El contexto de surgimiento de la propuesta de atención primaria de la salud.	47
La Atención Primaria Selectiva: un recorte a tono con los tiempos	50
La Promoción de la Salud y la propuesta de descentralización de los sistemas de salud	55
El debate en torno del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS): nuevos vientos o meros intentos?	56
A modo de síntesis	63
<b>LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y LA SALUD PUBLICA EN ARGENTINA</b>	64
Los “higienistas” y las políticas de Ramón Carrillo	64
Las políticas sanitarias desde el desarrollismo hasta el estado burocrático autoritario ..67	
La apertura democrática, algunas experiencias significativas basadas en la APS.	71
El neoliberalismo y la atención primaria selectiva en Argentina	74
Es posible hablar de posneoliberalismo?	77
Sintetizando	79
<b>ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE LA TEMÁTICA.</b>	80

Antecedentes desde las ciencias sociales y la antropología.	81
Aportes desde el campo del sanitarismo	85
Antecedentes sobre prevención y promoción de la salud, y sobre formación de recursos humanos en APS.	94
<b>LA APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA.</b>	97
Lo local y lo global, la perspectiva del actor como verdad.	99
De modelos y saberes	102
Estilo de vida, riesgos y prevención analizados desde la antropología	106
Modelo Médico Hegemónico y Sector público de la salud	107
Recapitulando	111
<b>CAPITULO III</b>	114
<b>LAS CONDICIONES SOCIALES Y SANITARIAS DE FLORENCIO VARELA</b>	114
Caracterización social de Florencio Varela.	114
De pobreza y exclusiones.	121
Programas, organizaciones barriales y estrategias de vida.	123
<b>PRINCIPALES CARACTERISTICAS SOCIO SANITARIAS</b>	129
La estructura del sistema de salud en Florencio Varela.	136
Acerca de los centros de salud	139
Los programas en el primer nivel de atención de la salud	142
Programas basados en el sanitarismo clásico y en la medicina preventiva	144
Programas focalizados basados en la concepción neoliberal.	145
Programas formulados en la etapa posneoliberal.	149
Recapitulando	155
<b>CAPITULO IV</b>	157
<b>EL PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS</b>	157
Principales características del Programa Médicos Comunitarios; diseño e implementación en el nivel local.	157
Los alumnos del posgrado	160
Los contenidos teóricos y las herramientas técnicas del PMC.	165
Acerca de los módulos.	165
Las clases y los docentes	173
Los espacios de tutoría	178
Recapitulando	180
<b>CAPITULO V</b>	182
<b>EL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO SANTA RITA O LA VIGENCIA DE LOS CLASICOS.</b>	182

Breve descripción del barrio.	183
El centro de salud: su historia y su funcionamiento.	185
<b>EL SABER DE QUIENES NO PARTICIPARON DEL POSGRADO.</b>	191
De saberes y trayectorias	191
Las representaciones sobre el proceso s-e-a.	194
Las prácticas en el ámbito de la consulta.	196
Las prácticas de promoción de la salud	202
Las prácticas en el marco de los programas de salud.	205
<b>EL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS Y SU IMPLEMENTACIÓN EN SANTA RITA</b>	210
<b>EL SABER DE LOS QUE CURSARON EL POSGRADO</b>	214
De saberes y trayectorias	215
Las representaciones sobre el proceso s-e-a.	217
Las prácticas en la esfera de la consulta.	219
Las prácticas de promoción de la salud	226
Las prácticas en el marco de los programas de salud.	228
El PMC, el significado y el sentido de los cambios	231
Similitudes y diferencias entre quienes cursaron el PMC y quienes no; lo que aportó el programa de capacitación	236
<b>CAPITULO VI</b>	240
<b>EL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO ALPARGATAS O LA VIOLENCIA DEL ESTIGMA</b>	240
El discreto encanto de vivir en Alpargatas	241
La marca del estigma	243
Estigma e identidad, o el orgullo de ser de Alpargatas	245
El centro del estigma	248
<i>Seis años después...</i>	250
<b>EL SABER DE QUIENES NO PARTICIPARON DEL POSGRADO.</b>	256
Las trayectorias de los actores	256
Las representaciones sobre el proceso s-e-a.	258
Las prácticas en la esfera de la consulta	266
Las prácticas de promoción de la salud	274
Las prácticas en el marco de los programas de salud	281
<b>EL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS Y SU IMPLEMENTACIÓN EN ALPARGATAS.</b>	286
<b>EL SABER DE LOS ALUMNOS DEL POSGRADO</b>	289
Las trayectorias de los actores	290

Las representaciones sobre el proceso s-e-a.	291
Las prácticas en la esfera de la consulta	293
Las prácticas de promoción de la salud	297
Las prácticas en el marco de los programas de salud	299
El PMC, el significado y el sentido de los cambios	301
Similitudes y diferencias entre quienes cursaron el PMC y quienes no; lo que aportó el programa de capacitación	305
<b>CAPITULO VII</b>	<b>309</b>
<b>EL SABER DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN APS: UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA.</b>	<b>309</b>
El saber de los que no fueron parte del PMC	310
El saber de los alumnos del Programa Médicos Comunitarios.	313
Para qué sirvió el PMC.	315
Revisión de las hipótesis	318
Los aportes con relación a la bibliografía relevada.	322
Otros aportes.	323
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>327</b>

## ANEXO: SIGLAS

<b>APS</b>	<b>Atención Primaria de la Salud</b>
<b>ASIS</b>	<b>Análisis Situacional de Salud</b>
<b>AUH</b>	<b>Asignación Universal por Hijo</b>
<b>CAPS</b>	<b>Centro de Atención Primaria de la Salud</b>
<b>CDSS</b>	<b>Comisión de Determinantes Sociales en Salud</b>
<b>FONAVI</b>	<b>Fondo Nacional de la Vivienda</b>
<b>HTA</b>	<b>Hipertensión Arterial</b>
<b>MMH</b>	<b>Modelo Médico Hegemónico</b>
<b>MS</b>	<b>Medicina Social</b>
<b>PMC</b>	<b>Programa Médicos Comunitarios</b>
<b>PROMIN</b>	<b>Programa Materno Infantil</b>
<b>PSEA</b>	<b>Proceso Salud – Enfermedad - Atención</b>
<b>PSF</b>	<b>Programa Salud y Familia</b>
<b>PSSR</b>	<b>Programa de Salud Sexual y Reproductiva</b>
<b>OPS</b>	<b>Organización Panamericana de la Salud</b>
<b>OMS</b>	<b>Organización Mundial de la Slud</b>
<b>SCL</b>	<b>Salud Colectiva Latinoamericana</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Salud</b>
<b>TS</b>	<b>Trabajadores de la salud</b>



## AGRADECIMIENTOS

*La gratitud es la memoria del corazón*

Para realizar este trabajo necesité del cariño, el acompañamiento y el esfuerzo de muchos seres queridos. Intentaré evitar la tentación de hacer un balance de vida en esta circunstancia y trataré de ceñirme a darle las gracias a aquellos que, de una u otra forma, participaron de este proceso, que fueron muchos.

En primer lugar quiero agradecer a Eduardo Menéndez, para mí ha sido un honor, al que no se si he sabido corresponder, que haya dirigido esta tesis. Cuando digo “director de tesis” me refiero a que ha sido el conductor de este trabajo. Supo llevarme por los caminos de la crítica y la autocrítica sin soltarme la mano, aún en los momentos en que flaqueaba. Me ayudó a trascender mis limitaciones y siempre estuvo cerca, aún lejos; dispuesto a leer con prontitud y con rigor cada uno de mis borradores, y hacerme llegar sus comentarios, siempre firmes y amable. También me permitió conocer algo de su historia de vida a través de intensas charlas, que rondaron por el mundo, nuestro país y nuestra historia. Esas conversaciones, esos cafés compartidos y esas caminatas son recuerdos que atesoro con orgullo.

María Rosa Neufeld, ha sido uno de los pilares en este camino. A ella también va mi inmensa gratitud. Como buena amiga y maestra acompañó todos los vaivenes de este proceso con toda su generosidad. Desde el momento en que me sugirió a Eduardo como director hasta el último borrador que envié a México, siempre estuvo dispuesta a la lectura y atenta a corregir todos los detalles que hicieran posible que este sea un trabajo digno de ser presentado. No sé si soy digna de su cariño, pero sé que encontré una persona maravillosa, a quien adoro y que es uno de mis principales ejemplos de vida. Haber compartido esta tarea, y otras también, me ha hecho sentir mejor persona.

Otro de los referentes en mi formación como antropóloga es Hugo Trincherro. De él aprendí que se puede conjugar compromiso y rigor científico, y a eso aspiro. Hugo es, además de un ejemplo, un gran amigo, eso él lo sabe y a mí me honra. Alejandro Balazote fue en estos años un compañero de fierro, siempre tuvo a mano el consejo oportuno, y me enseñó a hacer fácil lo difícil. Para él también va mi gratitud y mi reconocimiento.

En este recorrido también me acompañaron Ariel Thisted y Mirta Lischetti. Ariel ha sabido contenerme en momentos de angustia y enojo conmigo misma, y se lo agradezco inmensamente. A Mirta le doy las gracias por su risa contagiosa, su inteligente alegría, ser su compañera fue una de mis mejores experiencias de trabajo. A Mónica Tarducci le voy a agradecer eternamente todo lo que hizo por esta tesis, sin ella este trabajo no hubiera sido posible, su participación fue de una enorme nobleza y desinterés que no voy a olvidar nunca.

También quiero expresar mi reconocimiento a Susana Margulies, las charlas con ella siempre fueron un espacio de reflexión sobre los temas que transita esta tesis; y también en cada evento académico tuvo una lectura crítica de mis presentaciones que me ayudaron a orientar mejor este trabajo.

No voy a dejar de mencionar a mis amigas y compañeras, Marcela Woods y Cecilia Varela. Con Marce aprendí el placer del trabajo colectivo, escribir juntas ha sido una experiencia que me permitió congeniar la diversión y el análisis. Muchas de los temas que pensamos juntas son parte de este trabajo. Además siempre supo hacerse un tiempo para leer y aportar generosamente su aguda mirada. Las conversaciones telefónicas con Ceci me ayudaron en ocasiones para destrabar la escritura, para hacer una pausa. Y aunque no compartimos intereses teóricos comunes, en todo momento ha estado predisposta a escuchar mis cavilaciones.

No puedo dejar de mencionar el empujón que me dio Mumi Morey, cuando me mostró que hacer el doctorado era una empresa posible. Tampoco puedo olvidarme de todos los compañeros y colegas que siempre me alentaron y depositaron su confianza en mi trabajo. Son muchos pero trataré de nombrarlos a todos y pido por anticipado una disculpa a quien me olvide. Gracias enormes a Liliana, Maxi, Mercedes, las Lauras, Javier, Sebas, Ivanna, Lili, Silvana, Virginia, Cristina, Jorge, Ale, Pablo, Felisa, Cecilia, Vanesa, Bárbara, Maru, Paloma, Agustín, Sole, Ramiro, Lorena, Guadalupe, Julia, Hernán, María Inés, Josefina, María y tantos más que seguro estoy omitiendo. A todos ellos les digo que su compañía me impulsó siempre a seguir.

También le quiero agradecer su interés a los compañeros de Filo con quienes intentamos día a día hacer una institución mejor: Gabriela, Silvia, Graciela, Matías, Alejandro, Claudio, Marcela, Sofi, Marina, Fernando, Ariel, Gabriel, Ángel, Belén, Esther, Ana María, Leonardo y Leonor. Merecen un reconocimiento especial todos mis compañeros de la Secretaría de Posgrado

que me bancaron tantos “encierros” de escritura: Pablo, Mariana, los chicos y muy especialmente Elena.

Cabe mi más sincero reconocimiento a todos los trabajadores de la salud de Florencio Varela. A ellos les debo las preguntas que guiaron esta investigación, y también la buena predisposición para trabajar conmigo. No puedo más que exaltar su compromiso de trabajo con el pueblo en pos de una sociedad más justa. También merecen mi agradecimiento los secretarios de salud del municipio que habilitaron y se interesaron en este trabajo, así como los compañeros que me brindaron el primer acercamiento a los problemas de la salud pública: Lucía, Ana, Teresa, Rodolfo, Jorge, Silvia, Orlando, Sergio, Adriana, Vicente y tantos más.

No puedo dejar de agradecer a mi familia. Mi papá, que persistió en el afán de llegar a “mi hijo el doctor” y mi mamá que me dio sabios consejos: “nena, dejá de pensar y escribí”. A Adita, que fue la mejor trabajadora de la salud que conocí. Y Bela, que atendió con amor a “mis chicos” tantas tardes de domingo para que pudiera seguir trabajando en la tesis. También quiero mencionar a mis amigas Adri y Ana, que me alentaron en todo momento

Mis hijos iluminaron cada día de estos últimos seis años, y fueron el motor que me dio aliento para seguir cada día. Juli, compañera de ruta en esto de la escritura, de lejos atenta a todas las vicisitudes; Guillo y Nati, ambos con el abrazo que calienta el alma. Charo, me animó con silenciosa compañía, verla crecer tan íntegra me estimula para intentar ser siempre un ejemplo de trabajo para ella. Mate, que soportó estoicamente tantísimos fines de semana sin mí, tantas ausencias, sólo con la esperanza de ver su nombre en este apartado. Para ellos va un abrazo amoroso.

Para Jorge, mi amor y compañero, solamente hay palabras de gratitud. Esta empresa fue siempre un proyecto de los dos; a él le debo la inspiración y la fuerza. Fue el garante de este trabajo y sumó su alegría y entrega cotidianas. Nunca, ni por un momento dudó de las posibilidades de realización de este trabajo. A él se lo dedico.

## INTRODUCCION

Esta tesis es el resultado de un proceso de investigación iniciado en el año 2005 sobre las características que asume el saber de los trabajadores de la salud en el primer nivel de atención, y de la posibilidad de que este saber se modifique a partir de la implementación de programas orientados hacia la formación de recursos humanos en concordancia con la propuesta de la Atención Primaria de la Salud.

La formación de los médicos, y de los trabajadores de la salud en general, ha sido considerada una de las principales preocupaciones para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria (APS) a nivel mundial. En la Argentina, más allá de la orientación que asumieron las políticas públicas en los últimos 30 años, todas las propuestas de fortalecimiento de la APS han incluido algún componente de capacitación. El foco de esta investigación está puesto, entonces, en el desarrollo del Programa Médicos Comunitarios y el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, en dos Centros de Atención Primaria de la Salud ubicados en un distrito del segundo cordón del conurbano bonaerense.

La elección del ámbito de investigación no es casual, ya que por una parte esta región ha sido una de las más castigadas por los procesos macrosociales de expoliación y pauperización de los sectores populares; pero, a su vez, ha sido objeto del desarrollo de políticas sociales tendientes a atemperar los efectos de estos procesos en la vida cotidiana. Las políticas sanitarias no han estado ajenas a estos procesos y el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud se constituyó durante décadas en discurso legitimante de estas políticas.

Por otra parte, mi trabajo en la gestión municipal en este distrito desde año 1992, y en el sector salud desde el año 2002, me ha posibilitado la comprensión de múltiples procesos que se condensan y se entrelazan en la implementación de las políticas y la vida cotidiana de los sectores subalternos en el nivel local. He intentado que esta experiencia profesional y formativa se expresara en este trabajo, y para ello he recurrido no solamente a los registros de campo sino también a otro tipo de informes, para poder reconstruir esta trayectoria. Pero además fue preciso objetivar esta experiencia, reconstruirla para poder analizar el campo de problemas elegido. Esta tesis da cuenta entonces de este proceso de ida y vuelta desde la reflexión a la intervención y nuevamente a la reflexión, que atravesó mi vida profesional y académica.

La estructura de los capítulos de esta tesis busca dar cuenta de esta dialéctica. Así en el primer capítulo se desarrolla el problema de investigación, los principales interrogantes que guiaron la investigación, los objetivos y las hipótesis. Luego se exponen los recursos metodológicos utilizados describiendo y fundamentando las dimensiones de análisis elegidas. Explicito también algunas consideraciones en torno de las particularidades que adquirió el trabajo de campo en tanto que gran parte del mismo fue llevado adelante a partir de mi inserción como tutora del programa de capacitación objeto de análisis. Por último expongo los criterios utilizados para la selección de los dos centros de salud que constituyen las unidades de análisis y cómo se escogieron los distintos actores para la realización del segundo momento del trabajo de campo, y cómo se construyeron las distintas herramientas para el relevamiento de la información.

El segundo capítulo está destinado a desplegar los antecedentes históricos y teóricos en el tema. La primera parte del mismo aborda los procesos que llevaron a la formulación de la propuesta de APS por parte de la Conferencia Mundial de Alma Ata, las sucesivas reformulaciones que ha ido sufriendo a partir de las políticas sanitarias que intentaron llevarla adelante y los permanentes debates en torno de la eficacia de la misma en ámbitos internacionales. Luego me centro en el análisis de las políticas sanitarias que se han desarrollado en nuestro país, con el fin de reseñar los antecedentes en materia de prevención y promoción de la salud, y en todo lo referido al fortalecimiento del primer nivel de atención.

La segunda parte de este capítulo presenta los antecedentes teóricos que construyen este campo del conocimiento, resumiendo el aporte de las investigaciones recientes desde las ciencias sociales en general y en particular desde la antropología; así como las contribuciones desde el campo del sanitarismo. Finalmente expongo las categorías utilizadas para el análisis, principalmente aquellos conceptos propios de la antropología médica.

El capítulo III de esta tesis está dedicado a la descripción del distrito elegido como ámbito de investigación. En la primera parte expongo las principales características sociales y políticas del distrito intentando desentrañar los procesos históricos, demográficos, económicos y políticos que explican estas particulares condiciones. En un segundo momento me concentro en las condiciones socio-sanitarias de esta localidad y el perfil epidemiológico de su población. Luego describo la estructura local de los servicios de salud dando cuenta de las políticas sanitarias que permitieron su conformación, haciendo especial hincapié en las políticas y programas correspondientes al primer nivel de atención y/o al fortalecimiento de la estrategia de APS en el distrito. Por último

reseño los principales programas que se implementan en el distrito discriminando si fueron formulados por los gobiernos nacional, provincial o municipal y las principales fuentes de financiamiento.

El cuarto, es el capítulo destinado a explicitar las características generales del Programa Médicos Comunitarios y la modalidad de implementación que se dio en el distrito. Cabe señalar que, más allá de la denominación que se le dio a este programa, estaba orientado al conjunto de los trabajadores de la salud (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y licenciadas en obstetricia). En primer término me dedico a describir su diseño en términos de objetivos, acciones, financiamiento y alcance; para luego analizar los contenidos teóricos respecto del proceso salud – enfermedad - atención y los contenidos teóricos referidos a la importancia de la promoción de la salud y la prevención. Luego examino las herramientas técnicas ofrecidas desde el programa de capacitación y las modalidades pedagógicas que asumió el proceso de enseñanza aprendizaje.

En los capítulos V y VI se describen y analizan los centros de salud elegidos. El capítulo V está dedicado al centro de salud del barrio Santa Rita y el VI al del barrio Alpagatas. En ambos capítulos la estructura es la misma, en primer lugar describo los barrios en los que se localizan estos CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud), dando cuenta de la población que lo habita y de algunas características sociales y urbanas. En segundo término describo la conformación de los equipos de salud, la dinámica de funcionamiento, las trayectorias de los actores y las formas que asumió la implementación del Programa Médicos Comunitarios. Luego, concentrándome en los objetivos de esta investigación, analizo los saberes en torno del proceso s-e-a, las estrategias clínicas que despliegan estos trabajadores, y las representaciones y las prácticas respecto de la prevención y la promoción de la salud. En primer término realizo este análisis entre aquellos que no formaron parte de la experiencia del posgrado, y luego me dedico a los que sí lo hicieron. Finalmente expongo una reflexión respecto de los cambios operados a partir de la implementación del PMC, haciendo énfasis en las herramientas teóricas y técnicas ofrecidas desde el posgrado y las que efectivamente utilizan en su práctica médica cotidiana.

El último capítulo está destinado a las conclusiones de este trabajo. Allí intento sintetizar lo visto en los capítulos anteriores, y analizar comparativamente los dos centros de salud seleccionados, intentando responder a los interrogantes que guiaron esta investigación.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA: EL SABER DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

#### La eficacia de las políticas depende de la formación del personal de salud?

Las políticas sanitarias en los últimos 30 años en la Argentina, en particular las que involucran el subsector público de la salud, han invocado para legitimar su diseño la necesidad del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud. Siguiendo estos principios, han partido del supuesto de que en gran medida las dificultades principales para la implementación de las mismas se centraban en la falta de recursos humanos formados a tales efectos. Los documentos de los organismos internacionales (OPS/OMS; 1992; 2003; 2005) cuestionan la escasez de contenidos en la formación de base de los trabajadores de la salud en temas relacionados con una concepción de la salud como proceso social, en la ausencia de herramientas teóricas para abordar la dimensión social del proceso salud/enfermedad/atención, y hacen hincapié en la crítica a la formación de los trabajadores de la salud que está fundamentalmente orientada por una concepción biomédica.

Estos mismos organismos, a la hora de evaluar la eficacia de estas iniciativas lo han hecho identificando lo que denominan “dificultades” u “obstáculos”. Sin embargo no consideran la tarea cotidiana que despliegan los trabajadores de los centros de salud. Así, cuando se refieren a dificultades, generalmente sus análisis giran en torno del incumplimiento de ciertos preceptos que pueden considerarse de algún modo “dogmáticos”, como por ejemplo la falta de actividades extramuros que se orienten a la promoción de modos de vida saludables y que estimulen la participación comunitaria; o bien cuando se refieren a las barreras en la accesibilidad descargando sus preocupaciones en la relación médico – paciente y en las dificultades del personal de los CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) para comprender las particularidades socioculturales de la población de referencia. Del mismo modo, cuando se refieren a obstáculos hacen mención a la falta de compromiso con la estrategia de atención primaria por parte de las burocracias gubernamentales.

Si bien no pretendo desconocer la veracidad de estas afirmaciones, entiendo que en ocasiones estos análisis no se basan en estudios en profundidad sobre los saberes que se

despliegan a partir de la práctica profesional en los centros del primer nivel, sino que por lo general parten de supuestos que se infieren a partir del análisis epidemiológico de la evolución de los indicadores de morbimortalidad de la población, y en el mejor de los casos se basan en encuestas realizadas a los funcionarios responsables de la ejecución de programas de atención primaria en niveles intermedios de la gestión de gobierno.

Pese a todo lo dicho y compartido desde organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se siguen formulando programas que tienden a instalar la atención primaria como estrategia rectora de los sistemas de salud. Se siguen elaborando programas invocando las formulaciones de Alma Ata pero planteando acciones en algunos casos hasta contradictorias dado que no existe coincidencia respecto de la concepción de la Atención Primaria, pero estas divergencias de significado no se hacen explícitas, y por ende las mismas se expresan en prácticas difícilmente compatibles al interior de los equipos locales de salud. No escapa a nuestra consideración el hecho de que tras el nombre de “atención primaria” se ocultan los distintos sentidos que se le han dado a estas políticas de acuerdo a la orientación de las políticas públicas hegemónicas en cada momento. (Menéndez, E. 1996, 2005).

Partiendo del reconocimiento de la falta de formación de los médicos y del resto de los trabajadores de la salud (TS) que se desempeñan en el primer nivel de atención, en temas relacionados con una perspectiva social de la salud - enfermedad, casi todos los programas que se han implementado desde el sector salud en la Argentina han incluido algún componente de capacitación. Estos programas han impulsado transformaciones en el modelo de atención centradas en particular en el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes. La implementación de estos programas en contextos marcados por la desigualdad social y el consecuente incremento de la demanda han puesto en juego no solamente la eficacia de estos programas sino también la eficacia de las prácticas en salud.

En definitiva considero que es fundamental para el rediseño de estas políticas analizar la eficacia de los programas orientados al fortalecimiento de la atención primaria dirigida a población abierta, particularmente en contextos de exclusión y altos niveles de vulnerabilidad social, dado que ellos suponen altos niveles de demanda al primer nivel de atención de la salud. En función de lo señalado, en este texto trataré de describir y analizar los procesos de cambio en las formas de atención y en el saber de los TS (trabajadores de la salud) en el primer nivel de atención a partir de



la implementación de un programa de formación de recursos humanos, inspirado en los principios de la atención primaria.

### **Es posible la Atención Primaria?**

Desde 1978 en la Conferencia Internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud) celebrada en Alma-Ata (Kazajistán) se dio prioridad a la APS (Atención Primaria de la Salud) como estrategia para alcanzar el mejor nivel de salud de los pueblos. En esta reunión quedó establecido que para llevar adelante dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces, a la que se denominó atención primaria de la salud (APS).

Los principios en los que se centraba esta formulación eran: garantizar la *accesibilidad* de la población a la atención de la salud, brindar *cobertura universal* en función de las necesidades de salud de la población, posibilitar la *participación de la comunidad* para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado, fomentar la *acción intersectorial* entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios, y por último promover el desarrollo de *tecnologías apropiadas* en función de los recursos disponibles. Es decir que *accesibilidad, universalidad, intersectorialidad y ciudadanía* adquirieron el status de principios rectores de las políticas sanitarias para todos los países participantes.

Paradójicamente, esta formulación se dio en un contexto mundial marcado por altísimos niveles de concentración capitalista, crisis de las instituciones propias del Estado de Bienestar<sup>1</sup>, grandes masas de población mundial que quedaban fuera del mercado de trabajo atravesadas por procesos de exclusión, lo cual impactó no solamente en que grandes conjuntos sociales vieron deterioradas sus condiciones de vida poniendo en crisis sus posibilidades de reproducción, sino a su vez en términos de incremento de la demanda de servicios de salud al estado.

Durante la década del 90 se expande la atención primaria selectiva<sup>2</sup> impulsada por UNICEF y el Banco Mundial, que ponderaba el enfoque de riesgo<sup>3</sup> como estrategia de

---

<sup>1</sup> En países de Europa y algunos países del tercer mundo que gozaban de instituciones similares al Estado de Bienestar con regímenes políticos de corte popular.

<sup>2</sup> Estos organismos propusieron concentrar acciones de salud en aquellos grupos que identificaban como más vulnerables como los niños y las embarazadas para mejorar los resultados en salud haciendo más eficiente el gasto.

<sup>3</sup> Algunas tendencias epidemiológicas pusieron su interés en identificar los riesgos y/o los factores de riesgos de contraer enfermedades, interesados en resolverlos a partir de acciones centradas en los individuos. De este modo el enfoque de riesgo produjo una reducción del riesgo entendido como estilo de vida individual. Así el enfoque de riesgo fue reemplazando progresivamente la perspectiva multicausal, para reemplazarla por la construcción de indicadores y de grupos de riesgo, que posibiliten intervenir en términos de prevención. (Menéndez; 2009).

discriminación positiva a los fines de focalizar la asignación de recursos (Atención Primaria Selectiva: APS). Esta corriente se mantuvo vigente hasta los primeros años de esta década profundizando todos los aspectos que hacían hincapié en el enfoque de riesgo con fuertes vinculaciones, no solamente con corrientes epidemiológicas sino también con las políticas sociales orientadas hacia la focalización del gasto público.

Cabe destacar que esta propuesta se formula en un contexto que pregonaba la racionalización del gasto y el discurso legitimador del modelo neoliberal interpelaba al estado en cuanto a su ineficiencia. Paralelamente se dio un proceso de desregulación de obras sociales que en concordancia con el proceso de precarización laboral y exclusión social, incrementó la presión por el acceso a los servicios del subsector de la salud pública. También en este proceso, se torna de vital importancia para los “gerentes” de la salud pública racionalizar la inversión en recursos humanos en salud. Así la administración y medición del tiempo de consulta se constituye en herramienta técnica de gestión. Del mismo modo, el indicador de relevancia para la gestión de recursos económicos entre las jurisdicciones, pasa a ser el rendimiento, es decir la cantidad de consultas por hora.

Recién en el año 2003 (OPS; 2003), a 25 años de Alma Ata la OMS propone una evaluación de los resultados de las políticas basadas en la APS , que comienza a cristalizar en el año 2005 cuando la OPS en su reunión de Montevideo acuerda la necesidad de una revisión de las formulaciones de Alma Ata. Estos organismos reconocen la persistencia de desigualdades en salud y proponen retomar los principios de la atención primaria como estrategia para el logro de mayor cobertura y equidad. Este retorno trajo consigo un renovado interés en los determinantes sociales de la salud. Se crea así, desde los organismos internacionales una comisión de notables encargados de analizar los principales determinantes sociales que causan las inequidades en salud.

En nuestro país, a partir del año 2004 el Ministerio de Salud de la Nación propone una revisión de las políticas sanitarias que se implementaron durante la década de los '90 orientadas hacia el ajuste presupuestario del subsector de la salud pública. Comienzan a desplegarse entonces una serie de estrategias desde el nivel nacional que tienden a recuperar los principios de la formulación de Alma Ata.

Se explicitan lineamientos generales de articulación intersectorial e inter jurisdiccional en el denominado Plan Federal de Salud en el que se “da prioridad absoluta” a la APS entendida ésta como estrategia, a partir de la asignación de recursos y la descentralización. Se define a la APS como “estrategia organizadora del sistema de salud”

Así, se asignan recursos para la provisión de medicamentos directamente al primer nivel de atención a través del programa REMEDIAR con financiamiento del BID. También se gestionan créditos internacionales para mejorar la infraestructura de los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) y para construir nuevos establecimientos, los CIC (Centros de Integración Comunitarios) cuyo funcionamiento está inscripto en los lineamientos de la APS.

En este marco se diseña el Programa Médicos Comunitarios. Este programa contempla dos estrategias, ya que implica el financiamiento de recursos humanos destinados al primer nivel de atención y a su vez incorpora un componente muy fuerte de capacitación en servicio orientado a todos los trabajadores de los equipos de salud, incluyendo a médicos así como a otros profesionales de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.). Este programa se implementa en todas las jurisdicciones del sistema público de salud.

Explícitamente sus objetivos son:

- “Fortalecer la formación de los integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención, en AP, salud social y comunitaria.
- Ampliar la cobertura y calidad de la atención en el primer nivel en los sistemas de salud provinciales.
- Identificar y realizar el seguimiento de familias vulnerables y de situaciones de riesgo socio – sanitario.
- Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad”

El componente de capacitación adquirió la forma de Postgrado en Salud Social y Comunitaria a partir de la incorporación de las facultades de Ciencias Médicas de diferentes universidades públicas y privadas. Los contenidos estuvieron organizados en 10 módulos temáticos. Incluían la distribución de material bibliográfico escrito, compilado y editado por el mismo Ministerio, con el asesoramiento de docentes de las unidades académicas para cada uno de los módulos.

La implementación del programa se efectuó en dos etapas o “cohortes”. La primera se inició en diciembre de 2004 a partir de la incorporación de médicos con una beca para desarrollar 25 horas semanales de actividades asistenciales y 20 de capacitación y trabajo de campo. A su vez se incorporó a otros trabajadores del sistema de salud (psicólogos, obstétricas, trabajadores sociales y enfermeros) a las actividades de capacitación en servicio. La segunda etapa o cohorte dio inicio en julio de 2005. En esta segunda cohorte se ampliaron las becas a las disciplinas mencionadas y se incorporaron nuevos profesionales no médicos<sup>4</sup> al trabajo en los CAPS. En el caso particular que nos ocupa, la implementación en Florencio Varela, vale la pena destacar que los médicos no llegaban al 50% de los profesionales involucrados en este programa.<sup>5</sup>

Las actividades se organizaron en encuentros presenciales en las universidades con los docentes y tenían una frecuencia mensual. También se creó un espacio de capacitación en servicio denominado “tutoría”. Los encuentros tutoriales se realizaron cada quince días en los mismos centros de Salud y participaron solamente los alumnos de cada centro con la coordinación de un tutor.

### **Interrogantes y problemas**

A partir de estos aspectos, presentados sintéticamente, comencé a formularme algunos interrogantes que me permitieran desentrañar los procesos involucrados en la construcción del saber en atención primaria, intentando problematizar las diferentes dimensiones que se suponen constituyentes de este saber.

El primer grupo de interrogantes refiere a las características principales del saber en atención primaria de los trabajadores de la salud que trabajan en el primer nivel de atención ¿cómo se representan los trabajadores del primer nivel el proceso salud – enfermedad – atención?, ¿qué prácticas desarrollan en la esfera de la consulta, tanto los médicos como el resto de los TS<sup>6</sup>?,

---

<sup>4</sup> Nos referimos a profesionales no médicos para hacer mención exclusivamente a psicólogos, trabajadores sociales, obstétricas y enfermeros que se desempeñan en los CAPS. Cuando hablamos de profesionales en general estamos incluyendo además de las disciplinas mencionadas a los médicos, y cuando decimos trabajadores de la salud, incorporamos en esta denominación a los administrativos y los promotores que se desempeñan en el primer nivel de atención.

<sup>5</sup> Ver detalle en el capítulo IV de esta tesis

<sup>6</sup> Cabe señalar que en estos CAPS atienden consultas tanto los médicos, así como los psicólogos, los trabajadores sociales, las obstétricas y los enfermeros

¿cuáles son las características principales de este saber en lo que respecta a la promoción y la prevención de la salud?

Un segundo grupo de interrogantes refiere a los procesos de cambio en el saber profesional que los programas de capacitación suponen y esperan se concreten, así como en las características de estos procesos. La pregunta inicial fue ¿los programas de capacitación de este tipo generan procesos de cambio en las prácticas y representaciones de los trabajadores de la salud involucrados? ¿en qué cambian sus representaciones respecto del proceso salud – enfermedad – atención? ¿qué cambios se producen en las prácticas que se despliegan en la esfera de la consulta? ¿Cuáles son los cambios que se producen referidos a las prácticas de promoción y prevención? ¿Estos procesos suponen un fortalecimiento de las tareas de promoción y prevención?

Y por último un tercer grupo de interrogantes alude a las posibilidades reales de estos programas de capacitación, o sea, si los programas de capacitación para el fortalecimiento de la atención primaria de la salud resultaban idóneos para el abordaje de los problemas de salud de poblaciones marcadas por la desigualdad social y un alto grado de vulnerabilidad. ¿Las herramientas teóricas y prácticas que brindan son adecuadas para identificar, prevenir, diagnosticar y resolver los problemas de salud de la población a cargo? ¿Cuáles son los principales problemas de salud que estos sujetos identifican y cuáles abordan efectivamente en sus prácticas cotidianas? ¿Qué herramientas teóricas y prácticas utilizan para identificar, diagnosticar, prevenir y resolver los problemas de salud de la población?

Del conjunto de interrogantes planteados se desprende que el problema central que orienta esta investigación tiene que ver con las posibilidades de que el personal de salud modifique o no sus conceptos y comportamientos técnicos para poder aplicar más adecuadamente las actividades que supone la propuesta de APS.

## **Las Hipótesis**

A partir de los interrogantes mencionados recupero básicamente dos: ¿qué cambios se producen en las prácticas que se despliegan en la esfera de la consulta? y ¿cuáles son los cambios que se producen referidos a las prácticas de promoción y prevención? Y respecto de ellos formulé una serie de hipótesis en relación al saber de los TS en atención primaria y los procesos de cambio que lo atraviesan a partir de la implementación de programas de capacitación y fortalecimiento del

primer nivel de atención. Si bien la formulación de hipótesis constituyó una explicitación de supuestos preliminares, contribuyó a orientar, esclarecer y enriquecer el proceso de investigación.

Las hipótesis preliminares fueron:

Los programas de capacitación en servicio orientados al fortalecimiento de la APS produjeron transformaciones en las representaciones sobre el proceso salud – enfermedad – atención. Estos procesos de cambio en el nivel de las representaciones se corresponderían en el nivel de las prácticas con cambios en la esfera de la consulta modificando algunas formas de atención, pero no han logrado incorporar actividades de promoción y prevención por fuera del centro de salud.

Es posible decir entonces que estas políticas de capacitación no estarían encontrando un nivel de eficacia en la práctica para abordar los problemas de salud en poblaciones marcadas por la desigualdad y un alto grado de vulnerabilidad, porque lo que domina en las instituciones médicas es el saber médico. Este saber subalterniza otras formas de pensar y hacer atención primaria de la salud y estas relaciones de hegemonía se expresan no solamente en el quehacer médico sino en el trabajo cotidiano del conjunto de los trabajadores de la salud.

Además, a esto se agrega que los instrumentos teóricos y prácticos ofrecidos resultarían insuficientes para prevenir y resolver los problemas de salud de la población. Este proceso estaría generando una pérdida de identidad profesional en tanto se sostiene la exigencia de intervención, pero se amplía el campo de intervención a lo social y comunitario sin ofrecer los instrumentos para la intervención en ese campo. Entonces los problemas de salud que estarían identificando estos TS son aquellos que les permitirían poner en juego sus posibilidades de intervención desde su propia identidad profesional.

### **Los objetivos de esta investigación**

En función de lo señalado, me propuse describir y analizar las características y los cambios en el saber del personal del primer nivel de atención de la salud a partir de la implementación del Programa Médicos Comunitarios en dos centros de atención primaria del distrito Florencio Varela perteneciente al segundo cordón del conurbano bonaerense, en el período que va del año 2005 al año 2010.

Analicé, en primera instancia, el saber en atención primaria a partir de la descripción de las prácticas y representaciones que se despliegan en torno al proceso salud- enfermedad – atención (PSEA), la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Específicamente y para operacionalizar estas dimensiones me concentré en describir y analizar los conocimientos y las representaciones de los trabajadores de la salud sobre las características sociales, económicas y culturales de la población a cargo de los CAPS seleccionados; las prácticas que se despliegan en la esfera de la consulta; las representaciones de los trabajadores de atención primaria respecto de las prácticas de promoción de la salud que desarrollan, y por último las tareas de prevención específica que se desarrollan en el marco de los programas sanitarios.

En segundo lugar me propuse describir y analizar las características, el significado y el sentido de los cambios que se dan en las prácticas y en las representaciones del personal de salud sobre el proceso s-e-a, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, a partir de la implementación del Programa Médicos Comunitarios; es decir que planteé describir el proceso de cambio que supuso la implementación de este programa en las prácticas y en las representaciones. Para ello comparé el saber de los actores involucrados en el PMC con el de aquellos que quedaron al margen de esta propuesta, haciendo hincapié en las dimensiones señaladas anteriormente: las representaciones respecto del PSEA, las prácticas en la esfera de la consulta y las prácticas en promoción y prevención de la salud. También, y a los fines de dar cuenta del proceso de cambio atendiendo a las transformaciones operadas en el tiempo, intenté describir y analizar las representaciones y las prácticas de estos sujetos antes de la implementación del PMC comparándolas con las características de este saber una vez finalizado el programa. Asimismo comparé las prácticas y las representaciones respecto de las dimensiones de análisis de aquellos actores que son médicos con las de los TS que no lo son.

El tercer objetivo que guió esta investigación fue describir y analizar las posibilidades de intervención de los programas de capacitación en APS según las representaciones que tiene el personal de salud de sus propias prácticas considerando las herramientas teóricas y prácticas que utilizan para detectar, prevenir y resolver los problemas de salud de la población a su cargo. En cuanto a este objetivo general consideré los siguientes objetivos específicos. En primer lugar cuáles habían sido los problemas identificados por los miembros del Programa Médicos Comunitarios en el análisis de situación de salud que constituyó la primera instancia de evaluación del posgrado y compararlos con los problemas abordados en el proyecto de intervención que fue la instancia final

de evaluación. En segundo lugar me propuse describir y analizar las herramientas teóricas y prácticas ofrecidas por el posgrado cotejándolas con las herramientas teóricas y prácticas que efectivamente utilizan los trabajadores de la salud de los CAPS. Por último me planteé describir y analizar las expectativas y motivaciones de los alumnos del posgrado en relación a las expectativas de su propio desarrollo profesional y en qué medida éstas se vieron satisfechas.



## LA METODOLOGÍA UTILIZADA

### Primera Etapa: 2002 – 2007. De las dificultades de una etnografía silvestre

Considero importante reseñar mi trayectoria laboral en la gestión de las políticas en el nivel local – municipal para comprender cómo llego a construir este campo de problemas. Mi recorrido laboral me permitió una aproximación con cierta profundidad a los diferentes problemas que atraviesan la vida de los conjuntos sociales perjudicados por los procesos que acentuaron la desigualdad y polarización social en los noventa. Comencé a trabajar en Florencio Varela, un municipio del conurbano bonaerense, en el año 1992 con los inicios del proceso de implementación de políticas sociales neoliberales. En el transcurso de los primeros años desarrollé mi labor con organizaciones de la sociedad civil en un “programa participativo” de gobierno y luego en el área de regularización dominial<sup>7</sup>.

Los primeros tiempos me impactaron, no imaginaba que los niveles de pobreza fueran tan agudos. Sin embargo, para enfrentar esta situación las familias desplegaban un sinnúmero de estrategias colectivas y asociativas que contrastaban con lo que había conocido a partir de otras experiencias en sectores populares en la ciudad de Buenos Aires. Además, el trabajo en la gestión municipal suponía desplegar una serie de capacidades que no había adquirido en mi formación de grado y posgrado, habilidades para coordinar reuniones con distintos actores barriales, o para generar propuestas de intervención que apuntaran a resolver alguna situación social problemática.

Por otra parte, la realidad social que me tocaba enfrentar cotidianamente en esos barrios parecía no coincidir con ninguno de los relatos etnográficos conocidos hasta el momento, y los marcos teóricos aprendidos a lo largo de mi trayectoria académica me resultaban insuficientes para explicar los procesos sociales, políticos o ideológicos que intentaba desentrañar. Las etnografías sobre sectores urbanos se centraban principalmente en villas de la ciudad de Buenos Aires, y eran escasos los trabajos sobre grupos sociales localizados en el conurbano bonaerense. Al mismo tiempo, las intervenciones del estado en estos territorios y los procesos de pauperización que atravesaban estos grupos sociales no constituían preocupaciones teóricas para la disciplina a principios de los 90.

---

<sup>7</sup> El área de regularización dominial, que correspondía a la Dirección de Tierras, se encargaba de la regularización de la tenencia de la tierra. Una gran cantidad de familias no poseían más que un boleto de compra – venta de sus lotes, y algunas ni siquiera ello, ya que habían adquirido sus terrenos de forma sumamente irregular. Esta dirección brindaba asistencia jurídica y realizaba gestiones para facilitar la escrituración de estas propiedades.

A medida que desarrollaba mi labor fui descubriendo que el distrito presentaba como marca distintiva un importante desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil, producto de un proceso histórico local particular al que haré referencia posteriormente, existía una gran cantidad y diversidad de organizaciones populares que se contradecía con una aparente homogeneidad política ideológica. Fue difícil comprender que esa multiplicidad de organizaciones, actores sociales e intereses quedaran subsumidos en el “gran movimiento peronista”.

También me llamó la atención una modalidad particular de gestión local en los distintos sectores de las políticas públicas que se caracterizaba por generar múltiples instancias de participación de estas organizaciones que a su vez se articulaban en relación a una particular configuración territorial. El “barrio” como espacio social parecía ser la unidad de organización de la sociedad. De ahí que el aspecto territorial tenía una fuerte impronta en el diseño y la implementación de las políticas municipales. Comprendí entonces la particular configuración territorial del distrito, dado que su desarrollo urbano estuvo signado por distintas oleadas migratorias que se asentaron de forma desordenada y espontánea, sin planificación urbana que lo regulara.

En síntesis, si bien el conurbano se manifestaba en una primera instancia como una realidad social sumamente compleja y hasta me animaría a decir caótica, parecían existir ciertas regularidades en la organización social y una lógica subyacente inherente a las particulares condiciones de vida de amplios conjuntos de la población viviendo en situación de pobreza creciente. Si bien desarrollaré este punto en el capítulo III merecía un acápite señalar la profunda conmoción que me provocó el involucramiento con estas circunstancias. Como bien afirman Neufeld y Thisted (2009) enfrentarme a estas “realidades” me obligó a un replanteo de mis propios supuestos teóricos y a entender que tanto los actores como los investigadores estamos inmersos en los mismos procesos que intentamos comprender y somos configurados por las mismas situaciones.

A partir del año 1997 comencé a trabajar en el área de empleo. En esos tiempos los niveles de desocupación comenzaban a dispararse y se hacía necesaria, para los distintos niveles de gobierno, la implementación de políticas compensatorias que paliaran esta caída del mercado de trabajo que aseguraran mínimas condiciones de gobernabilidad. Se formularon entonces los primeros programas de empleo a nivel provincial y se creó la Dirección de Empleo en el nivel municipal. Eran los tiempos del duhaldismo, de manzaneras, de comedores comunitarios y de

piquetes<sup>8</sup>. En este período desarrollé una intensa actividad recorriendo todos los barrios del distrito y trabajando con las distintas organizaciones sociales que se creaban y se desarrollaban como respuesta de los sectores populares ante la precariedad y fragilización de las condiciones de vida que amenazaban su propia reproducción. A medida que las condiciones de vida empeoraban, las demandas y, por ende, la intensidad de trabajo en esta área aumentaba de forma inversamente proporcional. Durante cinco años me tocó en “suerte” ver gente viviendo en situaciones inimaginables, familias de más de nueve miembros que vivían en “casas” construidas con bolsas de residuos, otros que pasaban el día en los trenes para protegerse del frío, barrios enteros improvisando un caldo en ollas populares instaladas a la intemperie para asegurar la cena para alrededor de cien comensales.

Si bien los planes de empleo resultaban absolutamente insuficientes para atender esta situación eran el único recurso que tenían estos amplios conjuntos de la población. Mi cotidianeidad laboral se vio signada por el imperativo de garantizar ese mínimo ingreso familiar, no eran tiempos de preguntas sino de actuar, no había espacio para la reflexión. Aún así me rondaba una pregunta ¿cómo hacen para sobrevivir? La crisis era tan aguda que esta pregunta se recreaba día a día en un contexto que parecía terminal.

Si bien a lo largo de todos esos años había sostenido mi actividad docente en la carrera de Ciencias Antropológicas, me sorprendía que la academia pareciera desconocer esa realidad. En los congresos éramos muy pocos los que hablábamos de pobreza, y crecía el número de investigaciones orientadas a explicar la diversidad en la gran ciudad, los problemas de las “tribus urbanas”, y una serie de cuestiones que si bien podían ser interesantes a la vez que “exóticas” no daban cuenta de una realidad social de crecientes y urgentes niveles de conflictividad. La emergencia de “nuevos actores sociales” parecía desafiar la productividad del conocimiento antropológico que no cesaba de construir “nuevos otros sociales” allí donde se identificara cualquier rasgo idiosincrático novedoso. Así por ejemplo en el V Congreso de Antropología Social estas preocupaciones diferenciales se expresaban en la presentación de treinta y tres ponencias en la comisión “Mundo Simbólico y Comunicación” mientras que en la comisión “Políticas Sociales y Gestión” se presentaban solamente siete trabajos (dos de quien esto escribe). Es decir que el único

---

<sup>8</sup> Las manzanas eran referentes barriales voluntarias elegidas para el reparto de alimentos provistos por un programa provincial llamado Plan Vida. Los comedores comunitarios fueron una derivación de las “ollas populares”, éstas se constituyeron en la principal estrategia que desplegaron los sectores populares para enfrentar la crisis alimentaria del año 1989. Se denominó “piquetes” a los cortes de rutas que se dieron a partir de los años 1996/1997 tanto en provincias del interior del país como en el conurbano, en demanda de subsidios para familias sin ingresos, producto del crecimiento en los niveles de desocupación.

espacio para la discusión respecto de los procesos de desigualdad y la intervención del estado en los “Tiempos de Transición” (como bien lo identificaba el título de ese evento) se encontraba reducido a un pequeñísimo número de expositores.

La producción de conocimiento antropológico parecía darme la espalda una vez más. Lo que Menéndez denomina “la reacción paradójica de la antropología”, es decir, la recuperación de ciertos aspectos del modelo antropológico clásico, y con ella la recuperación del relativismo multiculturalista, el énfasis en la perspectiva de los actores y el desarrollo de la noción de cultura como verdad (Menéndez, 2002:40), favorecía que se fuera perdiendo el interés disciplinario en los procesos de desigualdad social y económica que arreciaban contra la vida de los pueblos de América Latina. Frente a estos procesos que ponían en riesgo la reproducción de los sectores populares y frente al incremento en las situaciones de desigualdad social, se excluían entonces del análisis antropológico las referencias al imperialismo, las clases sociales e incluso al capitalismo (Menéndez, 2002:54).

Constatar este proceso me llevó a intentar sistematizar la experiencia de trabajo desarrollada en Florencio Varela (Scaglia, M. y Woods, M; 1998). Sentía que era necesario dar cuenta de los efectos desastrosos del modelo neoliberal, que parecía un campo vedado para el conocimiento antropológico, pero al mismo tiempo no contaba ni con las herramientas teóricas suficientes ni con el tiempo para hacerlo, la situación comenzaba a desbordarse. Recién después del estallido social de diciembre del 2001 la producción antropológica vernácula se vio interpelada, emergieron entonces numerosos grupos de investigación que concentraron sus esfuerzos en desentrañar las características de los (esta vez sí) “nuevos movimientos sociales”, sus formas de organización social y política, sus trayectorias y las distintas facetas de sus vidas cotidianas.

Con los inicios del año 2002 empiezo a trabajar en la Secretaría de Salud. Comencé esta nueva etapa laboral haciendo el seguimiento del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, y luego el diseño de líneas de acción tendientes a la capacitación del personal de la Secretaría de Salud. Específicamente mi tarea consistía en coordinar reuniones con los equipos locales de salud, para la identificación y priorización de problemas de salud.

En el año 2004 se crea el Programa Médicos Comunitarios y comienzo mi actividad como “tutora de campo” de los inscriptos en 15 centros de salud. Este trabajo consistía en acompañar a los alumnos del Posgrado en Salud Social y Comunitaria en el proceso de aprendizaje organizando

reuniones quincenales en cada uno de los CAPS. Esta práctica en un proceso de enseñanza – aprendizaje me permitió un abordaje más reflexivo de los problemas del sector. Podría decir que en ese momento comienza mi trabajo de campo de un modo absolutamente “silvestre” es decir que, si bien rondaban interrogantes e intentaba sostener algún espacio para la reflexión respecto de mi propia práctica, mi acercamiento al campo de problemas fue de un modo casi “inconciente” y sin percatarme que la información que recopilaría sería el inicio de un trabajo de investigación posible. Sin saberlo aún, estaba cumpliendo con lo que recomienda Paul Willis quien rescata que “para mantener la riqueza y autenticidad de los fenómenos sociales es necesario, especialmente en las primeras etapas de la investigación, recibir datos en bruto, recogidos de una manera experimental y relativamente “ateórica”. Y aunque todos coincidimos en que no existe una manera “ateórica” de abordar un campo de problemas ya que, para acceder a la información, necesariamente se lo hace a partir de las propias categorías y supuestos, este tipo de entrada habilita la posibilidad de sorprenderse, o sea de alcanzar alguna clase de conocimiento que no había sido previsto en un abordaje inicial (Willis, P.; 1984:5).

Ya trabajando en salud pude incorporar una dimensión que ofrecía un atisbo de respuesta al interrogante anterior: en la supervivencia y la reproducción de la vida estaban implicados los trabajadores de la salud. Estos trabajadores---junto con otros actores y procesos---habían logrado que, en cinco años, la tasa de mortalidad infantil descendiera en más de 10 puntos sobre mil (en 1997 la tasa de Mortalidad Infantil en el distrito era de 26,2 ‰, y al año 2002 había descendido a 16,1 ‰), ¿qué procesos estaban operando para que pese al empeoramiento de los indicadores socio económicos, mejoraran los indicadores de morbimortalidad? ¿Cómo se explicaba que si se reducían los presupuestos asignados a la salud, y se incrementaba la demanda sobre el sector esto no se viera reflejado en indicadores sanitarios? Los interrogantes me llevaron a observar el papel que el saber de los TS y las actividades que desarrollaban estaban teniendo en las condiciones de vida de la población.

Esta breve reseña de mi trayectoria laboral permite comprender que el acercamiento al campo fue desde mi experiencia profesional, y que me permitió focalizar en los problemas inherentes al proceso salud – enfermedad - atención, yendo desde las características de la localidad en general, las particulares formas de organización social y los modos en que enfrentan las peores condiciones de vida. Es decir, un recorrido que va de lo general – urbano a lo particular – salud, atravesando lo político – económico - social – territorial. Es preciso señalar, que esta modalidad particular de construcción del campo, en tanto que no se corresponde con los cánones habituales

del trabajo científico, conlleva dificultades a la hora de sistematizar la experiencia. La perspectiva antropológica ha estado permanentemente en tensión con el imperativo de la intervención en las distintas problemáticas.

Si bien esta investigación apunta a una problemática específica: el saber en atención primaria de la salud y las dificultades que representa en los procesos de fortalecimiento de la APS la escasa formación de base de los TS en esta perspectiva, considero que estas aclaraciones apuntan a hacer inteligibles una serie de datos e información que he ido recabando a lo largo de esta trayectoria y que sistematizaré a los fines de contextualizar la inscripción de esta pesquisa.

Mis preocupaciones respecto del saber en atención primaria surgen en la etapa que va del 2004 al 2007, en la que me concentro en la formulación y sistematización de los interrogantes que guiarían la investigación. En ese momento, y mientras desarrollaba mi labor docente, aproveché para documentar algunos encuentros con los alumnos del posgrado, y tomar notas de campo tanto de los encuentros tutoriales como de los encuentros plenarios que se realizaban con una periodicidad mensual con los docentes designados por la universidad que certificaba el posgrado. Esta información me facilitó la segunda etapa de mi investigación.

Vale la pena destacar las posibilidades que abre el rol docente en la construcción de lazos de confianza mutua con quienes luego fueron mis informantes clave. Los encuentros tutoriales eran espacios de importantes debates entre estos trabajadores de la salud respecto de las distintas concepciones en las que se inscriben las políticas de desarrollo de la estrategia de atención primaria, así como de los alcances y las limitaciones del saber en APS en la modificación o no de las particularidades del proceso salud – enfermedad - atención. Del mismo modo, tanto en estos encuentros como en los encuentros en la universidad, se fueron construyendo los interrogantes respecto de la eficacia de estas políticas en relación con los requisitos para la aprobación de este posgrado. Me refiero a que las distintas instancias de evaluación fueron mostrando divergencias respecto de los problemas prioritarios que se identificaban en la primera evaluación anual y las posibilidades de intervención en ellos a partir de las herramientas que ofrecía este posgrado que se plasmaban en el trabajo final. Es decir, que los interrogantes y los objetivos que guían esta investigación fueron contruidos conjuntamente con los actores a través de la reflexión colectiva que posibilitaban esta serie de encuentros.

Sin embargo es preciso señalar que en esta primera etapa resultaba sumamente difícil recortar lo que luego sería el diseño final de esta investigación. El alto grado de involucramiento me colocaba en muchas ocasiones en la obligación de señalar e intentar corregir las omisiones y divergencias que mencionaba en el punto anterior. Muchas veces me sentí limitada por el diseño del programa de estudios, ya que como docente resultaba complicado proponer otros puntos de vista más allá de los contenidos del posgrado. Por otra parte, en ese momento creía firmemente que estos espacios de reflexión colectiva podían impulsar un proceso de transformación. En un exceso de voluntarismo, asumiendo perspectivas propias de los trabajos de investigación/acción, pretendía que los alumnos de este posgrado se transformaran en agentes de cambio y dejaran de ser meros reproductores de un rol establecido socialmente. Se imponía un tiempo de reflexión y distancia que me permitiera objetivar mi propia experiencia, es decir que para terminar de construir mi objeto de estudio era precisa una distancia que permitiera desnaturalizar las nociones compartidas con los actores y reconceptualizar los procesos que los atraviesan desde un enfoque etnográfico más “clásico”. (Sinisi; 2009). En síntesis, este proceso permitió el diseño de lo que considero la segunda etapa de mi trabajo de campo, para la que fue preciso recuperar metodológicamente las premisas del enfoque etnográfico.

Antes de avanzar en lo que fue el desarrollo de la segunda etapa de esta investigación, considero pertinente una breve consideración respecto de lo señalado anteriormente: las posibilidades que me abrió el rol de “tutora” en esas reuniones quincenales en los CAPS.

En primer lugar me permitió conocer en profundidad las semejanzas y las diferencias que existían entre estos centros de salud, que considero tienen que ver con las variaciones territoriales en lo que hace a la configuración sociocultural de los barrios. Son notables las diferencias que se dan entre uno y otro barrio de un mismo distrito y creo que estos contrastes en algunos casos, o matices en otros, tienen que ver con las diferentes modalidades de participación comunitaria en las formas de atención de la salud. En este sentido la cantidad de centros de salud en los que trabajé me permitió luego el recorte de actores para el diseño final de esta investigación que comentaré más adelante.

Por otra parte mi inserción como docente facilitó la observación de diversas situaciones propias del funcionamiento de los CAPS, tanto en la sala de espera como en lo que hace a la dinámica del sector de administración y por ende a las condiciones de accesibilidad de la población. Afortunadamente estas instancias de observación pudieron ser realizadas con

periodicidad y en distintos momentos del día; en ocasiones tuve que hacer varios minutos de antesala o en la oficina de admisión esperando que llegaran los participantes de las reuniones, ello me facilitó un buen vínculo además con los trabajadores del centro que no participaban del posgrado. Allí pude observar que existían algunas discrepancias respecto de lo que se conversaba en las reuniones formales sobre la existencia de barreras en el acceso a la atención. Estas discrepancias fueron planteadas a los alumnos del posgrado, lo cual generó fecundos debates.

Cabe señalar que la dinámica de estas reuniones en nada se parecía a lo que suele denominarse “grupo focal” ya que esta técnica se caracteriza por proponer temas de debate entre un grupo de actores con el objetivo de indagar respecto de las representaciones sobre ese tema. Hago esta aclaración, ya que considero que la expansión de los “grupos focales” es debida en gran medida a la creciente mercantilización de la producción del conocimiento, en particular éstos han sido una de las “técnicas rápidas” más utilizadas, también en virtud de la disponibilidad de financiamiento, en el área de las ciencias de la salud. En este caso, en cambio, estas situaciones no fueron creadas artificialmente ni a partir de un objetivo de investigación, sino que fueron el disparador de una serie de preguntas que luego se transformaron en interrogantes susceptibles de guiar un proceso investigativo. Tampoco fueron éstos espacios creados en virtud de la rapidez para la obtención de la información, ya que participé por más de dos años de encuentros quincenales de tres horas de duración en cada CAPS, y encuentros mensuales de 8 horas de duración por el mismo tiempo, lo cual implicó la documentación de alrededor de 60 horas de trabajo de campo en cada centro de salud y 160 horas correspondientes a los encuentros mensuales en la universidad.

Además, mi objetivo era básicamente pedagógico, y si bien intenté registrar esos eventos con una finalidad investigativa, en esos momentos mi participación estaba marcada por el comportamiento del rol, es decir por el interés en facilitar el proceso de enseñanza aprendizaje. Esto trajo consecuencias posteriores en el diseño de la investigación, ya que me resultaba muy difícil recortar lo que tenía que ver con sus propias representaciones, las que traían desde antes de participar del posgrado, y cuáles tenían que ver con las lecturas de la bibliografía del programa. Participar de un proceso de cambio como un actor más enturbia la posibilidad de analizar en ese momento, el rumbo de ese proceso y la eficacia de la propuesta. Por ello, fue imprescindible una segunda etapa que permitiera poner en juego los interrogantes respecto de estas dos dimensiones: el cambio y la eficacia.



Otra aclaración que vale la pena especificar, es que en todo momento tuve clara noción de mi rol docente, y ello fue objeto de un esfuerzo de “vigilancia epistemológica” necesaria para no “contaminar” la información con valoraciones subjetivas. Este esfuerzo en la vigilancia epistemológica fue continuado en la instancia de interpretación y análisis de los documentos de campo, dado que al tener registro de mis propias intervenciones podía alejarme de ellas y hacerlas jugar en el análisis como las de cualquier otro docente.

## **Segunda etapa: 2008- 2010. De la necesidad del distanciamiento**

Una vez concluida mi labor docente me concentré en darle forma al diseño definitivo de la investigación. Entendí que me encontraba ya con un cúmulo de información que me permitía definir el foco de mi interés y desechar muchas ideas que me habían entusiasmado inicialmente, un tiempo en el que podía seleccionar las categorías y conceptos que ordenarían mi análisis (Rockwell;1987). Fue en ese momento que consideré retomar el trabajo de campo, esta vez utilizando la estrategia “formal” de la entrevista en profundidad. Tomé esta decisión precisamente por el tipo de interrogantes formulados. En tanto me preguntaba respecto de los cambios que se dan en el saber profesional a partir de programas de capacitación en servicio, y respecto de la eficacia de estos programas respecto de sus propios objetivos, resultaba imperioso trabajar una vez finalizado el programa.

La extensión de mi trabajo docente en quince CAPS se contradecía con mi interés en realizar una investigación en profundidad. Por ello seleccioné sólo dos centros de salud de los quince en que estaba involucrada, y que corresponden a los barrios Alpargatas y Santa Rita, localizados en Florencio Varela. Estos dos CAPS presentan características sumamente disímiles, en lo que tiene que ver con la población, en lo que respecta a su estructura de recursos y también en las modalidades de implementación del programa Médicos Comunitarios.

Respecto del primer punto, Alpargatas es un barrio sumamente estigmatizado por el resto de los habitantes del distrito. Es el único barrio que es un complejo FONAVI (Fondo Nacional de la Vivienda)<sup>9</sup>, y podría decirse que sus habitantes forman parte de lo que suele denominarse en

---

<sup>9</sup> Se les da esta denominación a todos los complejos habitacionales construidos con recursos provenientes del Fondo Nacional de la Vivienda. Este fondo se integra con recursos provenientes de un porcentaje del Impuesto a los Combustibles líquidos (Art.18° de la Ley 23966 y sus modificatorias), a los que se le adicionan los provenientes de los recuperos de las inversiones y los propios aportados por las jurisdicciones. Las obras construidas con este fondo están destinadas a atender la demanda habitacional de las familias de recursos insuficientes, facilitando el acceso a una vivienda digna.

núcleo duro de la pobreza estructural. Se trata de una población relativamente joven, a la que se le atribuyen altos niveles de violencia, para la que sus principales problemas pasan por las adicciones y por las dificultades de inserción en el mercado de trabajo. Si bien no pretendo agotar acá la descripción de sus características, ya que este tema será abordado en el capítulo VI de esta tesis, cabe señalar que las características de la población fue uno de los criterios que tuve en cuenta para seleccionar este CAPS convencida de que las diferentes características de cada comunidad se expresaban de modo particular en el territorio y este proceso influía en las modalidades de atención de la salud. Para poder analizar comparativamente la influencia de la población en las formas de atención y en el saber del personal de salud, elegí otro centro de salud que representara una “media” de lo que son los distintos centros del sistema municipal. El CAPS que consideré más representativo en ese sentido fue Santa Rita. La población de este barrio es muy similar a la de muchos barrios de cualquier distrito del segundo cordón del conurbano, pequeñas casas de material (muchas sin terminar) habitadas por familias de trabajadores de la construcción mayoritariamente, con un pequeño asentamiento a la vera de un arroyo, lindante con la localidad de San Francisco Solano del distrito de Quilmes. Una población que se vio afectada por el proceso de crecimiento de la desocupación durante los años neoliberales, pero que empieza a mostrar signos de recuperación. Nuevamente vale aclarar que desarrollaré este punto en el capítulo correspondiente.

En cuanto a la estructura de recursos, si bien en ambos centros se asiste a la población desde las especialidades básicas, difieren respecto de las características del personal que allí trabaja. En el centro de salud de Alpargatas el mayor número de trabajadores de la salud pertenece a disciplinas no médicas<sup>10</sup>, y encuentran serias dificultades para cubrir las horas necesarias de atención médica. El énfasis está dado por la atención en los servicios de psicología y enfermería, mientras que la atención en clínica médica resulta insuficiente dadas las características demográficas de la población. Al mismo tiempo cabe señalar que los trabajadores de este centro de salud llevan más de quince años en su mayoría trabajando allí, y encuentran dificultades para conseguir nuevos trabajadores para ese centro cuando alguno se jubila.

En cambio, en Santa Rita no escasean las horas de atención en los servicios estrictamente médicos, específicamente en pediatría y clínica médica<sup>11</sup>. Si bien, son pocas las horas de atención en ginecología, no parece generar problemas con la población demandante del servicio. Algunos de estos trabajadores llevan más de diez años de antigüedad en el CAPS, muchos ya han pasado

---

<sup>10</sup> Ver estructura de recursos humanos en el capítulo VI de esta tesis.

<sup>11</sup> Ver estructura de recursos humanos en el capítulo V de esta tesis.

por otros centros de salud y encuentran en éste un espacio de trabajo “amigable”. En síntesis, la estructura de recursos humanos fue una de las variables consideradas para la selección de los CAPS, aunque en una primera instancia no muestran diferencias significativas.

Cabe señalar que el Programa Médicos Comunitarios, en el caso de Alpargatas, fue utilizado por la gestión municipal para crear el servicio de atención en psicología, lo cual le dio a su implementación un sesgo muy particular. En contraposición, Santa Rita fue uno de los centros de salud en los que más alumnos se anotaron voluntariamente, y sin beca, para el cursado del posgrado, aunque los perfiles respondieron al los perfiles generales de los demás CAPS involucrados en el programa.

Una vez seleccionados los centros de salud, fue preciso considerar los actores con los que iba a realizar esta segunda etapa de trabajo de campo. En este punto, cabe introducir algunas consideraciones de índole teórico – metodológica. Adscribo a la necesidad de adoptar un enfoque relacional, ya que este enfoque permite trascender el paradigma interpretativista, tan caro, para algunos autores, al desarrollo de la disciplina en los últimos años, centrado en el “punto de vista del actor”, y comprender las múltiples relaciones y articulaciones que se dan entre los sujetos y su posición en las estructuras sociales y de significado en los procesos salud – enfermedad – atención (Menéndez, 2002). Desde esta perspectiva considero fundamental evitar la tendencia a la homogeneización que supone la adopción acrítica del “punto de vista del actor” y contrastar los discursos y los textos entre actores ubicados en distintos lugares de la estructura social y de significados, y con los propios supuestos del investigador, para considerar así las tensiones que se dan en el juego de los micropoderes en el nivel local en estos procesos. La adopción de este enfoque para una investigación en el campo de los procesos de salud – enfermedad – atención supondría una selección de actores que diera cuenta tanto de los padecimientos como de los saberes puestos en juego para atender estos padecimientos. Aún así, considero que las investigaciones sobre estos procesos han puesto el énfasis básicamente en los padecimientos en desmedro de los saberes de quienes se encargan en nuestras sociedades de atenderlos y también a expensas de considerar las relaciones de hegemonía subalternidad que atraviesan estos procesos (Menéndez, 2002).

Por ello, y teniendo en cuenta el alcance de este trabajo de investigación, para seleccionar los actores a entrevistar en esta etapa me centré exclusivamente en los trabajadores de los centros de salud. Además esta selección obedece al foco específico de mi trabajo, ya que se trata de los

saberes en atención primaria, específicamente en promoción y prevención de la salud, y si bien no desconozco que todos los conjuntos sociales desarrollan representaciones y prácticas para prevenir padecimientos, me interesaba poner el foco en la articulación entre el saber de los TS y las políticas que se implementan para modificarlo.

Así, para la selección de actores, la distinción entre los que habían participado del posgrado y los que no fue una de las clasificaciones más importantes que tuve en cuenta, ya que esa diferenciación me permitió analizar en términos comparativos la profundidad de los cambios que habían atravesado. Es decir que el supuesto del cambio fue analizado, no solamente a partir de las representaciones que sobre ello tenían quienes formaron parte de la experiencia del programa analizando en términos temporales, un “antes” y un “después”, sino también comparando entre quienes habían sido alumnos del posgrado y quienes no pero habían vivido los cambios en sus compañeros.

Dentro de esta primera clasificación, y en la instancia de análisis de la información, tuve en cuenta especialmente quiénes cobraban una beca por participar del posgrado y quiénes lo habían hecho de forma voluntaria; dado que esta distinción, suponía, iba a dar cuenta de motivaciones diferentes a la hora de involucrarse en este proceso.

Además, tuve especial consideración por los roles que cada uno desempeñaba en el CAPS, en este sentido establecí dos grandes grupos, los que son médicos: clínicos, pediatras y ginecólogos, por una parte; y por otra los que desempeñan roles no médicos: trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, obstétricas, administrativos y promotores de salud. Esta clasificación fue tomada en cuenta fundamentalmente para el análisis de la información, si bien no para el diseño de las herramientas de recolección de la misma. Si bien el tema de esta tesis se centra en el saber profesional, dado que participaron del PMC solamente profesionales (médicos y no médicos), incorporé también las representaciones y comportamientos técnicos de los promotores de salud y de los administrativos de los centros de salud, en tanto que considero que son actores fundamentales, no solamente para el funcionamiento de los CAPS sino también en lo que refiere a los vínculos con la comunidad de referencia.

Entonces, para el diseño de las guías de entrevista puse atención, por una parte, en la reconstrucción de las trayectorias académicas y laborales de los entrevistados; y por otra en la

construcción de categorías analíticas que me permitieran dar cuenta de los objetivos específicos planteados.

En primera instancia indagué respecto de la formación “académica” que habían tenido antes de empezar a trabajar en su profesión y durante su trabajo en atención primaria. Luego, me preocupé por recabar información respecto de cuáles habían sido sus experiencias de trabajo anteriores en el campo de la salud en general y en atención primaria en particular, para llegar a cuándo habían comenzado a trabajar en el distrito y en ese CAPS específicamente.

Posteriormente, para describir y analizar los conocimientos y las representaciones médicas sobre las características sociales, económicas y culturales de la población a cargo, consideré las percepciones de los actores respecto de las condiciones de vida de esa población, los principales problemas sociales que podían reconocer estos profesionales y su incidencia en las patologías que detectaban, y por último cómo evaluaban la incidencia de estas condiciones sociales en el desarrollo de su trabajo en el CAPS.

Luego, me concentré en recabar información que me permitiera describir y analizar las prácticas en el ámbito de la consulta. En este punto, cabe realizar la siguiente consideración: cuando me refiero a estas prácticas, en realidad voy a describir y analizar *las representaciones que ellos tienen de sus propias prácticas*. Esto es así dado que no observé consultas, aunque me lo ofrecieron, no me pareció ético invadir el espacio personal de la relación con los pacientes. Señalo esto porque, en más de una ocasión los antropólogos nos cuestionamos el sentido de nuestra participación en determinadas situaciones de campo. En este caso, consideré que la observación de las consultas, si bien tal vez podría haberle sido de utilidad al profesional en nada hubiera aportado al término más débil de esa relación, o sea el paciente.

Para describir y analizar las prácticas médicas en la esfera de la consulta, me concentré en indagar cuáles eran los principales motivos de la misma, las enfermedades más frecuentes y sus causas, identificando las patologías estacionales (diarreas, infecciones respiratorias agudas, etc.), de las que son producto de las condiciones de vida como por ejemplo la falta de agua potable, y las que son propias de los grupos etáreos (HTA, diabetes, etc.). Además recabé información respecto del tiempo que le destinaban diferenciando si se trataba de una primera consulta o si se trataba de pacientes con historia clínica en ese centro, si se trataba de una consulta programada o si era por demanda espontánea. También indagué sobre las técnicas de diagnóstico utilizadas más

frecuentemente, la importancia dada a la palabra del paciente para el diagnóstico presuntivo, el peso dado en la anamnesis médica a las condiciones de vida, si realizan una evaluación clínica general, si atendían el motivo de la demanda o aprovechaban la ocasión para realizar una revisión más exhaustiva, si indicaban estudios de laboratorio o por imágenes y en qué ocasiones. También para el caso de los profesionales no médicos (obstétricas, trabajadores sociales, enfermeros y psicólogos) indagué respecto de los principales motivos de las consultas que atienden, los padecimientos más frecuentes, y cómo lo relacionaban con las condiciones y “estilos de vida”. Asimismo busqué información respecto del tiempo que le destinan a las consultas, diferenciando si se trata de pacientes que asisten por primera vez o si están bajo alguna clase de tratamiento periódico. Consulté acerca de las estrategias que despliegan para realizar “diagnósticos presuntivos” y el lugar que le dan a la palabra de los pacientes en la realización de estos “diagnósticos”.

Respecto de las prácticas de promoción de la salud que realizaban, para operacionalizar esta dimensión consideré, por una parte si esta dimensión estaba incorporada en la esfera de la consulta, y por otra parte tuve particular consideración por las actividades que realizaban con la comunidad. Este recorte se basó en los objetivos y en contenidos propuestos desde el posgrado. Los principales indicadores que consideré fueron, el tipo de actividades realizadas considerando si se habían planteado objetivos y cuáles habían sido, la población destinataria, la metodología empleada y la evaluación que ellos mismos hacían de estas actividades. También indagué respecto de la frecuencia con que se realizaban estas actividades y la continuidad que tenían; los distintos niveles de participación de los miembros del equipo de salud y el origen de estas iniciativas.

En cambio, para describir y analizar las tareas de prevención específica me concentré en las actividades que se desarrollan en el marco de los programas de salud que se implementaban desde los CAPS. Este recorte de las actividades de prevención en relación a los programas diseñados desde los distintos niveles de gobierno (nación – provincia y municipio) me permitió además analizar los programas de capacitación en relación al conjunto de políticas sanitarias que se despliegan en el territorio. Para eso me propuse describir los programas que desarrollaban cada uno de los actores de acuerdo con su especialidad (por ejemplo: enfermería y el programa de vacunación, psicología y el programa de prevención de la violencia familiar, ginecología y el programa de salud sexual, etc.). También indagué respecto de cómo se desarrollaban las actividades normatizadas desde la formulación de los programas, la cantidad de pacientes que tenían bajo programa y su proporción en relación con la población objetivo, y qué estrategias

desarrollaban para captar pacientes. Indagué respecto del tiempo efectivo destinado a atención programada de estos pacientes analizando cuál es la proporción de consultas de pacientes bajo programa en relación al total de consultas, y diferenciándolo por especialidad. Intenté recabar información respecto de cómo incide la provisión de medicamentos en el desarrollo de los diferentes programas, y cómo evaluaban los resultados de la implementación de estos programas.

En cuanto a mi interés en describir y analizar las características, el significado y el sentido de los cambios en el saber del personal de salud a partir de la implementación del programa Médicos Comunitarios, desarrollé una estrategia de investigación comparativa entre aquellos profesionales que habían participado del posgrado y aquellos que no. Es decir que indagué respecto del sentido y el significado que estos actores le otorgaban a la experiencia formativa del posgrado en relación a su percepción respecto del proceso salud – enfermedad – atención, las prácticas que desarrollan en el espacio de la consulta, las prácticas de promoción y prevención que despliegan, intentando identificar semejanzas y diferencias con las representaciones y prácticas del resto del equipo de salud. También puse en juego el conocimiento personal de estos actores obtenido a partir de mi labor profesional desarrollada desde el año 2002. Es decir que sistematicé los datos de mi trayectoria laboral para poder comparar las características del saber de los TS previas a la implementación del PMC con las que asumió con posterioridad a esta experiencia.

Por último, y para dar cuenta de mi interés en describir y analizar la eficacia de los programas de capacitación en APS según las representaciones que tienen los trabajadores de la salud de sus propias prácticas, me concentré en analizar las herramientas teóricas y prácticas que utilizaban para identificar, prevenir y resolver los problemas de salud; contrastándolas con las herramientas teóricas y prácticas ofrecidas por el posgrado. Para ello no solamente tuve en cuenta la información a recabar en las entrevistas, sino también los materiales de lectura del posgrado, el registro de las clases teóricas y los encuentros tutoriales, y los trabajos de evaluación parciales y finales.

La primera evaluación anual de este curso consistió en realizar un “análisis situacional de salud” (ASIS), es decir que debían realizar un relevamiento de los principales problemas de salud de la población de referencia. Para analizar estos trabajos consideré si los problemas que identificaban correspondían al campo biomédico, al de la salud mental o al campo de lo social. Me propuse también analizar las relaciones de causalidad que establecían en relación a los contenidos

teóricos ofrecidos a lo largo del desarrollo del curso y las fuentes de información de las que se habían valido para realizar estos trabajos.

La segunda evaluación, es decir la evaluación final del curso fue la formulación de un proyecto de intervención a partir de la selección de uno o un grupo de problemas. En estos trabajos intenté analizar las técnicas que habían utilizado para la selección del/los problema/s considerando especialmente si en esta selección se había generado alguna instancia de participación de la comunidad y/o el resto del equipo de salud. También consideré si el problema seleccionado se correspondía con los problemas identificados en la primera instancia de evaluación y en los casos en los que había discrepancias si ello se debía a alguna clase de problemas en relación con la comunidad, con el equipo o con su preparación teórica.

Para describir y analizar los contenidos teóricos que ofreció el posgrado tomé en cuenta el material bibliográfico por una parte, así como los registros de las clases teóricas y las evaluaciones. Los parámetros que procuré para este análisis fueron: los fundamentos teóricos del contenido bibliográfico, la pertinencia de los mismos para un abordaje integral de acuerdo con los objetivos del posgrado, la pertinencia de estos contenidos con las principales problemáticas identificadas en los CAPS, la correspondencia entre los contenidos de la bibliografía y los de las clases teóricas, los temas abordados en las evaluaciones parciales, y el diseño de estas mismas instancias de evaluación, es decir si el énfasis estaba puesto en los contenidos de la clases o los de la bibliografía.

Luego intenté dar cuenta de las herramientas prácticas ofrecidas desde el posgrado a partir de los mismos materiales de campo: bibliografía, clases teóricas y evaluaciones. En este análisis consideré los contenidos de los módulos de bibliografía, o sea el énfasis dado a las herramientas metodológicas ofrecidas en los módulos, y las guías metodológicas utilizadas para el diseño de las diversas instancias de evaluación.

El análisis de estos materiales fue cotejado en una segunda instancia con el material proveniente del trabajo de campo en su totalidad. En todas las fases de este trabajo de campo procuré identificar las herramientas teóricas y prácticas que efectivamente se utilizan en atención primaria, discriminando cuáles fueron provistas por el programa Médicos Comunitarios y cuáles provienen de la formación de base de los trabajadores del primer nivel.



Por último analicé las motivaciones de los actores al participar del posgrado en relación a sus expectativas de desarrollo profesional y si éstas se habían visto satisfechas. Para ello tuve en cuenta si las expectativas estaban centradas en adquirir nuevos conocimientos que les permitieran mejorar su desempeño, o estaban centradas en validar académicamente sus saberes y de ese modo prestigiarse frente a la comunidad profesional, o bien si las expectativas eran solamente de índole económica, es decir mejorar sus ingresos.

Es decir que la información de trabajo de campo provino no solamente de la realización de entrevistas en profundidad, sino también de los registros de campo de las clases y los encuentros tutoriales, y las observaciones realizadas en los centros de salud y en las comunidades de cada barrio. Estas actividades fueron realizadas entre los años 2004 y 2007, e implicaron mi participación en encuentros quincenales de entre dos ó tres horas de duración en cada uno de los CAPS seleccionados y la concurrencia a las clases del posgrado una vez al mes. El rol que desempeñé como tutora del posgrado me permitió un conocimiento en profundidad no solamente de los actores y su proceso de aprendizaje sino también de las dinámicas de los equipos de salud y los cambios se fueron dando en el transcurso de esta experiencia.

Antes de comenzar esta segunda etapa de trabajo de campo, presenté el proyecto de investigación a las autoridades municipales de la Secretaría de Salud, lo que me permitió reinsertarme en los CAPS ahora sí desde otro rol, el de “investigadora”. Aún así, tuve que aclarar en todos los casos que ya no me unía ningún vínculo laboral con el municipio y que mi interés era estrictamente académico. Claro que en este segundo abordaje al campo esta inquietud no resultaba en modo alguno ingenua, si bien todos los entrevistados tomaban en cuenta las pistas de un “saber compartido” necesitaban evidentemente asegurarse de la intencionalidad de estas entrevistas. Una vez comunicados los objetivos del trabajo de investigación, puse especial atención en asegurarles la confidencialidad de la información obtenida y que nada de lo que me dijeran podría “dañar” su situación laboral. Esta “nueva neutralidad” de mi parte, si bien pareció sorprenderlos en una primera instancia, contribuyó luego a generar algunos momentos de reflexividad sumamente enriquecedores en las entrevistas.

Intenté realizar entrevistas en profundidad a un trabajador por servicio de cada uno de los centros de salud. En este punto cabe señalar que este diseño dificultó la posibilidad de comparar el saber de los médicos entre quienes habían sido parte del PMC y aquellos médicos que no. A esta dificultad hay que sumar las particularidades que se dan en la estructura de recursos humanos, es

decir la diferencia que hay entre las horas que cumplen los médicos respecto del personal no médico. Esto obstaculizó las posibilidades de entrevistar al médico clínico de Alpargatas y de hacer una entrevista en profundidad con el médico ginecólogo, que es el mismo en los dos CAPS. En este último caso, solamente pude conversar informalmente sin posibilidades de obtener un registro de esa conversación. Con estos dos médicos, los inconvenientes se centraron en la gran cantidad de pacientes que esperaban para ser asistidos y en la imposibilidad de estos actores de encontrar otro momento para la realización de las entrevistas dado que continuaban con su trabajo en otros centros asistenciales. Estos problemas me obligaron, en la instancia del análisis de la información a limitar la comparación entre profesionales médicos y no médicos a quienes sí habían sido parte del posgrado.

En síntesis, en Santa Rita entrevisté al médico clínico, a un pediatra, al psicólogo, al trabajador social, a la obstétrica, a un enfermero y a una administrativa. Del mismo modo, en Alpargatas entrevisté a una pediatra, una psicóloga, la obstétrica, la trabajadora social, las tres enfermeras, la promotora de salud y la administrativa. También tuve la posibilidad de entrevistar al que era director del área programática correspondiente a ese CAPS. Del mismo modo, cabe la aclaración respecto de la inclusión de las promotoras de salud en la selección de actores, ya que al ser ésta una nueva figura incorporada a los CAPS en el 2009 a partir de un programa nacional, este rol no estaba previsto en la selección original de actores y fue incorporado luego de iniciado el trabajo de campo.

También resulta de interés comentar que en ocasión de realizar la entrevista que correspondía a la enfermera del centro de salud Alpargatas, las tres enfermeras del CAPS me plantearon que querían que la entrevista fuera realizada en forma colectiva a las tres. Más allá de la interpretación que merecería esta situación en cuanto a los modos de relacionamiento colectivo que se dan en este centro, cabe señalar que la entrevista fue realizada y luego analizada como si se tratara de tres entrevistas diferentes, o sea que intenté en primera instancia recuperar las trayectorias personales de cada una de ellas, y luego ante cada tópico a tratar fui indagando la percepción de cada una de ellas. Ahora bien, en cuanto a las razones por las cuales accedí a esta petición, si bien había señalado con énfasis que me proponía realizar entrevistas de carácter individual, consideré que realizarla en forma grupal podía contribuir a disipar ciertas desconfianzas que intuyo hacen a los vínculos al interior del equipo.

Una vez recabada la información de acuerdo con los criterios mencionados con anterioridad, me aboqué al análisis de la información. Para ello trabajé con una matriz de datos para cada CAPS construida a partir de los objetivos específicos y la información de las entrevistas discriminada por actores y las demás fuentes de información. Esta instancia del proceso investigativo me permitió recuperar gran cantidad de información dispersa, ya que el trabajo de ordenamiento de los registros me ayudó a integrar el material de campo para luego incorporarlo en el análisis posterior (Rockwell; 1987). El trabajo de análisis implicó una “lectura horizontal” y exhaustiva de cada uno de los textos resultado de la desgrabación de los registros de las entrevistas en la que intenté interpretar el significado de las acciones y de lo dicho, así como una contextualización de los mismos en las situaciones en que se tomaron estos registros. En segundo término efectué una “lectura transversal” de cada subconjunto y del conjunto en su totalidad, contrastando los registros de acuerdo con cada uno de los objetivos específicos previamente explicitados. Fue un proceso de recorte de cada documento en una “unidad de sentido” por tópicos o temas, intentando agrupar las partes por sus semejanzas y buscando percibir las relaciones entre ellas. Posteriormente realicé un reagrupamiento reduciendo las unidades de sentido a la menor cantidad posible, buscando hacer inteligible aquello que fuera más relevante y representativo de las categorías estudiadas. Esta etapa de ordenamiento y clasificación me permitió una reflexión sobre el material empírico, que va de lo abstracto a lo concreto para volver a abstraer en un movimiento circular que hiciera posible captar las riquezas del caso particular sin perder de vista su inscripción en contextos y procesos más generales (Souza Minayo; 2009).

## **Recapitulando**

En los procesos de reforma del sector salud inspirados en los principios de la atención primaria consagrados en la reunión de Alma Ata, la apuesta en gran medida ha estado en la formación profesional y en la posibilidad de introducir cambios en el modelo de atención a partir de programas de capacitación de recursos humanos. Esta experiencia generó algunos interrogantes en torno de cuáles son las principales características del saber en atención primaria y cómo se expresan en el modelo de atención; cómo operan los procesos de cambio en este saber; y qué eficacia tienen estos programas de capacitación. Me propuse entonces analizar los cambios en el saber de los trabajadores del primer nivel de atención de la salud en un distrito del segundo cordón del conurbano bonaerense a partir de la implementación de uno de estos programas de capacitación: el programa Médicos Comunitarios.

Encaré esta investigación intentando dar cuenta también de mi propia trayectoria profesional. Mi trabajo en el municipio, atravesando distintos sectores y áreas de gobierno me permitió comprender las características particulares de los conjuntos sociales que habitan esta localidad, que son producto de los procesos socio históricos que han transitado y que refieren a un importante desarrollo de organizaciones de la sociedad civil, en las que el barrio se constituye en la unidad de organización territorial por excelencia. También pude comprender que estas particulares formas de organización social estaban en relación con las dificultades en torno de la reproducción biosocial de estos conjuntos, dado que se trata de población que habita en condiciones de desigualdad y vulnerabilidad, a veces extrema. La crisis de diciembre del año 2001, me llevó a interrogarme respecto de los límites de las estrategias sociales de supervivencia y respecto de la importancia de las políticas sanitarias en estas estrategias.

Mi trabajo docente en el programa Médicos Comunitarios me permitió observar la profunda conmoción que significaba para algunos trabajadores el reconocimiento de las desigualdades sociales, y las dificultades y resistencias que algunos de ellos mostraban para introducir cambios en las formas de atención de la salud. En otros casos esta observación participante me permitió conocer el saber construido luego de varios procesos de capacitación marcados por concepciones diferentes de la APS, y entender algunas limitaciones objetivas a la hora de emprender procesos de reforma. También resultó importante para analizar las discrepancias que existen entre las representaciones médicas y las prácticas que se dan en torno del acceso a la salud.

Por último, me interesa señalar que el alto grado de involucramiento con la gestión local de la salud me obligó a un distanciamiento que me permitiera abordar una segunda etapa de trabajo de campo. Fue así que una vez finalizada mi labor docente me aboqué al diseño final de mi investigación y a la realización de entrevistas en profundidad y análisis de documentos para intentar responder a los interrogantes propuestos.

## CAPITULO II

### LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS.

En la primera parte de este capítulo me propongo dar cuenta de los debates que históricamente se han dado en torno de los principios que guían el diseño de las políticas sanitarias. De los actores sociales que han intervenido en estos debates y los intereses que se han jugado en la definición de las políticas del sector, intentando relacionarlos con el rol que se le fue asignando al estado en el modelo de acumulación vigente en cada una de estas etapas históricas.

En primera instancia abordaré los procesos que llevan a la formulación de la propuesta de atención primaria de la salud por parte de la Conferencia Mundial de Alma Ata, las sucesivas reformulaciones que ha ido sufriendo esta propuesta a partir de las políticas sanitarias que intentaron llevarla adelante y los permanentes debates en torno de la eficacia de la misma en ámbitos internacionales. Luego me centraré en las políticas sanitarias que se han dado desde principios del siglo pasado en nuestro país, aspirando reseñar los antecedentes en materia de prevención y promoción de la salud, en todo lo referido al fortalecimiento del primer nivel de atención.

En una segunda instancia atenderé a los aspectos teóricos que construyen este campo del conocimiento, deteniéndome en el aporte de las investigaciones recientes desde las ciencias sociales en general y en particular desde la antropología; así como el aporte desde el campo del sanitarismo.

Por último pretendo dar cuenta de aquellas categorías con las que voy a analizar el objeto de esta investigación, fundamentalmente a partir del aporte de los conceptos propios de la antropología médica.

#### **De la importancia de una teoría del estado para abordar las políticas sanitarias**

Las políticas sanitarias no pueden analizarse en forma escindida del conjunto de políticas públicas que se despliegan desde la esfera del estado, y por lo tanto tampoco pueden ser analizadas por fuera de los debates respecto del modelo de acumulación y las distintas formas que asume la regulación estatal. Es decir que es preciso nutrirse de los aportes de los desarrollos de la teoría social y más específicamente de una teoría del estado para abordar esta temática en toda su

complejidad. Intentaré adoptar una perspectiva que no reduzca la intervención del estado, ni sus estructuras, a un mero reflejo de las contradicciones que se dan en el plano económico; sino que reconozca que la intervención del estado es condición necesaria para el desarrollo de los diferentes procesos de acumulación capitalista en los que interviene a partir de sus modos de regulación tanto en lo que hace a sus funciones en la esfera de la reproducción ampliada, es decir a las regulaciones que pretenden ordenar el conflicto capital – trabajo, como en todo lo que tiene que ver con la reproducción material de la fuerza de trabajo y las condiciones para el sostenimiento del proceso de acumulación.

Entiendo que las políticas sociales cristalizan<sup>12</sup> el modo en el que el capitalismo ha resuelto históricamente sus problemas de reproducción, tanto en lo que refiere a la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir a asegurar condiciones de vida históricamente determinadas, como en lo que respecta a su reproducción ampliada, o sea los modos que asumió la resolución del conflicto capital-trabajo y las forma de construcción de hegemonía por parte del bloque dominante. (Grassi; 2003)

Considero que la descripción y el análisis de programas en APS en los últimos 15 años deben enmarcarse en el desarrollo del nuevo modelo de acumulación. El modelo de acumulación neoliberal ha generado un fecundo debate respecto del estado y las políticas en general y en particular en lo que refiere al diseño de políticas sociales. Desde el campo de análisis de la teoría política son numerosos los autores que refieren al surgimiento de un nuevo régimen de acumulación que comienza en la década de los 80. A grandes rasgos podemos esquematizar este modelo de acumulación que denominamos neoliberal a partir de algunas de sus principales características. En el plano económico: cambios en el proceso productivo tendientes a la adaptación de la oferta a los ciclos de expansión – contracción de la demanda, fuerte concentración de capitales con hegemonía del sector financiero y crecimiento del endeudamiento externo. En lo que refiere a la regulación estatal: disminución de la intervención estatal en la regulación del conflicto capital – trabajo; es decir, nuevas regulaciones laborales que favorecieron las necesidades de flexibilización productiva y significaron la pérdida de derechos laborales de la clase trabajadora, con el consecuente incremento en los niveles de desempleo. Este último proceso se caracterizó por un debilitamiento de los sujetos colectivos y una acción del estado tendiente a compensar individualmente a los damnificados. Al mismo tiempo se amplió el endeudamiento en paralelo con el incremento del déficit fiscal.

---

<sup>12</sup> Utilizo el término cristalizar en alusión a las estructuras institucionales en que se expresan estos procesos.

El análisis de los programas sanitarios que se implementan en el primer nivel de atención de la salud, incumbe necesariamente a este debate y particularmente en dos aspectos. Uno que alude a la crítica en el diseño de las políticas sociales como intervención “compensadora” de los efectos del modelo, e incluye la impugnación a los programas “focalizados”. La otra línea de discusión tiene que ver con la desregulación de la seguridad social y las reformas en el sector de la salud tendientes a la privatización y a la reducción de los servicios por parte del subsector público de la salud.

Desde esta perspectiva es posible considerar que las políticas sanitarias han sido un aspecto fundamental desde ambos significados de la reproducción social, por una parte por el hecho de ser parte constitutiva de lo que se entiende por salario indirecto (Meillassoux; 1984), es decir que la atención de la salud desde la formación del estado de bienestar ha sido el modo de asegurar la mantención de la fuerza de trabajo en los tiempos de paro por enfermedad y al mismo tiempo ha aportado a la reproducción de la fuerza de trabajo asegurando condiciones de vida para las futuras generaciones de trabajadores. Al mismo tiempo porque la atención de la salud se configura a partir de la institucionalización de la biomedicina a través de lo que se denomina modelo médico hegemónico que cumple diferentes funciones, entre las cuales está la de control. (Menéndez; 1996).

Es preciso, por una parte, abordar la propuesta de APS desde de un análisis de los modos de regulación estatal que fue asumiendo el conflicto capital – trabajo a partir de las políticas orientadas hacia el sector salud; pero además es preciso contextualizar histórica y políticamente el momento en el que surge esta propuesta. Sobre todo porque, la propuesta de la APS aparece a fines de los años 70 condensando una multiplicidad de críticas hacia la biomedicina que daban cuenta de también de procesos de cambio mucho más amplios que se dieron a nivel mundial, particularmente en los países subdesarrollados. Sin embargo, posteriormente fue adquiriendo otros sentidos a medida que avanzaron las propuestas neoliberales del Consenso de Washington<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> El Consenso de Washington es un decálogo que sintetiza de las principales reformas en materia de política económica que según su autor, John Williamson, debían adoptar los países de América Latina. Se trata de un paper presentado en una conferencia organizada por el Instituto de Economía Internacional en 1989, y que resume los principales acuerdos en esta materia por parte de los organismos financieros internacionales.

## **El contexto de surgimiento de la propuesta de atención primaria de la salud.**

La Conferencia Internacional de Atención Primaria realizada en el año 1978 en Alma Ata (Kazajistán – ex URSS) fue un evento que sintetizó múltiples procesos que atravesaban al sector de la salud. En términos de política internacional, aún se podía hablar de un mundo bipolar, en plena Guerra Fría, en el que los dos bloques se disputaban la hegemonía mundial. Sin embargo esta bipolaridad comenzaba a mostrar señales de resquebrajamiento. Surgía el liderazgo de China en el bloque socialista, y los países de América Latina intentaban sustraerse del dominio de los Estados Unidos sobre la región. Estados Unidos había sido derrotado en Vietnam y se surgían fuertes movimientos sociales que luchaban por su emancipación y por el fin del dominio colonial de las grandes potencias europeas.

Se hablaba entonces de los países “no alineados” o del “Tercer Mundo” para establecer diferencias con las potencias hegemónicas. En el plano económico se venía de un período de grandes transformaciones tecnológicas, especialmente en las industrias bélicas, que impactaban en avances en las tecnologías aplicadas a la atención de los padecimientos. Pero este desarrollo tecnológico no parecía ser suficiente para eliminar las enormes desigualdades sociales que se daban entre países y al interior de los países, provocando que enormes conjuntos sociales vivieran en condiciones miserables mientras que se acentuaba el proceso de concentración de capitales a nivel internacional. Las teorías desarrollistas ya habían demostrado su incapacidad para explicar esas desigualdades y las teorías de la dependencia basadas en la desigualdad en los términos de intercambio en el mercado internacional tampoco podían explicar la emergencia de grandes bolsones de pobreza en los países centrales.

Paradójicamente, la propuesta de atención primaria se dio en un contexto mundial marcado por altísimos niveles de concentración capitalista, crisis de las instituciones propias del estado de bienestar, grandes masas de población mundial que quedaban fuera del mercado de trabajo atravesadas por procesos de exclusión, lo cual impactaba no solamente en términos de incremento de la demanda de servicios de salud al estado, sino a su vez en grandes conjuntos sociales que veían deterioradas sus condiciones de vida poniendo en crisis sus posibilidades de reproducción.

Particularmente desde los organismos internacionales del sector salud, ya se venía analizando desde hacía algún tiempo la falta de eficacia de la perspectiva biomédica, y la necesidad de adoptar una perspectiva integral de los problemas que afectaban la salud de los pueblos del



mundo. La evidencia de las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población, habían motivado que en las Asambleas Mundiales de la Salud de los años 1975 y 1976 se asumiera el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

Ya desde 1946 la OMS había revisado el concepto de salud y se había incorporado en su constitución la definición propuesta por el croata Andrija Stampar quien proponía considerar la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (Tejada de Rivero; 2003).

Dentro de esta misma perspectiva que amplía el concepto de salud, el informe del ministro de salud de Canadá, Marc Lalonde, había causado un importante impacto en ámbitos internacionales con su clasificación de los principales determinantes de la salud. En 1974 Lalonde analizó los determinantes de salud, creando un modelo de salud pública. En éste se consideraba que el nivel de salud de una comunidad era determinado por cuatro variables: la biología humana, el medio ambiente (incluyendo en este ítem la "contaminación psicosocial y sociocultural" y el stress) el estilo de vida, que hacía referencia a los modos de vida individuales considerados insanos; y por último el sistema sanitario (Cerqueira; 1996). Si bien el informe contenía una serie de imprecisiones respecto de la jerarquía de causalidad entre estos cuatro niveles, en la práctica redundó en un énfasis en los estilos de vida "insanos" y en una serie de medidas que tendieron a promover "estilos de vida saludables" basándose en fuertes campañas antitabaco y de educación vial (identificados éstos como principales factores de riesgo en poblaciones urbanas). Como consecuencia de este informe, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo a una modificación en las prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria.

También durante las décadas de los 60 y 70 algunos estudiosos habían dado a conocer las experiencias de China, India, y algunos países de África y el Tercer Mundo en las que se fomentaba la capacitación de promotores comunitarios surgidos de las mismas comunidades, se ponderaba la autosuficiencia y el uso de recursos locales baratos y se priorizaban medidas de tipo preventivista, la educación sanitaria y la participación de líderes comunitarios.

La experiencia que influyó decisivamente en la declaración de Alma Ata como paradigma de la atención primaria fue la de los médicos descalzos de China. Esta experiencia surge como

parte de la denominada revolución cultural, con fuerte apoyo del gobierno de Mao Tse Tung. Se basaba en la formación rápida de paramédicos destinados a cubrir las necesidades de atención de la salud en la numerosísima población rural de ese país. Se calcula que en solamente seis meses se formaron alrededor de 400.000 “médicos descalzos” que proveyeron servicios de salud a toda la población rural a costos reducidos. Sus acciones se orientaron en el mejoramiento de la vivienda, el saneamiento ambiental y el mejoramiento del estado nutricional. Su labor se basaba en promover la organización comunitaria para el cuidado de la salud ambiental; en desplegar cuidados preventivos utilizando hierbas medicinales, desarrollar campañas de salud para el cambio de hábitos higiénicos, para la potabilización del agua y la limpieza de los espacios públicos; todas estas actividades eran desarrolladas por Comités Comunales. El éxito de esta experiencia se evidenció en que en el período que va de 1949 a 1979 la expectativa de vida creció de 35 a 69 años.

Tomando como ejemplo estas experiencias en la declaración de Alma Ata se reitera la definición de salud de Andrija Stampar y se agregan la definición de la salud como "derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo". Además, el texto dice que su realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud".(Conferencia Internacional sobre Atención Primaria; 1978:2)

El documento final intentó sintetizar estos procesos que describimos, y su texto fue la expresión de las pujas por el poder a nivel internacional entre proyectos antagónicos en el ámbito de la salud. Aún así podemos decir que es una propuesta que expresa una pequeña victoria de los discursos contra hegemónicos, aunque su tono relativamente lavado permitió luego diferentes lecturas y aplicaciones de estas propuestas.

Caben destacar en este sentido algunas de sus principales aportes: a) la adopción de una perspectiva integral de la salud entendida como “completo estado de bienestar físico, mental u social” y su inclusión en el marco de la defensa de los derechos humanos universales; b) la participación de todos los sectores para el logro de este objetivo, es decir la afirmación de la necesidad de un abordaje intersectorial; c) la denuncia de las desigualdades en materia de salud como problema prioritario a nivel mundial; d) la determinación del desarrollo económico para alcanzar las metas en salud; e) la importancia de la participación comunitaria en la planificación y la implementación de la atención de la salud; f) el eje en la promoción de la salud, g) la concepción de la atención de la salud a partir de la aplicación de tecnologías socialmente aceptables a costos

que la comunidad pueda soportar de acceso universal; h) la necesidad de acercar la atención sanitaria a los lugares donde la gente vive y trabaja resultando de ello el primer contacto con el sistema de salud; i) la importancia de identificar los principales problemas sanitarios de la comunidad dando prioridad a los más necesitados; j) la obligación para los gobiernos de formular políticas con eje en la APS tendientes a la instalación de sistemas de salud integrados y en coordinación con otros sectores; k) la importancia de la cooperación internacional para el logro de estos objetivos, y la necesidad de reorientar recursos internacionales orientados en ese momento en el desarrollo de la industria bélica.

### **La Atención Primaria Selectiva: un recorte a tono con los tiempos**

Los años 80 trajeron una combinación de recesión mundial, deuda externa sofocante, políticas de ajuste devastadoras, escalada de los gastos militares, empeoramiento de la pobreza y destrucción medioambiental masiva; y cada uno de éstos agravando a los otros en un círculo vicioso. Los países subdesarrollados, en especial sus ciudadanos más pobres, sufrieron grandes retrocesos en sus condiciones de vida.

Así, la declaración de principios sobre la salud que emergió de Alma Ata a través del concepto de APS se convirtió en otro espacio de confrontación ideológica, y tuvo expresiones concretas en los procesos de reformas sanitarias, en su mayoría neoliberales, que se desarrollaron y aún se desarrollan en los países del tercer mundo.

En la segunda mitad de la década del 80 desde los organismos internacionales se suceden una serie de declaraciones que continúan expresando la tensión entre los objetivos estratégicos de la formulación de Alma Ata y las políticas sanitarias implementadas desde una concepción selectiva de la atención primaria.

El peor ataque a la APS vino desde el propio sistema internacional de salud pública. Las poderosas instituciones mundiales de salud pusieron en marcha una campaña internacional para despojar a la APS de sus componentes de mayor alcance. Este ataque surgió casi desde el principio e incluso del mismo sector de la salud pública. Ya en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento, desde la Fundación Rockefeller argumentaban que la versión integral de la Atención Primaria de Salud enunciada en la declaración de Alma Ata era demasiado cara y poco realista (Rodríguez Alcides; 2003). Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que apuntar a los grupos de alto riesgo mediante

intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado (Vieira; 1995). Esta nueva intervención más limitada se conoce como Atención Primaria de Salud Selectiva.

Este nuevo planteamiento despojó a la APS de sus conceptos clave. La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS. Esta versión selectiva de la APS se redujo así a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud. De esta forma, la Atención Primaria de Salud Selectiva fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes. Este enfoque dio paso también al desarrollo de una concepción vertical y fragmentada en la formulación y aplicación de programas de salud de la cual muy pocos países quedaron exentos.

El papel jugado por organismos internacionales en el despojo de los elementos más revolucionarios y estratégicos de la APS se puede ejemplificar con los roles desempeñados por UNICEF, FMI y el Banco Mundial. Las “recomendaciones” de los organismos de crédito internacional se basaron en la creencia de que la crisis era producto de la “ineficiencia” del estado que lo llevaba a aumentar exponencialmente su deuda externa por su incapacidad para racionalizar el gasto público. (Ugalde y Homedes; 2007: 43).

Estos organismos (FMI, Banco Mundial<sup>14</sup>, BID) condicionaron el financiamiento externo a la ejecución de una serie de medidas y lineamientos tendientes a la desregulación de los mercados, la flexibilización laboral, y la focalización del gasto público en los sectores más afectados por la implementación de este modelo.

Decimos que fueron parte constitutiva del modelo de acumulación porque éste se basaba en el crecimiento del endeudamiento externo de estos países, y fueron precisamente estos organismos de crédito (BM y BID) los que financiaron la puesta en marcha de estas políticas, imponiendo criterios tanto para la implementación como para la evaluación (rendición) que permitiría nuevos desembolsos y sucesivas refinanciaciones.

---

<sup>14</sup> El “Banco Mundial (BM) (a sido...)el mayor prestamista para el sector salud y el asesor en política sanitaria más influyente en el mundo” (Ugalde y Homedes; 2007: 35)

UNICEF comenzó a retirar su apoyo a una atención de salud integral y equitativa. En vez de renovar su petición de los años 70 de un orden económico internacional más justo, expresada en la declaración de Alma Ata, el UNICEF comenzó a hablar de una fuerza contraria que afecta a la infancia del mundo: la continua recesión económica, como si las políticas socialmente regresivas impuestas a los países pobres fuesen una fuerza inevitable de la naturaleza.

En 1983, el UNICEF anunció que estaba adoptando una nueva estrategia diseñada para lograr una “revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil” a un costo adecuado para los países pobres. Claramente dentro del modelo de la APS selectivo, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil fue presentada como una versión más, barata y factible de la Atención Primaria de Salud diseñada para proteger a los niños del impacto de las cada vez más deterioradas condiciones económicas. Dirigida principalmente a niños menores de cinco años, su objetivo era reducir a la mitad la mortalidad infantil en el Tercer Mundo en el año 2000. Con este fin, daba prioridad a cuatro importantes intervenciones sobre la salud que, en inglés, forman el acrónimo GOBI:

- Monitorización del crecimiento (Growth Monitoring)
- Terapia de rehidratación oral (Oral rehydration therapy)
- Lactancia materna (Breastfeeding)
- Inmunización (Immunization)

En respuesta a la preocupación de que GOBI pudiera ser demasiado selectivo, el UNICEF, al año siguiente, recomendó una versión ampliada: GOBI-FFF, añadiendo planificación Familiar, suplementos alimenticios (Food supplements) y educación Femenina. Muchas naciones limitaron sus principales campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral e inmunizaciones, que el UNICEF comenzó a llamar los dos motores de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. Algunos países incluso utilizaban la mayor parte de sus presupuestos en sólo uno de estos motores, descuidando el otro.

En apariencia, el argumento de UNICEF a favor de GOBI parece convincente:

1. Los recursos financieros y humanos para la Atención Primaria de Salud en los países pobres son escasos, y se hacen más escasos por la persistente crisis económica internacional.
2. Existen tecnologías sencillas, baratas y muy accesibles para salvar vidas infantiles.
3. También existen métodos para popularizar estas tecnologías a bajo costo

Los gobiernos protectores de las empresas de ambos hemisferios, que apenas habían apoyado la APS Integral, recibieron el GOBI con entusiasmo. USAID y el Banco Mundial

ofrecieron incrementar su ayuda económica; el Vaticano y el Rotary International también se sumaron. A mediados de los 80, prácticamente todos los países subdesarrollados habían lanzado una campaña promocionando algunas o todas las intervenciones del GOBI (Rodríguez Alcides; 2003).

El apoyo del UNICEF a la APS Selectiva a través de la Revolución en pro de la Supervivencia infantil representó un gran cambio de estrategia con profundas implicaciones políticas. Los Programas de Ajuste Estructural (PAE) impuestos en los países del Sur por el FMI y el Banco Mundial deterioraron rápidamente la Atención Primaria de Salud. Los países que buscaban asistencia financiera fueron obligados bajo esta política a privatizar sus servicios de salud y exigir el pago de la atención a los pacientes. Esta ha sido la experiencia de diversos países de África y América Latina que pidieron ayuda a las instituciones de Bretton Woods. Según Menéndez (2005) la propuesta del Banco Mundial no fue el resultado de un análisis respecto de los efectos de un nuevo modelo de acumulación, sino que esa propuesta fue el resultado de un ejercicio anticipatorio, preventivo, con el fin de formular políticas tendientes a amortiguar las consecuencias en términos de desigualdad social que se preveían como efectos no deseados de este modelo.

Es interesante repensar este proceso de focalización no solamente en términos de causa efecto sino como proceso simultáneo con el desarrollo de un nuevo modelo de acumulación capitalista. Es importante señalar lo que varios autores sostienen, respecto de que esta propuesta así como el conjunto de políticas sociales basadas en la focalización formaron parte constitutiva del modelo neoliberal, es decir que fue un ejercicio anticipatorio, y no una política ex - post, a sabiendas de las consecuencias sociales que implicaría la implementación del neoliberalismo, particularmente en América Latina.

La puesta en marcha de estas políticas supuso la adopción de estos criterios, y para ello se fueron configurando prácticas y espacios institucionales en todos los ámbitos de decisión política. Es así que se conforma un nuevo tipo de técnico en todos los niveles de gobierno a quienes se los denominó los “gerentes sociales” (Grassi: 2003), que fueron los que adoptaron la práctica de “formulación de programas”. Estos “programas” suponían la explicitación de objetivos y de una “población objetivo” es decir el “objeto” de las acciones. Es también en este proceso en el que se torna de vital importancia para los “gerentes” de la salud pública racionalizar la inversión en recursos humanos en salud con lo que se constituye en herramienta técnica de gestión la

administración y medición del tiempo de consulta, y el indicador de relevancia para la gestión de recursos económicos entre las jurisdicciones es el rendimiento: cantidad de consultas por horas asistenciales.

“La extensión de la cobertura universal, aunada al incremento de los costos asistenciales (...) conducen estructuralmente a la reducción de los tiempos de atención (...). Pero simultáneamente señala la necesidad de mejorar la calidad y la calidez en la relación médico – paciente, reiteradamente se proponen estrategias que son alteradas continuamente a favor de la reducción del tiempo de la consulta médica” (Menéndez, E. 1996:55)

Durante la década del 90, con el auge del neoliberalismo en toda la región, se profundizó la implementación de programas focalizados y verticales, con financiamiento internacional que incidía en el incremento en los niveles de endeudamiento externo. Conjuntamente con estos programas selectivos se impulsaba un paquete de reformas del sistema sanitario que tendían a asegurar un paquete mínimo de servicios básicos y que se orientaba hacia la desregulación y la privatización del sistema. En este proceso el subsector público de la salud en todos los países emergentes se vio atravesado por la exigencia de eficientizar el gasto público y reducir el presupuesto asignado a la salud. Paralelamente los pueblos de todos estos países sufrieron un profundo deterioro en sus condiciones de vida y un incremento en los niveles de desocupación. Asimismo, con la aparición de financiadoras – gerencadoras de la salud, a partir de las reformas de los '90, comenzó a limitarse al acceso a determinadas prácticas y tratamientos de mayor complejidad, demanda que se transfirió mecánicamente al subsistema público de salud, deteriorándose de este modo aún más la calidad de la atención a expensas de los principios eficientistas.

Desde el punto de vista de la acción también se cuestionó a las políticas sociales neoliberales por la definición de población objetivo que las mismas utilizan, ya que en un esfuerzo por asignar recursos atendiendo a los objetivos reparadores se recurrió a un recorte, es decir una acción focalizada. Este recorte se efectivizó no sin ciertos riesgos, a saber que la discriminación positiva se transformara en discriminación negativa. Es decir que el margen entre las medidas tendientes a ayudar a los sectores más vulnerables y la instalación de sistemas de categorización que los colocaba en un estatuto de ciudadanos de segundo orden era sumamente estrecho. Los niveles de exclusión social, potenciaron la posibilidad de conflictos, y la modalidad de implementación de estas políticas sociales asumió formas particularmente significativas de las

contradicciones estructurales, y a su vez manifestó la fragilidad de esa normatividad hegemónica. (Danani: 1996; Castell: 1998)

Al debate respecto de las categorías de “universalidad” – “focalización” se han ido asociando otros debates en torno de la perspectiva que adoptaron los defensores del modelo respecto de la cuestión social. En ese sentido es sugerente el análisis de Danani respecto de cómo al invocar cuestiones de “equidad” para fundamentar las políticas focalizadas se produjo un desplazamiento de sentido desde las nociones de igualdad/ desigualdad para referirse a la totalidad social, hacia nociones como equidad en lugar de igualdad y pobreza en vez de desigualdad, fragmentando la mirada sobre lo social y fundamentalmente velando las causas estructurales del incremento de la pobreza como resultado de la implementación de este modelo (Danani: 2008: 41). El trabajo bajo esta modalidad demostró que en nombre de la equidad se tendía esencializar a la población en situación de pobreza dado que no se daba acabada cuenta del proceso histórico que los había llevado a esta situación, se mencionaba en los documentos a “los pobres” naturalizando esta denominación y despojando a los ya más que desposeídos de su condición de sujetos, (o sea una doble explotación material y simbólica). Además los configuró como población de segunda categoría, población “objeto” es decir merecedora de la “ayuda” del estado por su “incapacidad” para asegurar su reproducción a través del mercado. Esta focalización no hizo más que reproducir en forma ampliada el estigma que históricamente ya pesa en nuestras sociedades sobre aquellos más explotados.

### **La Promoción de la Salud y la propuesta de descentralización de los sistemas de salud**

En 1986 se reúne la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que emite el documento conocido como la Carta de Ottawa, que inspirado en la declaración del 78 establece como prioridad desarrollar políticas orientadas hacia la promoción y la educación para la salud. En la Carta de Ottawa se hace hincapié en la necesidad de una acción intersectorial para asegurar las condiciones para una vida saludable y en el rol de mediador del sector salud entre intereses antagónicos que pueden obstaculizar este objetivo. Señala que la promoción de la salud atañe no solamente a los sectores gubernamentales sino que supone la participación activa de la comunidad y los individuos. En cuanto a las líneas de acción para promocionar la salud, la carta propone los siguientes ejes: la elaboración de políticas públicas “sanas”, la creación de “ambientes favorables”, la participación comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios; y los participantes asumen compromisos en torno de la lucha en contra de



las desigualdades entre países y al interior de las sociedades, el combate contra los factores que contaminan el medio ambiente, a favor de “reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud;(…) y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general”, y también asumen compromisos de reorientar los servicios de salud interviniendo en la formación del personal que se desempeña en el sector (OPS; 1986, Cerqueira; 1996).

En 1988, el 33.o Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución XV referida al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. (SILOS). En el marco de los conceptos y estrategias para el desarrollo de sistemas locales de salud, se le asignó mayor importancia relativa al nivel primario de atención y se puso el énfasis en la descentralización, en la participación social, en el desarrollo de nuevos modelos de atención y en el desarrollo de capacidad gerencial como condiciones para el desarrollo de sistemas locales de salud; asimismo se resaltó el papel de la APS en la organización de los sistemas nacionales de salud. Desde entonces la mayor parte de los países han reevaluado el alcance de la medicina curativa tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus sistemas locales de salud (SILOS) y fomentar la participación de la comunidad en las actividades de atención primaria (Paganini; 1987).

### **El debate en torno del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS): nuevos vientos o meros intentos?**

A comienzos de este siglo se hacía evidente que si bien las políticas selectivas habían resultado eficaces de acuerdo con los resultados epidemiológicos, estaba lejos de alcanzarse la meta SPT/2000. Las desigualdades en el acceso a la salud se habían agudizado, tanto entre los países como al interior de cada país, y estaba lejos de lograrse la cobertura universal (Tobar; 2001).

A medida en que el fracaso de las recetas neoliberales se hacía evidente y los procesos de resistencia popular se expandían en toda la región, en algunos países de América del Sur se inician procesos de transformación social. En Venezuela, Bolivia, Ecuador, Argentina, Brasil y Uruguay asumen gobiernos populares impulsados por movimientos sociales que demandan mayor protagonismo y participación en las decisiones de gobierno y cambios estructurales que implicaran mejoras en sus condiciones de vida y el cumplimiento de demandas por largo tiempo postergadas. Argentina y Brasil reestructuran el pago de sus deudas e impulsan la consolidación de un bloque latinoamericano a partir del fortalecimiento del MERCOSUR y la creación de la UNASUR que

permitió mayores niveles de autonomía respecto de los países centrales y de los organismos de crédito internacional. Este proceso será el marco en que se den los nuevos debates en torno de las políticas sanitarias para la región, intentando recuperar mayores niveles de autonomía respecto de las orientaciones de los organismos de crédito internacional.

En el año 2003, al cumplirse 25 años de la declaración de Alma Ata, la OMS y la OPS proponen una reformulación de la estrategia de la atención primaria. En ese documento reconocen que “En el contexto general de los sistemas de salud, al revés de las declaraciones y compromisos asumidos, la importancia real que se asignó al “nivel primario” fue menor que la otorgada a los otros niveles de la organización de servicios. El grueso de los gastos públicos se siguió concentrando en los hospitales”. También en el documento se reconoce que la Atención Primaria ha sido objeto conceptualmente de las más diversas interpretaciones y que en la mayoría de los casos, en la práctica ha sido visto como la puerta de entrada al sistema de servicios de salud, y que en muchos países ha habido “algunos intentos de reducir la estrategia de APS a un conjunto de intervenciones simplificado y de bajo costo, llamada APS selectiva”, y reafirma que la atención primaria no fue concebida como “un paquete de “intervención limitado para la gente pobre”, sino (como) la estrategia básica de los sistemas para el logro de mayor cobertura y equidad”. La evidencia de persistentes desigualdades en lo que hace al acceso a la salud es lo que lleva a estos organismos a adoptar una perspectiva desde la equidad afirmando que “Estas asignaturas pendientes configuran una nueva agenda de las reformas en el futuro cercano y un nuevo marco político para la estrategia de APS y en el cual su contribución debe ser esencial. La lucha contra las inequidades en salud, la transformación de los modelos de atención hacia la promoción y la prevención, el aseguramiento de modos solidarios de financiar la atención, la institucionalización de sistemas de protección social en salud, el desarrollo de recursos humanos de calidad y la construcción de una capacidad rectora eficiente y efectiva para la dirección y la gestión del desarrollo sanitario, enmarcan el futuro escenario político y estratégico para la APS”. Por último, en el documento se expresa un fuerte compromiso por mejorar los mecanismos de vigilancia de la salud, monitoreo y análisis de la situación sanitaria, y el apoyo para la formación y capacitación de recursos humanos en salud (OPS/OMS; 2003).

La evidente persistencia de desigualdades, el retorno a una perspectiva más integral de la salud, y la preocupación en torno de la equidad llevó a la OMS en el año 2005 a crear una comisión de notables que analizara las determinaciones sociales en las desigualdades en las condiciones de salud. El informe final de esta comisión fue presentado en el año 2008.

En dicho documento se hace hincapié en la influencia de las condiciones sociales como determinantes de desiguales resultados en salud, en términos epidemiológicos, y se propone generar un movimiento mundial en pos de alcanzar la equidad en salud en el IAPSo de una generación. Al trabajo de esta comisión se suman posteriormente algunos países en calidad de “asociados”, llama la atención entre ellos la participación mayoritaria de países del tercer mundo y la escasa participación de países centrales: Reino Unido y Canadá solamente. Este dato resulta significativo en tanto que los ejemplos meritorios que señala el informe son en su mayoría de países de Sudamérica, Asia y África, incluyendo entre ellos el ejemplo del programa “Barrio Adentro” de la República Bolivariana de Venezuela. En sus recomendaciones destacan la importancia de implementar políticas universales y critican abiertamente las políticas selectivas, aunque no las descartan las subordinan a la implementación de las políticas universales (OMS; 2009).

Si bien este informe representa un avance en torno de lo producido hasta el momento desde estos organismos, ya que encaran abiertamente las causas de la desigualdad, el mismo suscitó una serie de debates en torno de la perspectiva teórico epistemológica adoptada. Particularmente el debate se dio en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud organizado por la ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social), asociación formada por un conjunto de sanitaristas del continente, críticos de los discursos y de las políticas impulsadas desde los organismos internacionales. Esta organización le reconoce al informe su importancia movilizadora y el carácter de denuncia a las propuestas neoliberales y las inequidades que en materia de salud se registran alrededor del globo. Sin embargo las críticas de la ALAMES tienen que ver con el modelo que la CDSS (Comisión de Determinantes Sociales en Salud) adopta para identificar los determinantes estructurales. La Comisión identifica determinantes estructurales (ocupación, nivel educativo y nivel de los ingresos), y determinantes que denominan intermediarios, que clasifican en materiales (condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.) comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. Entre los factores intermediarios incluyen el sistema de salud. Para la ALAMES estos determinantes estructurales de los que habla la Comisión, debieran referirse necesariamente a la posición en la estructura social y de clases de los que dependen; y es esta estructura de clases sociales la que produce las inequidades en salud.

Las críticas más importantes a este modelo son dos. En primer lugar porque quienes participan del movimiento de la MS (Medicina Social) y la SCL (Salud Colectiva Latinoamericana) que conforman la ALAMES, explican las de desigualdades sociales desde construcciones teóricas que tienen que ver con el materialismo histórico. Para ellos el modo de producción capitalista y la división social del trabajo son los que, para su necesaria producción y reproducción generan no solamente las inequidades por clase social, sino también por género, y étnicas. Respecto de las inequidades de género y étnicas señalan que se refuerzan ideológicamente a partir de estructuras patriarcales y a partir del racismo que se da entre culturas hegemónicas y culturas subalternas. Por lo tanto las inequidades por clase, género y etnia se expresan en diferentes perfiles de salud, enfermedad y atención. Para la MS y la SCL es preciso incluir en el análisis aspectos simbólicos y subjetivos en torno de la salud y que pueden ser comprendidos desde una perspectiva de poder, resistencia y conflicto; esto último es lo que habilita la utilización de metodologías cualitativas para la investigación en este campo. Para este análisis utilizan categorías gramscianas que tienen que ver con identificar relaciones de hegemonía – subalternidad; por ello hacen foco en los procesos de participación social en salud analizando los modos en que las clases subalternas van construyendo una contra hegemonía y el papel que ocupa en estas luchas el derecho a la salud (ALAMES; 2009).

Para la MS y la SCL la CDSS adopta un enfoque funcionalista anclado en la tríada educación – ocupación – ingresos, que oculta las relaciones de explotación y para la cual solamente es posible establecer mejoras en el ámbito de una sociedad inherentemente inequitativa a partir de políticas de estado. Es decir que los enfoques son absolutamente distintos y por tanto suponen estrategias de cambio diferentes aunque coincidan en la necesidad de hacer visibles los determinantes sociales de la salud, la enfermedad y la atención y en propugnar (ALAMES; 2009).

El segundo punto de distanciamiento entre una postura y la otra tiene que ver con el peso que le otorga la MS y la SCL a la correlación de fuerzas en los procesos de generación de contra hegemonía de los sectores subalternos en las transformaciones en la calidad de vida. El documento de la ALAMES señala que si bien la CDSS se propone retomar el camino de Alma Ata, no explica las desigualdades en salud como producto de la inequidad social y la injusta distribución del poder propios del capitalismo, esto hace que sus propuestas sean limitadas, ya que no avanza en la denuncia de un orden social injusto. Para la MS y la SCL, en cambio es preciso fortalecer las luchas contra – hegemónicas que llevan adelante los pueblos y apoyar el surgimiento de nuevas prácticas colectivas y solidarias (ALAMES; 2009).

En ese mismo taller Jaime Breilh (2009), se suma a las críticas señalando la omisión en el informe de toda la producción teórica latinoamericana en la materia desde los años 70, y marcando la ahistoricidad del modelo adoptado por la CDSS. Según este autor, la aceleración de los ciclos de reproducción del capitalismo ha provocado que “que los niveles “normales” de deterioro de la salud en la pobreza, se desborden y complejicen, tensionando al extremo no solamente el proyecto concentrador y privatizador, sino la legitimidad y hegemonía de los moldes reduccionistas y lineales de los paradigmas que, (...) habían servido para la gestión funcional al poder” (Breilh; 3:2009). Este autor rescata la producción de la teoría crítica de la salud, que ha articulado tres conceptualizaciones respecto de la salud. La salud como objeto, la salud como campo metodológico y la salud como campo de acción, y siguiendo esta línea de pensamiento propone interrelacionar tres transformaciones complementarias: la salud como objeto complejo y dialécticamente determinado, la innovación conceptual y metodológica y la transformación en la correlación de fuerzas movilizadas. Propone como ejemplo de estas transformaciones el caso de la nueva constitución del Ecuador en su articulado sobre el derecho a la salud y otras iniciativas en materia de docencia e investigación sobre la salud pública encaradas por el gobierno de ese país. Los resultados de estas investigaciones sobre la ilegitimidad y la ilegalidad de la deuda en salud, producto de los programas financiados por el Banco Mundial, dan cuenta del negativo rol jugado por los técnicos de la salud pública que participaron desde organismos oficiales en este proceso.

En el mismo taller Eduardo Menéndez llama la atención respecto de ciertas omisiones o sesgos en los análisis sobre las desigualdades y las inequidades, en lo que refiere a la exclusión del racismo como categoría de análisis en los estudios sobre el proceso salud, enfermedad y atención en América Latina. También resalta la importancia de adoptar un enfoque relacional en los estudios sobre desigualdades de género que incluya los padecimientos tanto de las mujeres como de los varones (Menéndez; 2009).

Por su parte Hugo Spinelli aporta una visión novedosa respecto del análisis de las desigualdades y la ética. Realiza una división analítica entre el campo de las ideas y el de la acción política; respecto del campo de las ideas señala que existen discursos políticamente correctos en materia de salud que constituyen “meta relatos de una modernidad técnico burocrática”. Esta razón moderna le asigna a la ética un papel restaurador de la totalidad. “Esa “invocación” a la ética funciona con un doble significado, por un lado como un llamado humanista frente a determinadas características del desarrollo tecnocientífico, por el otro, como un intento de sutura de las

inconsistencias que los problemas sociales ponen en evidencia” (Spinelli; 4:2009). En el campo de la acción política este autor señala que una de las principales dificultades que enfrentan quienes ocupan cargos de gestión en la lucha contra las desigualdades puede considerarse como un problema “cognitivo” ya que se identifica lo político con la lucha de intereses y se cosifica la cuestión social desconociendo que los problemas sociales suponen procesos complejos de final abierto. Por último apela a una necesaria reforma de los estados que permita poner las instituciones al servicio de las necesidades reales de la población y bajo control de las mismas.

En este sentido es sugerente el análisis que realiza Pasos Nogueira (2010), quien inscribe el documento de la CDSS en un contexto político y económico internacional caracterizado por la entrada en vigencia de políticas sociales de tendencia pos neoliberal que en la década actual asumen una perspectiva más amplia de la protección social. Desde esa perspectiva la OMS propone combatir las desigualdades sociales relacionando las desigualdades en salud con el ingreso, la educación, el trabajo y la protección social. Señala Nogueira que esta nueva tendencia, que intenta conciliar la perspectiva de las tradiciones canadiense y anglosajona en materia de promoción de la salud y desarrollo de políticas sanitarias, tiene que ver con la formación de nuevos bloques entre países con integración de sus mercados que favorecen el surgimiento de un documento con una visión colectivista y de tenor progresista.

Pese a reconocer el carácter progresista del documento, varios autores (Nogueira; Costa) lo critican por adoptar una visión reduccionista de los determinantes de la salud. También cuestiona el enfoque positivista y empirista respecto de los riesgos que adopta el documento, desinscribiendo la salud como expresión de relaciones y procesos sociales de mayor complejidad. Es decir que esta “nueva epidemiología” que inspira el documento se arroga la posibilidad de hablar de lo social sin un enfoque teórico metodológico que lo sustente.

La publicación de este informe habilitó la posibilidad de volver a discutir respecto del carácter social de la salud, de los determinantes sociales no solamente de la salud sino también de los procesos de transformación social en general, los factores psicosociales en la relación sujeto – estructura y su expresión en materia de salud, y la atención de la salud en el proceso de valorización de la fuerza de trabajo. (Fleury Texeira, Garrafa y Córdón). Desde el enfoque de la epidemiología social, Naomar Almeida Filho (2010) intenta articular las propuestas teóricas de los desarrollos en salud desde el materialismo histórico con el abordaje empírico de la socio epidemiología en las investigaciones sobre desigualdades en salud. Para ello realiza una revisión

crítica de las teorías de justicia de Rawls y la teoría del bienestar social de Amartya Sen (éste último miembro de la CDSS) a fin de analizar el marco teórico utilizado para abordar las desigualdades en salud desde los países centrales; luego propone una matriz semántica para reducir la confusión terminológica sobre esta problemática. Por último reflexiona sobre las implicancias políticas de estos abordajes y propone enfatizar la relación entre “modos de vivir” y salud retomando el concepto de habitus de Bourdieu, desde una perspectiva etnográfica que rescate las prácticas de la vida cotidiana y el efecto en ellas de la distribución desigual de los determinantes de la salud – enfermedad – atención.

Hasta aquí hemos visto cómo el debate respecto de las políticas sanitarias se ha dado en el ámbito de los organismos internacionales, por lo tanto es preciso dar cuenta no solamente de los contenidos teóricos de las propuestas que emanan de esos documentos, sino también del campo de fuerzas que se dirime en esos espacios que son de carácter político también. Como bien lo señala Ugalde (2007) algunas organizaciones internacionales como el Banco Mundial o la Organización Mundial de Comercio han sido herramientas que reorientaron su acción, después de la Segunda Guerra Mundial, para favorecer el proceso de acumulación capitalista a nivel mundial. Su fracaso en la lucha contra la pobreza es tan evidente que en los países en los que no han intervenido es precisamente en los que se han reducido las desigualdades sociales, como en China principalmente. Con buen tino, el autor señala que los organismos dependientes de Naciones Unidas (OMS/OPS) han tenido posiciones ambivalentes, algunas veces de denuncia del incremento de la desigualdad social y otras veces estas mismas organizaciones fueron cooptadas o silenciadas por los poderes reales a nivel internacional.

Sería interesante entonces considerar estos organismos no desde una perspectiva académica solamente, sino también desde una perspectiva política. Si entendemos que los organismos internacionales son un campo de fuerzas también sus documentos expresan una determinada correlación de fuerzas que está en relación con los países participantes y con la situación de los procesos de hegemonía y contra hegemonía que se dan en cada uno de estos países. Desde este punto de vista el documento de la CDSS estaría expresando un avance de los intereses de los países subalternos respecto de las corrientes neoliberales y su impacto en la determinación de políticas sanitarias tendrá que ver con la correlación de fuerzas que se da al interior de cada país y será preciso analizar entonces en qué medida estas orientaciones contribuyen a legitimar determinadas orientaciones y/o denunciar otras. Desde esta perspectiva

resulta casi aceptable que este documento no adopte una perspectiva marxista y que aún así contribuya a las luchas de los pueblos por el derecho a la salud.

### **A modo de síntesis**

El contexto internacional signado por el fin de la Guerra Fría y la emergencia del Tercer Mundo en que se formula la propuesta de APS. Esta propuesta condensó diversas experiencias en las que se ponderaba una concepción integral del proceso s-e-a, la importancia no solamente de las prácticas preventivas sino fundamentalmente el desarrollo de acciones promocionales, la participación comunitaria en la planificación en salud, la determinación del desarrollo económico en las condiciones de salud, y la prioridad dada a los sectores en situación de desigualdad. Estos principios se articulaban en una concepción estratégica de la APS que ordenara los sistemas de salud. Esta propuesta fue rápidamente cuestionada por los organismos de crédito internacional, quienes propusieron la adopción de criterios selectivos para la formulación de políticas sanitarias que priorizaran fundamentalmente a las madres y los niños. La perspectiva selectiva ha sido objeto de críticas en tanto que renegó de los principios de universalidad en el acceso a la salud, entendida esta como derecho, y generó un profundo debate en torno de las consecuencias de esta focalización, en tanto que generó ciudadanos de segunda categoría, aquellos objeto de estas acciones compensadoras y terminó reduciéndose la APS a la atención médica para pobres. Por otra parte la adopción de criterios selectivos terminó demostrando su incapacidad para resolver las desigualdades en materia de salud, lo que condujo a los organismos internacionales OPS/OMS a la convocatoria a una comisión de notables para que analizaran los determinantes sociales que explicaran la persistencia de estas desigualdades. El informe de esta comisión generó un fecundo debate ya que si bien puso sobre el tapete la determinación de las condiciones sociales en los desiguales resultados en salud y propuso alcanzar la equidad en salud en el IAPSo de una generación, no dio cuenta acabadamente de los procesos de desigualdad y explotación social que generan estas inequidades en materia de salud.



## LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y LA SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA

### Los “higienistas” y las políticas de Ramón Carrillo

A principios del siglo XX, la atención de la salud en nuestro país no formaba parte de la “cosa pública”. En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba a la de “policía médica”<sup>15</sup> ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles. Las responsabilidades de esta “policía médica” eran transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos socialmente con claras funciones de control social. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno. (Tobar; 2005).

El desarrollo de la atención primaria en nuestro país, reconoce sus primeros antecedentes en algunos salubristas influidos por esta tradición higienista. Entre ellos podemos mencionar a G. Rawson, E. Coni, J. Méndez, G. Aráoz Alfaro y S. Mazza. (Testa, 1989). De la obra de Rawson es de destacar su preocupación por incorporar a la enseñanza de la medicina una perspectiva preventiva y por la permanente relación que establece entre las condiciones de salud con la pobreza y las condiciones de trabajo; también su interés en el urbanismo y la importancia que le dio al desarrollo de estadísticas vitales. Emilio Coni se destacó por desarrollar los principios del saneamiento ambiental a través de la provisión de agua potable; además impulsó los programas de vacunación a toda la población y la educación para la salud. A Méndez y Aráoz Alfaro se los reconoce por el contenido social dado al ejercicio de la profesión. Por último, la tarea desarrollada por Salvador Mazza en el estudio de las patologías regionales constituye un referente ineludible para el desarrollo de la salud pública y la medicina social en la Argentina.

Sin embargo, el punto de ruptura y el desarrollo de una política sanitaria orientada hacia el conjunto de la población encuentran su principal antecedente en la gestión del Dr. Ramón Carrillo como ministro de salud durante el primer gobierno peronista. El proyecto de Carrillo constituyó una transformación en la atención médica en general y acompañó los cambios que ya se venían operando desde los años 30 en la medicina estatal. Ya desde entonces Carrillo propone

---

<sup>15</sup> El otrora hegemónico modelo higienista se consolidó en Europa Occidental en la segunda mitad del siglo XVIII en torno al „control de las epidemias“. En tanto conjunto de normatizaciones y preceptos sobre la higiene, produjo un discurso que se circunscribió a la esfera moral, centralizando la intervención del Estado en aspectos preventivos y especialmente en la regulación del ambiente y la fiscalización de los estilos de vida, sosteniendo „prácticas autoritarias/paternalistas“ y el ejercicio de una „Política (o Policía) Médica“ (Rosen, 1985).

como objetivo el logro de la cobertura universal y promueve el desarrollo de las obras sociales sindicales articulando la esfera del estado con el mercado de trabajo en el marco de políticas públicas universales y de intervención del estado en los mercados.

Este proyecto se desarrolló en el marco de un proyecto político general que impulsó la incorporación de grandes masas de trabajadores en el escenario político. La propuesta política del primer gobierno peronista se orientó al desarrollo de una burguesía nacional que liderara el proceso de sustitución de importaciones y a la participación de la clase obrera en el mercado interno a partir de una política de redistribución positiva del ingreso impulsada desde el estado. El estado además de intervenir activamente en la economía desarrolló políticas sociales tendientes a asegurar la participación ampliada en el consumo y en los beneficios de una sociedad en proceso de urbanización y modernización (Belmartino y Bloch; 1982).

Las políticas sociales que hemos mencionado, el incremento en la tasa de ocupación y el desarrollo de la organización sindical fueron factores que favorecieron importantes transformaciones en el sistema sanitario en nuestro país. Podemos sintetizar las principales transformaciones que impulsó Carrillo en las siguientes líneas de acción.

En primer lugar impulsó una reforma institucional que permitiera el desarrollo de una nueva concepción en torno de la atención médica. A partir de 1944 y luego de sucesivas denominaciones se inicia un proceso de fortalecimiento institucional que desemboca en el año 1946 con la creación de la Secretaría de Salud Pública que luego, en 1949 alcanzará rango ministerial. Esto permitió que aumentara la importancia relativa del nivel central en materia de servicios de salud.

Además intentó articular una concepción preventivista con la atención curativo asistencial anclada en el individuo. En toda América Latina ya se venía observando desde la década del 40 un desplazamiento de la línea higienista por el desarrollo de la medicina basada en áreas del conocimiento como la microbiología y la parasitología. Esto llevó a un énfasis en la atención médica basada en el individuo enfermo descontextualizado, es decir que se obviaban su inserción socio económica y los determinantes de su padecimiento. Este énfasis en el aspecto curativo de la atención médica requirió del desarrollo de nuevos campos del conocimiento como la biofísica, la fisiología y la bioquímica. Sin embargo es preciso destacar que la gestión de Carrillo también se orientó hacia una concepción preventivista de la salud pública que se expresó en las

campañas contra endemias como el paludismo y la creación de Centros de Salud entendidos como unidades con funciones preventivo – curativas.

En tercer lugar duplicó los servicios de atención en el sector público, impulsando la construcción de hospitales públicos así como la creación de centros de salud. El mayor esfuerzo de la gestión Carrillo se centró en la construcción de hospitales, durante su gestión se duplicó el número de camas del sector público. Esta inversión se realizó de acuerdo con la nueva regionalización del sistema sanitario, los nuevos servicios se distribuyeron en cada una de las seis regiones sanitarias en que se dividió el país. Estos hospitales trabajaban en red con otros centros asistenciales de menor complejidad. Así el sistema de salud fue concebido como integrado en primera instancia por el “médico de familia”, primer nivel de atención en zonas rurales o barrios sin servicios asistenciales, los centros de salud como segundo nivel de atención con funciones preventivo – curativas de baja complejidad y el hospital público de mayor complejidad. Los centros de salud fueron entendidos como “instituciones integrativas de asistencia médica ambulatoria, médico sanitarista y médico social, que actúa sobre el individuo y la familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente (...), todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población” (Veronelli en Testa y Nervi).

Por último es preciso mencionar el desarrollo de las obras sociales sindicales impulsadas desde el estado. Pese a la intención de Carrillo de crear una red de servicios de salud manejada por el estado nacional, quien coordinaría la relación con las obras sociales y un seguro social para los sectores de menores ingresos, la promoción de las obras sociales desde el mismo estado a través de ayuda financiera, recursos profesionales y una legislación acorde, generó una vertiginosa expansión de las mismas. El desarrollo de las obras sociales expresó la participación diferencial de los sindicatos en la economía nacional y su relativa capacidad de presión. Eso se tradujo en un sistema sanitario que en su accesibilidad y calidad refleja distintas fragmentaciones tanto entre asalariados y no asalariados, como entre los asalariados que pertenecen a ramas de la producción con capacidad política y de presión variable. Así el sector público quedó definido, al menos a partir de esta época, como la esfera de atención médica de los excluidos del mercado de trabajo, ya que los sectores de mayores recursos siguieron concurriendo al sector privado, mientras que los asalariados se atendían en sus respectivas obras sociales.

## Las políticas sanitarias desde el desarrollismo hasta el estado burocrático autoritario

Con el golpe de estado de 1955 el proyecto Carrillo se desmantela definitivamente. Este golpe abrió la posibilidad de penetración de capitales extranjeros, especialmente norteamericanos, en el proceso de industrialización lo cual definió las relaciones internacionales no solamente con los Estados Unidos sino también con el resto de los países de América Latina. Entre 1955 y 1976 en Argentina la inestabilidad política y los vaivenes en materia de política económica se dieron en el marco de continuidad de un mismo modelo de acumulación, caracterizado por la concentración de capitales y la transnacionalización de la actividad productiva. El desarrollismo, corriente del pensamiento económico que legitimó este proceso, promovía una política de “modernización” del aparato productivo intentando “atraer” capitales extranjeros, mediante la “racionalización” del gasto público. La construcción de un estado “eficiente” era central para el pensamiento desarrollista en tanto que concebía el gasto público como inflacionario pero a su vez requería de la intervención del estado como agente activo en el proceso de acumulación. Así la planificación para la definición de las políticas públicas pasó a ser un tema central para el desarrollo. Bajo esta concepción es que la formación de recursos técnicos y profesionales se constituye en una de las preocupaciones centrales, y aunque en forma subordinada a la disponibilidad de capital se consideró prioritaria la inversión pública en la formación de recursos humanos.

En el año 1961 se realiza la Conferencia del Consejo Interamericano Económico Social en Punta del Este, de esta reunión surge la Alianza para el Progreso como iniciativa del gobierno de Estados Unidos para reforzar sus vínculos con el continente y contrarrestar el surgimiento de los movimientos antiimperialistas y la influencia de la revolución cubana en toda América Latina. En la Carta de Punta del Este, el documento emanado de este cónclave, se reconoce la relación entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar; así se establece una articulación entre los objetivos de desarrollo económico y el mejoramiento en las condiciones de vida y se delinean estrategias en materia de salud en pos de estos objetivos. Se legitima entonces la aplicación de los principios de la planificación económica en el ámbito de la salud pública.

Se crea entonces la Escuela de Salud Pública con el objeto de formar sanitaristas con una concepción más amplia en lo que hace a la atención de la salud capaces de planificar políticas sanitarias que aseguren los objetivos modernizantes. Se reconoce la salud pública como una especialidad que integra distintas disciplinas pero con una fuerte impronta en materia de administración. Cabe destacar que en sus fundamentos se esgrime la necesidad de contar con

agentes capacitados en “prevención, promoción y fomento de la salud” mostrando una perspectiva más amplia que la atención curativo asistencial. También en el documento de creación de esta escuela se plantea una crítica a la concepción biomédica y se propone comprender al individuo como “integrante de una sociedad (...), interrelacionado con las complejidades de su medio ambiente”.

Inspiradas en esta línea de pensamiento son relevantes algunas experiencias en materia de promoción y prevención de la salud. Por ejemplo, en las provincias del norte del país, existían extensos programas de “salud rural”, basados en el trabajo casa por casa de los agentes sanitarios polivalentes, los que realizaban actividades de alto impacto sanitario. El primer programa de Salud Rural fue creado por el Dr. Alvarado en la provincia de Jujuy y su estrategia fue adoptada por el resto de las provincias de la región. En el caso de Neuquén y las provincias patagónicas, estas habían adoptado un modelo de programas materno infantiles y regionalización sanitaria, y no tardaron en incorporar también, aunque en una función menos central agentes sanitarios.

En materia de política sanitaria el principal debate que ya se venía planteando y que atravesó la etapa que se abrió con el golpe del 55 giró en torno del grado de intervención del estado en la regulación de las obras sociales y en la coordinación general del sistema de salud. En esta línea y más allá de los vaivenes políticos se sucedieron propuestas más o menos similares de implementación de un seguro nacional de salud que no llegaron a plasmarse en una política concreta pero que impulsaban la intervención del estado como principal organizador y prestador del sistema de salud.. “Bajo estas propuestas centralizadoras subyace (...) la difícil relación entre el estado y los sindicatos que sigue a la caída del peronismo, y los diferentes intentos de cooptación del movimiento obrero (...) realizados desde las esferas de gobierno” (Belmartino y Bloch; 1982:7). Entre 1955 y 1970 la idea de un seguro nacional de salud se traduce en una multitud de proyectos emanados del estado y de diferentes asociaciones médico gremiales. Finalmente con la sanción de la ley 18.610 en 1970 que establece como obligatorio el aporte patronal y el aporte de los trabajadores se consolida un sistema mixto caracterizado por la amplia participación de las obras sociales en el financiamiento de la atención de la salud, el debilitamiento del sector estatal a raíz de las políticas económicas de racionalización del gasto público, y la consecuente falta de universalidad y desigualdad en el acceso a la atención de la salud. Cabe agregar que en este modelo, a partir de la contratación por parte de algunas obras sociales de los servicios de profesionales y sanatorios privados, uno de los principales beneficiarios fue el sector privado que “vio así

asegurada su supervivencia, amenazada por las dificultades de vastos sectores de la población para acceder a la medicina privada” (Belmartino y Bloch; 1982:16).

Con la asunción del gobierno de Cámpora en 1973 aparece en escena una nueva corriente entre los sanitaristas argentinos que impulsó un Sistema Único Nacional de Salud entendiendo que el estado debía ser el responsable de asegurar el acceso a la salud en forma gratuita e igualitaria incluyendo todos los recursos humanos y financieros del sector. Esta propuesta se plasmó en un proyecto de ley que si bien en sus fundamentos defendía el rol del estado como responsable de la organización, financiación y ejecución de todas las acciones concernientes a la salud, en su articulado resultaba contradictorio con esta afirmación. Si bien el proyecto de ley original obligaba a integrar a todos los efectores al sistema, la oposición del sindicalismo logró que, en la ley sancionada, la incorporación de las obras sociales y las jurisdicciones al sistema nacional fuera voluntaria.

Con el golpe de estado de 1976 los sectores dominantes a través del partido militar imponen un nuevo modelo de estado intentando instalar un nuevo modelo de acumulación que profundizara la concentración de capitales y la transnacionalización de la economía. Esta nueva forma de estado fue caracterizada por O'Donnell como Estado Burocrático Autoritario. Sus principales rasgos pueden resumirse en:

- una organización altamente burocratizada destinada a intervenir en todos los ámbitos de la vida social modelando la totalidad de las instituciones,
- una estrategia de desarrollo cuya primera etapa de “normalización” apuntaba a contener la inflación y corregir el déficit de la balanza de pagos. Esto se logró parcialmente a partir del incremento desmesurado de los niveles de endeudamiento externo. El cumplimiento de este objetivo tenía como premisa la exclusión económica y política de los sectores populares a través del control de sus organizaciones políticas y gremiales.
- una sistema despolitizante que reduce las cuestiones sociales a problemas de orden técnico que deben resolverse siguiendo criterios de racionalidad y eficiencia.

Durante la última dictadura militar, se imponen dos leyes complementarias: la Ley de Asociaciones Profesionales y la de Obras Sociales. La primera disponía la disolución de la CGT y tenía por objetivo debilitar y desmembrar el poder sindical, entre otros puntos en su artículo 9º le retira a los sindicatos la administración de los fondos de las obras sociales. La segunda, la ley de Obras Sociales, dispone la creación del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) como ente

encargado de la administración de estos fondos y la definición de las prestaciones y servicios en materia de salud a los afiliados a las mismas. También en esa ley se ofrece a los afiliados la posibilidad de realizar sus aportes a sistemas de medicina prepaga favoreciendo de este modo la especulación financiera en torno de la prestación de servicios de salud.

Es preciso señalar que la sanción de esta nueva ley no estuvo exenta de tensiones al interior del aparato burocrático de gobierno. En los debates en torno de la política sanitaria a adoptar es posible identificar dos líneas de pensamiento: una más claramente privatista neoliberal que impulsaba la intervención del Ministerio de Economía en la planificación de la política sanitaria, y la que impulsaba el Ministerio de Bienestar Social, que se legitimaba en las concepciones de la CEPAL y la OPS. En un nivel meramente discursivo el Secretario de Salud Pública propone como metas para su gestión la extensión de la cobertura de salud con énfasis en la atención primaria y en la salud materno infantil; la regionalización sanitaria y la integración de los tres subsectores (público – privado – seguridad social). La función propuesta de un estado ordenador y coordinador del sector, trasciende el concepto de subsidiariedad del estado que impulsaba el pensamiento liberal privatista; sin embargo esta propuesta estaba destinada a fracasar.

Es notable cómo desde la Secretaría de Salud Pública, en el año 1979, se planteaba que la “atención primaria” era una “estrategia válida para hacer efectivo el derecho a la salud a través del acceso sin trabas al sistema de servicios de atención”. También en la misma línea este funcionario afirmaba que la atención primaria “permitirá la racionalización de la demanda espontánea, identificando la puerta de entrada a los servicios de salud. (...) es necesario modificar el concepto que teníamos sobre grupos vulnerables; hasta ahora nos hemos basado para delimitarlos sobre necesidades biológicas, (...) pero (...) también son grupos vulnerables aquellos que por su ubicación geográfica (...) o por razones económicas (...) o socioculturales (...) deben ser protegidos” (Belmartino, et al. 1981:6,7). Es posible pensar que aún tratándose de un gobierno dictatorial, la influencia de los organismos internacionales, especialmente con posterioridad a la declaración de Alma Ata, haya permeado su discurso, y también es posible suponer que la coincidencia con las recomendaciones de organismos internacionales legitimaba su posición frente a los funcionarios del Ministerio de Economía quienes planteaban la necesidad de un recorte presupuestario. Decimos que estas afirmaciones resultaron ser solamente un recurso discursivo ya que en ese período los programas Materno Infantil quedaron reducidos en la práctica a brindar asistencia técnica a las provincias y la entrega de leche en polvo. Mientras que el programa de salud rural vigente en nuestro país desde la década del 60 no mostraba ningún avance en cuanto a la

extensión de su cobertura, y sus acciones se reducían a un relevamiento de la población afectada y sus condiciones de salud y habitabilidad. (Belmartino, et. al; 1981).

De este período data la implementación del Plan Muñiz en la provincia de Buenos Aires, el que a partir de un proceso de regionalización posibilitó la creación de centros de salud materno-infantiles en el conurbano. Estos servicios cubrían un conjunto de prestaciones en el primer nivel de atención que excedía claramente lo problemática materno-infantil. La gestión de este programa implicaba la participación de los municipios en la localización y el aporte de terrenos, mientras que el gobierno provincial realizaba las obras de infraestructura, proveía equipamiento, financiaba los recursos humanos y se encargaba de la gestión posterior.

Por último cabe señalar que durante el gobierno de la dictadura el presupuesto asignado al área de salud en esos años había descendido de 6% en el año 1976 a 2,5% en el año 1981, lo cual demuestra la subordinación de las políticas de bienestar al proyecto político económico de distribución regresiva del ingreso, y de configuración de una estructura productiva centralizada destinada a lograr una integración más eficaz a la división internacional del trabajo vigente.

### **La apertura democrática, algunas experiencias significativas basadas en la APS.**

Luego de la apertura democrática, una experiencia relevante en el desarrollo de la propuesta de atención primaria, fue el PROSAFE: Programa de Salud Ferroviaria, desarrollado a partir de 1986 en el conurbano bonaerense. Este programa brindó cobertura a 150.000 ferroviarios y sus familias, residentes en 19 partidos del conurbano bonaerense. Se crearon doce áreas programáticas con sus respectivos equipos interdisciplinarios agrupadas en cuatro regiones geográficas. El programa se integró con un médico de familia cada 400 familias quienes brindaban atención en consultorio y domiciliaria, y el personal de las áreas programáticas estaba compuesto por un médico en calidad de jefe del área, un trabajador social, un psicólogo, un enfermero y un empleado administrativo. Se creó además un sistema de emergencias así como una red de CAF (Centros de Atención Ferroviaria y el Policlínico Ferroviario Central). Este Programa que dependía de la Coordinación Regional Metropolitana del Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario funcionó desde el año 1986 a 1990. El PROSAFE apuntó a extender la cobertura y articular los servicios para lograr igualdad en el acceso y dotar de racionalidad al sistema. Procuró también introducir una visión integral de las problemáticas de la salud – enfermedad, privilegiando la participación de los usuarios. (Bloch, et. al; 1991).



A poco de comenzar las actividades de asistencia y prevención, los propios trabajadores participantes orientaron el problema hacia los traumas que les dejaban las muertes de personas en los rieles, ya fueran por suicidios o por accidentes en los cruces ferroviarios, vinculando como una consecuencia traumática no reconocida por la dirigencia política ferroviaria, el consumo excesivo de alcohol y la posible derivación adictiva del mismo. (Gillone; 2008). Esta experiencia no solamente logró extender la cobertura, sino que además logró reorientar la demanda de atención que se expresó en un incremento en las consultas a los médicos de familia con la consecuente merma en las consultas en el segundo nivel de atención.

Sin embargo, la experiencia más significativa basada en la propuesta de atención primaria de la salud la constituye el Programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud) impulsada en el año 1988 por el ministro de salud de la provincia de Bs. As. el Dr. Floreal Ferrara. Este programa impulsó la creación de centros de salud con equipos interdisciplinarios conformados por un médico, un enfermero, un trabajador social, un psicólogo y un odontólogo de dedicación exclusiva (con retención de título), muy bien remunerados y con capacitación y actualización médica permanente, quienes tenían la responsabilidad de cuidar la salud de 300 familias desde los centros de salud correspondientes a cada territorio. Sólo derivaban los casos que por complejidad mayor no podían resolverse en esos primeros niveles de la atención. El espacio era administrado por la comunidad, por medio de asambleas. Las trescientas familias de cada ATAMDOS administraban el presupuesto del equipo eligiendo un Consejo de Administración.

Así lo explicaba en una entrevista<sup>16</sup> el propio Floreal Ferrara:

*Ese grupo atendía 300 familias. En una área señalada por ellos. Atendía todas las situaciones que debían atenderse en salud. Y eran los responsables de la salud de ese grupo. Ese grupo tenía una característica fundamental. Ganaban exactamente lo que ganaba yo como Ministro de Salud, no me acuerdo la cifra pero creo que eran como 5000 mangos. Yo ganaba como ministro 5000 mangos y ellos médicos, enfermeras, trabajadores sociales etc. Ganaban exactamente lo mismo. Pero había una responsabilidad. Ninguno podía trabajar en otro lado. Esto era exclusivo y con retención de título. (...) Y además porque las 300 familias, esto es la revolución, eran quienes manejaban la guita, quienes manejaban absolutamente el presupuesto del equipo. Eran los que controlaban y dirigían, discutían y resolvían los problemas de salud. (...) Nosotros por el 87 ya nos manejábamos por*

---

<sup>16</sup> Reportaje al ex Ministro de Salud de provincia de Bs. As. sobre el programa ATAMDOS  
“Conversaciones con Floreal Ferrara” fuente agencia Argenpress, mayo de 2005

*asamblea, todo se manejaba por asamblea. La asamblea elegía el Consejo de Administración. Yo iba frecuentemente a las asambleas.”*

El programa se desarrolló a lo largo de cuatro meses, en La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela, General Rosales, Patagones, Salto, Tandil, Tres Arroyos, Villarino y otras zonas del conurbano bonaerense entre los años 1987 y 1988 para transformarse luego en el Programa Materno Infantil. El fracaso de esta iniciativa puede atribuirse a la fuerte reacción contraria de los intendentes, el conflicto desatado se basó, en gran medida, en el enfrentamiento entre dos posiciones ideológicas muy diferentes. Una de ellas era la posición netamente municipalista, de gestión local, mientras que la otra, basada en la fuerte rectoría del Ministerio de Salud en el primer nivel de gestión, sostenía que la provincia de Buenos Aires debía ser garante final de la salud de toda la población. Desde esta última mirada, una propuesta en otro sentido produciría segmentación e inequidad.

Es preciso recordar que en la “primavera alfonsinista” de recuperación de la democracia en nuestro país, se discutía fuertemente respecto del “tipo de democracia” que se proponía y se impulsaron múltiples experiencias de “democracia participativa” entendida como la generación de espacios de debate y toma de decisiones en torno de demandas sociales largamente postergadas. Este tipo de experiencias fue la base sobre la cual unos años después se impulsaron propuestas de descentralización estatal; la propuesta de los SILOS fue reinterpretada en este sentido. Algunos autores plantean que la incorporación de la problemática de la salud en la “gestión local” data de los años posteriores a 1983. Hasta ese momento el campo de la salud para los municipios, sobre todo en el conurbano, se reducía a la gestión hospitalaria; mientras que las cuestiones referidas a la atención primaria de la salud eran percibidas como problemas de la gestión provincial, como por ejemplo el Plan Muñiz que era responsabilidad del gobierno de la provincia, o bien como respuestas puntuales a demandas de las sociedades de fomento (Chiara, et. al.; 2008:146). Hacia finales de la década del 80, tanto el ATAMDOS, como otros programas que se sucedieron en la provincia fueron apuestas orientadas hacia la descentralización de los servicios de salud articulándolas con los espacios de gestión local, inspiradas en la propuesta de los SILOS.

Podríamos resumir lo expuesto para Argentina diciendo que las políticas sanitarias de tipo preventivo encuentran en nuestro país los primeros antecedentes en la corriente higienista, pero que es Ramón Carrillo el ministro de salud que impulsa las primeras acciones tendientes a garantizar la accesibilidad universal a la atención de la salud a partir de la implementación de un

sistema público de salud que articulara la atención hospitalaria con la atención en los centros de salud que se construyeron a lo largo de toda esta geografía. Sin embargo la instalación de un sistema de salud integrado representó históricamente una dificultad dado el alto desarrollo que alcanzaron las obras sociales en nuestro país. Así, la tensión entre fragmentación e integración atravesó todas las propuestas de políticas sanitarias durante la segunda mitad del siglo pasado. Sin embargo, más allá de estas tensiones, se dieron algunas experiencias significativas basadas en la propuesta de Alma Ata con la finalización de la última dictadura militar, como fueron el PROSAFE y el Programa ATAMDOS.

### **El neoliberalismo y la atención primaria selectiva en Argentina**

A partir de la década del 90 se instala definitivamente un nuevo régimen de acumulación en la Argentina que se cristaliza con los cambios en la estructura del Estado. La crisis hiperinflacionaria del año 89 anticipó las elecciones presidenciales y con ellas el recambio de gobierno. El gobierno menemista logró lo que no había podido lograr la dictadura militar: la implementación de un programa de gobierno de neto corte neoliberal guiado por los lineamientos del Consenso de Washington.

Se suceden así una serie de medidas económicas recomendadas por los organismos de crédito internacional (FMI, Banco Mundial y BID) principales acreedores de la deuda externa de nuestro país, que tienden a reducir el gasto público, a privatizar importantes áreas de la economía que estaban bajo la esfera del estado como las empresas de servicios públicos y de energía, al achicamiento del aparato productivo. La implementación de este modelo tuvo gravísimas consecuencias sociales que se tradujeron principalmente en el incremento exponencial de los niveles de desocupación y precarización de la fuerza de trabajo.

El discurso legitimador del modelo neoliberal interpelaba al estado en cuanto a su ineficiencia y ponderaba los esfuerzos orientados hacia la racionalización del gasto público. Surgen desde estos mismos organismos de crédito las propuestas de reforma del sistema sanitario que tendían a la desregulación de las obras sociales; la implementación de esta reforma conjuntamente con el proceso de precarización laboral y exclusión social, no hizo más que incrementar la presión por el acceso a los servicios del subsector de la salud pública. Estas propuestas tendieron a la reforma del sistema sanitario, implementada a partir de los intentos inacabados de desregulación

del mercado de las obras sociales, los hospitales autogestionados, y los seguros públicos de salud como medidas racionalizadoras de la intervención estatal (Belmartino: 2005).

También desde una perspectiva racionalizadora surge una concepción revisora de la APS entendida como enfoque comprensivo, impulsada por UNICEF y el Banco Mundial, que ponderaba el enfoque de riesgo como estrategia de discriminación positiva a los fines de focalizar la asignación de recursos y eficientizar el gasto en salud. Las propuestas de los organismos de crédito para el primer nivel de atención médica se orientaron en la focalización del gasto a partir de la identificación de los grupos poblacionales más vulnerables. Fue así como se diseñaron programas tendientes a promover, prevenir y asistir particularmente a los niños y a las mujeres. En esta focalización fue fundamental la intervención de criterios epidemiológicos para definir la población objeto a partir de la identificación del “riesgo”. El discurso en torno de los “problemas de salud” en lugar de hablar de enfermedades, inicialmente respondía a las formulaciones de la APS desde un enfoque integral (API) en la convicción que el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA) constituye un proceso social multideterminado, para salirse del modelo biomédico se hablaba de problemas y no de enfermedades. La formulación de programas focalizados se realizó a partir de lo que se denominó patologías prevalentes y población en situación de riesgo (estadístico) de contraerlas. Así la epidemiología se erigió en la disciplina legitimadora de estas políticas, renegando de los principios de participación en la definición de los problemas por parte de la población, que orientaban la propuesta de Alma Ata.

También se adoptó otra terminología que fue la de “población a cargo” formulando programas que “capitaban”<sup>17</sup> población a los profesionales de la salud en desmedro de la atención de la población abierta. El caso de la “población a cargo” constituye un ejemplo más de lo que decíamos anteriormente respecto de la negación de la condición de sujetos, ya que remite a la concepción más paternalista del modelo biomédico, “población a (que no puede hacerse) cargo” de sus propias condiciones de salud y de vida.

Gran cantidad de programas se implementaron en el primer nivel de atención de la salud, es decir a través de los centros de atención primaria del subsector público de la salud, efectuando de ese modo una focalización “por defecto”. Es decir que si bien la población objeto, en riesgo, se establecía por criterios epidemiológicos; existía una segunda focalización en tanto que los usuarios

---

<sup>17</sup> Cápita: se denomina así al padrón cerrado de beneficiarios a cargo de un profesional médico.

de estos servicios son generalmente la población sin cobertura médica (desocupados o trabajadores informales), o sea población en frágiles condiciones de reproducción.

La propuesta Banco Mundial de APS se orientaba a paliar las consecuencias del nuevo modelo de acumulación, en el marco de incremento de los niveles de exclusión social en general, y del mercado de trabajo específicamente, y alcanzó su máxima expresión a través de la implementación del PROMIN (Programa Materno Infantil).

El PROMIN se desarrolló entre los años 1992 y 2001 y alcanzó a cubrir 22 municipios del conurbano. Tenía por objeto atender las necesidades prioritarias de las mujeres en edad fértil y los niños menores de seis años pertenecientes a los sectores más vulnerables para mejorar el estado sanitario y nutricional y promoviendo un mejor desarrollo psicosocial en los niños entre 2 y 5 años. Este programa involucró un conjunto de acciones articuladas que se orientaron a disminuir la morbi mortalidad de las madres y los niños, mediante controles del embarazo, parto y puerperio; y el control del crecimiento y desarrollo de los niños. También se enfatizó la identificación, el control y seguimiento de niños con problemas nutricionales y diferentes patologías. El PROMIN se financió con recursos del Banco Mundial que fueron utilizados para fortalecer las áreas de pediatría, obstetricia y enfermería tanto a través de la incorporación de profesionales, como a partir de la implementación de programas de capacitación en servicio.

El Seguro Público de Salud fue otro programa emblemático de la etapa ya que en su diseño inicial sintetizó el lugar que se le asignaba a la atención primaria médica en la reforma del sistema sanitario en general, y en el subsector público en particular. Este programa se puso en marcha a comienzos del año 2000 con el objeto de brindar cobertura asistencial a la población infantil que no contara con cobertura sanitaria provista por el sector privado y/o la seguridad social. En tanto que apuntaba a la población que no está cubierta por el mercado, claramente se trata de una iniciativa con características compensatorias y focalizadas. Funcionaba a partir del concepto de “cápita”, es decir que era un programa que financiaba recursos humanos de acuerdo con la población que cada profesional capita (tiene a su cargo nominalmente y controla periódicamente), y el estado le abona del mismo modo que las obras sociales.

## **Es posible hablar de posneoliberalismo?**

En nuestro país, la crisis del 2001 marca un punto de inflexión en los vínculos sociedad – estado que impone repensar la estructura del estado y sus modalidades de intervención y relacionamiento con la sociedad.

Si bien en los últimos años todos los análisis respecto de nuestro país coinciden en la caracterización de la crisis del modelo neoliberal, llama la atención la escasez de análisis teóricos respecto del sentido y los rasgos principales de las actuales políticas públicas. Tal vez esto se origine en el repliegue de los organismos de financiamiento externo, quienes eran los actores principales a la hora de fundamentar el sentido de las políticas neoliberales, y por tanto se habían transformado en el blanco dilecto desde ámbitos académicos de las críticas a estas políticas. Es posible entonces pensar que con el repliegue de estos organismos se ha perdido el interlocutor que intentaba legitimar el modelo y por tanto se ha perdido el interés por discutir teóricamente respecto del sentido que adquieren hoy las políticas sociales y las implicancias que tienen en la reproducción de la totalidad social.

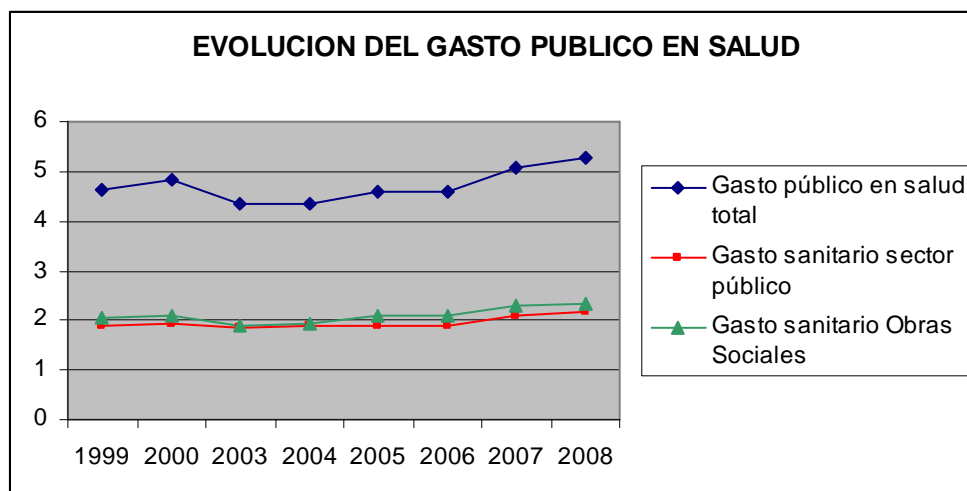
Es preciso entonces identificar continuidades – discontinuidades en el diseño de las políticas públicas en general, y la política sanitaria en particular. Es posible reconocer que a partir del año 2003 los indicadores de crecimiento macroeconómicos resultan marcadamente positivos. Durante el período de gobierno de Néstor Kirchner – 2003-2007 – el PBI alcanzó un crecimiento anual de alrededor de un 9%, mientras que la desocupación fue descendiendo del 17,3 en 2003 a 8,5 en 2007. Especialmente a partir de la crisis financiera internacional del año 2008 el gobierno ha desarrollado políticas activas de intervención en los mercados y redistribución orientadas a asegurar la demanda efectiva de bienes y servicios y al fortalecimiento del mercado interno. Entre esas medidas es preciso mencionar la estatización de los fondos de jubilaciones y pensiones en manos de las AFJP pertenecientes al sector financiero privado. Las actuales políticas de corte desarrollista incluyen también los subsidios en las tarifas de los servicios públicos tendientes a mejorar el poder adquisitivo de los asalariados, y la estatización de algunas empresas de servicios en manos privadas que habían demostrado acabadamente su ineficacia. También se cuentan las medidas de regulación del mercado laboral a partir de la actualización del salario mínimo vital y móvil, la apertura de paritarias para la regulación de los ingresos y la reducción en los indicadores de trabajo no registrado. Aunque la estructura tributaria continúa siendo regresiva no es menor el incremento en las retenciones a las exportaciones agropecuarias, ni el esfuerzo puesto en reducir los niveles de evasión fiscal.

En el ámbito de las políticas sociales se destacan la nueva Ley de Educación Federal que eleva el presupuesto para la educación al 6% del presupuesto nacional y la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH). Esta última implica la asignación de un monto de \$220 por hijo menores de 18 años (hasta un máximo de 5 hijos) para todos aquellos que están desocupados (y no perciben ninguna clase de subsidio o planes sociales), o son trabajadores no registrados que no perciben más que el monto equivalente a un salario mínimo vital y móvil, o son empleadas domésticas, o son monotributistas sociales. Como contrapartida se exige que los menores acrediten escolaridad y controles sanitarios al día. Actualmente esta asignación alcanza a 4,5 millones de niños y ha reducido los niveles de indigencia a más del 50 % de su valor anterior, del mismo modo estudios recientes aseguran que con la implementación de esta iniciativa “la participación del 20% de los hogares de menores recursos pasaría del 4,1% al 5,1% sobre la suma total de ingresos, lo que supone un aumento del 24%” ([http://www.argentina.ar/\\_es/pais/C2616-asignacion-universal-por-hijo.php](http://www.argentina.ar/_es/pais/C2616-asignacion-universal-por-hijo.php)).

Entre las medidas adoptadas para contrarrestar los efectos de la crisis financiera internacional del año 2008 y fortalecer el mercado interno es preciso también nombrar el Programa Argentina Trabaja, por el impacto que ha tenido en la población que habita el conurbano. A partir de este programa se crearon cien mil puestos de trabajo cooperativo con una inversión de más de un millón y medio de pesos, lo cual implica salarios superiores a un salario mínimo, vital y móvil para aquellas personas identificadas en situación de alta vulnerabilidad de acuerdo a indicadores construidos por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que lo implementa conjuntamente con los municipios.

Así al removerse las barreras de contención del gasto público, el incremento en la recaudación fiscal permitió un incremento sostenido de la inversión en políticas públicas en general y sanitarias en particular.

**Grafico N° 1**



Fuente: Indec

En el año 2004 el Ministerio de Salud de la Nación, en sintonía con los documentos de la OMS/OPS, propone una revisión de las políticas sanitarias que se implementaron durante la década de los '90 tendientes a ajustar el subsector de la salud pública. Comienzan a desplegarse entonces una serie de estrategias desde el nivel nacional que tienden a recuperar los principios de la formulación de Alma Ata.

### Sintetizando

Hasta aquí podemos reseñar que las políticas sanitarias son parte constitutiva del conjunto de las políticas públicas y por lo tanto sus formulaciones expresan los cambios del estado de acuerdo con el modo de acumulación vigente en cada momento histórico.

Del mismo modo las políticas sanitarias basadas en concepciones focalizadoras fueron el rostro que asumió el modelo neoliberal en el sector de la salud. Luego de la crisis de año 2001 y especialmente con el gobierno que asume en el 2003, las políticas en general y las políticas sanitarias en particular han mostrado un rumbo no del todo claro en su diseño y en su implementación.

Si bien el sistema sanitario es persistentemente caracterizado por su fragmentación, lo que algunos autores refieren como fragmentación, tal vez podría pensarse como una ampliación en los márgenes de autonomía por parte de las diferentes instancias jurisdiccionales (gobiernos nacional, provincial y municipal) respecto de la etapa anterior. Autonomía que no solamente tiene



que ver con cuestiones de índole presupuestaria sino con el paradigma político ideológico adoptado por cada una.

Así es notable cómo desde el gobierno nacional se insiste en “recuperar” formulaciones propias de un proyecto anterior y que pareciera ha quedado trunco. Esta noción de “recuperación” atraviesa las formulaciones de política sectorial no solamente en el ámbito de las políticas sanitarias. Se reitera en los discursos que refieren a “recuperar la cultura del trabajo” o recuperar el mercado de trabajo como espacio de articulación de la totalidad social. En el ámbito de las políticas sanitarias este intento de “recuperación” refiere fundamentalmente a la rescatar la potencia del subsector público como articulador de una estrategia sanitaria, que alude a los principios de la formulación de Alma Ata.

Esta “recuperación” que se reivindica desde el gobierno nacional se sostiene en la crítica a las políticas focalizadas propias del modelo de acumulación neoliberal. Sin embargo, no terminan de explicitarse los lineamientos propios del nuevo modelo de acumulación que se pretende. Tal vez este proceso debiera ser pensado como un proceso de transición inacabado en el que pugnan y tensionan intereses contrapuestos y que explicarían esta “fragmentación” aparente. Siguiendo a Belmartino es posible pensar que “no resulta arbitrario asociar la multiplicidad de proyectos y la persistencia de la fragmentación con la existencia de diferentes proyectos en el interior del gobierno, ninguno de ellos con la fuerza suficiente para imponerse sobre el resto” (Belmartino; 2005: 165).

## **ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE LA TEMÁTICA.**

El campo de problemas en el que abrevia este trabajo se nutre tanto desde los aportes de las ciencias médicas orientadas hacia la salud pública, como de las ciencias sociales. Es más, es posible afirmar que hoy la salud pública y la medicina social y colectiva constituyen un campo específico del conocimiento científico, con problemas y discusiones que le son propios, más allá de la disciplina de origen de los científicos y profesionales que lo integran. Hablamos de científicos y profesionales ya que gran cantidad de materiales surgen no solamente de la producción estrictamente académica, sino también a partir de la reflexión en torno de la aplicación de políticas sanitarias desde ámbitos gubernamentales y de organismos internacionales. Si bien el pensamiento biomédico es hegemónico en los dos ámbitos participan tanto profesionales de la salud como de las ciencias humanas y sociales. También es posible identificar distintas corrientes o escuelas de

pensamiento, como ya fuera mencionado, siendo una de las más importantes la Medicina Social Latinoamericana.

Entre los problemas que delimitan este campo de conocimiento, nos referimos a las políticas de atención primaria de la salud, se encadenan debates que tienen que ver con el “significado” de la atención primaria, con las prácticas que se despliegan en torno de esta concepción; y que en general aluden tanto a la promoción de la salud, a la prevención y la educación para la salud, a la participación en salud, y, un tema que nos interesa especialmente, la capacitación de los trabajadores de la salud en estos preceptos. También existen trabajos que giran en torno de los problemas de accesibilidad y cobertura, la integralidad de las acciones y el funcionamiento de los sistemas.

A los fines de ordenar la exposición, presentaremos en primer lugar los principales temas de interés para las ciencias sociales en general, que surgen de una revisión de la temática en los principales foros y publicaciones especializadas, para luego abordar el debate desde el campo del sanitarismo. En ambos casos intentaremos identificar su aporte a los principales tópicos señalados en el párrafo precedente.

### **Antecedentes desde las ciencias sociales y la antropología.**

Desde el campo de la psicología y la sociología algunos trabajos encaran las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención en jóvenes, intentando así aportar a un abordaje comprensivo en sus diferencias para la atención de sus problemas de salud. (Weller y Orellana; 1997). Tomando también a los jóvenes como sujeto de estudio, A.L. Kornblit analiza su formación como sujetos autónomos y revisa críticamente sus posibilidades de *empoderamiento* desde la implementación de un programa de promoción de la salud implementado en escuelas medias de la Ciudad de Buenos Aires. Es sumamente interesante para el análisis de los programas de promoción de la salud la distinción que realiza entre prácticas de los sujetos e información disponible, señalando la importancia de la participación colectiva como un modo de internalizar la condición de sujeto “en situación de riesgo”, la necesidad de estimular el pensamiento crítico respecto de los patrones de consumo, y recomendando el trabajo en pos de cambios institucionales en las escuelas medias que otorguen mayores niveles de autonomía en la elaboración de propuestas participativas. (Kornblit, et. al.; 2007).

Cabe señalar también la investigación que lleva adelante el equipo del Instituto del Conurbano de la UNGS, la que aporta información de interés respecto de las condiciones político económica en que se desarrolla la gestión local de la salud en los municipios del conurbano bonaerense. Estos trabajos analizan las condiciones históricas de emergencia de la salud en la agenda local a partir de los procesos de descentralización del sistema de salud y la fragmentación y heterogeneidad que caracteriza la gestión de la salud actualmente en estos distritos (Chiara et. al.; 2010).

También es relevante reseñar algunos trabajos de Davini y Nervi quienes analizan los programas de capacitación en servicio en los procesos de reforma de los sistemas sanitarios propios de la década del 90 a partir de entrevistas realizadas a los funcionarios encargados de gestionar esos componentes. Estas autoras señalan algunos déficits que tienen que ver con los diseños y con las concepciones que entrañan estos programas, con la gestión y con la evaluación de los mismos. Sostienen el enfoque de la “educación permanente en servicio” y recomiendan la institucionalización de este tipo de prácticas (Davini; 2005, Davini y Nervi; 1998).

Los dos últimos casos son ejemplos de investigaciones que analizan fundamentalmente aspectos superestructurales de los programas de APS, en tanto que consideran de su interés todo lo relacionado con la formulación de políticas y los intereses que se juegan en la construcción de agendas de gobierno, por ello recaban información de funcionarios y documentos que expresan estas tensiones. Si bien resultan de interés para contextualizar nuestra problemática, no abordan los procesos de cambio en el trabajo en el primer nivel de atención, ámbito en el que consideramos que es posible analizar la eficacia de estos procesos.

Por otra parte es preciso mencionar algunos trabajos en los que se enfocan investigaciones recientes desde las ciencias sociales, que dirigen su interés hacia otras temáticas sin aportar reflexión alguna al campo de problemas delimitado para esta investigación. Entre ellos es posible referirse a los trabajos sobre vejez (dossier rev. De sociología arg.) seguridad social (ponencias ALAS), medicinas tradicionales (Oliszewski; 2010, 2006), la salud como derecho (França, et. al.; 2008); consumo de drogas (Rosa; 2010), la salud en comunidades aborígenes (Milmaniene; 2010, Fernandes, et. al.; 2010) y otros trabajos que refieren a padecimientos específicos (Del Mónaco, 2010).

En las investigaciones en desarrollo desde el campo antropológico también se observa una dispersión en las temáticas; si bien no abordan como problema la atención primaria de la salud, contribuyen desde el uso de categorías comunes propias del subcampos disciplinar de la antropología médica. El aporte de la antropología al foco de mi investigación y las categorías a utilizar será un tema al que nos referiremos específicamente, sin embargo considero oportuno realizar ahora una revisión de las investigaciones recientes desde la disciplina.

Nos encontramos entonces con investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva a partir de los cambios en la normativa que amplía el derecho a la ligadura tubaria y a partir de la nueva ley de Salud Sexual y Reproductiva. A partir de estas modificaciones legales se plantean las tensiones entre la ley y la práctica médica, y los problemas de accesibilidad a este derecho; para el análisis de estas cuestiones algunos autores utilizan las categorías de control social y biopoder (Del Río Fortuna, 2008; Gainza y Laboratto; 2010, Vitello, et. al.; 2006; Fonseca y Ortale; 2010).

Los estudios sobre personas viviendo con VIH/SIDA muestran una fecundidad importante. Estos trabajos comparten un mismo enfoque teórico y conceptual aunque difieren en cuanto a los sujetos con los que trabajan así como en los abordajes metodológicos utilizados. Las categorías utilizadas refieren a la experiencia de la enfermedad, la vida cotidiana, los procesos de estigmatización, la biomedicina como mecanismo de control social que modela las conductas, el biopoder (desde la perspectiva foucaultiana) el saber y las narrativas biomédicas. Los sujetos con los que trabajan van desde jóvenes (Adazko; 2008), HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) transexuales y travestis (Cutuli; 2006), hasta médicos y servicios que trabajan con PVVIH (Personas Viviendo con VIH/SIDA), (Margulies; 2008; Recoder; 2008; Gagliolo; 2006; Gianni; 2006). Sin embargo el abordaje metodológico es sumamente diferente entre estos trabajos ya que nos encontramos con perspectivas geertzianas de realización de una *descripción densa* en una etnografía sobre los *espacios* de un hospital donde se atienden PVVIH (Recoder; 2008), hasta trabajos de corte cualitativo con confección de muestras siguiendo determinadas variables (Adazko; 2008) y trabajo etnográfico clásico de observación participante y realización de entrevistas en profundidad (Margulies; 2008, Barber; 2006, Bilder; 2006). Vale la pena destacar el aporte de Margulies (2008, 2009) en lo que refiere a los procesos de construcción del saber médico, el análisis de las narrativas biomédicas, la reconstrucción del surgimiento del concepto de enfermedad y la distinción que establece la literatura específica respecto de *disease/ illness*, así como el aporte desde la medicina social y la epidemiología crítica en la crítica al uso de las nociones de riesgo y “estilos de vida” por parte de la biomedicina. Cabe mencionar también otras

investigaciones sobre padecimientos específicos que comparten un mismo enfoque teórico respecto del proceso s/e/a entendido como construcción social pero que agregan una reflexión respecto de la noción de cuerpo como construcción social (Everton Pereira, 2008).

Otros trabajos se agrupan en lo que sus autores denominan antropología alimentaria, que analizan las prácticas alimentarias respecto de las pautas nutricionales de la biomedicina y las tablas de nutrición específicamente en pediatría. Estos autores relacionan algunas “patologías” de reciente relevancia epidemiológica como la obesidad en adultos y niños con *la cultura alimentaria* de diversos conjuntos sociales, los cambios en la vida cotidiana de grupos de obesos y sus *ritos de pasaje* hacia una vida *saludable*. También analizan las prácticas alimentarias en relación con el saber médico y sus representaciones sobre la pobreza, y la eficacia de la consulta para promover hábitos saludables. Metodológicamente estos autores trabajan con recursos diferentes ya que algunos utilizan la técnica del grupo focal para analizar el saber médico, mientras que otros realizan una etnografía de los grupos de obesos, más allá de estas diferencias no es posible identificar tópicos de debate entre estas producciones. (Cuesta Ramunno; 2008, Sammartino; 2010, Solans; 2010, Herkovits; 2006)

De larga tradición, las investigaciones sobre salud en comunidades aborígenes, también ocupan un lugar destacado. Temas tales como accesibilidad a los servicios de salud, interculturalidad y género, y capacitación de recursos en salud, son algunas de las preocupaciones de estos autores (Sacchi, et. al; 2010; Arrieta; 2006, Hecht; 2006, Martínez, 2006)

Pero, la producción más relevante en los últimos tiempos para el análisis de las políticas basadas en la estrategia de atención primaria es la de la UNR (Universidad Nacional de Rosario). Varios investigadores vienen trabajando desde hace ya un tiempo en las siguientes temáticas: trayectorias de migrantes toba y su accesibilidad a la atención de urgencias en el 2º nivel y al programa de salud bucal (Carracedo; 2008; Azcona, et. al, 2006), políticas de prevención de la transmisión del dengue (Curetti; 2010), de prevención del VIH/SIDA (Arrieta, et. al; 2006), y de políticas desde el primer nivel de atención hacia el *consumo de drogas* (Abonizio, 2009; Silvastre; 2010). También es posible incluir en este grupo los trabajos sobre formación de recursos en salud desde las universidades y el sector público de la salud (Schapira, 2010). Estas líneas de investigación comparten un marco teórico metodológico común que refiere a las categorías de proceso s/e/a, modelos de atención, modelo médico hegemónico, autocuidado, saber médico, salud/ padecimiento/ enfermedad, y la crítica a la noción de “riesgo” y de “estilos de vida”. En

todos ellos estas categorías son puestas en juego a la luz de políticas de reformas del sistema sanitario particularmente del sector público, basadas en la estrategia de APS, por ello resultan de particular interés para esta investigación. En todas ellas también se comparte una adscripción metodológica que tiene que ver con la investigación – acción – participante, ya que en casi todos los casos estos investigadores desarrollan su actividad tanto desde ámbitos académicos como de gestión en salud.

Resumiendo, podemos decir que en la Argentina no existen trabajos desde la antropología que centren atención en el desarrollo de la atención primaria ni en los saberes y la formación de quienes se desempeñan en el primer nivel. Sin embargo vale destacar que las ciencias sociales aportan a este campo de conocimiento su producción respecto de las condiciones desiguales de acceso a la salud, la participación de los jóvenes en la promoción de la salud, la gestión local de salud, y las dificultades que atraviesa la gestión de programas de formación de recursos humanos en salud. Por su parte, la producción antropológica está centrada en temáticas que refieren a distintos padecimientos y el saber médico en torno de los mismos. También desde la antropología se abordan problemas que refieren a la promoción de la salud y las prácticas alimentarias, así como es significativa la reflexión en torno de las desigualdades en el acceso a la salud que sufren los distintos grupos étnicos. Cabe señalar nuevamente que si bien la producción desde la antropología médica denota el uso de categorías comunes, no hemos encontrado trabajos que refieran al saber en atención primaria de la salud desde este campo del conocimiento.

### **Aportes desde el campo del sanitarismo**

A diferencia de lo que sucede en el ámbito de las ciencias sociales, tanto la producción como los debates son mucho más fecundos en lo que denominamos sanitarismo. Cabe aclarar que este recorte se realiza a partir de las publicaciones especializadas, independientemente de la formación de base de los intelectuales que participan de este espacio de producción académica. Vale la pena destacar la preeminencia de Brasil y la corriente de la Salud Colectiva en este debate, tanto por la calidad como por la cantidad de publicaciones especializadas; así como la profusa producción académica en torno de la experiencia del Sistema Único de Salud y el Programa Salud y Familia. Por ello es que esta producción ocupa un lugar destacado en esta revisión y antecede a los trabajos producidos en nuestro país.

Luego del llamado de Montevideo a la renovación de la APS nos encontramos en la región con investigaciones que apuntan a la evaluación de programas sanitarios basados en el enfoque de la atención primaria de la salud, y a construir indicadores que permitan la evaluación de diversas experiencias. La multiplicidad de indicadores que se utilizan da cuenta de concepciones diferentes y de un debate no del todo encubierto.

El Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina conformado por personalidades tanto del ámbito científico académico como de ámbitos gubernamentales de la región, con el aval de la OPS ha propuesto la adaptación del método Delphy creado para evaluar la APS en Canadá<sup>18</sup>. Los resultados de esta experiencia dan cuenta de la diversidad de situaciones en la región. En la mayoría de los países conviven tres subsistemas (privado, público y de seguridad social) que funcionan en paralelo. En el subsector público la APS adopta en general un enfoque selectivo, mientras que en los otros dos subsistemas es concebida como puerta de entrada o filtro que regula el acceso a los otros niveles. De ahí la importancia que le atribuyen a la coordinación intersistemas que permita la aplicación de modelos de evaluación comunes, así como la necesidad de coordinación entre los tres niveles de atención. En este documento se identifican como los principales desafíos para la región el logro de la cobertura universal, el mejoramiento de la accesibilidad, de la calidad de atención y de la equidad en el financiamiento y se llama la atención respecto de las dificultades para una atención adecuada y oportuna de urgencias, factor invisibilizado por el énfasis puesto en los aspectos preventivos. (Haggerty, et. al.; 2009).

Por su parte, el ministerio de Salud Pública del Brasil en el año 2005 encargó a diferentes instituciones de investigación contribuir para la formulación de un sistema de evaluación y monitoreo de la expansión de la APS, a partir de la evaluación del PSF (Programa Salud de la Familia). Se desarrollaron varios estudios en ese sentido, de los que se esperaba una contribución en la elaboración de indicadores. Cada institución elaboró métodos propios para abordar a los gestores, los profesionales y los usuarios del PSF. Este programa se desarrolla desde el año 1994 en el marco del SUS (Sistema Único de Salud). Está orientado por la perspectiva de la APS, entendiendo que este enfoque implica tanto organizar los sistemas de salud de acuerdo con las necesidades de la población, como también la puerta de entrada al sistema. El PSF es un “conjunto

---

<sup>18</sup> El método consistió en hacer circular, varias rondas, un documento con los indicadores construidos para Canadá entre un grupo de 30 personalidades para que los reformularan y adaptaran para América Latina hasta llegar a un consenso. En ese documento se identificaban como principios rectores de la APS la atención integral e integrada, la integralidad, las acciones intersectoriales y la participación comunitaria. (Haggerty, et. al.; 377: 2009)

de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial. Assim, atualizou-se a perspectiva da Atenção Primária à Saúde dentro das políticas públicas brasileiras, cujo objetivo é a proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção”. (conjunto de acciones y servicios que van más allá de la asistencia médica, estructurándose en base al reconocimiento de las necesidades de la población, aprehendidas a partir del establecimiento de un vínculo social entre población y trabajadores de la salud, en contacto permanente con el ambiente territorial. Así se actualizó la perspectiva de la atención primaria de la salud dentro de las políticas públicas brasileiras, cuyo objetivo es la protección social para la garantía de universalidad e integralidad de la atención). (Magalhães de Mendonça, et. al.; 4:2008).

A partir de esta propuesta trabajaron varios equipos de investigación en todo el país vecino. Casi todos recabaron información de funcionarios locales, trabajadores de los centros de salud, y usuarios de estos mismos servicios. Se utilizaron distintos tipos de técnicas que van de entrevistas semi estructuradas, cuestionarios y/o grupos focales. Una amplia mayoría también intentó comparar la labor de los equipos pertenecientes al PSF con otros equipos del primer nivel. Sin embargo los objetivos de investigación y las dimensiones de análisis variaron en cada estudio, arribando a resultados difícilmente comparables entre sí.

Uno de los trabajos apuntó a evaluar la adecuación e integridad del PSF a partir de su cobertura y de la calidad de sus estructuras y procesos. Para ello tomaron las siguientes dimensiones: cuidado integral, organización de la atención y político institucional. De sus análisis resultan algunos datos a tener en cuenta respecto de la gestión de los recursos humanos en este programa y de los procesos de trabajo que se despliegan en el primer nivel. Por ejemplo que las iniciativas en formación de recursos humanos son aisladas, esporádicas y no constituyen un proceso de capacitación permanente; que los vínculos contractuales precarios y los municipios encuentran dificultades para atraer médicos con buenos salarios sin infringir las normativas fiscales. También agregan que no hay información sistematizada para la gestión y, menos aún, información que vuelva a los equipos para una reorientación de su tarea. Se perciben avances en la integralidad y en la humanización de los vínculos y señalan también que estos programas contribuyen a ampliar el acceso y la cobertura pero en menor medida a modificar el modelo de atención ya que los gobiernos locales tienden a adaptar la implementación del PSF a los procesos



preexistentes lo cual dificulta las posibilidades de un cambio en el modelo asistencial. Concluyen identificando la persistencia del modelo tradicional médico céntrico sin interacción con el resto del equipo ni con las familias (Camargo Jr., et. al; 2008).

Otro de los trabajos se concentró en la accesibilidad y la integralidad de los cuidados, abordándolo desde la categoría del acogimiento. Para estos autores “acogimiento” implica accesibilidad universal, trabajo en equipo multidisciplinario, y trato humanitario y solidario. Se encontraron problemas de accesibilidad que se expresan en largas colas para sacar turnos y conflictos cuando se prioriza la demanda, en general de ancianos y niños. Los usuarios plantean que no hay buen trato por parte de los administrativos aunque reconocen mejoras en el vínculo con los profesionales y que se valora la escucha. La presión de la demanda se expresa en sobrecarga de trabajo, dificultando las actividades grupales intraequipo y con los usuarios. Se genera stress y cansancio evidenciando que los trabajadores de la salud no tienen tampoco una buena “acogida” en su trabajo, con esto refieren falta de propuestas de capacitación, bajos salarios, ausencia de incentivos, pocos espacios de escucha desde las autoridades, y bajos niveles de autonomía (Fagundes de Souza, et. al.; 2008).

La investigación encarada por el equipo de Minas de Geráis menciona los cuatro significados atribuidos a la APS, es decir, como conjunto de acciones, como estrategia ordenadora del sistema, como una filosofía que permea el sistema, y como un nivel de atención. Según estos autores en EEUU se le otorgaron cuatro atributos: primer contacto, longitudinal, abarcadora, y coordinada; y tres dominios: enfoque familiar, orientada a la comunidad y competencia cultural. Esta concepción fue adaptada para el Brasil identificando ocho dimensiones: accesibilidad, primer contacto, longitudinal, abarcadora, coordinada, enfoque familiar, formación profesional específica, orientada a la comunidad. Los resultados de esta investigación muestran que en cuanto al enfoque familiar y la orientación a la comunidad no se observan mejoras. También encuentran dificultades para el armado de equipos ya que los médicos tienen varios trabajos y hay una alta rotatividad. Según estos autores los TS que se desempeñan en este programa no son valorizados por sus pares. Se hace demasiado énfasis en el papel del agente comunitario en desmedro del rol de los equipos profesionales, que vienen siendo formados en otra dirección desde hace ya muchos años e influenciados por las tecnologías médicas. (van Stralen, et. al.; 2008)

Uno de los equipos de investigación intentó describir el perfil de los equipos de salud del PSF. Llegan a la conclusión que tienen más agentes comunitarios, más mujeres, son más jóvenes,

ganan menos, están precarizados (no entraron por concurso), tienen menos antigüedad, están menos conformes con su situación laboral, tienen mayor carga horaria y sin embargo, están más especializados en APS. (Tomasi, et. al; 2008)

Finalmente otra investigación se focalizó en analizar la formación del programa en relación con la política de incentivos, la capacidad local del sistema de salud, las experiencias de participación social y de rendición de cuentas. Consideraron que la noción de territorio, es decir, la estrategia de vincular el equipo de salud a una población delimitada espacialmente, es crucial para fomentar una mayor rendición de cuentas por parte de los trabajadores de la salud en relación con las familias registradas, la transformación del modelo de intervención de salud tradicionales, y la organización de la demanda. La organización territorial de las políticas sociales y el establecimiento de intervenciones integrales en un solo segmento de la población también tienden a lograr un mayor impacto y eficacia. Abordar las desigualdades en salud sobre la base de espacios sociales demarcados puede facilitar la combinación de acciones desde un modelo universalista y aquellas que discriminan positivamente. Persisten los obstáculos a la integración de la atención básica con otros niveles del sistema, es fundamental para fortalecer el papel de los consejos locales de salud en la reorientación de la política sanitaria y la implementación del PSF. También es importante fortalecer las acciones integradas, (Magalhães, et. al; 2006)

Decimos que la selección de dimensiones e indicadores para describir y evaluar los programas basados en la perspectiva de la APS son tan heterogéneos que dan cuenta de un debate conceptual que aún no está saldado. Este debate se expresó, muy tímidamente a partir del artículo de Conill (2008) que presenta la revista en la que se dieron a conocer los resultados de estos trabajos. Este autor realiza una síntesis de los trabajos expuestos y destaca los siguientes aspectos. Que el PSF presenta problemas que tienen que ver con la dotación de recursos humanos e inadecuación entre número de familias a cargo y los equipos de salud: problemas de integralidad y esto perjudica el resto de las actividades de prevención y promoción, y las visitas domiciliarias. En ese sentido el autor destaca la importancia de la incorporación de la figura del agente comunitario. En cuanto a la formación de los recursos humanos Conill rescata que los médicos tienen poca experiencia o formación en APS, que piden la inclusión de dentistas y trabajadores sociales en los equipos, y que existen dificultades para encontrar médicos generalistas. Señala que la demanda excesiva de información a los equipos dificulta los procesos de cambio También rescata que los usuarios valoran el vínculo con los trabajadores de la salud y que el programa sea la puerta de ingreso al sistema. A partir de esta síntesis propone la formulación de proyectos docente –

asistenciales de reformas de la educación médica y de programas localizados de salud comunitaria. Según él estos procesos de reforma llevan tiempo y es preciso considerar la cantidad de actores involucrados para asegurar el éxito de una política sectorial que permita resolver los problemas de baja integración y heterogeneidad, y apunte a resolver la tensión entre un sistema único nacional e intervenciones selectivas. (Conill; 2008)

Varios autores comentan este artículo poniendo de manifiesto concepciones divergentes respecto de la APS. Desde una perspectiva eurocéntrica Gervas propone no perder de vista los aspectos clínicos de la atención médica, que según él han sido descuidados por las opciones ideológicas de la OPS como el abordaje colectivo de los problemas de salud de la comunidad y la necesidad del trabajo en equipo. Según este autor la APS no debe abocarse a trabajar sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud, sino que debe concentrarse en paliar sus efectos para reducir los niveles de morbi mortalidad. Rescata la función de puerta de ingreso al sistema de los servicios del primer nivel, y plantea que no es necesario el trabajo con equipos, ya que esta función puede ser encarada por un solo profesional, trabaje tanto desde el sector público como perteneciente a los otros subsistemas. (Gervas, 2008)

En las antípodas de esta propuesta Gastao de Sousa Campos plantea la existencia de un desacuerdo cultural, epistemológico y político sobre la APS que dificulta la formulación de políticas de expansión de esta estrategia. Según él los funcionarios escapan a ese debate, ya que adoptan una perspectiva fundamentalista en torno a dogmas organizacionales y sanitarios contenidos en el PSF. Reconoce que si bien existe un consenso internacional sobre las ventajas de sistemas de salud pública basados en la APS, el acceso a la atención básica en grandes ciudades ocurre por las guardias hospitalarias o los servicios de emergencia. Además señala la baja calidad de la atención que se brinda evidenciada en que no se llevan historias clínicas, ni hay actividades de promoción y educación para la salud. El PSF no es la única forma en que se organiza la atención básica en el Brasil, por tanto atribuye estas dificultades, en gran medida, a que el modelo de APS se basa en la concepción norteamericana de servicios de atención pública no integrados a un sistema nacional, encargados de la salud de una población (endemias, vacunación, epidemias, control de grupos de riesgo), y a un modelo de intervención basado en programas verticales y normatizados (puericultura, prenatal, tuberculosis). Según él esta concepción preventivista y programática, descuida la atención de urgencias. Coincide con Gervas en que estas tradiciones han derivado en una subestimación de la dimensión clínica, y que las corrientes de Salud Colectiva y Promoción de la Salud reforzaron esta tendencia. Caracteriza el PSF como un modelo que valoriza las

intervenciones sobre los territorios o sobre los colectivos, con atención individual basada en programas. Además identifica insuficiencia financiera y de personal, y propone duplicar el número de equipos en el país para alcanzar una cobertura del 80 %. A esto le agrega el “desafío educacional” de mejorar los programas de capacitación, y de resolver las situaciones de precarización en los modos de contratación de personal.(de Sousa Campos, 2008).

Así, en lo que refiere al desarrollo de la APS a partir del PSF este debate evidencia las dificultades de integración y articulación con otros modelos de atención. Los debates que giran en torno de tradiciones más preventivistas, o propuestas más orientadas hacia la participación comunitaria dan cuenta de dos concepciones no necesariamente contradictorias. Por una parte están quienes proponen que la APS debe garantizar el acceso a la salud y enfatizan su condición de “puerta de entrada” al sistema, mientras que, por otra parte, están quienes ponderan los aspectos democratizantes de la participación en salud, entre ellos los que se enrolan en la corriente de la Salud Social y Colectiva. Podemos coincidir, más allá de estas diferencias de corte ideológico en que la subestimación del espacio de la clínica y la formación de los profesionales constituyen asignaturas pendientes en el desarrollo de la APS. Estas discusiones no son ajenas a la situación argentina, y lo vemos en que los temas en debate pueden resultarnos familiares. Brasil no tiene un sistema de obras sociales tan consolidado ni tan fuerte políticamente como el de nuestro país por razones de índole histórica, por ello la implementación del SUS ha sido relativamente más exitosa. También resultan comunes a ambos países los problemas en cuanto al rol de los agentes comunitarios, la heterogeneidad en las modalidades de contratación de los trabajadores de la salud y la precarización de esta fuerza de trabajo; y la demanda insatisfecha respecto de la atención de las urgencias.

En nuestro país un grupo de investigadores de distintas universidades han realizado en varias provincias un estudio de similares características a los mencionados. Recopilaron la información a través de encuestas a usuarios, entrevistas a gestores y decisores y grupos focales con equipos de salud. Utilizaron las siguientes variables e indicadores: elementos del sistema de salud, de estructura y de procesos (acceso, atención integrada e integral, acciones intersectoriales, primer contacto, énfasis en la promoción y prevención, orientación familiar y comunitaria, mecanismos de participación activa); características del sistema de salud (trabajo interdisciplinario, RRHH adecuados a la demanda, accesibilidad, integralidad, logitudinalidad, cambio de modelo, trabajo en red, articulación intersectorial y participación comunitaria); resultados del modelo basado en APS (satisfacción o no de usuarios, RRHH y cobertura). También en sus resultados

aparece el déficit de RRHH especializados de acuerdo con los nuevos perfiles epidemiológicos (salud mental); una alta rotación, inestabilidad y precarización laboral y bajos salarios. Escasas propuestas de capacitación continua y sistemática, con excepción del Programa Médicos Comunitarios. Déficit de integración en los equipos y en la actividad comunitaria y social. Señalan que el personal afectado al primer nivel en general desconoce los programas en ejecución, y solamente algunos conocen el Remediar, el Materno Infantil, el de Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacer y PRODIABA (en la Pcia. De Bs. As.), mientras que desconocen la existencia de otros programas o de programas que se formulan en el nivel local. A este panorama agregan la falta de sistemas de información sobre la población y registros de los procesos de gestión mientras que reconocen que la provisión de medicamentos es adecuada. Concluyen en advertir respecto de la vigencia del modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda y lo explican en gran medida en que la sobrecarga de demanda en la tarea asistencial y las debilidades organizacionales no dejarían tiempo suficiente para la planificación, la actividad interdisciplinar e intersectorial y la “salida a la comunidad”.( Paganini, et. al., 2010).

Hasta aquí hemos visto cómo a partir del año 2003 se han iniciado tanto en Brasil como en la Argentina procesos que tienden a reposicionar la estrategia de la APS y los debates que surgen a la hora de evaluar estas experiencias. Los ejes del debate pueden sintetizarse en si las intervenciones deben ser sobre las poblaciones o individuales, y la importancia de cada una de ellas; si es imprescindible conformar equipos o la atención primaria puede ser desarrollada por los médicos generalistas. También se discuten cuestiones que hacen a la calidad de la atención, como por ejemplo la “humanización del vínculo”, los sistemas de información, la atención integral e integrada.

Del mismo modo se consideran las variables político organizacionales en lo que hace a la discusión respecto de si la APS debe ser la “puerta de entrada” al sistema, o la estrategia rectora del mismo asegurando la integralidad en la articulación interniveles; y el rol del estado a la hora de asegurar el derecho a la salud, es decir si la cobertura universal debe estar asegurada desde el estado con independencia de los otros subsistemas o es posible promover una articulación entre el subsistema público y los demás (el privado y el de la seguridad social) reservando para el estado la función de coordinador y regulador (Barros de Castro; 2010). Como ya fue visto, este debate data de muchas décadas atrás en la Argentina al menos, y las formas que ha ido asumiendo esta compleja relación no tiene que ver con el diseño de las políticas sectoriales, sino con la correlación

de fuerzas que se juega al interior del aparato estatal, y el peso de relativo de los actores en el modelo de acumulación.

Las conclusiones sobre la situación de los trabajadores del primer nivel, sean estos profesionales o no, incumben necesariamente al presente trabajo de investigación. Llama la atención el consenso sobre las particulares condiciones que asume el proceso de trabajo, aún en los distintos países. En todos los casos se mencionan las precarias condiciones de contratación, la sobrecarga de tareas y los problemas que esto acarrea para la realización de actividades de comunitarias, la multiplicidad de empleos, la alta rotación y la dificultad que esto genera para la conformación de los equipos de salud, escasez de recursos humanos formados y la insuficiente formación en atención primaria que se imparte en la formación de los médicos, particularmente. También encontramos coincidencias respecto de la importancia de la incorporación de la figura del agente comunitario aunque en ninguno de los trabajos revisados se alude a las funciones específicas de ese rol.

En casi todos los trabajos revisados, la metodología utilizada lleva a evaluaciones que describen la situación por la presencia/ausencia de dimensiones previamente definidas, lo cual a nuestro criterio, no hace más que profundizar la perspectiva sumamente normativa que asume la práctica médica. Estos trabajos no logran captar los procesos sociales que podrían explicar estas tendencias, ni tampoco los saberes que se ponen en juego efectivamente en el primer nivel de atención. Los procesos de cambio no pueden ser explicados en función de cumplimiento o no de las normativas, sino que deben explicarse como procesos sociales en sí mismos, con independencia de la direccionalidad que asumen y la valoración positiva o negativa de la misma.

Para resumir podemos decir que los aportes desde el sanitarismo están dados fundamentalmente por los trabajos de evaluación de programas basados en la APS principalmente los trabajos que se han producido en Brasil. Los ejes de análisis en estos trabajos son: la importancia de una perspectiva integral e integrada, la relación médico – paciente, la incorporación de los promotores comunitarios, las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y la formación de los trabajadores de la salud en los principios de la APS. La metodología de estos trabajos se basa en la identificación de atributos propios de la APS lo cual constituye un supuesto que orienta la investigación hacia una perspectiva sumamente dicotómica que imposibilita la descripción de procesos sociales más complejos. Esto se hace particularmente evidente en la ausencia de investigaciones sobre APS orientadas a analizar la formación y los saberes de los

trabajadores de la salud del primer nivel, la escasa formación se menciona como un dato pero no existen trabajos dirigidos a analizar qué saberes se ponen en juego ni cuáles son las instancias formativas para desempeñar su labor.

### **Antecedentes sobre prevención y promoción de la salud, y sobre formación de recursos humanos en APS.**

La preocupación sobre las actividades de promoción y prevención pareciera ser subsidiaria en este debate, ya que la atención se centra en los “gestores” locales de las políticas sanitarias. Aún así, es preciso dar cuenta del fecundo debate suscitado luego de la Carta de Otawa en torno de estas acciones, y el peso que tiene el modelo canadiense en el diseño de las políticas sanitarias en América Latina, por ello considero oportuno reseñar los principales puntos en este debate.

Las polémicas en torno de la promoción y la prevención incumben necesariamente a esta investigación dado que constituyen dos de las dimensiones centrales a la hora de analizar los saberes en torno de la APS de los trabajadores de la salud del primer nivel de atención. La disputa de sentidos respecto de estos conceptos se evidencia no solamente en las distintas políticas sanitarias que se implementan sino también en la formación sobre esta temática. Cabe señalar que no se presentan trabajos referidos a la Argentina dado que no se han encontrado investigaciones sustantivas sobre el tema.

La perspectiva preventivista en el salubrismo es de larga data y se relaciona en general a “prevenir” la exposición a determinados factores de “riesgo”. La prevención suele aparecer asociada a la promoción de la salud, desde este enfoque se refiere a “promover estilos de vida” saludables, o sea, sin “riesgos” identificados como tales.

El debate sobre la promoción ha asumido diferentes características, algunos autores hacen hincapié en el desarrollo de conductas individuales que favorezcan una mejor calidad de vida. Desde esta misma perspectiva se insiste en la necesidad de incorporar la dimensión subjetiva para no quedar atrapados en marcos normativos, que depositan la responsabilidad en los individuos y favorecen la emergencia de discursos que los sancionan. También suele utilizarse el término de *empowerment* (Resende Carvalho; 2008) destacando las posibilidades de agencia de los

sujetos, destacando el protagonismo de los mismos sobre sus condiciones de vida, enfocándose en principios de autonomía.

Desde el enfoque que denominaremos “individualista” las variantes van desde escritos filosóficos que relacionan la promoción de la salud con la bioética, y nociones de responsabilidad y autonomía (Verdi y Caponi; 2005), hasta escritos que encaran la promoción de la salud desde el aporte del psicoanálisis respecto de los procesos de subjetivación y el *cuidado de sí* (Muñoz Franco, 2009) y el aporte de las escuelas promotoras de salud en estos procesos de subjetivación (Di Leo; 2009). También se aborda, desde esta mirada, la promoción de la salud a partir del aporte de la psicología social enfatizando la necesidad de adoptar posturas reflexivas y dialógicas en las prácticas que se desarrollan en el marco de programas de promoción de la salud (Traverso – Yépez; 2007, Martínez – Hernández; 2009)

El otro enfoque que podemos distinguir es el que denominaremos “colectivista”, es decir que entiende la promoción de la salud a partir del trabajo sobre los determinantes sociales, y se apoya en el trabajo con comunidades. Suele asociársela con otras nociones como participación social y comunitaria, desarrollo social, desarrollo comunitario, capital social (Sapag y Kawachi, 2007) y educación para la salud. Ésta ha sido la perspectiva adoptada por la corriente de la salud colectiva desde los 70, y en general los trabajos más recientes se orientan en analizar la efectividad de políticas basadas en estos principios (Salazar u Vélez; 2004); o en la evaluación de experiencias concretas basadas en principios tales como: empoderamiento, intersectorialidad, participación social, equidad y sustentabilidad (Sícolo y do Nascimento; 2003). En esta misma corriente, y desde la filosofía política algunos autores destacan el aporte de Iván Illich con su *iatrogenia social* para analizar el efecto paradójico en tanto que en ocasiones las políticas de promoción de la salud terminan generando un efecto inverso o lo que ellos denominan “la salud persecutoria” (Castiel y Álvarez - Dardet; 2007)

Casi todos los autores revisados enmarcan sus análisis en los procesos de reforma de los sistemas de salud iniciados en los 90 en todo el continente, lo que se dio en denominar la Nueva Promoción Social, y evalúan si estas reformas significaron cambios sustantivos en el modelo de atención. Todos coinciden en señalar que estos procesos de reforma no han modificado la hegemonía del modelo biomédico en los sistemas de salud, y rescatan la necesidad de reorientar principios desde renovadas perspectivas. Si bien son varios los que mencionan que entre las actividades de promoción de la salud se cuentan aquellas de educación para la salud orientadas



hacia la comunidad, en muy pocos casos se hace referencia a los saberes y las prácticas médicas efectivas en pos de la prevención y promoción de la salud.

Ya señalamos entonces que las investigaciones que analizan las políticas de reformas basadas en los principios de la APS, todas señalan la necesidad de formación específica de los trabajadores de la salud, sin embargo son escasos los trabajos que se centran en este tópico. El más relevante posiblemente sea la investigación encarada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS sobre el componente de capacitación de los servicios de salud en los programas de reforma del sector (Davini, et. al; 2002). Este trabajo se basó en entrevistas y la aplicación de cuestionarios a los “gestores” del componente de capacitación a nivel nacional en ocho países, relevando quince proyectos en total. En sus resultados muestran problemas de distinta índole, a saber: técnicos, políticos y de cultura institucional. Destacan que los problemas que tienen que ver con capacidades técnicas pueden ser resueltos con facilidad; que aquellos que hacen a la cultura institucional y específicamente a los vínculos con las universidades pueden ser superados en la medida en que se profundice esa relación y se visualicen las posibilidades mutuas de esa alianza. Por último señalan que los problemas políticos sobredeterminan las posibilidades de los proyectos de capacitación y proponen la necesidad de institucionalizar este componente, desprendiéndolo de los programas y proyectos; que la educación permanente sea concebida como una herramienta estratégica y que se sostengan sus acciones en el tiempo más allá de los financiamientos específicos, dado que los resultados de este componente difícilmente se puedan medir en el corto ni en el mediano plazo de ejecución de un proyecto.

Rescatamos este trabajo ya que constituye una investigación exhaustiva en la que se despliegan tanto aspectos que hacen a lo educacional en su sentido más estricto, como aquellos que hacen a las prácticas que desarrollan las instituciones y el lugar subordinado que suele tener el componente educacional a los objetivos de financiamiento. Sin embargo, este trabajo no aborda una dimensión local sino superestructural en la indagación sobre los procesos de reforma, es decir que no se trabaja con los profesionales, receptores últimos de estos proyectos educativos, sino con los gestores, lo cual hace que el énfasis esté puesto más en los aspectos administrativos que en las prácticas médicas que despliegan los equipos de salud. Por otra parte, el diseño metodológico no permite describir y analizar los procesos de reforma, desde el componente educacional, más que en términos dicotómicos y normativos, es decir que estos trabajos suelen centrarse en la identificación de problemas u obstáculos a metas “incuestionables” manteniendo los “principios” en su inmutabilidad. Los procesos de cambio no escapan a las dinámicas de los procesos sociales, y su

dinámica suele escapar al voluntarismo del diseño de las políticas. Más allá de que se pregona la necesidad de adoptar un enfoque reflexivo, esta reflexividad suele verse limitada a la identificación de obstáculos o problemas de un tren que no detiene jamás su marcha, sin embargo sus resultados nunca parecen ser los esperados. Para trascender el cepe de los discursos, considero que es imprescindible contextualizar el análisis de las políticas, los programas y proyectos situándolos en el momento histórico del desarrollo social y político del que forman parte y que los atraviesa. No es fructífero seguir analizando políticas por fuera de las prácticas concretas que despliegan los sujetos ni de los saberes que ponen en juego. La perspectiva etnográfica puede abrir una puerta que permita trascender la normatividad de los proyectos y dar cuenta de los procesos sociales en los que estos se imbrican y de las posibilidades reales de los sujetos involucrados en estos procesos.

Tal vez el aporte más sugerente en este sentido lo constituye la propuesta de Merhy (2006) quien propone hacer foco en la micropolítica de lo que denomina “trabajo vivo” es decir las “tecnologías blandas” y “blandas – duras” que ponen en juego los equipos de salud en su proceso de trabajo, y las posibilidades que ofrece la educación permanente en salud para operar en esos espacios. “Tomar el mundo del trabajo como escuela, como lugar de una micropolítica que constituye encuentros de sujetos/poderes, con sus quehaceres hacer y sus saberes, permite abrir nuestra propia acción productiva como un acto colectivo y como un lugar de nuevas posibilidades de hacer” (Merhy, et. al.; 159:2006).

## **LA APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA.**

La perspectiva antropológica ha aportado a estos debates una mirada diferente del proceso salud enfermedad atención, y esto es reconocido por varios autores (Palacios; 1983, de Souza Campos; 1998). Este aporte no se restringe solamente a la comprensión de las comunidades en las que actúan los TS del primer nivel de atención y sus particularidades; sino que además tiene que ver con la crítica reflexiva respecto de las limitaciones del modelo biomédico, el estado de “crisis” permanente que lo atraviesa y sus causas socio culturales e histórico políticas. Sin embargo en el último tiempo, al menos en la Argentina, ha sido escasa la producción antropológica en lo que refiere a los procesos de reforma del sector salud y al desarrollo de la estrategia de atención primaria; paradójicamente, cada vez más se abren espacios profesionales de inclusión de antropólogos en programas basados en los principios de la APS. Recuperar la perspectiva antropológica, reconocer sus aportes desde la antropología médica, rescatar las principales

categorías para aplicarlas a esta área de vacancia; tal vez pueda favorecer la construcción de una mirada interdisciplinaria.

Para recuperar el enfoque antropológico es preciso dar cuenta del desarrollo histórico de la disciplina, sus debates y sus crisis, para ello consideramos sumamente iluminadores los trabajos de Menéndez, quien no solamente ha contribuido a la construcción de categorías propias para el análisis del proceso s/e/a en el campo de la antropología médica, sino que esta producción se inscribe en una profunda reflexión teórica respecto del desarrollo de la antropología en el último siglo. Por ello, adoptaremos esta perspectiva en la convicción de que significa un poderoso aporte en la reflexión sobre la problemática de la atención primaria de la salud y los saberes que se construyen socialmente a partir de la implementación de estas políticas.

La contribución de Menéndez respecto de la dialéctica local – global, en énfasis en lo local sin perder de vista los condicionamientos estructurales importa sustantivamente a esta investigación en tanto que este trabajo está anclado en el supuesto de que es en los procesos locales en los que es posible analizar la eficacia de las políticas y su apropiación y resignificación por parte de los actores involucrados. Del mismo modo, la crítica a las formulaciones basadas en “la perspectiva del actor” en desmedro de los procesos de creciente desigualdad social ha iluminado la reflexión sobre mi propia trayectoria profesional, tal como fue enunciado en el capítulo I de esta tesis.

También me interesa rescatar, en relación a los objetivos de esta investigación, las categorías de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos tal como las define Menéndez, en tanto que, a partir de un enfoque relacional, es posible analizar las características y el sentido de los saberes sobre APS que se juegan en el proceso salud – enfermedad – atención en el primer nivel. Particularmente en este punto, adquiere especial relevancia su análisis respecto de las articulaciones con el saber biomédico, en tanto que la APS aparece como un saber crítico y diferenciado. Así mismo me interesa particularmente recuperar las relaciones de hegemonía – subalternidad que se expresan en la relación médico paciente.

Otro aspecto de la producción de este autor que merece especial atención es su crítica a la noción de riesgo, dado que sobre esta noción se han formulado las propuestas de promoción de la salud, en las que se basan la mayor parte de las políticas hacia el sector. Los usos de esta categoría en el nivel local podrán dar cuenta de las características y el sentido de los saberes respecto de la APS.

Por último me interesa la reflexión en torno de algunas de las características del submodelo médico corporativo público que identifica Menéndez, como son la burocratización y jerarquización de las prácticas médicas y el énfasis en la prevención. Estas características que asume el MMH en el subsector público de la salud resultan esclarecedoras para el análisis de las prácticas médicas en el primer nivel de atención.

### **Lo local y lo global, la perspectiva del actor como verdad.**

El descubrimiento entre los años 50 y 60 por parte de la antropología de los procesos de colonización, el subdesarrollo socio económico que padecen los países del tercer mundo y el etnocidio de grupos étnicos en sus luchas por la liberación condujo a un profundo replanteo del sentido y el significado del quehacer profesional de los antropólogos. La toma de conciencia de estos procesos afectó ideológicamente la producción antropológica en tanto que puso en cuestión la validez de sus resultados académicos, y la legitimidad de sus interpretaciones. (Menéndez; 2002:39). El cuestionamiento de la producción antropológica y de la validez de los datos etnográficos alcanzó el punto más alto ante los cuestionamientos de tipo epistemológico realizados desde lo que se denominó la antropología del tercer mundo, es decir desde la producción antropológica de los propios sujetos en su procesos de descolonización. Este reconocimiento del origen colonial de la disciplina y de las consecuentes limitaciones del modelo antropológico clásico introdujo un estado de malestar permanente cuando estos antropólogos descubrieron que las potencias coloniales se habían servido de su producción para dominar más eficazmente a los pueblos colonizados. (Menéndez, 2002; Gledhill)

Sin embargo a estos descubrimientos sobrevino una reacción paradójica que se expresó en la recuperación del Modelo Antropológico Clásico (MAC). Desde mediados de la década del 70 la antropología norteamericana deviene hegemónica, y con ella la recuperación del relativismo multiculturalista, el énfasis en lo local, en la perspectiva de los actores y el desarrollo de la noción de cultura como verdad. (Menéndez, 2002:40).

El énfasis en lo local tuvo que ver con el reconocimiento de que es en lo local donde se hace inteligible lo general, lo macro y la estructura, las representaciones sociales deben ser observadas en sus usos locales para comprender el sentido general de las mismas (Menéndez; 2010: 141). Lo local supone toda una serie de espacios en los que las relaciones se dan cara a cara:

los microgrupos domésticos, la escuela, el barrio, los lugares de trabajo, incluso el cuerpo. Los procesos macrosociales se viven en la esfera de lo local y es esta esfera la que le otorga sentido, reconocer la importancia de lo local no puede excluir el reconocimiento de la determinación de los procesos generales. Sin embargo la recuperación de lo local en la antropología se caracterizó por poner el peso de sus análisis en lo simbólico, en los procesos de resignificación de lo general.

El retorno de lo local fue acompañado por un énfasis en el punto de vista del actor. Es precisamente el centrarse en el punto de vista del actor lo que va a legitimar el quehacer antropológico, colocando la seguridad metodológica perdida en una perspectiva emic. Esto es relevante porque esta recuperación del MAC es vivida desde la antropología, como un “volver a la antropología” en tanto etnografía, retomando una perspectiva a-teorista, y empirista.

También en la década del 70 irrumpen en la escena social y política los llamados nuevos movimientos sociales, las sociedades se complejizan y surgen nuevos actores que reivindican su singularidad pero exigen igualdad de derechos. Estos nuevos actores en tanto sujetos de estudio antropológico interpelan a la disciplina en uno de los fundamentos de su pretensión de objetividad: el distanciamiento, el extrañamiento ante el “otro cultural” que posibilita “el viaje”. Ante la emergencia de estos nuevos sujetos se produce un desplazamiento de sentidos desde la alteridad y hacia la diferencia. Es decir, que se pasa del estudio de los sujetos clásicos de los estudios antropológicos: los grupos étnicos constituidos por su alteridad, y el campesinado definido a partir de condiciones socioproductivas, a los estudios sobre la diferencia, tanto sea por género, religión, edad o enfermedad. Los nuevos actores se caracterizan, decíamos, por reivindicar la diferencia, afirmar su identidad diferenciada, e interpelan al antropólogo en su propia situacionalidad. Simultáneamente con este proceso se va perdiendo el interés disciplinario en los procesos de desigualdad social y económica que arrecian contra la vida de los pueblos de América Latina fundamentalmente y ponen en riesgo su propia reproducción ante el aumento de las situaciones de desigualdad social; se excluyen del análisis antropológico las referencias al imperialismo, las clases sociales e incluso al capitalismo (Menéndez, 2002:54)

El Otro definido a partir del distanciamiento, espacial, cultural, histórico y simbólico, fue entendido como el garante de la objetividad del trabajo antropológico; la emergencia de estos nuevos sujetos obligó a redefinir los criterios de validación epistemológica, ya que el distanciamiento se convierte ante este proceso en un mero recurso metodológico para la descripción etnográfica de estos Otros, entre Nosotros. Esta crisis de objetividad lleva a algunas

corrientes a proponer que es la visión emic, la perspectiva del actor la que redefinirá los nuevos parámetros de la investigación etnográfica. (Geertz, 1974).

Sin embargo, de la mano de esta preocupación por los sujetos se prescinde de la reflexión respecto de la subjetividad de estos sujetos; se los describe en términos de actores y se omite explicitar las teorías de la subjetividad en las que se inscriben estas etnografías. La concepción dominante fue la de pensar esta subjetividad en términos de identidad con el grupo local o la comunidad de pertenencia, de tal modo que el sujeto expresaba rasgos de estas comunidades entendidas como homogéneas, integradas, y que caracterizaban simultáneamente al sujeto y la cultura. (Menéndez, 2002:48). En términos del trabajo etnográfico, esta identidad posibilitaba obtener a partir de algunas entrevistas la información respecto de toda la cultura, el sujeto fue considerado un reproductor de la cultura y sus posibilidades de agencia se dejaron de lado, centrando la atención en la continuidad y no en la transformación de la realidad social. El enfoque ahistórico que caracterizó estas perspectivas remite entonces a un sujeto reducido a los aspectos simbólicos, disminuyendo o eliminando de estas interpretaciones el peso de las condiciones socio-económicas y los procesos históricos que los producen.

El peso puesto metodológicamente en la palabra de los sujetos, en la perspectiva del actor, llevó a considerar la cultura como verdad y excluir la dimensión ideológica del análisis antropológico. Asumir la cultura como verdad supone una afirmación de lo dado, la realidad es lo que los actores dicen, la verdad es la verdad de los sujetos. Desde el culturalismo dominante la noción de cultura como verdad permitió afirmar la legitimidad de cada cultura de validar sus propias formas culturales. Dentro de las tendencias interpretativistas, se destaca Geertz, (2003:70) para quien la verdad se establece a partir de la verdad de los sujetos, y es solamente una comunidad interpretativa la que determina al interior de sí misma los criterios de verdad como parte de su racionalidad cultural. Así, este relativismo gnoseológico convierte todo saber en mera interpretación.

Si bien no es incorrecto respetar en nuestras interpretaciones las formas diferenciales en que cada sociedad define su verdad, sí lo es asumir su verdad como verdad científica ya que esto lleva a la pérdida de lugar del investigador que lo único que aporta en la construcción del conocimiento es a la validación de lo dado, omitiendo su potencial crítico. Desde esta perspectiva la inclusión en los análisis antropológicos de la dimensión ideológica implica a su vez un ejercicio reflexivo respecto de los distintos criterios de verdad en juego ante una realidad que ya no aparece

como lo dado. Descuidar esta reflexión en la producción académica implica dejar este criterio librado a definirse como categoría nativa.

En este sentido, Menéndez propone entonces un enfoque relacional que posibilite analizar las tensiones y transacciones entre los diferentes actores que operan en una situación determinada, para salir de la trampa de la identidad, lo cual supone una toma de posición no solamente teórica sino ideológica por parte del etnógrafo ante la situación estudiada.

## **De modelos y saberes**

Es precisamente la adopción de un enfoque relacional, lo que va a permitir en el campo de la antropología médica identificar los distintos saberes que se articulan en el proceso salud – enfermedad – atención, así como jerarquizar a partir de diferentes niveles de abstracción entre modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos (Menéndez, 2009: 25).

La biomedicina tiende a negar y/o subordinar otros saberes y formas de atención que no son biomédicos, sin reconocer las articulaciones y transacciones que se dan entre los diferentes saberes y formas de atención. Lo que más allá de la multiplicidad de saberes y formas aparece como una constante en los conjuntos sociales, es que estos saberes se dan en relación con los padecimientos, las demandas se articulan en torno de las enfermedades más que en relación a la salud. Entonces para superar este desconocimiento es sumamente importante que quienes trabajan en el sector salud puedan reconocer la variedad de saberes y formas que utilizan realmente los distintos actores y grupos sociales en relación a la diversidad de padecimientos que identifican como afectando su salud.

Menéndez distingue cinco saberes y formas de prevención y atención de padecimientos, a saber: los de tipo biomédico, los saberes “populares” y/o “tradicionales”, los “alternativos”, los que provienen de otras tradiciones médicas y finalmente los saberes y formas de “autoatención”. En este último grupo es posible identificar dos subconjuntos: las centradas en el grupo doméstico, y aquellas organizadas en términos de grupos de autoayuda.(Menéndez; 2009:31-32).

Todos estos saberes se relacionan y articulan entre sí y en particular con el saber biomédico, esta articulación funciona en el nivel de los sujetos, tanto de los curadores como de los sujetos y grupos que identifican algún tipo de padecimiento. El mantenimiento de la hegemonía

del saber biomédico se relaciona con la notable expansión en el mercado de saberes de esta forma de atención, y porque esta expansión tiene que ver con procesos ideológicos que hacen al desarrollo de la identidad profesional.

Es notable cómo desde los programas de atención primaria muchas veces se favorece esta articulación e integración entre el saber biomédico y saberes de otro tipo como se expresa en los programas de formación de promotores de salud, que suelen utilizar una mezcla de técnicas populares y biomédicas pero impulsados por concepciones y prácticas biomédicas. Es decir que si bien el saber biomédico ha integrado otro tipo de saberes lo ha hecho siempre en forma subordinada y negando esta relación en pos de su propia legitimación.

A partir de las formulaciones de Alma Ata, han surgido propuestas orientadas hacia la construcción de un saber interdisciplinario que posibilite nuevas formas de atención de la salud basadas en una perspectiva integral del PSEA. Sin embargo, en la práctica, estos otros saberes profesionales se han integrado en las instituciones de salud (sobre todo en las del sector público) en forma subordinada al saber médico, como disciplinas auxiliares que tienden a contribuir en el proceso de atención en aquellos problemas en los que los médicos no cuentan con herramientas conceptuales o técnicas sobre los cuales intervenir.

Otro aspecto a destacar es que son los sujetos u grupos sociales los que articulan, y sintetizan distinto tipo de saberes en términos de autoatención, por lo tanto los dos saberes que están en permanente movimiento y articulándose entre sí son la biomedicina y la autoatención.

Respecto de la biomedicina, sus características y sus crisis, Menéndez señala que es este saber el que está en permanente cambio y que lo más notable es el proceso de expansión que la caracteriza. Su expansión constituye una de las más notables expresiones que asume el proceso de expansión del capitalismo a nivel mundial, pero este proceso no puede ser reducido en sus aspectos económicos, sino que deben considerarse las dimensiones ideológicas y políticas que lo caracterizan. (Menéndez; 2009:38)

Menéndez se refiere a que fue la peor crisis que atravesó la biomedicina la que dio origen a la propuesta integral de APS en Alma Ata. Esta crisis se dio entre mediados de los 60 y finales de los 70, y las críticas se orientaban en denunciar la pérdida de eficacia del modelo biomédico, basada en el desarrollo de una relación médico – paciente que negaba la subjetividad del paciente,



y en que las acciones estaban dirigidas en forma casi excluyente hacia lo curativo, en desmedro de las acciones preventivas. También en los 90 la biomedicina atravesó una crisis en la que se denunciaba su ineficacia en virtud del retorno de enfermedades que se creían extinguidas (dengue, cólera, tuberculosis), la expansión del VIH/SIDA y el incremento de la desnutrición. Aún así, la biomedicina ha continuado con su expansión impulsada por una parte por el desarrollo de la investigación y la producción de fármacos, y por el incremento en la demanda de atención, anclada en el proceso de medicalización de la vida cotidiana.

Menéndez señala que algunas de las características del MMH permiten observar la articulación con otros saberes. Así el biologicismo, en el que se basa la principal fundamentación científica de diagnóstico y tratamiento, constituye el primer criterio de diferenciación con otras formas y saberes. La formación de los médicos está basada en la dimensión biológica, siendo los aspectos socioculturales y psicológicos, dimensiones subordinadas e incluso excluidas. Las formas de atención biomédicas están basadas en la producción científica del campo de la biología, la bioquímica y la genética, el trabajo clínico cotidiano aparece como un campo de aplicación de saberes subordinado, entonces los médicos no tienen una formación sobre los procesos sociales y culturales, económicos y políticos que determinan el desarrollo de la mayor parte de los padecimientos que aquejan los conjuntos sociales, y por lo tanto estos aspectos son dejados de lado en sus intervenciones clínicas, aunque algunos puedan reconocerlos no son objeto de sus intervenciones. La inclusión de profesionales formados en el campo psico social, en las instituciones del primer nivel de atención se ha dado para contrarrestar este déficit, sin embargo estas acciones no han logrado modificar la hegemonía del saber anclado en lo biomédico por sobre otras formas de pensar y atender los problemas de salud.

Otro de los aspectos fundamentales a la hora de analizar el trabajo médico lo constituye la relación médico – paciente. En esta relación se ha ido perdiendo el peso que se le otorga a la palabra, sobre todo en el acto clínico. El tiempo destinado a la consulta, sobre todo en el primer nivel es cada vez menor y actualmente casi no se le reconoce ninguna utilidad a la anamnesis médica. Esto lleva también a que a la hora de diagnosticar, los médicos estén renunciando a sus habilidades para detectar síntomas de padecimientos y solamente se guían por las pruebas objetivas producto de la introducción de tecnologías cada vez más sofisticadas en las pruebas diagnósticas. Este proceso ha tenido consecuencias no solamente en términos de la relación médico – paciente sino también en lo que hace a la identificación profesional del médico consigo mismo.

Por último, la ahistoricidad en la práctica médica ha contribuido a un notable proceso de medicalización de la vida cotidiana, incluyendo la automedicación y el manejo discrecional de los factores de riesgo desde las políticas preventivas, fortaleciendo las relaciones de hegemonía / subalternidad. Otro aspecto que subraya estas relaciones es la exclusión de la dimensión cultural en la práctica médica, ya que esta dimensión suele ser utilizada para evidenciar los aspectos negativos de los conjuntos sociales, y sus saberes, justificando de algún modo por este atajo su ineficacia.

Centrándonos ahora en el proceso de autoatención, cabe señalar que ésta constituye la actividad nuclear y sintetizadora que desarrollan los sujetos en el proceso s/e/a. Nos referimos a las representaciones y prácticas que los sujetos y grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, solucionar, controlar, aliviar y/o prevenir los padecimientos que afectan su salud sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando éstos sean la principal referencia de las actividades de autoatención (Menéndez; 2009:54). Siguiendo a Menéndez distinguiremos dos niveles, uno referido a todas las actividades que hacen a la reproducción biosocial que incluyen no solamente la atención de padecimientos sino también las actividades de crianza, la preparación de alimentos, las actividades de aseo personal y del hogar, el tratamiento y consumo de agua, y todas las actividades que tienen relación con la muerte y el cuidado del sujeto moribundo. El otro nivel, y esta es una distinción analítica, más restringido, tiene que ver con las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a. Dos términos suelen asociarse a esta categoría, y asignárseles desde la biomedicina valores de signo contrario. La “automedicación” que si bien es impulsada desde la biomedicina y es estigmatizada en la medida en que no interviene la acción profesional; y el “autocuidado” que suele estar asociado a la noción de “estilo de vida”. Lamentablemente este último refiere a una perspectiva individual con eje en los sujetos individuales, por el contrario la autoatención, aunque estemos hablando de sujetos individuales necesariamente remite a representaciones y prácticas aprendidas socialmente, en el contexto de los grupos sociales.

La autoatención constituye un proceso estructural en constante cambio y modificación, ya que todo grupo se caracteriza por la frecuencia y recurrencia de algunos padeceres que requieren que estos grupos se constituyan en partes activas en este proceso. Es precisamente lo que sucede a partir del proceso de autoatención que los sujetos recurren o no a curadores profesionales, de allí que no es una acción autónoma sino que constituye un proceso transaccional

entre los sujetos y las otras formas de atención que operan como sus referentes. El diagnóstico presuntivo de los sujetos constituye una posibilidad de articulación con el saber biomédico.

La biomedicina ha desarrollado múltiples acciones que refuerzan el proceso de autoatención, desde los programas de prevención de la ETS hasta que la población pueda realizar un diagnóstico precoz de determinadas enfermedades. La biomedicina históricamente ha tenido una valoración negativa respecto de este proceso y en particular con un aspecto que es propio de la autoatención que es la automedicación, aunque ello contrasta notablemente con el impulso que se le da a las actividades de autoatención. Resulta esquizofrénico intentar escindir la autoatención “buena” de una supuestamente “mala”, ya que ambas son parte de un mismo proceso y comparten los mismos objetivos desde la perspectiva de los sujetos y los grupos. Los médicos y particularmente aquellos que se desempeñan desde el sector público deberían saber utilizar la autoatención en virtud de su eficacia potencial, teniendo en cuenta fundamentalmente, que cumple un papel ineludible en la reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos con los que trabajan cotidianamente. Los sujetos aprenden, modifican y resignifican sus propias prácticas de autoatención en la interacción con el personal de salud, básicamente en el momento de la consulta; por ello Menéndez propone reorientar las acciones de educación para la salud asumiendo que la autoatención es parte constitutiva en el proceso s/e/a.

### **Estilo de vida, riesgos y prevención analizados desde la antropología**

También Menéndez realiza una crítica a la utilización de los conceptos de “riesgo” y “estilo de vida” por la perspectiva individualista con que han sido utilizadas estas nociones desde la biomedicina. Se supone desde esta perspectiva que los sujetos guían sus elecciones a partir de una racionalidad que les es propia en tanto sujetos con posibilidades de elegir. En ningún momento se plantean las posibilidades reales de los sujetos de elegir las condiciones estructurales que van a determinar sus decisiones racionales a la hora de elegir determinados estilos de vida, y exponerse o no a riesgos que están por fuera de su propia determinación.

El autor también critica el reduccionismo que opera en el campo de la epidemiología que restringe el concepto de “estilo de vida” a la identificación de uno o algunos pocos “factores de riesgo”, en su afán por operacionalizar lo que inicialmente denominaron “multicausalidad” de las enfermedades y padecimientos. Así en sus usos el concepto de “riesgo” ha reemplazado y resumido un concepto mucho más amplio como lo era en su formulación original el de “estilo de vida”. Este

proceso de síntesis opera en la consulta médica constriñendo las posibilidades de realizar prácticas eficaces de educación para la salud ya que reduce las intervenciones preventivas al “consejo”, lo que resulta ineficaz por su propia tautología; es decir que si se identifica que un factor de riesgo para la emergencia de problemas cardiovasculares es la obesidad, el consejo médico apunta a recomendar una “dieta equilibrada”, para el caso del tabaquismo, el consejo es dejar de fumar. El consejo en la instancia de la consulta obtura la posibilidad de reconocer cuáles son las condiciones de vida de los sujetos y grupos que determinan su vida cotidiana.

Por último, en lo que refiere a las acciones de prevención de padecimientos y problemas que desarrollan los sujetos y los grupos, del mismo modo que lo que sucede con la autoatención (que incluye la prevención) la biomedicina tiende a suponer que son prácticas erradas y menoscaban estas acciones, sin reconocer que todos los grupos desarrollan actividades de prevención de los padecimientos que reconocen. La mayor parte de los criterios preventivos que utilizan los sujetos son producto de procesos sociales y colectivos, mientras que la orientación dominante en las prácticas preventivas que desarrolla el personal de salud está orientada a los individuos. Por esto si bien Menéndez reconoce que gran parte de los salubristas que trabajan en promoción y educación para la salud reconocen cómo operan los procesos socioculturales constituyendo el principal factor de prevención y protección de los conjuntos sociales, propone que además de reconocer este papel se pueda incorporar estos procesos en sus intervenciones clínicas y epidemiológicas.

### **Modelo Médico Hegemónico y Sector público de la salud**

La categoría de Modelo Médico Hegemónico (MMH) resulta iluminadora para el análisis de la APS ya que los rasgos propios del submodelo médico corporativo público, permiten incorporar el preventivismo como una característica que no niega el énfasis puesto en la dimensión curativa sino subordinada a ella..

Si bien ya nos habíamos referido al término modelo utilizado por Menéndez, cabe hacer aquí una referencia explícita a su formulación teórico metodológica, dado que la misma más de una vez se ha visto desvirtuada en sus usos discursivos por parte de médicos y salubristas que han resignificado este concepto.

Utilizaremos la categoría de modelo médico hegemónico (MMH) para referirnos al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina conocida como

científica, entendida como la única forma de atender y prevenir la enfermedad, legitimada por criterios científicos, políticos e ideológicos. Usamos la noción de modelo, siguiendo al autor, como la formulación teórica de mayor nivel de abstracción que supone un instrumento metodológico que permite dar cuenta de ciertos rasgos estructurales pero que no explica en sí misma situaciones históricamente determinadas. Solamente la referencia a situaciones históricamente determinadas podrá explicar problemas a partir de los modelos. El concepto de modelo está planteado a partir de una perspectiva relacional que supone relaciones de hegemonía / subalternidad con otros modelos de atención subordinados, y da cuenta de transacciones (procesos de reapropiación y articulación) entre ellos. Identificamos tres modelos: el MMH, el modelo alternativo subordinado y el modelo de autoatención.

A la hora de caracterizar el MMH mencionaremos los siguientes rasgos: biologicismo, concepción positivista/evolucionista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud / enfermedad como mercancía, orientación curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa orientada hacia la eliminación de síntomas; relación asimétrica médico – paciente; subordinación social y técnica del paciente; concepción del paciente como portador de un saber equivocado, concepción del paciente como responsable de su enfermedad; participación subordinada de los “consumidores de acciones de salud”; exclusión del “consumidor” del saber médico; prevención no estructural; deslegitimación de otras prácticas; identificación ideológica con la “racionalidad científica”; tendencia a la medicalización; tendencia a inducir el consumismo médico; predominio de la cantidad sobre la calidad; tendencia a la escisión teoría práctica, y a la escisión práctica médica e investigación médica. El MMH cumple también tres tipos de funciones: las curativas, preventivas y de mantenimiento; las de control, normalización, medicalización y legitimación, y por último la función económico ocupacional. Si bien no vamos a detallar ninguno de estos rasgos ni funciones, vale la pena mencionarlos como marco de referencia.

Sí nos interesa destacar que dentro del MMH podemos reconocer tres submodelos que se articulan entre sí y que comparten algunos rasgos y en otros se diferencian. Un submodelo es el *individual privado*, otro el *médico corporativo privado* y el último el *médico corporativo público*. Los dos últimos se caracterizan por una estructuración jerarquizadas en sus relaciones, una tendencia a la centralización y planificación, funcionamiento burocratizado; evasión de las responsabilidades, dominio de los criterios de productividad, acentuada división técnica del trabajo, y creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos. El rasgo distintivo del submodelo

corporativista público es el preventivismo, aunque de todos modos este rasgo aparece subordinado a la hegemonía del énfasis en lo curativo.

De la crisis del modelo biomédico ya hemos hablado, la respuesta institucionalizada a esta crisis la constituyó la propuesta de atención primaria. Esta propuesta ha sido adoptada por diferentes actores sociales y ha sido resignificada en relación a los cambios en el modelo de acumulación vigente, y a los campos de fuerza que se generan en torno de la formulación de políticas sectoriales. Cuando nos referimos a los distintos significados o sentidos que se le otorgan a la APS consideramos a los mismos en relación a los contextos en los que se originan en los ámbitos de formulación de las políticas públicas. Sin embargo es preciso reconocer que esta relación supone una serie de contradicciones que da cuenta de la propia concepción del estado y de las políticas sociales.

A su vez también seguiremos a Menéndez a la hora de distinguir los sentidos que se le otorgan a la AP. Dicho autor distingue Atención Primaria Integral (API) entendida como “filosofía de la acción” con un enfoque comprensivo que buscó incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones y lograr una articulación curación – prevención que redujera el hegemonismo del modelo asistencialista. Por otra parte denominamos las políticas sanitarias que tienden a focalizar acciones en grupos de población diferenciados, como Atención Primaria Selectiva (APS) para referirnos a las perspectivas que a partir de los años 90 criticaron en términos de eficacia las formulaciones basadas en un enfoque integral. Esta última perspectiva se aplicó en el diseño de políticas sanitarias fundamentalmente a partir de los programas de UNICEF – Banco Mundial y que se caracterizó por reducir los niveles de participación popular. Por último, la estrategia que sigue siendo dominante es la Atención Primaria Médica (APM) entendida como primer nivel de atención lo cual se expresa claramente si analizamos la inversión de acuerdo a los niveles de atención de la salud. (Menéndez, E. 1996:25-26).

Para abordar el análisis de las prácticas y representaciones en torno a la AP adoptaré la noción de saber médico de Menéndez (1990; 1996) pero la ampliaré al conjunto de TS que se desempeñan en el primer nivel de atención. Entiendo por **saber** el conjunto de prácticas y representaciones técnicas constituidas a partir de los grupos de socialización y acción profesional. Este saber profesional requiere de la producción de representaciones y prácticas técnico – ideológicas a partir del rol técnico que necesita representar, en el cual su intervención necesita de una legitimación técnica diferenciadora y del establecimiento de un campo común de

reconocimiento y de su acción con los pacientes. Este proceso se expresa en un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de los pasos del trabajo profesional en los centros de salud.

Es el comportamiento del rol el que redefinirá como técnicas al conjunto de representaciones sociales colectivas. En las representaciones y prácticas de estos trabajadores de la salud debemos considerar que el trabajo en el campo de la salud se caracteriza por su tendencia a la acción. Es esta exigencia de intervención lo que favorece la discrepancia entre representación y práctica como producto de las expectativas de rol.

Se intentará reconocer estas discrepancias ya que parecieran expresar procesos de modificación del saber y que se manifiestan como una escisión entre las prácticas y las representaciones. Una de las cuestiones a indagar será si existe una falta de correspondencia entre las prácticas y las representaciones o bien si se trata de que en la práctica se expresa el saber dominante.

Los conceptos de representación y práctica técnica van a ser utilizados para describir e interpretar los procesos a través de los cuales los grupos de TS piensan la AP y modifican o no sus procesos de trabajo en el marco de estas políticas. El concepto de saber sintetiza el de representación y práctica técnica y remite a la articulación que opera en el profesional de la salud entre el conocimiento científico técnico aprendido en su formación, y el conocimiento y las técnicas obtenidas a partir del ejercicio de la profesión y a las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas. Estas tres dimensiones serán tenidas en cuenta a la hora de analizar el saber en AP.

El uso del concepto de saber supone que podremos encontrar incongruencias entre las representaciones y las prácticas, entre las representaciones entre sí, y entre las propias prácticas, y ello es en definitiva lo que interesa indagar en relación a los procesos de trabajo profesional que se desarrollan en el marco de la AP al interior de los equipos de salud.

Entiendo por eficacia el grado de cumplimiento que logran estos programas respecto de los objetivos que ellos mismos se formulan en términos de cambios en el modelo asistencial analizado en el nivel de las prácticas médicas. El término eficacia implica referirse al saber en términos de los instrumentos, teóricos y prácticos de que disponen para prevenir, diagnosticar,

ofrecer un tratamiento y resolver los problemas de salud que se identifican. El recorte en cuanto a la priorización de los problemas de salud que realicen estos actores pondrá en juego sus posibilidades de intervención desde una identidad profesional que les es propia, y que estará incidiendo en los alcances del programa.

## **Recapitulando**

En este capítulo he intentado dar cuenta de los procesos históricos y los debates teóricos que aportan para la construcción de este campo de problemas. En lo que hace a los procesos históricos de surgimiento de la propuesta de atención primaria de la salud cabe destacar la relevancia de un contexto internacional marcado por el fin de la guerra fría, el surgimiento de procesos de emancipación en los países denominados del tercer mundo, y una crisis económica mundial, producto del aumento de precios del petróleo, que marca el inicio de un nuevo modelo de acumulación que denominamos neoliberalismo. Este nuevo modelo tuvo efectos en el diseño de las políticas en general y en la adopción de propuestas selectivas para el sector salud, como respuesta anticipada a los efectos devastadores que tendría este modelo en la calidad de vida de los sectores subalternos en todo el mundo. El inicio de este nuevo siglo pareciera estar marcado por una nueva crisis que en lo que hace al campo de debates en torno de la protección de la salud, mientras que vuelve la mirada sobre las determinaciones sociales y la persistencia de desigualdades en materia de salud para amplios conjuntos en todo el globo.

Nos interesa destacar que, si bien los más importantes debates desde Alma Ata han girado en torno de las propuestas y documentos emanados desde los organismos internacionales (OMS y OPS), es necesario abordarlos a partir de una conceptualización de estas instituciones a las que es posible considerar como un campo de fuerzas en las que operan diversos actores de la política internacional defendiendo intereses que les son propios. Es decir que en estos organismos participan gobiernos interesados en legitimar sus políticas, gobiernos que son expresión un determinado momento en la correlación de fuerzas entre los sectores hegemónicos y los subalternos en esos países. Lo que queremos remarcar es que estos organismos no son instituciones de producción de conocimiento científico, sino que los documentos que de ellas emanan expresan intereses que se juegan en la arena de la política internacional, y los debates que se dan en torno de estas propuestas también deben enmarcarse en este campo de fuerzas.



Además en este capítulo he intentado describir el devenir de las principales líneas de políticas sanitarias en la Argentina desde principios del siglo pasado a la luz de los cambios ocurridos en la intervención del estado en la reproducción de la vida social. Esta reseña histórica tuvo como objetivo rastrear las principales experiencias que en materia de prevención y promoción de la salud fueron antecedentes para el desarrollo de las políticas basadas en los principios de la APS. Mencionamos en primer término a los “higienistas” y las políticas llevadas adelante por Carrillo en tiempos del primer gobierno peronista, el surgimiento y fortalecimiento de las obras sociales sindicales y las dificultades de integración entre los tres subsectores: público, privado y el de la seguridad social. Las primeras experiencias basadas en la propuesta de Alma Ata a partir de la apertura democrática, el desarrollo del PROMIN como expresión nacional de la atención primaria selectiva y los riesgos de la focalización; y por último intentamos enmarcar las políticas de atención primaria impulsadas por los gobiernos kirchneristas en el contexto de desarrollo de un modelo económico que este gobierno define como un modelo de “crecimiento y desarrollo económico con inclusión social”. Luego de este proceso es posible afirmar que persisten los problemas de “fragmentación” del sistema de salud, a los que se le suma una segunda “fragmentación” dada por el aumento en los márgenes autonomía relativa de los estados provinciales y municipales en el diseño de instrumentos de política sanitaria. La paradoja de estos tiempos quizás la constituye el hecho de que si bien se ha incrementado la intervención del estado en la cuestión social, esta intervención no se ha valido de los instrumentos propios de la política sanitaria, sino que el estado ha actuado mejorando las condiciones de reproducción de los sectores populares, ampliando la esfera de derechos sociales de estos sectores, pero permitiendo a su vez la ampliación de los niveles de fragmentación del sistema de salud. Así el desarrollo de las políticas de atención primaria de la salud viene siendo subsidiario del diseño de políticas sociales universales.

En tercer término, en este capítulo fue preciso abordar la producción de conocimiento científico sobre estas cuestiones, describiendo los aportes de las investigaciones recientes tanto desde el espacio de las ciencias sociales como desde el ámbito de lo que denominamos sanitarismo. Las ciencias sociales si bien no se han enfocado sobre el saber en atención primaria aportan a este campo de problemas a partir de su reflexión respecto de las condiciones desiguales de acceso a la salud, las necesidades de empoderamiento de los jóvenes para una participación eficaz en las iniciativas de promoción de la salud en estos sectores, la gestión local de salud, y las dificultades que atraviesan los programas de formación de recursos humanos en salud. El campo de la antropología en nuestro país pareciera atravesado por cuestiones que refieren a padecimientos específicos y crónicos y la construcción de saber médico en torno de estos padecimientos, el saber

médico y la promoción de prácticas alimentarias saludables y la persistencia de desigualdades en el acceso a la salud por parte de los grupos étnicos. Si bien la reflexión desde la antropología social se caracteriza por el uso de categorías comunes, propias de la antropología médica, es posible señalar la vacancia de producciones orientadas al saber en atención primaria de la salud.

Respecto del aporte desde el sanitarismo es posible rastrear importantes trabajos sobre la implementación de programas basados en los principios de atención primaria, en particular en Brasil. Casi todos estos trabajos hacen énfasis en la importancia de una perspectiva integral e integrada, en la relación médico – paciente, en el aporte de los promotores comunitarios, las precarias condiciones de contratación de los trabajadores de la salud y la insuficiente formación de base de estos trabajadores en los principios de la APS. Sin embargo, la metodología utilizada en estos trabajos es sumamente normativa, en la que se describen las variables por ausencia/presencia de atributos considerados a priori indispensables para la eficacia de esta propuesta. Considero que este tipo de abordaje metodológico obtura la posibilidad de describir procesos más complejos como sí lo permite un abordaje etnográfico del trabajo en el primer nivel.

Finalmente, este capítulo intenta sintetizar los principales aportes realizados por Eduardo L. Menéndez a este campo de problemas, tanto a partir de su reflexión sobre el desarrollo de la antropología en general en los últimos cincuenta años como su invaluable contribución a la construcción de la antropología médica a partir de categorías como modelo médico hegemónico, saber médico y autoatención. Es precisamente desde la categoría de saber médico, ampliado al conjunto de los trabajadores de la salud que se desempeñan en el primer nivel de atención, entendido como la articulación de representaciones y prácticas técnico ideológicas que se despliegan en el proceso de prevención, diagnóstico, atención de los padecimientos que identifican los conjuntos sociales y en particular sus curadores, que intentaré dar cuenta de los procesos de formación de recursos humanos a partir de la implementación de un programa basado en los principios de la propuesta de atención primaria de la salud.

## **CAPITULO III**

### **LAS CONDICIONES SOCIALES Y SANITARIAS DE FLORENCIO VARELA**

En este capítulo abordaré una descripción de las principales características sociales y políticas de Florencio Varela intentando desentrañar los procesos históricos, demográficos, económicos y políticos que explican estas particulares condiciones. Al mismo tiempo trataré de dar cuenta de estas particularidades poniendo los datos en relación con los diferentes contextos nacionales, provinciales y regionales para poder comprender la especificidad de lo local.

Luego me concentraré en las condiciones socio sanitarias de esta localidad, considerando los principales determinantes de salud previamente analizados y sus efectos en el perfil epidemiológico de esta población. Del mismo modo que en la primera parte del capítulo analizaré la información estadística local relacionándola con los otros niveles jurisdiccionales. Luego intentaré describir la estructura local de los servicios de salud dando cuenta de las políticas sanitarias que permitieron su conformación, haciendo especial hincapié en las políticas y programas correspondientes al primer nivel de atención y/o al fortalecimiento de la estrategia de APS en el distrito. En ese sentido reseñaré los principales programas que se implementan en el distrito discriminando si fueron formulados por los gobiernos nacional, provincial o municipal y las principales fuentes de financiamiento.

#### **Caracterización social de Florencio Varela.**

Los criterios de elección del ámbito de investigación, el municipio de Florencio Varela, se refieren básicamente a las particulares condiciones socioeconómicas y demográficas de este distrito, dado que es uno de los municipios más pobres del conurbano bonaerense ha merecido por ello especial atención de agencias gubernamentales, en lo que refiere a implementación de planes y programas sociales. Se trata de una localidad de la provincia de Buenos Aires, parte de lo que se denomina segundo cordón del Gran Buenos Aires en referencia a los distritos que se localizan como círculos concéntricos alrededor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ciudad capital de nuestro país). Se agrupa dentro de la Región Sanitaria VI de la provincia que incluye nueve distritos de la zona sur del Gran Buenos Aires.

## Mapa de la Región Metropolitana



Mapa N° 1

Es un distrito cuya población total asciende a 423.992 habitantes, mientras que el total de hogares con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) es de un 26,7 %. <sup>19</sup>

<sup>19</sup> Los datos de población corresponden al censo 2010, mientras que los datos de población NBI son proyecciones realizadas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) a partir de los datos del censo 2001.

Cuadro N° 1: Total de población en hogares particulares y población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Provincia	1980			1991			2001		
	Población total	Población en hogares con NBI	% (1)	Población total	Población en hogares con NBI	% (1)	Población total	Población en hogares con NBI	% (1)
<b>Total del país</b>	<b>27.432.998</b>	<b>7.603.332</b>	<b>27,7</b>	<b>32.245.467</b>	<b>6.427.257</b>	<b>19,9</b>	<b>35.927.409</b>	<b>6.343.589</b>	<b>17,7</b>
Ciudad de Buenos Aires	2.797.719	231.872	8,3	2.871.519	232.203	8,1	2.725.488	212.489	7,8
Buenos Aires	10.734.839	2.607.922	24,3	12.482.016	2.128.736	17,2	13.708.902	2.161.064	15,8

Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población 1980,1991 y 2001.

Cuadro N° 2

**CONDICIONES DE VIDA**  
**Hogares y Población: total y con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)**  
**Región Sanitaria VI - Año 2001**

Partido	Hogares			Población		
	Total	con NBI	%	Total	con NBI	%
Almirante Brown	133.787	21.780	16,3	512.517	99.014	19,3
Avellaneda	100.853	9.341	9,3	327.618	35.115	10,7
Berazategui	75.603	12.568	16,6	287.207	55.861	19,4
Esteban Echeverría	62.937	10.999	17,5	243.485	49.773	20,4
Ezeiza	29.574	6.664	22,5	116.006	30.288	26,1
Florencio Varela	84.958	22.694	26,7	346.223	105.121	30,4
Lanús	135.447	13.364	9,9	451.067	52.691	11,7
Lomas de Zamora	164.430	23.273	14,2	587.795	101.385	17,2
Quilmes	144.671	21.323	14,7	516.404	91.015	17,6
<b>Total Región VI</b>	<b>932.260</b>	<b>142.006</b>	<b>15,2</b>	<b>3.388.322</b>	<b>620.263</b>	<b>18,3</b>

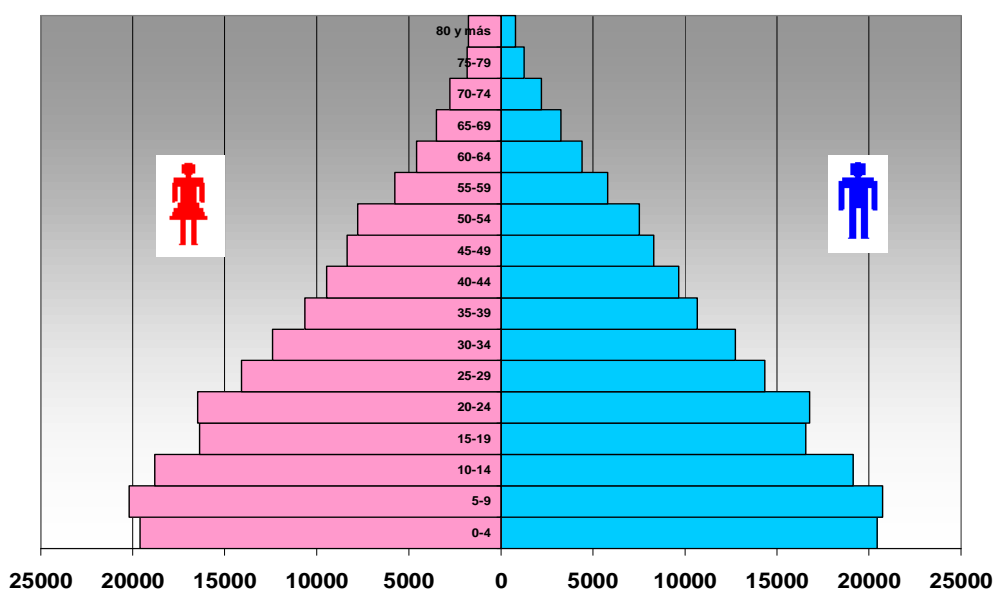
Fuente: Región Sanitaria VI – Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.

En los últimos siete años todos los indicadores socio económicos han mejorado notablemente para quienes habitan en el conurbano, esto se verifica en la disminución de la población viviendo bajo la línea de pobreza que ha pasado de 61,3 % en el año 2003 al 11,2% en el 2010; más pronunciada aún es la disminución de la población bajo la línea de indigencia que se ha reducido del 31,8% en el 2003 al 2,5% en el 2010. Del mismo modo las tasas de desocupación en este conglomerado muestran una evolución del 21,8% al 8% en el mismo período.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Estos datos son provistos por el INDEC a partir de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares). Cabe señalar que en esta muestra no se distinguen los datos correspondientes al distrito sino al conglomerado de partidos del Gran Buenos Aires.

Otros datos relevantes tienen que ver con la pirámide poblacional del distrito ya que se trata de una población mayoritariamente joven que muestra altos índices de natalidad. Esta pirámide es resultado del proceso de urbanización, ya que se trata de un distrito que recibió y sigue recibiendo sucesivas oleadas migratorias, principalmente de países limítrofes y de provincias del interior del país, por el atractivo que resulta de su disponibilidad de tierras cercanas al mayor centro urbano del país.

**Gráfico N° 2: Pirámide Poblacional del distrito de Florencio Varela**



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y
Mujeres	19614	20197	18804	16361	16468	14094	12401	10645	8355	7770	5757	4583	3496	2780	1836	1758
Varones	20433	20745	19147	16556	16765	14338	12731	10673	8307	7517	5795	4421	3260	2196	1261	797

Fuente: Secretaría de Salud de la Municipalidad de Florencio Varela

El desarrollo urbano del distrito da cuenta de cómo se expresaron territorialmente los distintos momentos históricos que atravesó nuestro país. Se trata de un desarrollo desordenado pero en el que es posible identificar diferentes períodos. Los primeros habitantes de Florencio Varela fueron los productores agrícolas de quintas (horticultores y floricultores) que se asentaron a principios de siglo XX, entre ellos una numerosa colonia de japoneses. Luego, durante la etapa de sustitución de importaciones, arriban al distrito migrantes del interior del país y de países limítrofes que trabajaban en las industrias del primer cordón del conurbano. Este proceso se profundiza hasta mediados de los 70, cuando se acuña una concepción muy propia de los habitantes varelenses quienes caracterizan su localidad como una “ciudad dormitorio” en referencia a los trabajadores que salen de la localidad para trabajar durante el día y regresan por la noche a sus

hogares. Con el gobierno de la última dictadura militar (1976 - 1983) arriba una segunda y gran oleada migratoria producto de los desalojos masivos de las villas miseria de la Capital Federal realizados a partir del Plan de Erradicación de Villas Miserias del intendente de la ciudad Buenos Aires, el brigadier Osvaldo Cacciatore. Estos conjuntos se asentaron en loteos precarios que se comercializaron bajo el amparo de la Ley 1014, que facilitó la especulación inmobiliaria. Grandes inmobiliarias lotearon tierras sin tener los documentos de dominio en condiciones y sin la infraestructura urbana indispensable (agua corriente, luz, gas y cloacas).

A partir de esta situación, fueron los nuevos vecinos quienes se hicieron cargo de dotar a sus barrios de la infraestructura urbana necesaria, se crearon sociedades de fomento y otras organizaciones barriales que comenzaron a organizarse para conseguir la extensión de la red de energía eléctrica, resolver los problemas de desagües pluviales y mejorar el estado de las calles. El hecho de vivir en calles de tierra no solamente era una dificultad para el ingreso del transporte público a los barrios, sino que además el hecho de tener el calzado embarrado era un signo que delataba la condición social a la hora de insertarse en el mercado de trabajo urbano. Muchos vecinos iban en zapatillas hasta la parada del colectivo y luego, al subir rumbo a la ciudad, se ponían otro calzado limpio. Estas organizaciones barriales también trabajaron para conseguir una escuela y un centro de salud para su propio barrio, en el caso de los centros de salud muchos empezaron funcionando en la sede de estas sociedades de fomento, a partir del trabajo voluntario de algún médico conocido.

A principios de la década del 80, cuando ya se avizoraba el fin de la dictadura, surgen movimientos sociales de toma de tierras. Las tierras que se ocuparon, en algunos casos eran predios fiscales, es decir propiedad del estado, y en otros eran de propiedad privada pero que llevaban varias décadas en situación de abandono. En todos los casos se crearon “asentamientos”, es decir que fueron los propios vecinos quienes subdividieron los predios en parcelas de similares medidas e intentaron dejar los espacios libres para una futura apertura de calles. Este modo de ocupación se diferenció notablemente de los procesos de creación de villas, ya que en el caso de los asentamientos la organización colectiva priorizó la posibilidad de incorporación a la trama urbana existente, intentando evitar ser víctimas de los procesos de estigmatización social que sufren quienes habitan en villas miseria.

Hacia fines de los 80 prácticamente en todo el distrito no era posible distinguir cuáles eran barrios generados por los loteos de la ley 1014 y cuáles eran asentamientos productos del

movimiento de tomas de tierras. Los mapas catastrales daban cuenta de una sola villa, El Caracolito<sup>21</sup>; se podía distinguir también el casco histórico residencial con una trama urbana claramente diferenciada, y en el resto del distrito el tejido se desgranaba hacia el sur, la zona más claramente rural.

---

<sup>21</sup> El Caracolito es una villa de la localidad de Ingeniero Allan al sur del distrito que se creó a partir de la ocupación de tierras pertenecientes al Parque Pereyra Iraola. Estas tierras habían sido donadas al gobierno de la provincia de Bs. As. durante la primera presidencia de J.D. Perón. Posteriormente, cuando se quiso regularizar la villa y darles la propiedad de la tierra a sus ocupantes no se pudo encontrar en los archivos del gobierno provincial los documentos que respaldaran esta donación. Por ello este predio nunca pudo ser incorporado a las políticas de regularización dominial.



## Mapa de Florencio Varela



Mapa N° 2

Es posible afirmar que el desarrollo urbano y las características socio demográficas de este municipio se ajustan a las características propias del segundo cordón del conurbano bonaerense, cuya población ha sido descrita por diversos autores y desde diferentes enfoques teóricos a partir de categorías como marginalidad, pobreza estructural, exclusión o desigualdad. Estas categorías y

los sujetos colectivos a los que aluden han signado también el desarrollo de la antropología social en nuestro país.

### **De pobreza y exclusiones.**

Históricamente la antropología fue reconocida por su condición de *ciencia que se construye en las fronteras* a partir de las necesidades de control-dominación de un *otro* subalterno. Esta condición referenció a una espacialidad determinada históricamente. Hablamos de fronteras en tanto umbrales, márgenes, que las formaciones sociales fueron modificando de acuerdo con una *otredad* que se redefinía según las condiciones particulares de desarrollo del capitalismo. Sin embargo, hasta mediados del siglo pasado estos umbrales suponían una posibilidad de integración, incorporación de esos *otros* en una posición de subalternidad, sin excluir la posibilidad de conflicto.

Es esa condición de otredad la que se decodifica en la década del 60 a partir de la construcción de la categoría de *marginalidad*. Las ciencias sociales entendieron por marginales a aquellos sectores sociales que luego de sucesivas oleadas migratorias se localizaron en los márgenes de la ciudad. Las ideologías desarrollistas encontraban la causa de la marginalidad en América Latina en el grado de desarrollo del capitalismo en estas sociedades, es decir en condicionamientos estructurales relacionados con el comportamiento de las clases oligárquicas y con cuestiones de índole cultural que operaban como obstáculos a la integración de estos sectores al mercado de trabajo<sup>22</sup>. El concepto de margen suponía entonces un ingreso, y dadas las condiciones de movilidad social ascendente de esa época, resultaba creíble suponer que progresivamente estos sectores se irían incorporando a las condiciones de reproducción de los sectores urbanos integrados.

En la década de los 90, el proceso de concentración del capitales que se había iniciado con la última dictadura militar, cristaliza en el modelo neoliberal que encarnó en nuestro país el gobierno menemista. Empiezan a configurarse los rasgos esenciales de un nuevo modelo de acumulación, y por tanto una redefinición de las relaciones capital - trabajo. El proceso de precarización de las relaciones laborales y el incremento en los índices de desocupación, hizo que los pobres se constituyeran en una categoría social ya no marginal alcanzando a casi la mitad de la población. Paradójicamente, y en la medida en que la exclusión se construía como categoría, lo que parecía tratarse de una frontera, y el reconocimiento de un otro que está en los márgenes, se

---

<sup>22</sup> Grassi, E., Hintze, S. Y Neufeld, M.R. Crisis del Estado de bienestar y construcción del sentido de las políticas sociales, en Cuadernos de Antropología Social N° 9

cerraba en una muralla que excluía, que negaba. La categoría “excluidos”, refiere a un otro a partir de la negación... Este sujeto no es reconocido en tanto tal y dada su condición de exclusión supone una crisis en su propia reproducción, que queda confinada al ámbito de lo privado, lo doméstico, es decir lo que tampoco se puede ver.

La exclusión a su vez homogeneiza situaciones diversas, oculta recorridos y trayectorias particulares. Hablar de exclusión es designar una falta sin aclarar en qué consiste ni cuáles son sus causales. Así el pensamiento de la ausencia se equipara a la ausencia de un objeto de pensamiento, se niega la necesidad de analizar la exclusión, y esto es así dado que los rasgos constitutivos de las situaciones de exclusión no se encuentran en las situaciones mismas. Estas situaciones sólo adquieren sentido si se las retorna a una mirada de proceso, como el efecto de un proceso que atraviesa al conjunto de la sociedad y cuyos orígenes se hallan en el centro mismo de la vida social. (Castel, 1998). “El sentido, la imagen y la realidad de los excluidos muestran contingentes humanos colocados del lado de afuera de una sociedad cuyos mecanismos de impermeabilización de sus fronteras no permite el retorno o la posibilidad de establecer relaciones con los que están adentro, los incluidos, éstos aterrorizados ante la amenaza constante de ser los próximos a quedar del lado de afuera”. (Ribero 1999: 6).

Desde las ciencias sociales empiezan a surgir interrogantes respecto de la propia reproducción de estos sujetos: si están excluidos de las condiciones de reproducción, cómo sobreviven aún. Cómo se organizan, qué demandan. Casi todas las elaboraciones teóricas referían a su posicionamiento en la estructura social, a partir del acceso o no al mercado de trabajo; o bien se los caracterizaba a partir de la medición del ingreso familiar y el grado de vulnerabilidad de su propia reproducción. Existen dos miradas diferentes en este sentido, aquella que pone el énfasis en los procesos de precarización de la condición salarial, que remite a una *desafiliación* de las protecciones del estado social (Castel 1998) y otra mirada más amplia que actualiza la contradicción capital – trabajo, es decir la contradicción que expulsa al trabajador del mercado de trabajo y a su vez lo mantiene preso del mercado de bienes de consumo (Ribero 1999).

Esta apelación de las ciencias sociales implica un nuevo reconocimiento de un *otro* que es sujeto, que nos interpela en nuestro propio desconocimiento. Este reconocimiento se devela a partir de los intentos de aplicación de esta nueva categoría en el marco de las políticas sociales, los excluidos como objeto de políticas de compensación. La categoría de excluidos refiere entonces a un sujeto legítimo, merecedor de los recursos que pueda proveerle el estado. Desde el punto de

vista ideológico la categoría exclusión se presta a la compasión ocultando así una política deliberada de producción de la exclusión, colocando de un lado a la víctima sujeta a la exclusión y del otro lado el sujeto de compasión. Pareciera que la acción queda del lado de los que no sufren, así los excluidos pierden su condición de sujetos para tornarse objetos de nuestra compasión.

Dados los usos que se han dado tanto a la categoría de marginalidad como a la de exclusión, y las implicancias que éstas han tenido en el diseño de políticas públicas, consideramos más adecuada la categoría de desigualdad en tanto que da cuenta de los procesos sociales y económicos que explican la fragilidad en las condiciones de vida de numerosos conjuntos sociales a partir del proceso de concentración capitalista propio del momento histórico en el que se despliega el conflicto capital – trabajo. Así, a la hora de describir las condiciones de pobreza en que habita una gran parte de la población del distrito, es preciso remitirse a procesos más amplios que los estrechos márgenes de un distrito del conurbano, aunque esta desigualdad no se exprese acotada a este territorio.

El desarrollo urbano del distrito, principalmente durante las décadas del 70 y 80, fue expresión de procesos socioeconómicos y demográficos que dieron lugar al surgimiento de actores sociales relevantes en las décadas posteriores. Los movimientos de tomas de tierras así como las sociedades de fomento fueron actores relevantes en el desarrollo social y político del distrito. Como ya se dijo, se trata de una localidad caracterizada por una multiplicidad de organizaciones de la sociedad civil con un alto grado de participación en el gobierno local. Así, para entender las configuraciones del poder local, el sentido y las implicancias que asume la participación en el ámbito de las políticas sociales, es necesario rastrear los procesos particulares de constitución del poder político (Auyero, 1997).

### **Programas, organizaciones barriales y estrategias de vida.**

En este sentido, es pertinente hacer una breve reseña acerca de algunas situaciones significativas para comprender los procesos de los que habláramos, que parecen contribuir a configurar una orientación política con continuidad hasta este momento, en lo referente a modalidad de gestión y en particular a la participación de organizaciones vecinales en este municipio. En Florencio Varela el intendente electo en 1983 supo consolidar su acción de gobierno, generando espacios de participación para las organizaciones vecinales que habían crecido

en número y se habían fortalecido durante el proceso de urbanización del distrito en la década del setenta <sup>23</sup>(proceso este con similares características para todo el segundo anillo del conurbano).

Estos espacios crecieron en desmedro del aparato político partidario local. Fue precisamente este aparato político el que impulsó la destitución del intendente en 1985 a través del Honorable Concejo Deliberante ya que sus prácticas clientelares se veían perjudicadas por el estilo de gobierno que venía prefigurándose. Es en este punto cuando el intendente destituido recurre al potencial político acumulado a partir de su relación con los líderes vecinales, y muchos de estos dirigentes se incorporan a su agrupación política, constituyéndose un entramado que hasta hoy sigue vigente. Tras este proceso, en el siguiente período electoral recupera su cargo al frente del gobierno municipal en 1987, consolidándose así la agrupación que hasta este momento sostiene al actual intendente.

La estrecha relación entre la estructura político partidaria gobernante y la red de organizaciones intermedias locales, que tiene su génesis en este proceso, resulta significativa para considerar las formas particulares que asume en el distrito la participación. Ciertamente se sucedieron numerosas experiencias de gestión creadas desde el ejecutivo municipal, en las que se incorporaba a organizaciones vecinales, iglesia, ONG, etc. en ámbitos de consulta, evaluación, planificación y en algunos casos toma de decisiones conjunta, generalmente descentralizados a nivel barrial, e incorporando técnicos de fuera del municipio para el seguimiento de estas experiencias.

Se destacan entre esas experiencias, las “Casas de tierras” (creadas en 1987 para solucionar problemas de dominio), el COPOSO (Consejo de Políticas Sociales, que funcionó en 1989 a causa de la crisis alimentaria), y el PROGEL (durante 1991-92), Programa de Gestión Participativa local, basado en Unidades de Gestión Local barriales que continúan funcionando hasta el momento.

Esta metodología de “gestión participativa” de las políticas sociales en el espacio local fue el proceso que dio origen a una imagen de gobierno que contribuyó a gestionar recursos más exitosamente que otros distritos. La mayoría de los planes y programas sociales que lleva adelante

---

<sup>23</sup> Alrededor de 50 organizaciones barriales, entre ellas sociedades de fomento y comisiones de asentamientos, participaron de la campaña electoral del intendente electo en 1983 Julio Carpinetti, formando parte de la agrupación 30 de Marzo. Esta agrupación se enfrenta a uno de los dirigentes históricos del distrito Carlos Basile que había sido electo primer concejal y por lo tanto era el que seguía en la línea de sucesión. Cuando Carpinetti asume crea la Dirección de Relaciones Institucionales para dar cabida a estas organizaciones y crea también la Dir. de Tierras y Vivienda incorporando a los líderes de los asentamientos, profundizando así su enfrentamiento con el otro sector del Partido Justicialista.

este municipio están financiados total o parcialmente por agencias de gobierno supralocales. Aunque la capacidad financiera del municipio es escasa e intenta maximizar los recursos recibidos con el aporte de recursos humanos “voluntarios”, se le asigna un aporte importante de recursos por fuera de la coparticipación municipal, que provienen directamente del presupuesto nacional y/o provincial, a través de programas sociales. Así, la centralización de recursos en instituciones supralocales se combina con la escasez de recursos propios y con la crisis fiscal del estado local, en el marco de condiciones estructurales de desigualdad social que caracterizan al distrito. Si bien esta asignación de recursos responde por un lado a un criterio objetivo para establecer prioridades, basado en los niveles de Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (HNBI) que presentan los distritos, por otro, está en relación directa con la existencia de esta red de organizaciones vecinales.

En la década del 90 los barrios de Florencio Varela fueron también escenario de los procesos de pauperización y fragilización de la vida cotidiana. En ellos se dieron una serie de tramas relacionales que hicieron posible su reproducción, dentro de las condiciones a las que hacemos referencia, asumiendo ésta formas heterogéneas. Por esto señalamos que las tramas territoriales de la reproducción son el marco en el que se desarrolló la intervención estatal. Sin embargo, ya antes de iniciarse la década del 90, con el proceso hiperinflacionario que atravesó este país, surgen nuevas organizaciones sociales: una de ellas fueron los comedores comunitarios. Estos eran conformados por grupos de vecinos que con la crisis de 1989 habían organizado “ollas populares” para paliar necesidades alimentarias colectivas. Eran principalmente beneficiarios del plan PAIS<sup>24</sup> quienes con el subsidio colectivo organizaban grandes ollas de comida para todos aquellos que no podían enfrentar la escalada en los precios de los alimentos. Luego consiguieron locales precarios para sostener esta modalidad de alimentación colectiva, dando prioridad a los niños. Sobre estas organizaciones colectivas se implementó en 1993 el PROMIN para atender a los niños que presentaban déficit nutricional construyéndose los comedores comunitarios.

Durante gobierno provincial de Eduardo Duhalde (1992 – 1999) se crea también la red de “manzaneras” del Programa VIDA. Este programa se implementó a partir de julio del ‘94, en pleno proceso pre-electoral y como experiencia piloto. El programa apuntaba a disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil a través de la distribución de raciones diarias de leche, cereales y huevo. Los destinatarios eran mujeres embarazadas y niños menores de seis años. La distribución era realizada diariamente por trabajadoras vecinales, “manzaneras”, cada una de ellas a cargo de

---

<sup>24</sup> Programa Provincial que otorgaba subsidios para compras comunitarias de alimentos básicos

cuatro manzanas, con una o dos coordinadoras por barrio, que eran elegidas entre las mismas manzanas.

Este programa se inició en los barrios que mostraban mayor porcentaje de hogares con NBI, y fue ampliándose progresivamente a otros barrios en cuatro etapas sucesivas. Florencio Varela era el distrito con más beneficiarios del plan (50.000 raciones diarias) contando con 1200 trabajadoras incluyendo las “comadres” (una trabajadora cada ocho manzanas que realizan un seguimiento de embarazadas en riesgo, dependiendo de la Secretaría de Salud local), que distribuían los alimentos en 51 barrios.

La elección de las manzanas, en este distrito, era responsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil de cada barrio, sin embargo uno de los criterios que debía respetarse según lo estipulado por las autoridades provinciales era que ninguna de las mujeres elegidas podía ser miembro directivo de ninguna institución. Este criterio comenzó a utilizarse a partir de la segunda etapa del plan, cuando comenzaron a surgir algunas dificultades. En el proceso de elección de las manzanas se puso de manifiesto también un conflicto por la supremacía en las relaciones entre organizaciones vecinales, que daba cuenta de una “dialéctica del control” (Guiddens, 1995) característica de la estructuración de las redes de relación local.

Si bien las organizaciones barriales legitimaron la red de manzanas en virtud del proceso de selección descripto, progresivamente éstas fueron construyeron sus propias bases de legitimación a partir de la actividad asistencial que desarrollaban, y así fueron ganando grados de autonomía respecto de las organizaciones que las habían propuesto. Este proceso de mediación llevó a las manzanas a incorporarse en la disputa por el control territorial de poder en el mismo nivel que las instituciones que las habían propuesto.

Entre los años 1996 y 1997 se implementa otro programa social que por su magnitud y las formas en que se desarrolló también tuvo como resultado el surgimiento de nuevas organizaciones sociales que fueron incorporándose a la trama de relaciones existentes a nivel barrial en un proceso contradictorio y conflictivo. El Programa Barrios Bonaerenses se constituye en términos de respuesta de emergencia a los crecientes índices de desocupación que presentaba el conurbano de la provincia. Estaba orientado a familias sin ningún ingreso comprobable que se seleccionaron priorizando a aquellas con mayor cantidad de miembros menores de 16 años, mayores de 65 y/o discapacitados. Si bien la preselección de beneficiarios corría por cuenta de la institución

patrocinante, la selección definitiva y el armado de las cuadrillas lo realizó la unidad de ejecución provincial.

La estructura financiera del Plan se componía con el aporte que realizaba el gobierno provincial para la mano de obra en forma de subsidio, y el aporte en materiales y herramientas que pudiera realizar toda institución pública (gubernamental o no gubernamental), que presentaba proyectos de mejoramiento urbano. Las actividades a realizar debían tener como objetivos el “embellecimiento” urbano y/o el mejoramiento de la infraestructura urbana de los barrios.

Para implementarlo el gabinete del ejecutivo municipal seleccionó 28 barrios, entre los incluidos en la primera etapa del Programa VIDA, que eran los que mostraban los índices más elevados de hogares con NBI. Se convocó a las organizaciones vecinales de estos barrios, incluyendo las “manzaneras”, a censar todos los hogares sin ingresos de sus propios barrios. Se censaron en total 6000 hogares. Luego el municipio procesó y ordenó este censo de acuerdo a un criterio de aspirantes que presentaban mayor carga de familia. Este censo fue corregido y depurado por las propias organizaciones vecinales, y posteriormente se convocó a los preseleccionados (de acuerdo con el cupo establecido para cada barrio según el proyecto presentado) para la selección definitiva que realizaba la unidad de ejecución provincial.

Si bien existía en términos de sugerencia una orientación provincial de trabajar con el aval de entidades intermedias, la conformación de ámbitos participativos, intersectoriales y territorializados, con cierto grado de permanencia, fue una marca distintiva de la gestión local. En tanto que este programa implicaba un proceso de selección de beneficiarios, y que este proceso se daba en estos ámbitos interinstitucionales, se manifestaron también en ellos las relaciones que estaban ancladas en la experiencia histórica propia de los procesos locales. Ello se expresó claramente en la disputa de los dirigentes barriales participantes de estos espacios por ubicar mayor cantidad de beneficiarios y, de este modo, adecuar los criterios de selección establecidos en el diseño del programa a la lógica de sus propias prácticas. En estos ámbitos además las organizaciones se hacían cargo de la elección de un obrador y de distintos aspectos que hacen a la modalidad de ejecución de las obras.

Una vez seleccionados y convocados los beneficiarios se organizaron las cuadrillas para el trabajo. Cada cuadrilla debía constar de no más de 10 miembros de entre los cuales se elegía un



coordinador-capacitador, se realizaba luego la elección de los mismos y entre todas las cuadrillas de un mismo barrio se establecía el reglamento interno de trabajo.

Sin embargo, a partir de la implementación del programa de generación de empleo en este distrito, emergen como nuevos actores los denominados “piqueteros. Si bien no podemos hablar de un modelo más participativo de organización, resultaba evidente que este nuevo actor introducía una cuña dentro del modo de relacionamiento con las organizaciones de la sociedad que planteaba el gobierno municipal, en tanto que se conformaban como interlocutores diferenciados, utilizando mecanismos de negociación diferentes a los previstos hasta este momento por el aparato de gobierno.

Recapitulando, podemos decir que el caso de Florencio Varela, muestra la existencia de prácticas participativas constituyentes de un modelo de gestión local que promueve la construcción de variados ámbitos de participación de organizaciones vecinales, ámbitos que forman parte de la metodología de casi todos los planes y programas sociales de las distintas áreas de gobierno. En el sector salud la participación asumió diferentes formas de acuerdo con los distintos momentos históricos, así en la década de los 80 la participación en salud estuvo orientada por la demanda de creación de nuevos centros de salud y los principales actores fueron las sociedades de fomento. En la década de los 90 se trató de una participación más instrumental, en tanto que se trabajó con la red de manzaneras y comadres con el objetivo de reducir la mortalidad infantil en el distrito. A partir del año 2001 se incorpora a estas instancias de participación el movimiento piquetero con sus demandas de puestos de trabajo, así se incorporan a trabajar en los CAPS como administrativas y mucamas muchas mujeres que beneficiarias de planes sociales.

Así, la acción estatal se inscribe en la historia, en el territorio y en la red de relaciones que caracterizan cada espacio social específico; la intervención de los agentes del estado produce prácticas, y es a su vez resignificada por los sujetos receptores de estas políticas. (Cravino et. al; 2002:). Del mismo modo, la intervención pública es moldeada por el territorio en el que se inscribe, y son los ejecutores de estas políticas quienes a su vez les otorgan nuevos significados según el espacio social en el que se imprimen.

## PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIO SANITARIAS

Las condiciones de salud de la población de este distrito y sus perfiles epidemiológicos no pueden ser analizados al margen de los procesos sociales y las intervenciones políticas descriptas precedentemente. Del mismo modo, estos indicadores deben ser puestos en el contexto regional, en relación con el resto de los distritos que integran la Región Sanitaria VI, de la cual Florencio Varela forma parte. Ubicada al sur del Conurbano, la Región Sanitaria VI comprende nueve partidos<sup>25</sup>, todos del Conurbano sur, que concentran el 20% del total de población de la provincia de Buenos Aires.

La tasa de natalidad de Florencio Varela es de 19,9‰ ubicándose por encima de la media de la región, siendo una de las tres más altas, mientras que la tasa de mortalidad general se ubica en 5,5‰ siendo la más baja de la región; es decir que el distrito muestra una población relativamente joven. Si se relacionan estos datos con el contexto nacional cabe señalar que la tasa de natalidad en el país es de 18,3‰ (similar a la provincial) y la mortalidad general alcanza los 7,6‰ por mil habitantes, o sea que la del distrito sigue siendo sensiblemente más baja.

### Cuadro N° 3

#### ESTADÍSTICAS VITALES Región Sanitaria VI – Año 2007

Partido	Población	Nacidos Vivos	TN	Def. Gral.	TMG	Def. <1 año	TMI
Almirante Brown	562.063	9.647	17,2	4.021	7,2	118	12,2
Avellaneda	342.729	6.109	17,8	3.981	11,6	59	9,7
Berazategui	315.347	5.697	18,1	2.237	7,1	78	13,7
Esteban Echeverría	268.093	5.655	21,1	1.721	6,4	77	13,6
Ezeiza	139.844	3.079	22,0	819	5,9	59	19,2
Florencio Varela	398.433	7.938	19,9	2.203	5,5	134	16,9
Lanús	463.254	7.509	16,2	4.925	10,6	86	11,5
Lomas de Zamora	619.527	11.150	18,0	5.623	9,1	179	16,1
Quilmes	543.908	10.496	19,3	5.066	9,3	170	16,2
<b>Total</b>	<b>3.653.198</b>	<b>67.280</b>	<b>18,4</b>	<b>30.596</b>	<b>8,4</b>	<b>960</b>	<b>14,3</b>

Fuente: Región Sanitaria VI – Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.

<sup>25</sup> Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, E. Echeverría, Ezeiza, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes y Florencio Varela.

Si intentamos analizar la evolución de los principales indicadores socio sanitarios entre los años 2002 y 2010 (que constituye el período de referencia de esta investigación) notaremos que en el año 2002 la situación de salud era la siguiente<sup>26</sup>:

**Cuadro N° 4: Indicadores socio sanitarios por País, Partidos del Gran Buenos Aires (GBA), Región Sanitaria VI y localidad de Florencio Varela – Año 2002<sup>27</sup>**

	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad materna <sup>28</sup>	Tasa de mortalidad menores de 5 años <sup>29</sup>
Total país	18.3‰	7.7‰	73.77	16.8‰	4.6	19.5‰
Partidos del GBA	18.5‰	8.0‰	73.91	16.4‰	3.5	18.0‰
Región Sanitaria	18.2‰	7.8‰	73.04	17.2‰	3.0	
Municipio	22.3‰	5.4‰	71	16.1‰		

Observamos en este cuadro que en un indicador tan sensible como la mortalidad infantil, la tasa a nivel local se encuentra levemente por debajo del resto de las jurisdicciones, lo que da cuenta de un esfuerzo sanitario importante si se considera que este distrito en ese momento mostraba indicadores socio económicos relativos altamente desfavorables. La reducción de la tasa de mortalidad infantil fue el resultado de una política sostenida desde el año 1997 a partir de la implementación de acciones de vigilancia epidemiológica articuladas con las acciones propias del PROMIN, trabajando también con la red de manzaneras y comadres de lo que se llamó el Plan VIDA. Estas referentes vecinales asumían la responsabilidad en la detección temprana de embarazos en las manzanas a su cargo y en facilitar el control del embarazo articulando con los CAPS.

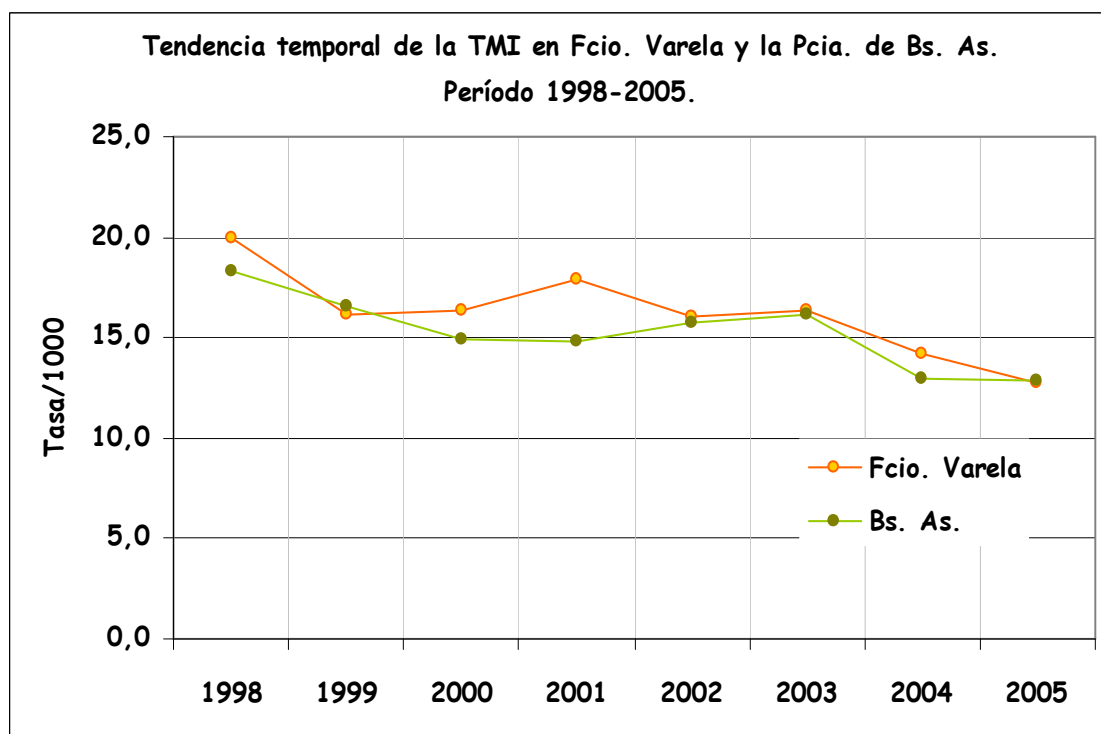
<sup>26</sup> Fuentes Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Estadísticas Vitales anuario 2002. Ministerio de Salud de la Pcia. De Buenos Aires datos de salud materno infantil 2002.

<sup>27</sup> Elaboración propia

<sup>28</sup> Las tasas de mortalidad materna por 10000 nacidos vivos.

<sup>29</sup> No se han encontrado datos de mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años para la región sanitaria ni para la localidad.

Gráfico N° 3



Fuente: Secretaría de Salud de la Municipalidad de Florencio Varela

Consecuentemente con la evolución de todos los indicadores sociales del país y la región las estadísticas sanitarias, en el año 2010, muestran los siguientes datos<sup>30</sup>:

<sup>30</sup> Fuentes Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Estadísticas Vitales anuario 2010. Ministerio de Salud de la Pcia. De Buenos Aires datos de salud materno infantil 2010.

**Cuadro N° 5. Indicadores socio sanitarios por País, Partidos del Gran Buenos Aires (GBA), Región Sanitaria VI y localidad de Florencio Varela – Año 2010<sup>31</sup>**

	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad materna <sup>32</sup>	Tasa de mortalidad menores de 5 años <sup>33</sup>
Total país	18.8‰	7.6‰	75.24	13.3‰	4.4	15.6‰
Partidos del GBA	19.5‰	7.6‰	73.99	12.6‰	3.2	15.6‰
Región Sanitaria	19.9‰	8.0‰	73,04	13.0‰	3.9	
Municipio	21.6‰	5.3‰	71	15.7‰	6.3	

Si se observa con detenimiento en relación a los datos del año 2002 todos los indicadores muestran una notable mejoría, sin embargo la tasa de mortalidad infantil a nivel local está por encima de los niveles que presenta las otras jurisdicciones; del mismo modo los datos de mortalidad materna tampoco resultan favorables. Si consideramos que la financiación del Banco Mundial para el PROMIN terminó en el año 2003 y que en ese mismo momento se abandonaron las acciones de capacitación en servicio que incluía este financiamiento, es posible suponer que la discontinuidad en esos esfuerzos tal vez se vea reflejada en el empeoramiento de estos indicadores.

Las principales enfermedades que padece esta población pueden ser analizadas a partir de los egresos hospitalarios en la región. Vemos entonces que si se descartan los egresos por maternidad, las afecciones más frecuentes tienen que ver con lo que en epidemiología se denomina traumatismos por causas externas (producto de accidentes de todo tipo o de situaciones de violencia interpersonal), seguido por enfermedades del sistema respiratorio y del sistema digestivo.

<sup>31</sup> Elaboración propia

<sup>32</sup> Las tasas de mortalidad materna por 10000 nacidos vivos.

<sup>33</sup> No se han encontrado datos de mortalidad materna y mortalidad en menores de 5 años para la región sanitaria ni para la localidad.

Cuadro N° 6

**EGRESOS HOSPITALARIOS POR CAPITULO**  
**Región Sanitaria VI - Año 2006**

DESCRIPCION	EGRESOS	%
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	43.436	33,30
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	13.306	10,20
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	12.716	9,75
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	11.979	9,18
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	9.588	7,35
SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5.831	4,47
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5.801	4,45
TUMORES (NEOPLASIAS)	4.484	3,44
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4.328	3,32
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	4.205	3,22
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3.910	3,00
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	3.185	2,44
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2.465	1,89
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.569	1,20
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1.157	0,89
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1.016	0,78
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	603	0,46
MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	530	0,41
ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	191	0,15
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	120	0,09
<b>TOTAL</b>	<b>130.420</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Región Sanitaria Vi – Mministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.

Si analizamos esta información notamos que las enfermedades respiratorias y del aparato digestivo son más frecuentes que los problemas circulatorios, los tumores o las enfermedades infecciosas. Sin embargo estos dos grupos de enfermedades no inciden en las principales causas de defunción, como sí las otras mencionadas. Cabe destacar que, tanto entre los principales

problemas que se atienden en el sistema de salud como entre las principales causas de muerte, ocupan un lugar importante los problemas relacionados con situaciones de precariedad y violencia que de alguna manera nos están hablando de las condiciones de vida en que habitan los conjuntos sociales en esta zona del conurbano bonaerense.

Respecto de las principales causas de muertes cabe señalar que la región sanitaria presenta peores indicadores que el país, la provincia y el distrito en lo que tiene que ver con defunciones por enfermedades cardiovasculares, inversamente presenta mejores indicadores en lo que refiere a las muertes por tumores. Teniendo en cuenta que las patologías infecciosas pueden expresar las condiciones de pobreza en que habita una población, vale señalar que Florencio Varela, siendo el distrito más pobre de la región presente indicadores altamente favorables respecto del resto de las jurisdicciones. En cambio, llama nuestra atención negativamente la tasa de muertes por causas externas, dado que son estas defunciones las que tienen que ver con accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

**Cuadro N° 7. Principales causas de muerte por País, Pcia. de Bs. As., Región Sanitaria VI y Distrito de Florencio Varela (tasas expresadas por 100.000 habitantes) – Año 2010<sup>34</sup>**

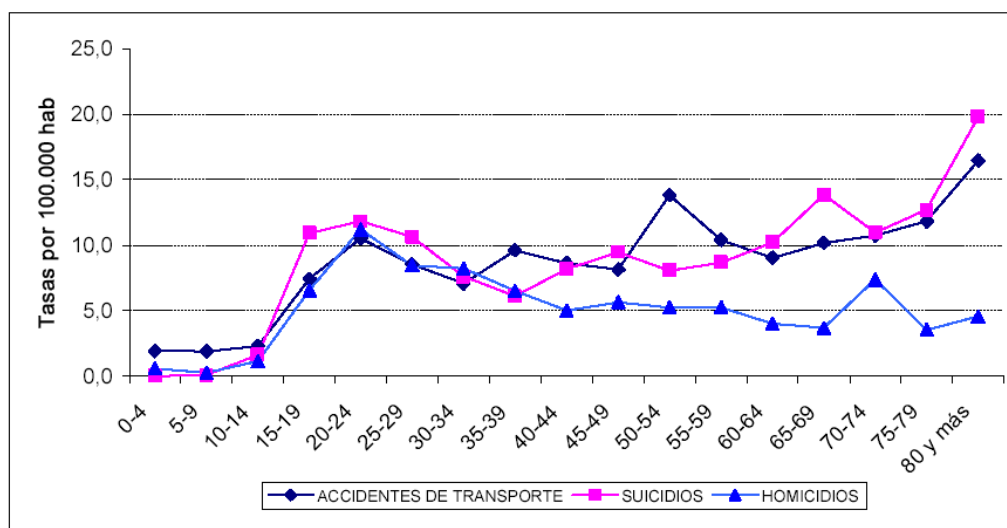
	Enfermedades cardiovasculares	Tumores	Enfermedades infecciosas	Causas externas
Total país	29,9	19,7	10,1	6,6
Pcia. Bs. As.	31,7	19,8	10,4	5,5
Región Sanitaria	35,6	15,7	9,6	4,9
Fcio. Varela	31	18	6	11

Si tomamos este último indicador y lo analizamos por grupo de edad en toda la región sanitaria, notamos que en las edades más jóvenes (entre 15 y 30 años) y a partir de los 60 años de edad, las circunstancias principales en que se dan este tipo de fallecimiento es en ocasión de suicidios; mientras que en prácticamente todos los grupos de edad las muertes por homicidios son las que presentan tasas relativamente más bajas.

<sup>34</sup> Fuentes Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Estadísticas Vitales anuario 2010. Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, y Región Sanitaria VI.

Gráfico N° 4

Tasas de mortalidad por causas externas  
Según grupos de edad y circunstancia



Fuente: Región Sanitaria VI – Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.

Consideramos este último punto sumamente revelador, en tanto que pesa sobre amplios conjuntos sociales, principalmente juveniles, en esta región del conurbano, el estigma de la “violencia” y la “inseguridad”. Considerando que las muertes en ocasión de homicidio es uno de los indicadores por excelencia de situaciones de violencia interpersonal, cabe destacar que aún así no constituye el principal indicador de mortalidad general por causas externas. Contrariamente, se invisibilizan los aspectos psicosociales que llevan a que un alto porcentaje de jóvenes y adultos mayores decidan quitarse la vida; no abundan estudios sobre las causales de este tipo de muertes que en algunos ciclos vitales constituye la principal causa de los fallecimientos por causas externas, y que por lo que comentan las autoridades sanitarias de la Región Sanitaria VI viene incrementándose en el tiempo, sin que aún se tomen medidas sanitarias al respecto.

En resumidas cuentas, analizando la evolución de los principales indicadores sanitarios podemos sugerir que no han acompañado el deterioro de los indicadores socio económicos. Más bien, por el contrario, pareciera que la aplicación de políticas focalizadas ha resultado eficaz para compensar la caída en los niveles de vida. Esto es posible verlo en la importante caída de la mortalidad infantil entre los años 1998 y 2005, y el mantenimiento en niveles cercanos a la media provincial en el período 2005 – 2010. También es posible señalar, además de la mejora relativa en estos indicadores, el incremento de la mortalidad por causas externas. Este último dato, si bien no



refiere estrictamente del funcionamiento del sistema de salud, desde una perspectiva integral del PSEA interpela las acciones que el sector salud desarrolla o no para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida.

### **La estructura del sistema de salud en Florencio Varela.**

El sistema de salud en Florencio Varela se estructura a partir de recursos nacionales, provinciales y municipales. Cuenta con un hospital provincial, el Hospital de agudos Mi Pueblo, y una red<sup>35</sup> de 34 CAPS (Centros de Atención Primaria).

El Mi Pueblo es un hospital general de agudos polivalente de nivel 6 de complejidad, con un importante desarrollo de la atención materno infantil y la urgencia. Dispone de 185 camas distribuidas en internación general de adultos, pediatría, obstetricia, neonatología y terapia intensiva. Este hospital fue creado por iniciativa de la Asociación Civil Mi Pueblo en el año 1974 y funcionó desde entonces bajo la órbita del gobierno municipal.

En el año 1992 fue ampliado con recursos del gobierno nacional y finalmente en el 2005 fue provincializado. La provincialización de este hospital era una vieja demanda del gobierno local, ya que el mantenimiento del mismo implicaba un gran esfuerzo presupuestario para el municipio, ya que se gastaba en ello un 73% del presupuesto en salud, asignándole al primer nivel de atención tan sólo el 27% restante. Si bien esta situación de inequidad entre ambos niveles se fue sosteniendo históricamente, esto no hacía más que reproducir en forma ampliada la inequidad en el acceso al sistema de salud, además de la ineficiencia que implicaba en términos económicos.

Las fuentes de financiamiento del presupuesto son la coparticipación provincial, y el recupero de las obras sociales; la diferencia entre estos ingresos y el gasto en salud se solventa con fondos municipales obtenidos a través de la recaudación por tasas. Con anterioridad al proceso de provincialización del hospital, la Coparticipación por Salud cubría solamente el 65% del gasto total en salud del municipio, cuando en el caso de algunos distritos del interior de la provincia esta cobertura era superior al 100%.

---

<sup>35</sup> Cuando hablamos de funcionamiento en red nos estamos refiriendo a la existencia de mecanismos de derivación, referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención y entre los centros de salud.

### Cuadro N° 8. Distribución de la Coparticipación - 2004

<b>COPARTICIPACION</b>	<b>RECIBIDO</b>	<b>DEFICIT</b>
<b>Coparticipación recibida por Salud</b>	19.047.232	
<b>Coparticipación recibida sin internación (APS)</b>	3.196.126	-4.505.393
<b>Coparticipación recibida con internación (Hospital)</b>	15.851.107	-1.985.968
<b>DEFICIT</b>		<b>-6.491.361</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Economía Municipal.

Finalmente en el año 2005 se provincializó el Hospital Mi Pueblo provocando un importante desahogo en el presupuesto municipal, aún siendo en la actualidad el distrito que menos recursos recibe por coparticipación en salud.

En el año 2009 se inauguró el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce construido con presupuesto nacional y administrado por el gobierno provincial. Este hospital corresponde a un tercer nivel de atención y se encuentra localizado en la intersección de tres distritos: Florencio Varela, Quilmes y Berazategui, y funciona en red con los hospitales provinciales de cada uno de estos distritos y con el hospital del distrito de Almirante Brown. Para acceder a la atención del hospital, es indispensable ser derivado de estos hospitales porque se requiere atención más especializada. Dispone de 130 camas de las cuales 65 están destinadas a los servicios de internación de mayor complejidad (terapia intensiva, unidad coronaria, etc.).

Además de los hospitales ya mencionados, El Cruce y Mi pueblo, y de los 34 CAPS, correspondientes al sector público de la salud, en Florencio Varela hay cinco clínicas privadas con internación que cuentan en total con 200 camas, además de servicios de guardia y consultorios externos.

Vemos entonces cómo el incremento de la inversión en salud en los últimos cinco años ha ido principalmente a fortalecer el segundo y el tercer nivel de atención. Sin embargo el gobierno nacional también ha realizado inversiones en infraestructura para el primer nivel de atención a partir de la creación de cinco CIC (Centros de Integración Comunitaria) destinados principalmente el trabajo de promoción de la salud.

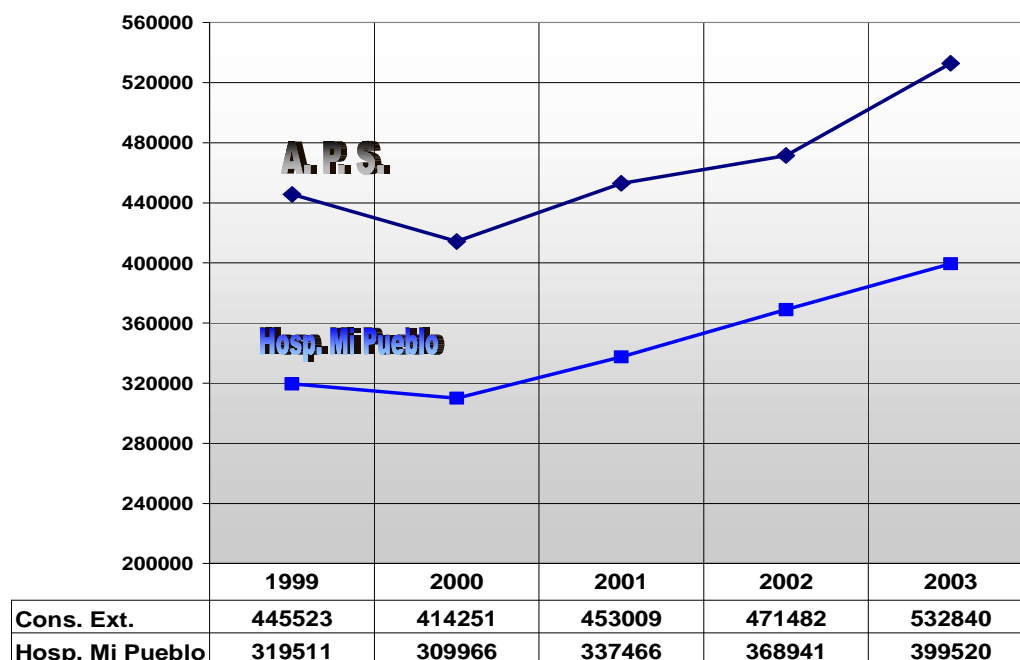
Cabe destacar que el incremento de la inversión en salud en el distrito con fondos del gobierno nacional constituye un camino que intenta revertir largos años de desfinanciamiento del

sistema local debido a los procesos de descentralización y reforma que dominaron la década del 90. El proceso de exclusión de grandes masas de la población del mercado formal de trabajo desde mediados de los 90 tuvo como resultado que la demanda de atención al sistema municipal de salud mostrara desde finales de esa década una tendencia de crecimiento progresivo. El incremento de la demanda recrudeció a partir del colapso de la asistencia de la salud por parte del subsector privado y de la seguridad social, producto de la caída en los niveles de empleo principalmente entre los años 1997 y 2003. La crisis en el sector privado del distrito se hizo sentir en el cierre de tres sanatorios y de dos servicios de internación, con una caída de 140 camas entre los años 2000 y 2003. El marcado deterioro de la seguridad social representada por las obras sociales, influyó severamente en este proceso. Así, mientras que en el país y en la provincia de Buenos Aires la tasa de población sin cobertura de obras sociales ascendía a 48,1 y 48,8 % respectivamente, en el distrito de Florencio Varela alcanzó a un 65,3% de la población, es decir que aproximadamente 248.140 habitantes no contaban con la cobertura de ninguna obra social ni servicio prepago.

La crisis en el sistema de salud se expresó en varios niveles. Un indicador claro fue el aumento en el promedio de días de internación en neonatología por el nacimiento de recién nacidos con bajo peso o partos prematuros debido a las precarias condiciones de reproducción que padecen particularmente las mujeres que habitan en este medio. Asimismo fue notable la falta de continuidad en el seguimiento de tratamientos y controles de salud de distintos segmentos de la población, ya que pese a todos los intentos eran numerosas las dificultades de accesibilidad a la atención sanitaria producto fundamentalmente del incremento en la demanda. Esta crisis también se evidenció en la insuficiencia de insumos, y fundamentalmente en el deterioro creciente del estado de enfermedad de la población por la asistencia inadecuada en tiempo y forma. Así, el significativo incremento de los niveles de vulnerabilidad de la población pauperizada, la expuso de modo diferencial a enfermedades infectocontagiosas y otras relacionadas con la nutrición.

La producción asistencial del sistema de salud registra un incremento en la última década de las consultas externas. Merece destacarse en este aspecto el peso proporcional alcanzado por el primer nivel de atención que alcanzó el 58% de las consultas externas del Sistema de Salud.

**Gráfico N° 5: Evolución de las consultas externas – Año 2003**



Fuente: Secretaría de Salud de la Municipalidad de Florencio Varela.

En contraposición con el aumento de la demanda, como ya se dijo, el primer nivel fue perdiendo progresivamente recursos humanos debido al defasaje de los salarios respecto del mercado de trabajo específico. Esto provocó que los TS se encontraran con serias dificultades para la implementación de acciones tendientes a la promoción y prevención de la salud, restringiendo su actividad a las tareas asistenciales, reduciendo los tiempos de consulta en detrimento de la calidad de atención.

### **Acerca de los centros de salud**

Como ya se dijo el sistema local de salud cuenta con 34 CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) distribuidos en toda la geografía del distrito. Estos centros de salud son establecimientos que están dotados de un equipo interdisciplinario compuesto por personal médico, enfermería, administrativo, obstétricas, trabajadores sociales, odontología, salud mental y personal de mantenimiento.

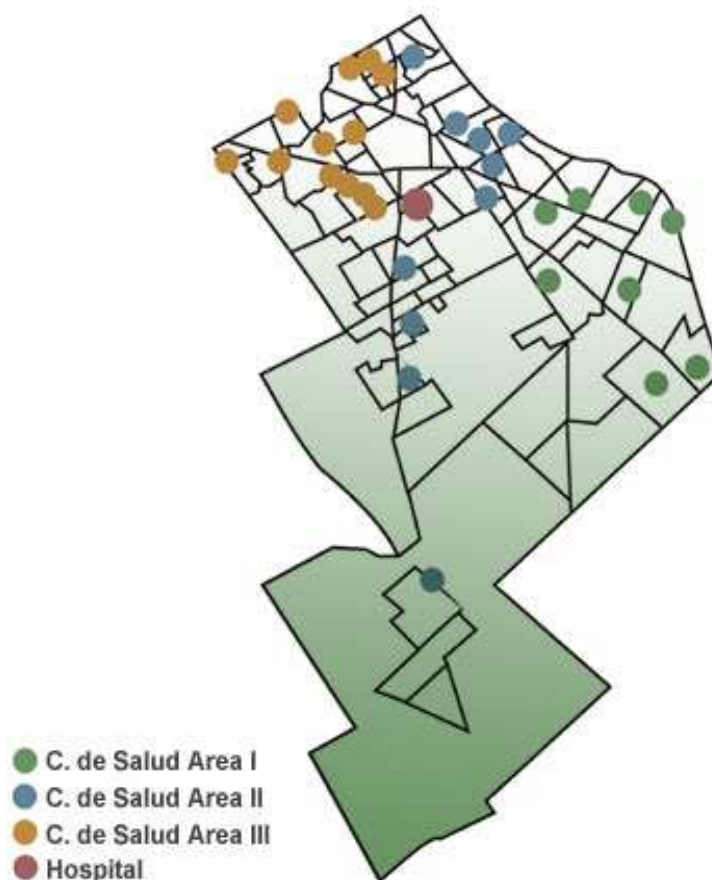
Todos ellos cuentan con médicos clínicos o generalistas, ginecólogos o tocoginecólogos, y pediatras; la carga horaria de los médicos se distribuye en general en módulos de entre 12 y 36 horas. En siete CAPS hay médicos psiquiatras y en once hay licenciados en psicología, todos ellos

trabajando en red; además en 11 CAPS hay odontólogos. En todos los CAPS hay al menos una licenciada en obstetricia y un licenciado en trabajo social. Cuentan con un promedio de tres enfermeros cada centro que cumplen cuarenta horas semanales de atención. También hay personal de mantenimiento, serenos, mucamas y 2 ó más administrativos por centro. En tres CAPS se brinda servicio de guardia las 24 hs. del día; el servicio de guardia está compuesto por 17 médicos, seis choferes y tres ambulancias.

Hasta el año 2010 los CAPS estuvieron distribuidos en tres áreas programáticas de aproximadamente 10 centros cada uno, pero hoy en día dependen todos de la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano del municipio.

Recientemente se inauguró un nuevo Centro Preventivo localizado en la zona residencial del distrito, cercano al Hospital Mi Pueblo, que funcionará articulando la demanda de desde los CAPS hacia ese hospital, ya que contará con servicios propios de un segundo nivel como patología mamaria, ginecología infanto juvenil y patología cervical (práctica de biopsia) consultorio de alto riesgo obstétrico, salud mental infanto juvenil, servicios de diagnóstico por imágenes (radiología, ecografía y mamografía), odontología, oftalmología y consultorio de diabetes, además del resto de los servicios con que cuentan todos los CAPS.

## Mapa de distribución de los CAPS



Mapa N° 3

Si bien la historia de creación de los CAPS es bastante diversa es posible identificar dos procesos que dieron origen a la creación de los mismos. Por una parte, una fuerte demanda organizada desde la comunidad (14 CAPS empezaron siendo un consultorio de enfermería funcionando en el local de una sociedad de fomento); por otra, la implementación de programas sanitarios de los ministerios nacional y/o provincial que implicaban la construcción / refacción / ampliación de centros de salud.<sup>36</sup>

Estos programas en general también contemplaban el financiamiento de recursos humanos por parte de esos niveles. Así, se fueron formando los equipos locales de salud. Si bien el arribo al sistema de salud ha sido por diversas vías la mayoría de los CAPS cuentan con una dotación similar.

---

<sup>36</sup> Entre estos programas cabe señalar el Plan Muñiz, el PROMIN y más recientemente la construcción de los CIC (Centros de Integración Comunitaria)

Sin embargo estos trabajadores médicos tienen regímenes salariales diversos: algunos son rentados por el gobierno provincial (plan ATAMDOS, plan Muñiz, becas Salud con el Pueblo) otros por el ministerio de la Nación (Médicos Comunitarios) y un tercer grupo son rentados por el municipio. Entre estos últimos también existen diferentes regímenes horarios y diferentes situaciones laborales (trabajadores de planta, temporarios, becarios y profesionales rentados con “reemplazos de guardia”). A la diversidad de situaciones laborales se le suman las dificultades para cubrir la demanda de atención, por lo cual muchos trabajadores tienen su carga horaria repartida en varios CAPS.

### **Los programas en el primer nivel de atención de la salud**

Si echamos una mirada a los programas que se llevan adelante en la actualidad desde los centros de atención primaria de la salud (CAPS) podemos identificar continuidades, discontinuidades y rupturas con distintas corrientes sanitarias. Unas más universalistas, con una perspectiva más integral de los PSEA y permeadas por los discursos que intentan recuperar las formulaciones de la APS entendida como estrategia; y otras más cercanas a las perspectivas focalizadoras.

Lo más llamativo es, no solamente las continuidades sino también la superposición de perspectivas que se imprimen en las prácticas de los trabajadores de la salud que llevan adelante estos programas. Algunos llevan adelante distintos programas basados en concepciones contrapuestas, adaptando los procesos de trabajo a las condiciones exigidas por cada uno de ellos. Resulta imperativo entonces analizar los saberes que estos TS construyen en torno de diferentes concepciones de la APS algunas de ellas enfrentadas.

Así a la hora de describir los programas que se implementan desde los CAPS encontramos algunos que sobrevivieron al neoliberalismo, y otros que en tanto están sujetos a financiamiento externo, si bien son de nuevo cuño comparten rasgos con aquellos. El origen del financiamiento da cuenta de la heterogeneidad de las acciones que se desarrollan a nivel local, configurando a su vez las prácticas que despliegan los trabajadores de los centros de salud. En esta heterogeneidad coexisten perspectivas focalizadoras con perspectivas universalistas.

Esta superposición de programas hace que convivan diversas prácticas médicas en los centros de salud, que afectan todo el proceso de trabajo médico. Esto se evidencia también en lo

que hace a las modalidades de monitoreo y evaluación de estos programas. Del mismo modo estos programas van configurando la demanda de salud de la población que acude a los CAPS. Y también moldean las estrategias que adoptan los profesionales en el trabajo clínico. Por último esta heterogeneidad se expresa en la composición del salario médico, los TS perciben remuneraciones de diferente tipo y origen en relación a los programas en los que están incluidos.

La atención de la salud se organiza por una parte a partir de la implementación de programas de prevención y por otra parte en función de la demanda abierta de asistencia. Los programas de prevención se organizan de acuerdo con cuatro ejes: el eje del niño, el eje de la mujer, el eje del adulto y el eje transversal. Como su nombre así lo indica los tres primeros se organizan por grupo etáreo. El cuarto eje ha sido formulado ad – hoc y por defecto y en el se incluyen todos los programas que no suponen una focalización o en los que refieren a la prevención y atención de enfermedades específicas.

El eje de la mujer incluye todos los programas de salud que están destinados al cuidado preventivo de la mujer. Estos programas son el PROGEMA (Programa de prevención del cáncer génito – mamario) y el Programa de salud Sexual y Reproductiva.

El eje del niño abarca aquellos programas de salud que se encargan de controlar el crecimiento y desarrollo de todos los niños hasta los 6 años. Entre los programas que se incluyen en este eje mencionamos Programa Materno Infantil, que incluye un subprograma de Gestantes y Puérperas. Asimismo se incluye el PROBAS (Programa Bonaerense contra el Asma infantil) y el Programa de Salud Escolar.

El eje del adulto comprende los programas de salud destinados a la población mayor de 14 años, e involucra fundamentalmente el trabajo de los médicos clínicos. Se orienta entonces a las patologías prevalentes en la población adulta, diabetes e hipertensión arterial, y se espera por parte de estos profesionales que brinden “contención desde el seguimiento permanente”. Incluye el AKAP (Programa de Asistencia Kinesiológica en Atención Primaria) y el PRODIABA (Programa para la Diabetes de la provincia de Buenos Aires).

El eje transversal incluye los programas que no se organizan ni por edad ni por sexo de la población destinataria, y que refieren a aquellos programas que se organizan por patología y que



son de acceso universal. Entre ellos menciono fundamentalmente el REMEDIAR<sup>37</sup>, el Seguro Público de Salud, el IRAb (Infecciones Respiratorias Agudas bajas), el TDO (Tratamiento Directamente Observable), el programa de Inmunizaciones, el Programa de Difusión de Información Sanitaria a la comunidad, el programa de Odontología, el Programa VIH/SIDA y el Programa de Salud Mental.

A la hora de describir los programas que se implementan desde los CAPS nos encontramos con dificultades para utilizar un solo eje de análisis que permita agruparlos, precisamente por la heterogeneidad en los contextos de surgimiento, la diversidad de fuentes de financiamiento, la diversidad de criterios para definir la población objetivo y las diferentes modalidades de implementación, evaluación y monitoreo. Es importante destacar que muchos de estos programas suponen solamente la normatización o protocolización de las prácticas de los profesionales de determinada especialidad, y que en tanto se formulan como programas permiten al nivel municipal de gestión de la salud homogeneizar los procesos de trabajo, y también medir su eficacia en relación con los resultados esperados. Aún así es preciso destacar que la formulación de programas de este tipo entra en tensión con los objetivos de descentralización de la planificación local y fortalecimiento de los procesos de participación comunitaria que son propios de la estrategia de APS.

### **Programas basados en el sanitarismo clásico y en la medicina preventiva**

En este apartado trataré de desarrollar todos aquellos programas que se basan en los postulados de la medicina preventiva propios de una concepción sanitarista que denomino “clásica” con eje en la prevención de enfermedades. El de mayor desarrollo es el programa de Inmunizaciones que implica la provisión de vacunas para dar cumplimiento al esquema de vacunación obligatorio. Depende de la OPS (Organización Panamericana para la Salud), y está destinado a prevenir patologías infectocontagiosas y su erradicación mediante la aplicación de vacunas. Es de acceso universal dándoles prioridad a los niños de 0 a 11 años y a mujeres embarazadas. En tanto que es gratuito y obligatorio, hasta los médicos del sector privado derivan al sector público para asegurar la calidad de las vacunas. Participan de este programa fundamentalmente el personal de enfermería bajo la supervisión de pediatras y licenciadas en obstetricia. En la actualidad se desarrollan campañas específicas para la erradicación del sarampión, la rubéola congénita y la poliomielitis.

---

<sup>37</sup> Se trata de un programa nacional creado para la provisión de medicamentos para el primer nivel de atención.

En la misma concepción y de modo articulado se desarrolla el programa de Salud Escolar destinado a la prevención, diagnóstico, derivación y seguimiento de patologías de los niños en edad escolar. Este programa intenta fortalecer los controles en los niños de 1º, 4º y 7º grado articulando esfuerzos con las escuelas para la realización de estos controles. Estos controles se enlazan con el programa de inmunizaciones dado que los controles en 1º y 7º grado aseguran el cumplimiento del esquema obligatorio de vacunación.

El programa de Odontología es un programa con financiamiento exclusivamente distrital que involucra a los odontólogos de los CAPS. Brinda atención clínica dentaria en los CAPS que incluye la extracción dentaria. Si bien no incluye tratamientos de mayor complejidad abarca actividades de promoción de la salud bucal a través de actividades diagnósticas en escuelas y comedores comunitarios conjuntamente con el programa de Salud Escolar.

Por último el TDO (Tratamiento Directamente Observable) es el programa a partir del cual se diagnostica, se provee la medicación y se realiza el seguimiento de pacientes con tuberculosis. Su nombre alude a la acción del personal de enfermería quienes deben asistir periódicamente al domicilio de los pacientes y constatar que tomen la medicación hasta finalizar el tratamiento a fin de asegurar una correcta profilaxis de este padecimiento. La medicación es provista también por presupuesto provincial.

### **Programas focalizados basados en la concepción neoliberal.**

El Programa Materno Infantil involucra un conjunto de acciones articuladas que se orientan a disminuir la morbi mortalidad de la madre y el niño, mediante controles del embarazo, parto y puerperio, control del crecimiento y desarrollo de niños hasta 6 años, y control y seguimiento de niños con problemas nutricionales y diferentes patologías. Implica un esfuerzo de articulación y monitoreo de las acciones desarrolladas por parteras, médicos pediatras, ginecólogos y enfermeras Si bien este programa no cuenta desde hace un tiempo con financiamiento externo su principal antecedente es la implementación del PROMIN<sup>38</sup> con financiamiento del Banco Mundial. Este distrito fue uno de los primeros seleccionados para la implementación del PROMIN en virtud de sus desfavorables condiciones socio – económicas. El PROMIN financió recursos para fortalecer las áreas de pediatría, obstetricia y enfermería tanto a través de la incorporación de

---

<sup>38</sup> Programa inspirado en las formulaciones del GOBI – FFF emblema de las políticas sanitarias basadas en una perspectiva focalizada en la salud de los niños y sus madres.

profesionales, como a partir de la implementación de programas de capacitación en servicio. Si bien el financiamiento, de acuerdo con los plazos de ejecución establecidos se terminó en el año 2001, los procesos de trabajo en el ámbito de los CAPS se sostienen. Involucra la actividad de las parteras en los controles de embarazo a partir de un subprograma denominado Gestantes y Puerperas. Las parteras son las encargadas de detectar y recepcionar la demanda de atención de las embarazadas del área programática, realizar los controles en forma “adecuada” (cinco o más controles por embarazo) y “oportuna” (distribuidos a lo largo de los tres trimestres de embarazo).

En esta instancia articula con otro programa denominado Referencia y Contrarreferencia que normatiza mecanismos de derivación de las embarazadas al hospital del distrito para la atención del parto con la información sobre el curso del embarazo. Del mismo modo se establecen normas para la contrarreferencia del recién nacido y su madre para continuar su atención en el centro de salud con la información del parto. El proceso se continúa con la atención pediátrica del recién nacido con controles programados para facilitar la accesibilidad. Del mismo modo la madre es atendida, con turno solicitado desde el hospital en el momento del alta, por un médico ginecólogo quien de acuerdo con lo pautado indica la realización de un papanicolau y posteriormente “aconseja” en la adopción de un método anticonceptivo.

Estas intervenciones se orientan a la detección y atención de problemas nutricionales a partir de la utilización de tablas de talla – edad y peso. También se intenta de este modo disminuir la mortalidad infantil por causas prevenibles y facilitar la accesibilidad a la atención médica programando turnos para evitar las largas esperas. En estos programas se utilizan lo que denominan “actividades de rescate” es decir que ante la falta a un turno programado algún miembro del equipo del centro de salud (por lo general los trabajadores sociales) se acerque hasta el domicilio y asigne un nuevo turno. Estos “rescates” promueven un conocimiento más profundo por parte del equipo de salud de las condiciones de vida que determinan la salud de estos niños. En la actualidad el único insumo que recibe este programa es el que, para los casos de déficit nutricional, provee el Plan Más Vida dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia.

Es preciso destacar que esta acción focalizada en madres y niños se ha sostenido desde hace más de diez años logrando una reducción de más de 10 puntos sobre mil en los indicadores de mortalidad infantil, entre los años 1997 y 2005 la tasa de mortalidad infantil se redujo del 26,2 al 14,1 por mil nacidos vivos. Si bien el comportamiento de este indicador ha sido oscilante en los

últimos 9 años se ha mantenido en niveles sensiblemente inferiores más allá de la aguda crisis socio-económica del año 2001 por los esfuerzos del personal de salud en este sentido.

El Seguro Público de Salud fue un programa que en su diseño inicial sintetizó el lugar que se le asignaba a la atención primaria médica en la reforma del sistema sanitario en general, y en el subsector público en particular. Este programa se puso en marcha a comienzos del año 2000 con el objeto de brindar cobertura asistencial a la población infantil que no contara con cobertura sanitaria provista por el sector privado y/o la seguridad social. En tanto que apunta a la población que no está cubierta por el mercado, claramente se trata de una iniciativa con características compensatorias y focalizadas. Funciona a partir del concepto de “cápita”, es decir que es un programa que financia recursos humanos de acuerdo con la población que cada profesional capita (tiene a su cargo nominalmente y controla periódicamente), y el estado le abona del mismo modo que las obras sociales.

Este programa se inició en un principio con pediatras y luego se amplió a otras especialidades médicas (clínica médica y obstetricia). Dado que ofrece un servicio asistencial a modo de “obra social” los profesionales debían encargarse de conseguir un consultorio en el barrio asignado y la provincia les proveía de un listado de pacientes a quienes brindar cobertura. Este es tal vez el más claro ejemplo de privatización de la atención primaria en este distrito, ya que barría con prácticas propias de la concepción de Alma Ata. Este programa negaba la posibilidad de una mirada más integral a partir de la constitución de equipos multidisciplinarios, suponía una atención de baja calidad en tanto que no aseguraba mecanismos de derivación, referencia y contrarreferencia, no era de acceso universal ya que la atención era solamente para los pacientes seleccionados, y daba por tierra con las conquistas laborales de los médicos en tanto que se les negaba la posibilidad de un salario completo y se les abonaba por servicio.

Este programa fue objeto de disputa entre las autoridades provinciales y las municipales quienes planteaban en un principio la necesidad de incluir a los profesionales del seguro público en los consultorios de los CAPS. Finalmente así se hizo y actualmente el ingreso a través del SPS es un complemento salarial (que supone una intensificación de la jornada laboral) para los profesionales de los CAPS que están incluidos en este programa. En definitiva se impuso el criterio de la gestión local en la instancia de implementación por sobre las concepciones propias de las propuestas de reforma de los 90. Cabe señalar que en sus inicios este programa estuvo bajo la influencia directa del desarrollo del Plan Vida, en el que se articulaban sus acciones con las

“manzaneras”. Eran ellas las encargadas de conseguir los consultorios para los profesionales (más de una vez en sus propias casas) de informar a la población “capitada”, de asignar los turnos y asegurar los controles; o sea que de ellas dependía prácticamente la accesibilidad al programa.

Es este mismo período surgen dos programas en los que la focalización se realiza a partir de la identificación de “población en riesgo”, y si bien considero arriesgado asumir esta terminología dado que expresa la hegemonía de la epidemiología en el período, vale especificar a qué aluden. Los programas Progema (Programa de prevención del cáncer génito – mamario) y Prodiaba (Programa de prevención de la diabetes) tienen por objetivo la población que por sexo y edad presentan una frecuencia estadística mayor de la posibilidad de contraer estas enfermedades. En estos casos el recorte no implica necesariamente las condiciones de vida de esta población. El Prodiaba es el programa destinado a asistir y proveer medicación a personas diabéticas. Se orienta a adultos mayores de 40 años, y en el distrito se lo asoció al trabajo que desarrollan los médicos clínicos, quienes además de indicar el tratamiento promueven la formación de grupos de adultos para la realización de actividad física controlada y se encargan también de promover los controles periódicos de tensión arterial y glucemia. Este programa cuenta con la financiación del ministerio de salud de la provincia.

Por su parte el Progema involucra a los médicos ginecólogos de los CAPS e implica la realización de estudios para la detección precoz del cáncer de útero (papanicolau y colposcopia) y del cáncer de mama (mamografía). Supone la realización de actividades de captación y seguimiento de mujeres mayores de 40 años para la realización periódica de estos estudios diagnósticos. El programa cuenta con financiamiento provincial para la provisión de los insumos necesarios para la realización de los papanicolau, pero se han detectado importantes dificultades tanto en la provisión y mantenimiento de colposcopios (hay solamente 5 colposcopios para todos los CAPS) así como para el acceso a los estudios de mama ya que el hospital de referencia no cuenta con mamógrafo. Así mismo se encuentran en dificultades para asegurar la provisión de los resultados de los papanicolau por parte de este mismo hospital.

Todos los estudios de laboratorio en el distrito se organizan de la siguiente forma: un vehículo recorre semanalmente los CAPS, retira todas las muestras para estudios de laboratorio de distinto tipo, y remite posteriormente los resultados a los CAPS para la atención de los pacientes. Este sistema de referencia y contrarreferencia hace que los resultados de los estudios demoren un tiempo más que considerable, que muchas veces si el profesional no lo reclama no vuelvan los

resultados al centro de salud, y que una vez que están los resultados este trámite dificulte el seguimiento de las pacientes, ya que no se las puede citar hasta no tener los resultados. Este programa tiene asignado un coordinador que es quien tiene que capacitar a los profesionales en servicio, y a su vez tiene que tramitar con el ministerio provincial la provisión de insumos y remitir los resultados. En ocasiones este coordinador retira los resultados del hospital y los lleva a los centros de salud para facilitar el seguimiento de las mujeres.

Es posible sugerir que en este período coexisten dos tipos de recortes, por una parte los recortes de población más vulnerable a contraer patologías específicas, y por otra un recorte poblacional a partir de su acceso o no a los servicios de salud a través del mercado. Uno es un recorte estadístico de tipo epidemiológico y el otro de tipo socio – económico.

### **Programas formulados en la etapa posneoliberal.**

En el período que se abre con posterioridad a la crisis del 2001 y particularmente a partir de 2003, se diseñan nuevos programas que se inscriben en un discurso empeñado en “recuperar” los principales postulados de la Atención Primaria entendida desde una perspectiva integral. Básicamente se intenta afirmar el carácter universal de la atención de la salud a partir de un fortalecimiento del subsistema público. Desde esta perspectiva se diseña el REMEDIAR, que es tal vez el programa emblemático con que el Ministerio de Salud de la nación abre esta etapa.

Este programa provee botiquines con la medicación básica para cada CAPS. Los botiquines se entregan cada 300 consultas. Si bien cuenta con financiamiento externo (BID) en su formulación se afirma el acceso “universal” y gratuito a los medicamentos básicos desde la crítica a los programas focalizados y los supuestos de ineficiencia en la asignación de recursos por parte del estado que hegemonizaban el discurso de los gerentes de la salud. Como estos organismos exigen un estricto control de los recursos, requiere del cumplimiento de complejos formularios y un control de gestión del centro de salud a partir de instrumentos sumamente sofisticado. Cada centro de salud designa un coordinador del programa quien se responsabiliza de llenar varias planillas y de inventariar el stock de remedios del depósito. Esta responsabilidad recae en general en el personal administrativo, y suele generar conflictos con los médicos que no se adecuan a estas normativas. También prevé la adecuación de los fármacos del botiquín de acuerdo con el perfil de la demanda del CAPS. Al mismo tiempo requiere de espacios adecuados para el almacenamiento.

Sin embargo, la complejidad en su implementación ha dificultado el desarrollo de todos sus componentes. Entre las dificultades que suelen mencionarse sintetizamos las siguientes: inadecuación de la medicación a la demanda del centro porque no se completan correctamente los formularios, incremento de trabajo para los administrativos de los CAPS, falta de espacio para un almacenamiento adecuado, problemas con la frecuencia de entrega, y otros. Aún así es preciso destacar que este también es un programa de cobertura universal, o como dijimos anteriormente, de focalización por defecto, ya que se orienta exclusivamente al primer nivel de atención, con el supuesto de que de esa forma se reorienta la demanda de atención del segundo al primer nivel de atención. Cabe destacar el impacto redistributivo de este programa en tanto que el gasto en medicamento de los hogares se reduce en un 60%, y esta reducción repercute en el poder adquisitivo de los hogares de menores ingresos. (Ugalde, A. y Homedes, N.; 2007: 39).

El otro programa insignia de esa gestión ministerial es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva que es el programa de planificación familiar creado por la ley nacional N° 25673 en el año 2004. En sus objetivos se orienta a disminuir la mortalidad materna causada por abortos, disminuir el embarazo adolescente y reducir el contagio de SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Busca “promover en mujeres y varones el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de su vida.” Involucra a los ginecólogos y supone los siguientes módulos:

- a) Información: que consiste en exponer los métodos anticonceptivos; se informa también a cerca de eficacia, ventajas y desventajas, efectos colaterales, complicaciones, prevención de enfermedades de transmisión sexual y seguimiento de cada método.
- b) Consejería: en el que los médicos tratan de “ayudar a decidir, el usuario del programa, qué es lo mejor para ellos en su situación particular, asistirlos a través de la escucha y el entendimiento para que puedan reconocer como se sienten, respetando a sus creencias y valores”.
- c) Provisión de métodos anticonceptivos: en esta instancia son los médicos quienes entregan periódicamente el método anticonceptivo elegido por las beneficiarias.
- d) Control de la salud. Esta instancia supone que la entrega periódica de métodos anticonceptivos facilita la realización de controles preventivos ginecológicos.

El financiamiento de este programa depende del Ministerio de Salud de la Nación quien provee condones, anticonceptivos orales hormonales combinados o progestágenos solos (para lactancia), anticonceptivos hormonales inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU), kits para colocación del DIU y folletería. Si bien es un programa formulado en el marco de la mencionada

ley de salud sexual y reproductiva y es de carácter universal, supone una focalización en las mujeres sexualmente activas y en edad reproductiva, ya que si bien los condones se entregan a hombres o mujeres, la participación de médicos ginecólogos excluye prácticamente a los hombres del componente de control de la salud.

En sus inicios, la implementación de este programa mostró una particularidad en la población de mujeres que comenzaron a demandar la colocación de DIU; en tanto que esta práctica no estaba incluida en el nomenclador de las obras sociales y debido a su alto costo, desde hacía mucho tiempo estaba reservada a mujeres de alto poder adquisitivo, comenzaron a asistir a los CAPS para la solicitar la colocación de DIU mujeres con cobertura social pertenecientes a sectores medios del distrito. La inclusión de este método supuso una democratización en el acceso al método generando efectos paradójales en la implementación del programa. Si bien en los fundamentos del programa se supone que, de acuerdo con los datos epidemiológicos disponibles, los embarazos no deseados y las muertes por esta causa afectan mayoritariamente a mujeres de escasos recursos, quienes o no tienen la información o no tienen el acceso a los métodos; en las prácticas el programa se había centrado en la colocación de DIU, en desmedro del resto de los componentes del programa. Posteriormente, con la incorporación de la colocación de DIU entre las prestaciones del PMO (Programa Médico Obligatorio) las obras sociales se vieron obligadas a brindar este servicio a sus afiliadas.

Asimismo es preciso mencionar que existe un desbalance entre los módulos previstos ya que este programa se ha centrado básicamente en la entrega del método anticonceptivo elegido por las usuarias, y principalmente en la colocación de DIU. La colocación de DIU está prescripta para mujeres con más de 35 años y más de dos embarazos, esto ha llevado a los médicos a ponderar la colocación en desmedro de las opciones de consejería e información. Considero que este proceso pone de manifiesto la hegemonía médica y las asimetrías en la relación médico – paciente mujer.

El último programa que se implementa entre el período 2003 – 2007<sup>39</sup> por iniciativa y con recursos de este ministerio es el Programa Médicos Comunitarios. Este programa, tiene por objeto la provisión de recursos humanos y la formación en atención primaria de la salud, tanto de los TS que se incorporan como de los que ya se desempeñan en el primer nivel de atención. Entre sus destinatarios incluye a médicos (clínicos, generalistas, ginecólogos y pediatras) como a

---

<sup>39</sup> Correspondiente a la gestión del Dr. Ginés González García como Ministro de Salud de la Nación.



profesionales de otras disciplinas (trabajadores sociales, enfermeros, obstétricas y psicólogos). La incorporación de nuevos profesionales se efectivizó a partir de la asignación de becas asistenciales para su desempeño en los CAPS. Las instancias de formación se ejecutaron a partir de la creación de un Posgrado en Salud Social y Comunitarias articulando acciones con distintas facultades de medicina de las universidades del país. Dado que se trata del programa objeto de esta investigación, será descripto más detalladamente en el siguiente capítulo.

Simultáneamente con la implementación de estos programas, desde la gestión provincial se continuó con programas focalizados por patologías “prevalentes” que implican la entrega de medicamentos para tratamientos de enfermedades específicas. Uno de ellos es el ProBAs (Programa Bonaerense de prevención del Asma infantil). Como su nombre lo indica se orienta a la detección temprana y el tratamiento del asma infantil y se focaliza en pacientes entre 0 y 18 años. A través de este programa el ministerio de salud de la provincia provee las drogas necesarias para el asma Salbutamol, Meprednisona y Budesonide, las que se retiran en los Centros de Salud con la presentación de un carnet de programa que garantiza el tratamiento por un año con posibilidad de renovación.

Articulando acciones con este programa se despliega el Irab. (Insuficiencia Respiratorio Aguda Baja) que es el programa que asiste fundamentalmente a los niños que, producto de enfermedades infecciosas, padecen de insuficiencia respiratoria (bronquiolitis, neumonías, broncoespasmos en general). Se basa en un protocolo terapéutico de suministro de medicamentos específicos para dilatar los bronquios y lograr una buena oxigenación, con control durante el episodio en el centro de salud vigilando su evolución. Posteriormente se le entregan medicamentos y se le establece un tratamiento domiciliario. La medicación es provista por el ministerio provincial con refuerzo en los meses invernales (junio, julio y agosto). Participa fundamentalmente el personal de enfermería, pediatría y clínica médica.

También desde la gestión municipal se diseñan programas, fundamentalmente basados en la articulación y normatización de acciones de los profesionales de diferentes especialidades; como por ejemplo el AKAP, que es el programa de Asistencia Kinesiológica en Atención Primaria, desarrollado a fines de “mejorar la calidad de vida y estimular el cuidado personal” de las personas que padecen diabetes e hipertensión arterial. Este programa lleva adelante un esquema de actividades físicas estimulando la participación de los pacientes en el tratamiento de dichas

patologías. Dado que es un programa de dependencia local, y por dificultades presupuestarias se desarrolla solamente en 8 de los 32 CAPS del distrito.

Desde esta misma perspectiva se formuló el Programa de Salud Mental del distrito. El municipio cuenta con asistencia de salud mental en APS que coordina un equipo centralizado, quienes también intervienen sobre “situaciones límite” articulando con la secretaría de desarrollo social. Se desarrollan actividades de capacitación al personal de los CAPS en temas de violencia familiar y lleva adelante un registro epidemiológico específico. Cuentan con 6 médicos psiquiatras y 11 psicólogos distribuidos en los 33 centros de salud, quienes desarrollan tareas de asistencia a la población demandante. El recurso farmacológico se obtiene a partir de la articulación con el Hospital A. Korn quien provee la medicación para los pacientes que están bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio. Dependiente de este programa el distrito cuenta con profesionales especializados en estimulación temprana distribuidos en 18 CAPS a quienes se derivan los niños con que requieren estimulación o presentan “dificultades de atención”. También desde este programa se desarrollan actividades en lo que denominan “Abordaje Integral de Violencia Familiar” articulando esfuerzos con escuelas y otras instituciones para la detección temprana de casos y para la capacitación hacia organizaciones barriales intentando promover la “consolidación de los vínculos familiares”.

Es preciso señalar que a partir del año 2002 en el distrito los TS alertaron respecto del incremento de demanda de atención producto de múltiples problemáticas que trascendían los problemas de tipo “biomédico”. Accidentes domésticos, traumatismos producto de situaciones de violencia familiar, adicciones de distinta índole, depresiones; y otras múltiples complicaciones que en su discurso aparecían en forma desordenada denotando una “falla” en el sistema. Los trabajadores sociales de los centros de salud tampoco parecían contar con las herramientas teóricas y prácticas para intervenir adecuadamente ante estos casos. Así la demanda se tradujo en la incorporación de los profesionales de salud mental (psicólogos y psiquiatras) a los CAPS organizados a partir de este programa. Este programa entonces, da cuenta de las limitaciones del modelo biomédico a la hora de abordar la salud como un proceso complejo propio del PSEA, y que se ponen de manifiesto en tiempos de aguda crisis socio económica.

En un mismo sentido la gestión municipal a partir del año 2005 comienza a trabajar en el desarrollo de un programa local que articule intervenciones para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. El programa VIH/SIDA tiene como objetivo fundamental la prevención primaria y

secundaria de esta enfermedad. En cuanto a las actividades de prevención y promoción contempla la contención pre y post test a quienes se realizan los estudios de diagnóstico, la profilaxis posterior a una situación de exposición. También contiene actividades de prevención de la transmisión vertical (madre – hijo) a partir de ofrecer a todas las embarazadas que se atienden en el centro de salud la serología para VIH. También se ofrece la realización de test rápidos para situaciones de urgencia. Para las mujeres embarazadas cuya serología es positiva se entregan antirretrovirales desde la semana 14 de gestación, y se suministra leche maternizada para los niños recién nacidos hijos de estas mujeres. Conjuntamente con las organizaciones de la sociedad civil específicas se desarrollan actividades de capacitación y provisión de alimentos. El desarrollo de este programa implica la coordinación entre los CAPS y el consultorio de infectología del hospital del distrito para el abastecimiento de medicamentos gratuitos a través del Programa Provincial de VIH-SIDA, y así también para los estudios de carga viral y recuento de linfocitos CD4 para el seguimiento y tratamiento oportuno de los pacientes bajo programa. También se coordinan actividades con el servicio social y con el servicio de salud mental del mismo hospital.

Por último, recientemente se ha creado el Programa de Difusión de Información Sanitaria a la comunidad. El objetivo de este programa es “proporcionar datos, información y conocimientos de calidad, pertinentes y actuales para generar modificaciones en hábitos que impactan en la salud individual y colectiva”. Es un programa que se crea con la expectativa de articular las actividades de promoción y educación para la salud que se desarrollan desde los CAPS con el objeto de favorecer el acceso a los servicios que brinda el sistema sanitario local.

Hasta aquí podemos reseñar que si bien se trata de un municipio caracterizado por altos niveles de desigualdad, los resultados sanitarios son similares a la media provincial en casi todos los indicadores, con una importante reducción en las tasas de mortalidad infantil a partir del año 1997. El sistema municipal de salud cuenta con una amplia red de centros de salud distribuidos en todo el territorio y creada a partir de un fuerte entramado de las organizaciones barriales con la gestión municipal que ha permitido que las demandas en materia de salud se materializaran en dicha red. Tal vez esto explique que más allá de los determinantes sociales de salud los resultados sanitarios sean relativamente favorables. Este desarrollo del primer nivel de atención contrasta con las deficiencias sostenidas en el segundo y tercer nivel de atención tanto en lo que refiere al sistema público como al privado y al de la seguridad social. En cuanto a la gestión local de la salud resulta de interés señalar el desarrollo de programas locales que intentan articularse con la implementación

de programas nacionales y provinciales; en esta convergencia, en el plano de lo local, se pierden de vista las concepciones ideológico - políticas en las que se inspiraron estos programas.

Si analizamos los programas de acuerdo con la clasificación utilizada anteriormente: clásicos, neoliberales y posneoliberales; podemos decir que los primeros han demostrado una eficacia relativa. La concepción preventivista si bien es dominante y es en la que se han formado la mayor parte de los trabajadores del primer nivel de atención, ha mostrado limitaciones para evitar la emergencia de enfermedades que se consideraban erradicadas o al menos controladas. Estas enfermedades, como el cólera, la tuberculosis y el sarampión han recrudecido en la misma medida en que empeoraban las condiciones de vida de estos conjuntos sociales. Por otra parte, es preciso reconocer que las políticas focalizadas, más allá de todo juicio de valor, han resultado eficaces de acuerdo con sus objetivos. En este distrito la notable reducción de la mortalidad infantil en tiempos de empobrecimiento de su población, da cuenta de esta eficacia. Por último, los nuevos programas (REMEDIAR, SSYR, Médicos Comunitarios), si bien desde el plano discursivo recuperan las nociones de universalidad en el acceso a la salud, aún no han podido demostrar su eficacia. En cambio es posible suponer que el mejoramiento en los resultados en salud se debe más a las transformaciones que se vienen dando en un nivel macroeconómico y social, que a acciones específicas del sector salud.

Sintetizando, las políticas sanitarias en el nivel local implican una diversidad y heterogeneidad que dificulta la adopción de una estrategia integral de la salud por parte de los equipos locales de salud. Por lo tanto considero que, una descripción etnográfica desde el ámbito de lo local, es decir desde el nivel de la implementación de las políticas contribuye a adecuar los análisis en lo que respecta a la caracterización de las políticas en lo que algunos denominan el “posneoliberalismo”.

## **Recapitulando**

En este tercer capítulo intenté dar cuenta, por una parte de todos los aspectos contextuales que dan cuenta de la dimensión local del problema. Es decir que, traté de desplegar aquellas cuestiones históricas y territoriales que permiten comprender las particularidades sociales y culturales del distrito elegido. Entre estos aspectos cabe reseñar el proceso de urbanización, propio de muchos distritos del segundo cordón del conurbano bonaerense y las características socioeconómicas que lo ubican como uno de los municipios más pobres de la región y que

precisamente por esa condición sus habitantes han desplegado las más diversas estrategias de reproducción, resistiendo el proceso de concentración de capitales y de pauperización al que se vieron sometidos por el desarrollo del modelo de acumulación neoliberal. A la hora de dar cuenta de estas condiciones socioeconómicas me detuve en el análisis de las categorías de marginalidad y exclusión, procurando identificar los contextos de producción de estas categorías y las limitaciones que presentan para el análisis de este caso. También me propuse dar cuenta de peculiares características que hacen al aspecto político organizacional de este distrito en el que es posible encontrar un importante entramado de organizaciones territoriales fuertemente imbricadas en la gestión local, que posibilitaron y potenciaron estas estrategias de resistencia que mencionamos más arriba. Este aspecto fue desarrollado desde una perspectiva procesual procurando dar cuenta también de una dimensión histórica.

En segundo término me aboqué al análisis de las condiciones socio sanitarias de esta población cotejando los indicadores de salud con los de la región, la provincia y el país. Este análisis resultó ser sumamente revelador en tanto que las desfavorables condiciones sociales no se expresan en todo su dramatismo en las condiciones de salud. Este hecho permite comprender que las políticas sanitarias en el distrito han tenido un fuerte efecto “compensador” que no es ajeno a la trama territorial de organizaciones involucradas en la gestión local de la salud. Así, a la hora de describir el sistema de salud es posible visualizar cómo la actual estructura de servicios se corresponde con las demandas de salud de amplios sectores de la población, lo cual explica el amplio desarrollo del primer nivel de atención a partir de la existencia de 34 CAPS en todo el distrito.

El análisis de los programas sanitarios que se despliegan desde el primer nivel de atención permite observar la coexistencia de acciones diseñadas y financiadas por los distintos niveles jurisdiccionales (nación, provincia y municipio), con objetivos múltiples, e inspiradas en diversas tradiciones del pensamiento sanitario en nuestro país. Más allá de esta diversidad de perspectivas, es notable la autonomía relativa que asume la gestión local en la instancia de implementación de estos programas, intentando articular recursos para contrarrestar el escaso presupuesto sanitario municipal.

## **CAPITULO IV**

### **EL PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS**

En este capítulo me focalizaré en describir y analizar las principales características del Programa Médicos Comunitarios dando cuenta de su diseño en términos de objetivos, acciones, financiamiento y alcance. Luego analizaré los contenidos teóricos que se ofrecieron desde los módulos bibliográficos deteniéndome en aquellos contenidos que hacen referencia a los determinantes sociales en salud y los referidos a la importancia de la promoción de la salud y la prevención. En el mismo apartado describiré las herramientas prácticas ofrecidas en estos módulos analizando su adecuación a las capacidades que se pretende que adquieran los alumnos del posgrado.

Posteriormente examinaré las herramientas técnicas y los temas que efectivamente fueron trabajados en las clases teóricas y en los encuentros periódicos que se realizaban en los CAPS con los tutores, dando cuenta de las modalidades pedagógicas que asumió el proceso de enseñanza aprendizaje. En esta parte pondré especial atención en las tensiones que se produjeron entre estudiantes y docentes en relación a las expectativas puestas en este proceso. Es preciso señalar, que la información que aquí se expone proviene fundamentalmente de mi experiencia docente en el posgrado y de observaciones realizadas en el marco de ella.

#### **Principales características del Programa Médicos Comunitarios; diseño e implementación en el nivel local.**

El Programa Médicos Comunitarios (PMC) se diseñó en el marco del Plan Federal de Salud en el año 2004. Este programa contemplaba dos grandes líneas de acción ya que implicaba el financiamiento de recursos humanos destinados al primer nivel de atención y a su vez incluía un componente de capacitación en servicio orientado a todos los profesionales de los equipos de salud. Entre estos profesionales se incluía tanto a los médicos que se desempeñaban en el primer nivel de atención, como a profesionales de otras disciplinas que también desarrollaran su actividad laboral en este nivel, como por ejemplo psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en enfermería, obstétricas, u otras disciplinas afines.

Se implementó en todas las jurisdicciones del sistema público de salud<sup>40</sup>.

Sus objetivos iniciales fueron:

- “Fortalecer la formación de los integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención, en AP, salud social y comunitaria.
- Ampliar la cobertura y calidad de la atención en el primer nivel en los sistemas de salud provinciales.
- Identificar y realizar el seguimiento de familias vulnerables y de situaciones de riesgo socio – sanitario.
- Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad” (MINISTERIO DE SALUD; 2005: 119)

En la formulación de este programa se explicitaba el objetivo de “lograr un sujeto crítico y reflexivo que problematice su realidad e intente transformarla” y en el modelo pedagógico utilizado se impulsó que “el alumno sea protagonista y el docente orientador, y que se articule la teoría y la práctica”. Es decir que se intentaba revertir déficits frecuentemente identificados en la formación de base de los trabajadores de la salud tales como una formación acrítica y jerárquica, y una práctica fuertemente normatizada. Se ponderaba la importancia de un cambio “actitudinal” instando a los TS a “salir del modelo hegemónico hospitalocéntrico para que los profesionales se acerquen y trabajen con la comunidad proponiendo acciones de promoción y prevención desde ella” (Ministerio de Salud, 2005:118). Se diseñaron dos grandes estrategias, reforzar el primer nivel de atención con la incorporación de 2800 profesionales y fortalecer la formación de todos los TS del primer nivel de atención a partir de la implementación de un posgrado.

El componente de capacitación adquirió la forma de Posgrado en Salud Social y Comunitaria y para ello se articuló con 17 Facultades de Medicina de universidades nacionales públicas y privadas para el desarrollo de los contenidos, la selección de docentes y la acreditación del posgrado. El rol de las universidades fue clave para el alcance del programa ya que se distribuyeron los distritos a cada una de las facultades involucradas y si bien los fondos provenían del presupuesto nacional eran estas unidades académicas las encargadas de seleccionar los docentes a cargo del dictado de las clases. Las actividades se organizaron en encuentros presenciales con los docentes en las universidades con una frecuencia mensual. También se creó un espacio de capacitación en servicio denominado “tutoría”. Los encuentros tutoriales se realizaban cada quince

---

<sup>40</sup> Participaron las 24 provincias, 397 municipios, 249 departamentos y 1582 CAPS.

días en los mismos CAPS y participaban solamente los alumnos de cada centro con la coordinación de un “tutor”. Si bien los tutores también eran personal a cargo de las facultades y eran seleccionados por éstas, eran propuestos inicialmente por los municipios de acuerdo con un perfil delineado por el ministerio. Se esperaba que el tutor conociera el distrito, tuviera experiencia en el trabajo de campo en salud y acreditara formación de posgrado en la temática.

Las facultades también participaron de la selección de contenidos. Estos se organizaron en diez módulos temáticos denominados: Sociedad y Salud, Epidemiología, Salud y Ambiente, Herramientas para la planificación y programación local, Las políticas de Salud, Sistemas de Registro y de Información en Salud, Equipos de Trabajo en Salud, Trabajo Comunitario, Redes Sociales, y Actualización de manejo de problemas de salud prevalentes. Entre las competencias que se esperaba que adquirieran estos profesionales se mencionaban: “abordar la estrategia de APS (...) con criterios humanos, científico – técnicos y éticos; utilizar la epidemiología como herramienta (...); [llevar adelante] acciones de programación local; detectar y seguir familias en situación de riesgo; implementar con la comunidad actividades de promoción de la salud (...); [desarrollar] tareas de articulación intersectorial” (MINISTERIO DE SALUD; 2005: 120).

Se distribuyó en forma gratuita entre los alumnos un libro con el material bibliográfico por cada módulo, de aproximadamente 200 páginas, compilado y editado por el mismo Ministerio. Estos libros contenían una selección de artículos y además una serie de actividades para desarrollar en los encuentros tutoriales y actividades de evaluación. Las Facultades se distribuyeron la elaboración de estos manuales de acuerdo con sus propios lineamientos académicos., por lo tanto el resultado final fue altamente heterogéneo, ya que las unidades académicas no compartían la misma perspectiva respecto de la APS ni tampoco respecto del proceso salud – enfermedad – atención y sus problemas.

La evaluación también fue un aspecto al que se le prestó atención, para asegurar la “articulación entre la teoría y la práctica”. Se definió para la evaluación de los módulos se elaboraron cuestionarios integradores y se exigió la presentación de un trabajo de aplicación para cada uno de ellos. Además se requirió la presentación de dos trabajos integradores (uno al finalizar cada uno de los dos años de duración del posgrado) que consistieron en un análisis de situación de salud (ASIS) en el primer año y la formulación implementación y evaluación de un proyecto comunitario como evaluación final al terminar el segundo año.



## Los alumnos del posgrado

La implementación del programa se efectuó por “cohortes”. La primera se inició en diciembre de 2004 a partir de la incorporación de médicos con una beca<sup>41</sup> para desarrollar 25 hs. semanales de actividades asistenciales y 20 hs. de capacitación y trabajo de campo, el monto de la beca era de \$1.400, el equivalente a un salario promedio de un profesional. También se incorporaron a las actividades de capacitación en servicio aquellos trabajadores del sistema de salud (médicos y no médicos) que percibían solamente la remuneración por su tarea asistencial<sup>42</sup>, cabe señalar que el salario de los médicos municipales rondaba los \$1.300 por 36 hs. de trabajo.

La segunda cohorte dio inicio en julio de 2005 incorporando a profesionales médicos y no médicos como beneficiarios también de las becas asistenciales. Así en el año 2006 el programa contaba con un total de 5939 alumnos en todo el país, de los cuales 2808 cobraban la beca de apoyo económico y 3131 eran profesionales que trabajaban en los CAPS; del total de alumnos un 57% eran médicos y el 43% restantes eran profesionales de otras disciplinas (trabajadores sociales, psicólogos, licenciadas en obstetricia u obstétricas y enfermeros).

En el año 2007 se implementó un segundo curso de posgrado de un año de duración denominado Metodología de la Investigación para la Salud Social y Comunitaria para ofrecer la posibilidad de continuidad del programa. Finalmente los becarios pudieron permanecer en los municipios, mediante la 3° etapa del programa, que intentó asegurar la continuidad de los mismos transfiriendo los fondos destinados al pago de las becas a dichos municipios.

En Florencio Varela el PMC se implementó en 26 CAPS. Con la primera cohorte se incorporaron 13 médicos para once centros de salud, y a ellos se sumaron 8 profesionales no médicos. Los médicos correspondían a las siguientes especialidades:

---

<sup>41</sup> Becarios de tipo A

<sup>42</sup> Becarios de tipo B

<b>Cuadro N° 9. DISTRIBUCION DE ESPECIALIDADES MEDICAS - PRIMERA COHORTE – AÑO 2004</b>		
Ginecología	5	38,5%
Clínica Médica	1	7,7%
Médicos Generalistas	5	38,5%
Pediatría	2	15,3%
TOTALES	13	100%

Fuente: Elaboración propia - 2012

En cambio, los profesionales no médicos pertenecían a las siguientes disciplinas:

<b>Cuadro N° 10. DISTRIBUCION DE DISCIPLINAS NO MEDICAS - PRIMERA COHORTE – AÑO 2004</b>		
Odontología	1	12,5%
Kinesiología	1	12,5%
Enfermería	1	12,5%
Obstetricia	2	25%
Trabajo Social	3	37,5%
TOTALES	8	100%

Fuente: Elaboración propia - 2012

En la segunda cohorte se agregaron 25 profesionales para quince CAPS más. En esta ocasión se utilizaron las becas tipo A para incorporar psicólogos, además de médicos. De esta decisión resultó que el número de alumnos que eran profesionales de disciplinas no médicas duplicó a los alumnos que eran médicos. Los médicos eran 8 en total y pertenecían a las siguientes especialidades:

<b>Cuadro N° 11. DISTRIBUCION DE ESPECIALIDADES MEDICAS - SEGUNDA COHORTE – AÑO 2005</b>		
Clínica médica	3	37,5%
Médico Generalista	1	12,5%
Pediatría	4	50%
<b>TOTALES</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. 2012

Por su parte, los profesionales no médicos sumaban 17 alumnos y se distribuían en las siguientes disciplinas:

<b>Cuadro N° 12. DISTRIBUCION DE DISCIPLINAS NO MEDICAS - SEGUNDA COHORTE – AÑO 2005</b>		
Enfermería	5	29,4%
Obstetricia	3	17,6%
Psicología	8	47,1%
Trabajo Social	1	5,9%
<b>TOTALES</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. 2012

Así, entre las dos cohortes es posible visualizar una leve preeminencia de los profesionales pertenecientes a disciplinas no médicas con clara mayoría de psicólogos, producto de la decisión política de aprovechar este programa para financiar la creación de un servicio de salud mental en APS; mientras que los médicos no alcanzaban un 46% del total de los inscriptos al posgrado.

<b>Cuadro N° 13. DISTRIBUCION DE DISCIPLINAS 1ª y 2ª COHORTE – AÑO 2005</b>		
Enfermería	6	13%
Obstetricia	5	10,9%
Psicología	8	17,4%
Trabajo Social	4	8,7%
Kinesiología	1	2,2%
Odontología	1	2,2%
<b>Total de Profesionales no médicos</b>	<b>25</b>	<b>54,4%</b>
Pediatría	6	13%
Clínica Médica	4	8,7%
Médico Generalista	6	13%
Ginecología	5	10,9%
<b>Total de Profesionales médicos</b>	<b>21</b>	<b>45,6%</b>
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. 2012

Por otra parte, en el año 2006 entre las dos cohortes totalizaban 38 los profesionales de la salud incorporados al PMC (ya que 8 alumnos ya habían abandonado el programa), de los cuales 18 percibían una remuneración por su tarea asistencial, y 20 solamente estaban incorporados a las tareas de capacitación del programa y percibían una remuneración de otro tipo (municipal o provincial).

La implementación del programa en el distrito presentó dificultades para convocar médicos, ya que no se logró cubrir el cupo asignado por el Ministerio de Salud de la Nación en ninguna de las dos cohortes. Esto se debió a un defasaje entre los salarios y en este caso las becas, ofrecidas desde el sector público y los salarios que se ofrecían desde el sector privado para los médicos. Es preciso señalar que si bien se enunciaba entre los objetivos del programa fortalecer y jerarquizar el primer nivel de atención, el monto de las becas no expresaba cabalmente esta intención ya que era inferior a las remuneraciones promedio del mercado de trabajo, al menos en

lo que respecta al área metropolitana, ya que estas remuneraciones habían surgido de un promedio nacional de las remuneraciones en el sector público, y por lo tanto las provincias del NOA (Noroeste Argentino) y el NEA (Noreste Argentino) se veían favorecidas si se las comparaba con la región patagónica o la región metropolitana.

Si bien en sus inicios este programa despertó interés por parte de una importante porción de los TS que trabajaban en el sistema, esto no tuvo un correlato en cuanto a la incorporación de nuevos profesionales al sistema. De hecho no se lograron cubrir todas las vacantes asignadas al distrito para la asignación de becas asistenciales, y las mismas fueron otorgadas en su mayoría a trabajadores que ya desempeñaban tareas en el sistema de salud. Cabe destacar que fueron muchos los que no pudieron acceder a la beca asistencial debido a que por su carga horaria entraban en situación de incompatibilidad de acuerdo con lo estipulado por el mismo PMC, en cuanto a que no podían sumar más de 70 horas semanales con todos los cargos que tuvieran en el sistema público de salud. De este modo se utilizó al PMC como un mecanismo de financiamiento para incorporar horas de asistencia al sistema sin incorporar nuevos agentes.

Nos parece interesante resaltar que para el inicio de la segunda cohorte, dado que se habilitó el otorgamiento de becas asistenciales a profesionales no – médicos, el municipio utilizó esta posibilidad para incorporar personal en las áreas de enfermería y de salud mental, volcando un 80% de las becas asistenciales a la incorporación de psicólogos a los CAPS y al incremento de las horas de enfermería.

En este sentido cabe destacar que en el lanzamiento del programa el Ministerio había comprometido el otorgamiento de un título de magíster a quienes aprobaran el posgrado, lo cual resultaba un motivador importante incluso en lo que tiene que ver con la inserción en el mercado laboral específico, ya que ninguno de los profesionales tenían ese nivel de formación. Este compromiso no pudo ser cumplido posteriormente dado que el diseño de la currícula del posgrado no se ajustaba a lo requerido por las universidades y la CONEAU<sup>43</sup> para acreditar maestrías. Cabe señalar que muchas universidades plantearon resistencias para esta acreditación ya que en parte este posgrado se superponía con la oferta educativa de las mismas, que suelen cobrar por los estudios de maestría. El hecho de que no pudiera acreditarse como maestría también da cuenta de un alto grado de improvisación por parte de las autoridades ministeriales quienes se confiaron en acuerdos con otras instituciones para poder hacerlo una vez iniciado el programa.

---

<sup>43</sup> Comisión Nacional de Educación y Acreditación Universitaria

## **Los contenidos teóricos y las herramientas técnicas del PMC.**

### **Acerca de los módulos.**

Para realizar un análisis de los contenidos del curso de posgrado es preciso considerar no solamente su estructura curricular y la selección bibliográfica sino también las actividades y las evaluaciones planificadas en relación a las competencias que se esperaba que adquirieran los alumnos. Para ello resulta pertinente un estudio de los módulos que sirvieron de soporte para cumplir con esta programación, en particular nos centraremos en aquellos módulos temáticos que aluden al foco de esta investigación, es decir los módulos “1: Salud y Sociedad”, “2: Epidemiología”, “3: Salud y Ambiente”, “4: Herramientas para la planificación y programación local”, “5: Salud y Participación Comunitaria” y “10: Problemas Sociales de Salud Prevalentes”. Esta selección obedece a que estos módulos dan cuenta de las concepciones que se ponen en juego a la hora de analizar el proceso s-e-a y las nociones sobre promoción y prevención en salud.

Más adelante describiremos las actividades teóricas y prácticas realizadas a lo largo del curso, analizando los contenidos teóricos abordados y las herramientas técnicas ofrecidas en las instancias áulicas, y aquellos contenidos y herramientas utilizadas para las instancias de evaluación del curso.

El primer módulo, “Salud y Sociedad” supone una mirada general de la concepción filosófica que inspira el posgrado. Así en una primera instancia se enfoca en los “determinantes sociales del proceso salud – enfermedad” y en “la pobreza y las condiciones de vida”. Comienza con un relato del desarrollo socio histórico de la biomedicina y reseña las crisis del modelo biomédico, poniendo el énfasis en la necesidad de “reconceptualizar la salud”. Desde esta perspectiva propone que el “proceso salud – enfermedad” debe ser entendido como “un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total [resaltando] la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales” (Ministerio de Salud; 2005: 35). En esta definición llama la atención la exclusión de la dimensión de la “atención”, que impide la reflexión respecto de la participación del modelo médico hegemónico en la construcción del proceso. También vale la pena señalar la impronta funcionalista en la definición de proceso, ya que se trata de un equilibrio inestable entre el organismo y su ambiente, en el que la s-e-a no resulta de procesos sociales e históricos, sino que lo social, lo histórico, lo económico y lo político son factores intervinientes pero sin abandonar un carácter residual. También vale la pena hacer

mención de la omisión de la subjetividad y de la dimensión cultural, solamente en un apartado se señala “el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en el que tienen lugar” (Ministerio de Salud; 2005: 36).

Más adelante el módulo avanza sobre la noción de “campo de la salud” de Marc Lalonde<sup>44</sup>, y sobre “los determinantes de la salud y la pobreza”. Este tema se encara recurriendo a las formulaciones de uno de los referentes del PNUD<sup>45</sup>, que es crítico de los efectos de las políticas del Consenso de Washington pero que no profundiza en las causas de esta situación. Así se hace mención a la “infantilización” y la “feminización” de la pobreza, y el impacto diferencial que tienen estos procesos de pauperización sobre poblaciones indígenas, sobre los jóvenes, sobre los discapacitados y los ancianos. Se menciona la generación de “nuevos pobres” sobre todo en la Argentina a partir de la “exclusión” de grandes contingentes del mercado de trabajo; y también se plantea que la pobreza es producto de la desigualdad. Sin embargo a la hora de describir la desigualdad refieren a la distribución del ingreso pero no a procesos más amplios de explotación y apropiación del producto social.

La segunda unidad del módulo se centra en el concepto de “grupos vulnerables” y en la distinción entre “desigualdad” e “inequidad”. Para abordar el primer tema se centran en los conceptos de “estratificación social” entendida como la pertenencia a una clase o grupo social que determina las oportunidades en salud; “exposición diferencial” al riesgo; “vulnerabilidad diferencial” que tiene que ver con los factores de riesgo asociados, e “impacto diferencial” que refiere a las consecuencias de la enfermedad en los sectores más desfavorecidos de la escala social. A continuación se reseñan las diferentes teorías del campo de la bioética sobre la equidad (entendiendo la inequidad como aquellas desigualdades que se consideran injustas) con especial énfasis en la teoría de la justicia de Rawls y en los postulados de Amartya Sen. El acento en este caso está puesto en construir una mirada más amplia sobre los procesos s-e-a atendiendo las situaciones de injusticia social y las condiciones desfavorables en particular respecto de las mujeres y los niños; también se hace hincapié en la salud como derecho humano universal para legitimar intervenciones compensatorias.

---

<sup>44</sup> Ya explicitada en el capítulo II de esta tesis.

<sup>45</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Se trata de Bernardo Klisberg un conocido consultor de este organismo.

La unidad tres está dedicada a la cultura y las barreras culturales que inciden en el acceso a la salud. Luego de reseñar algunas definiciones de cultura se toma como concepto clave para abordar esta temática la noción de “representación social” entendida como “sistema de interpretación que rige nuestra relación con el mundo y con los otros, orientando y organizando las comunicaciones sociales (...); puede decirse también que son la versión contemporánea del sentido común” (Ministerio de Salud; 2005: 105). Se entiende en este texto las representaciones sociales como conocimiento práctico y se atiende las diferentes representaciones de acuerdo con el lugar en la estructura social. De la noción de representación social se pasa luego a considerar las prácticas culturales y la discriminación, las nociones sobre el cuerpo y la enfermedad de acuerdo con las distinciones de género, las representaciones sociales de los jóvenes respecto de la salud y la organización de las familias en torno de la salud y las prácticas alimentarias. La dimensión cultural se cierra con una apelación al “diálogo” entre la “medicina folklórica” y la “medicina formal” para eliminar barreras en el acceso a la salud.

Para finalizar el módulo, la unidad cuatro se enfoca en la APS como estrategia. Destacan la importancia de la perspectiva integral y del componente de la participación comunitaria. Resumen las tres perspectivas de la APS pero en este caso las definen como: estrategia para aludir a la atención primaria integral, como nivel de atención en referencia a la atención primaria médica; y como programa de actividades, mencionando la crítica a los programas focalizados basados en el enfoque de riesgo propios de la atención primaria selectiva. El módulo rescata la concepción integral como estrategia de cambio de los sistemas de salud, y rechaza la perspectiva que la identifica con el primer nivel de atención ya que termina convirtiéndose en un “techo” de acceso a servicios de salud para las poblaciones más empobrecidas. Luego se describen las barreras para la implementación de la APS identificando como las principales las distancias geográficas, la organización de los servicios y las “distancias culturales” entre los TS y “la gente”. Defienden a su vez la necesidad de regionalizar y la importancia del nivel local para mejorar la accesibilidad a los servicios, y la importancia de la participación comunitaria para mejorar la calidad de la atención. En este último punto retoman las propuestas de Grodos y Bethune (1987) respecto de las prácticas de promoción y participación en salud.

Sintetizando, el primer módulo del posgrado retoma varios de los principales puntos de la discusión en torno de la APS y asume una perspectiva crítica de las concepciones hegemónicas en los 90 que ponderaban la focalización y las intervenciones compensatorias sobre los conjuntos sociales más desfavorecidos por la aplicación de las políticas neoliberales.



En cuanto a las herramientas técnicas que se ofrecen podemos destacar que proponen desde la primera unidad el ejercicio de elaborar un informe que se seguirá trabajando a lo largo del curso, sobre los determinantes de salud y las características del barrio en el que se desempeñan. Para ello ofrecen cinco guías metodológicas. En las dos primeras se trata de orientar la inserción comunitaria y se explican métodos de trabajo de campo como la observación (estructurada y no estructurada), las entrevistas en profundidad identificando informantes claves. Las guías restantes refieren a la familia como unidad de estudio y ofrecen recursos para abordarlas. El módulo propone la realización de un taller para trabajar con la comunidad la concepción de salud.

En cuanto a las modalidades de evaluación, en el módulo se reconocen instancias de autoevaluación organizadas a partir de guías de lectura y actividades de integración de cada unidad temática que en general van completando el informe barrial mencionado además de proponer la realización de una síntesis de las lecturas de cada unidad. La evaluación final del módulo consta de un cuestionario de selección múltiple de 30 interrogantes, y de la elaboración de un trabajo que intenta articular los conceptos teóricos con la experiencia de trabajo en los CAPS.

El segundo módulo está dedicado a la epidemiología e intenta ofrecer herramientas teóricas y prácticas para analizar la situación epidemiológica a nivel local y “mejorar la eficacia de la atención considerando el análisis de la situación de salud”. En la primera unidad se realiza una reseña de la evolución histórica de este campo de las ciencias que va desde la “teoría miasmática” y los trabajos de John Snow hasta las corrientes de la “epidemiología crítica” propias de la Medicina Social en América Latina. También en esta unidad se analizan las aplicaciones que se han hecho de la epidemiología para el desarrollo de la medicina preventiva y para el análisis de los determinantes sociales de la salud. En la segunda unidad se abordan las diferentes medidas y diseños epidemiológicos. Se describen las fórmulas para obtener “razones”, “proporciones” y “tasas”; se explican los conceptos de índice e indicador; se distingue entre prevalencia e incidencia; y se enseña a trabajar con la información estadística oficial (tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad, esperanza de vida al nacer, años de vida potencialmente perdidos). En cuanto a los diseños epidemiológicos se distinguen los estudios descriptivos de los analíticos, incluyendo dentro de los primeros los individuales y las poblacionales; y entre los segundos los observacionales y los experimentales.

La tercera unidad está destinada al proceso de investigación incluyendo una reflexión acerca de los fundamentos epistemológicos de las metodologías de investigación a adoptar. La metodología propuesta supone un diseño clásico que incluye el planteamiento del problema, el marco teórico, las hipótesis, los diseños o estrategias metodológicas, la recolección de la información, su análisis, y la redacción del informe final. En cuanto a las estrategias metodológicas el módulo se centra en la definición de variables (dependientes, independientes e intervinientes, y de persona, tiempo o lugar) y en su medición ponderando de esta forma los estudios de tipo cuantitativo. En las unidades cuatro y cinco el módulo recupera las formulaciones de la epidemiología crítica y revisa las teorías de la causalidad o la multicausalidad, para oponerlas al concepto de determinación. De allí se adentra en las posibilidades de los Análisis de Situación de Salud (en adelante ASIS) y define “situación” en referencia “al contexto, a la población y su estado de salud así como los servicios de salud; dichos componentes dan origen a tres grandes grupos de análisis de la situación de salud que son: análisis demográfico y socioeconómico, análisis de morbilidad y mortalidad y análisis de la respuesta social por parte de los servicios de salud” (Ministerio de Salud; 2005: 143). De este modo se incorpora la dimensión de la atención al proceso salud enfermedad. Finalmente ofrece un listado de indicadores a considerar para la realización de un ASIS. En la última unidad el módulo recupera las críticas formuladas al enfoque de riesgo en salud y el lugar preponderante que se le dio a la epidemiología en este sentido.

Este módulo se caracteriza por ofrecer una serie de herramientas técnicas para la utilización de fórmulas estadísticas para la construcción de indicadores propios. Al igual que el módulo 1 también incluye guías de lectura y ejercicios de aplicación al trabajo en los CAPS. En los anexos ofrece dos lecturas complementarias que refieren a los distintos tipos de estudios en investigación médica y otro texto referido a la lectura crítica de las investigaciones médicas. También se incluyen dos guías metodológicas, entre ellas una que indica cómo relevar información para un ASIS. Por último se anexa un glosario amplio de los términos más utilizados en epidemiología.

Las actividades de evaluación también se orientan en este caso a la aplicación de conceptos teóricos a la actividad práctica en los centros de salud, a partir de actividades de integración de cada unidad temática. En este caso, la evaluación final del módulo incluyó nuevas instancias: un cuestionario de selección múltiple, una serie de interrogantes conceptuales y la resolución de tres casos problemáticos, por una parte; y además la planificación de una investigación operativa a partir de un problema seleccionado en cada CAPS. Lamentablemente, en este caso no se tuvo en

cuenta el trabajo iniciado en el módulo 1 ni el énfasis teórico puesto en la realización de un ASIS, lo cual demuestra las inconsistencias curriculares en el diseño del posgrado, producto de la participación de múltiples unidades académicas en la confección de los módulos.

Salud y Ambiente es el título del tercer módulo. Este módulo no merece una consideración temática en profundidad de acuerdo con los objetivos de la investigación, pero sí amerita una mención a las actividades que allí se requieren. Respecto de los contenidos, podemos señalar que se organizan en cuatro unidades temáticas: desarrollo humano, medio ambiente y salud; contaminación ambiental; incidencia en los procesos salud – enfermedad; cuidados saludables del medio ambiente y niveles de responsabilidad en el cuidado del medio ambiente. El peso está puesto en la tercera unidad en la que se describen las posibles fuentes de contaminación a partir del agua, las excretas y efluentes, los residuos, los alimentos, el aire, los plaguicidas y fertilizantes y el suelo; y los efectos nocivos en la salud. Acompañando esta unidad se adjunta una tabla por cada factor de contaminación y las acciones preventivas a considerar. Respecto de las actividades y la evaluación nuevamente nos encontramos con la discontinuidad en las actividades propuestas al finalizar cada unidad como respecto de la evaluación final del módulo para el que se requiere la realización de una actividad formativa con la población y una acción de saneamiento ambiental. En este módulo se hace énfasis en la participación comunitaria para el cuidado del medio ambiente y en la realización de estas actividades por parte de los alumnos del posgrado. Sin embargo no existe una perspectiva que incluya los derechos ciudadanos respecto del medio ambiente ni menos las responsabilidades políticas por parte del estado a la hora de regular el desarrollo económico o fijar políticas activas al respecto, más bien se naturalizan las consecuencias de la expansión del capitalismo y sus consecuencias para el medio ambiente.

Resulta significativo que se aborde en primera instancia en el módulo 4 la planificación local y recién en el módulo 7 la participación social en salud, ya que si bien el módulo de planificación hace énfasis en la participación social para la planificación estratégica se espera seis meses para abordar la reflexión sobre la participación social en salud como un tema prioritario en el desarrollo de la APS.

Más allá de esta consideración vale rescatar el enfoque respecto de la planificación, ya que en una primera unidad identifica la planificación como un campo de fuerzas en el que intervienen múltiples actores sociales<sup>46</sup>, entre ellos el estado; y realiza una crítica a la planificación normativa,

---

<sup>46</sup> Definido como toda persona, grupo o institución que controla recursos de poder

con predominio de la racionalidad técnica por sus múltiples fracasos, y asocia la planificación estratégica con la cuestión del poder, o los macropoderes que se juegan en el nivel local. Se caracteriza la propuesta de los SILOS como un intento de operacionalización de la estrategia de APS y rescata la propuesta de la Red de Municipios Saludables (que en ese entonces era la estrategia que fijaba las políticas hacia el sector público por parte del Ministerio).

En segunda instancia el módulo se enfoca en la delimitación y jerarquización de problemas susceptibles de ser abordados en un proceso de planificación local. Se reseñan entonces distintas técnicas de relevamiento: observación, observación participante, entrevista, entrevista abierta, encuesta, cuestionario, grupo focal, tormenta de ideas y foro comunitario. Nótese que se confunden herramientas o técnicas para la recolección de la información con dinámicas, por ejemplo, es posible utilizar una lluvia de ideas en un grupo focal, pero no en una encuesta; del mismo modo que si bien es posible hacer una observación participante de una asamblea, no se puede hacer en ella un grupo focal. Para priorizar problemas se ofrece en el texto una escala de ponderación confeccionada a partir de una encuesta; y luego se entra de lleno en métodos simples para analizar los problemas y diseñar acciones para intervenir. Entre los métodos que se ofrecen está el “árbol de los problemas”, un diagrama causa – efecto y un “flujograma situacional” cada uno de estos métodos permiten contextualizar un problema de salud y discriminar factores causales, intervinientes y consecuencias de un modo sencillo.

Por último se aborda la programación local distinguiendo el momento normativo, para el que se formulan objetivos, población objetivo, actividades, recursos, plazos, responsables y evaluación; del momento estratégico que refiere a las condiciones de viabilidad (institucional, política y económica) de la propuesta, y el momento táctico operacional que es el que tiene que ver con la ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones previstas. En la instancia de la evaluación nuevamente se hace énfasis en la participación como estrategia para la programación local.

Las actividades en este caso son en general todas prácticas y es muy escaso el componente conceptual. La evaluación final vuelve a ser un cuestionario de selección múltiple y una programación a partir de la priorización de tres problemas identificados, desarticulado de las evaluaciones de los módulos anteriores.

El módulo de Participación Comunitaria refiere en una primera unidad al desarrollo histórico del concepto y los sentidos que se le han ido otorgando, las tendencias neoliberales que

tienden a poner el eje en la participación individual de los sujetos y la ausencia de consideración de los procesos sociales de participación que operan en la realidad, y la importancia del espacio local en los procesos de participación social. Luego el texto intenta desentrañar el concepto de participación comunitaria en salud identificando dos modelos que tienen que ver con el tipo de participación esperada, es decir si se trata de una participación en la toma de decisiones o es una participación restringida a las actividades planificadas por el equipo de salud.

En la segunda unidad se analiza la Carta de Ottawa<sup>47</sup> y la importancia de la participación para la promoción de la salud. Se critica la noción de *empowerment* en tanto que alude a una mirada individual y no a procesos colectivos y propone la adopción del término “fortalecimiento” para aludir a estos procesos. Esta unidad también aborda la educación popular como estrategia para la promoción de la salud adoptando la perspectiva freiriana de la pedagogía de la liberación. También se encaran algunos temas en relación con los procesos de participación social como la comunicación popular, los liderazgos comunitarios y la importancia de reconocerlos, y el trabajo en redes.

El módulo finaliza ofreciendo técnicas participativas para el trabajo en salud. Estas se clasifican de acuerdo con los objetivos de su utilización en: técnicas de iniciación grupal, técnicas para promover el análisis y la producción grupal, técnicas de organización y planificación y técnicas de evaluación y cierre; también se proponen algunas herramientas de comunicación popular. Llama la atención en este libro que tanto las actividades de integración de cada unidad como la evaluación final no propongan la realización de actividades comunitarias y se limiten a la reflexión y un ejercicio de síntesis de los contenidos, para el caso de las integradoras y al clásico formulario de selección múltiple para la evaluación final.

Por último merecen destacarse los contenidos del módulo 10 “Problemas Sociales de Salud Prevalentes”. Estos contenidos, según consta en la presentación del módulo, fueron seleccionados por el personal del posgrado del Ministerio de Salud de la Nación, a partir de su experiencia en contacto con alumnos y docentes involucrados en el PMC. Por lo tanto y según lo reconocen ellos mismos, fueron reconduciendo la idea original del módulo que preveía el abordaje de las principales patologías médicas que se observan en los CAPS hacia “problemáticas fuertemente atravesadas por las condiciones sociales actuales” (Ministerio de Salud, 2007: 11). Los problemas abordados son adicciones, violencia intrafamiliar, discapacidad, malnutrición, salud sexual y

---

<sup>47</sup> Véase el Capítulo II

reproductiva y tercera edad. De este módulo llama la atención la ausencia de indicadores epidemiológicos que indiquen la prevalencia de estos problemas, aunque vale rescatar la intención de ofrecer bibliografía que sistematice las preocupaciones principales de los alumnos del posgrado, la perspectiva integral en la delimitación y tratamiento de los problemas seleccionados, y la información que se vuelca en los anexos respecto de las principales instituciones que abordan cada uno de estos temas en todo el país, como una herramienta para la derivación y consulta especializada.

Resumiendo, la principal característica que observamos en la elaboración de estos manuales es la diversidad de perspectivas sobre los principales temas de la APS. Así el módulo 1 da cuenta de los principales debates asumiendo la crítica a la propuesta selectiva de la APS, pero esta línea no se sostiene claramente en los módulos subsiguientes. Esta heterogeneidad en los posicionamientos teóricos tiene su correlato en la discontinuidad en las actividades comunitarias propuestas y en las modalidades de evaluación, lo cual entorpecía la concreción de un trabajo con la comunidad ajustado a los contenidos teóricos que se venían trabajando.

### **Las clases y los docentes**

Estos materiales de lectura y ejercitación fueron entregados gradualmente a todos los alumnos y docentes del posgrado. Al distrito de Florencio Varela le correspondía la Universidad de La Plata, que desde el área de posgrado asumió las actividades docentes del curso. Estas actividades estaban organizadas en encuentros presenciales en la sede de la universidad, con una frecuencia mensual. El equipo docente estaba compuesto por dos directores del curso (ambos médicos especialistas en salud pública), un docente a cargo de cada distrito que para el caso de Varela fueron designados dos médicos generalistas (uno para cada cohorte), y dos tutores de campo, uno de ellos psicólogo y el otro antropólogo.

Los encuentros mensuales tenían una duración de ocho horas cada uno y se realizaban los días sábado. Se estructuraron en una clase teórica por las mañanas de cuatro horas, en general a cargo de alguno de los directores; y un encuentro teórico práctico por las tardes a cargo de los médicos generalistas que eran los docentes a cargo del curso, de tres horas de duración. Inicialmente los alumnos reclamaron que estas jornadas se realizaran alternativamente en ambas ciudades (Varela y La Plata) y si bien se asumió un compromiso al respecto, tempranamente el compromiso se diluyó, y los encuentros se siguieron realizando en la sede de la universidad.

Los docentes que dictaban las clases magistrales no se ajustaban necesariamente a los contenidos de los módulos ni a la bibliografía trabajada, sino que en general no compartían la perspectiva teórico ideológica del diseño del posgrado. Así, por ejemplo, en el módulo uno los docentes no asumieron una perspectiva crítica de las políticas sanitarias neoliberales, sino por el contrario sostuvieron la necesidad de armonizar los diferentes sentidos que asume la APS; del mismo modo respecto las “barreras culturales” solamente se limitaron a ponderar las medicinas “folklóricas o tradicionales” sin asumir una posición crítica respecto de la hegemonía del modelo biomédico.

En el módulo de Epidemiología, en las clases, el énfasis estuvo puesto en los distintos diseños de las investigaciones médicas, omitiendo la perspectiva de la epidemiología crítica, y a la reflexión epistemológica que supone abordar los problemas teórico metodológicos en cualquier disciplina. Si bien el docente a cargo de las clases teórico prácticas reforzó la importancia de la triangulación entre los diseños cuantitativos y cualitativos, esto no fue recuperado por parte de los directores del curso. Aún así se trabajó con bastante profundidad la importancia de realizar un ASIS. El modo en que fue trabajado este tema suscitó fuertes críticas por parte de los alumnos, que se sentían sin las herramientas conceptuales básicas para abordar este tema, sin embargo este bache fue minimizado por el cuerpo docente apelando a considerar estas falencias en la evaluación.

Del mismo modo se fueron trabajando los temas con escasa profundidad y espacio para la reflexión. Como resultado de ello, las evaluaciones se fueron modificando y no se ajustaron tampoco a lo previsto por la planificación central.

La evaluación del primer módulo se restringió a la actividad inicial del mismo, es decir una caracterización del barrio y del área programática. Para el segundo módulo se solicitó que se consignaran los datos epidemiológicos de área de referencia de los CAPS. El tercer módulo fue evaluado a partir del cuestionario de selección múltiple del mismo, mientras que para el módulo correspondiente a planificación y programación local la evaluación se realizó a partir de la selección de un problema a intervenir y la realización de una matriz FODA (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas).

Dado que la evaluación de medio término se correspondía con la finalización de este módulo, esta evaluación consistió en la realización de un programa de trabajo para el CAPS que

incluyera: un ASIS, una fundamentación y delimitación del problema seleccionado, el marco teórico para abordar este problema, la formulación de propósitos y el objetivo general; una caracterización de la población objetivo, la localización del proyecto y un análisis de viabilidad a partir de una matriz FODA.

Los docentes esperaban que se seleccionara un problema prioritario a partir de la utilización de una dinámica de planificación local participativa, que suponía la realización de una reunión con los actores principales de la comunidad identificados a partir del trabajo de campo. En esta reunión se debía realizar en primer término una “lluvia de ideas”, luego un “árbol de problemas” y posteriormente una ponderación de los problemas identificados para la selección de uno prioritario. Sin embargo aún no se había trabajado el módulo de las técnicas participativas, por lo tanto estos contenidos fueron trabajados en la última clase previa a la primera evaluación.

Esta situación generó malestar en algunos alumnos que optaron por hacer este ejercicio de ponderación solamente al interior de sus propios equipos de salud, y en otros casos simularon el ejercicio y seleccionaron un problema de su propio interés. El resultado de este proceso fue que aquellos TS que no contaban con el acompañamiento de su equipo o que no habían desarrollado un buen trabajo de campo eligieron temas que estaban en relación con su propio perfil profesional, en desmedro de una mirada integral que era lo que se esperaba. Así en aquellos casos en que la mayoría eran profesionales de la salud mental se tomaron temas tales como: violencia familiar, violencia de género, o depresión en adultos mayores. En los casos en los que había mayoría de pediatras los temas fueron desnutrición infantil; y en los que predominaban los ginecólogos el tema elegido fue embarazo adolescente.

Aquellos grupos más amplios, con participación de distintas disciplinas o tradición de relación con la comunidad tomaron temas relacionados con el medio ambiente, la salud de los adolescentes, o la falta de conocimiento por parte de la población de los programas sanitarios.

Para esta primera evaluación se organizó una reunión en la sede de la universidad a la que se invitó a las autoridades locales de salud, en la que cada grupo debió exponer su trabajo con apoyatura audiovisual. Esto fue vivido con alto grado de exposición por parte de los TS ya que se sintieron atemorizados ante la presencia de las autoridades de la secretaría de salud.



Resultó sumamente significativo lo que sucedió ante la exposición de uno de los grupos. Este grupo ya venía desarrollando actividades en un asentamiento relativamente nuevo, y había acompañado las demandas vecinales por la mejora en los servicios urbanos. El tema elegido estaba relacionado con la falta de agua potable y las consecuencias para la salud, en particular en los niños que padecían parasitosis y presentaban dificultades nutricionales. La propuesta consistía en realizar estudios de la calidad del agua de consumo doméstico con la colaboración de equipos de extensión de las facultades de Ciencias Exactas y Trabajo Social de la UNLP (Universidad Nacional de La Plata); promover conjuntamente con la red de manzaneras y las organizaciones barriales la potabilización del agua utilizando cloro, e identificar a los niños de 0 a 6 años que padecieran parasitosis y proveerles antiparasitarios que iban a ser elaborados por estos equipos de extensión de la universidad.

En la presentación estos alumnos fueron duramente increpados por las autoridades ya que entendían que no tenían en cuenta las acciones que venía haciendo el municipio para proveer de agua potable a este asentamiento. Sin embargo, en este trabajo no solamente había sido tenido en cuenta el accionar municipal, sino que había sido considerado en la matriz FODA<sup>48</sup>, en la que se consignaba la “presión por parte de las autoridades para que la problemática no sea trabajada” y “la presión ejercida desde sectores del poder político” entre las “amenazas”, aunque se reconocía entre las “oportunidades” la “no obstaculización de la tarea por parte de las autoridades inmediatas” en clara referencia al aval otorgado por el director del área programática a la que correspondía el CAPS. Este suceso muestra a las claras que el proceso que se dio en torno de la implementación del PMC a nivel local estuvo atravesado en todo momento por procesos políticos y sociales más amplios.

Para la segunda evaluación se requirió que se terminara de diseñar el proyecto de intervención sobre la problemática elegida y se lo implementara. Sin embargo los alumnos manifestaron dificultades para cumplir con la implementación por lo que finalmente se recortó la segunda evaluación a los siguientes ítems: definición de objetivos específicos y metas, metodología para la recolección de datos (identificando el tipo de estudio de que se trata), actividades, recursos (humanos y materiales, disponibles o a conseguir), responsables de estas actividades, cronograma, metodología de evaluación y monitoreo (enumerando los indicadores de evaluación y monitoreo de actividades, procesos y resultados), y bibliografía. Nuevamente se realizó un encuentro para que

---

<sup>48</sup> Matriz ampliamente utilizada por los técnicos de programas sociales como herramienta ágil de diagnóstico de la viabilidad de acciones que intenta sintetizar los aspectos positivos y negativos del equipo que desarrolla la propuesta y del contexto. La sigla hace alusión a las siguientes dimensiones: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

los grupos expusieran sus proyectos, y además se tomó una evaluación escrita bastante exhaustiva de los contenidos teóricos del curso.

El vínculo de los alumnos del curso con los docentes de la facultad resultó ser relativamente conflictivo, en particular con los directores del curso a quienes se consideraba que no tenían las capacidades académicas suficientes para el dictado de los contenidos previstos y que a todas luces no coincidían con la posición ideológica política sostenida desde el diseño del posgrado que se evidenciaba a partir de la lectura de los módulos. Por el contrario fue altamente valorada la labor de los docentes a cargo del grupo ya que más allá de sus capacidades académicas éstos realizaron una tarea relevante en términos de seguimiento de los trabajos y también promovieron la reflexión crítica respecto de la actividad profesional en los CAPS.

Fue precisamente esto último lo que generó tirantez entre la universidad y las autoridades municipales que vieron en el desarrollo del posgrado una fuente de críticas y demandas a su gestión. Estas demandas se centraban principalmente en la eliminación de las exigencias de rendimiento y presentismo en las que no eran tenidos en cuenta aspectos tales como la calidad de la atención y las actividades extramuros que debían realizarse para el cumplimiento del curso. Sin embargo las autoridades aducían que estos trabajadores no estaban cumpliendo con las 25 horas previstas de asistencia y que las actividades en terreno suponían 10 horas más por fuera de la carga horaria asistencial. Lo cierto es que como el PMC se había utilizado para reforzar la carga horaria de TS que ya estaban en el sistema de salud, las 10 hs. de trabajo comunitario eran en la práctica imposibles de cumplir. De todos modos se hacía evidente la contradicción entre una perspectiva eficientista que ponderaba los rendimientos a partir de la medición de la cantidad de consultas por hora y la perspectiva que proponía el PMC que priorizaba la promoción de la salud en desmedro de la asistencia de la demanda.

Promediando la implementación del programa, el Secretario de Salud del municipio consideró que una forma de aliviar estas tensiones era remover de su cargo no solamente al responsable de la Dirección de Atención Primaria sino también a los tres directores de las áreas programáticas. En su lugar se designó a tres alumnos destacados del posgrado lo cual otorgó mayor legitimidad a la gestión local de la salud. Sin embargo estos médicos se vieron en dificultades para sostener las exigencias académicas del curso en tanto que además de trabajar en sus respectivos CAPS con la beca del programa tuvieron que asumir nuevas responsabilidades en la gestión.

Por último cabe mencionar que en gran medida muchos alumnos se habían incorporado al PMC ya que se había prometido que se iba a otorgar un título de magíster por el cumplimiento del posgrado. En particular en el caso de los TS con beca tipo B (sin remuneración) ésta había sido una importante motivación ya que se percibía como una forma de prestigiar su labor en el primer nivel, altamente desprestigiada respecto de los profesionales que se desempeñan en el segundo o tercer nivel de atención de la salud. Sin embargo las horas de clases áulicas no se correspondían con las exigencias de la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria) que es el organismo responsable de acreditar los posgrado para todas las universidades del país, para el otorgamiento de este título. Por lo tanto, para muchos resultó ser una experiencia frustrante en relación al esfuerzo que supuso para ellos.

### **Los espacios de tutoría**

Las reuniones tutoriales se realizaban en cada CAPS cada quince días y tenían una duración de tres horas. Se organizaban en horario de trabajo y esto hacía que se viviera como una pausa en la tarea cotidiana. Estas reuniones a veces generaban algún malestar entre los restantes miembros del equipo, y particularmente con el personal administrativo del centro. Era frecuente que pasaran por alto la reunión y les asignaran turnos, y ello ocasionaba situaciones apremiantes en la sala de espera entre el profesional, los administrativos y los pacientes. Con el transcurso del tiempo este problema se fue resolviendo y los espacios de tutoría quedaron relativamente instituidos para todo el equipo.

En un principio, en estas reuniones se trabajaban las actividades de los módulos especificadas a tal efecto. En ocasiones estas actividades suponían la reflexión grupal y en otros la supervisión de algún ejercicio de búsqueda de información en terreno. Con el transcurrir del curso se evidenció la escasa relevancia que tenía la realización de estas actividades para las instancias de evaluación en la universidad, por lo tanto lentamente el contenido de estos encuentros se orientó hacia el seguimiento de las actividades de evaluación requeridas por los docentes de la facultad. Aún así se sostuvieron las instancias de reflexión en torno de la práctica en los CAPS y los contenidos teóricos. Estos espacios, en la medida en que fueron ganando en continuidad se transformaron en la caja de resonancia de los conflictos no solamente con la gestión local sino también con los diferentes actores barriales, con el resto de sus compañeros de equipo y hasta entre ellos mismos.

El rol de los tutores tendió a ser una coordinación de estos espacios y la permanente articulación con los temas del curso y los contenidos teóricos. La reflexión en torno del proceso s-e-a se tornó central en este sentido y tendió a desnaturalizar supuestos altamente arraigados. Uno de los temas/problema que surgía frecuentemente entre pediatras y entre ginecólogos era “el problema del embarazo adolescente”. Ante el interrogante respecto del surgimiento de este tema problemático, referían la cantidad de consultas que recibían de adolescentes por embarazos deseados, y que incluso atendían jóvenes que consultaban si eran estériles ya que con sus parejas estaban en la búsqueda de un hijo. Es decir que no se trataba de embarazos no deseados ni incidía en este fenómeno la falta de información ni la falta de acceso a los métodos anticonceptivos. Entonces el “problema” era una construcción desde la perspectiva biomédica, no parecía serlo para las familias de los jóvenes, y en la justificación de la definición del “tema/problema” por parte de los TS surgían una serie de argumentos moralizantes que impugnaban estas situaciones y clausuraban la posibilidad de indagación respecto de los determinantes sociales de este fenómeno.

El esfuerzo en desnaturalizar preconceptos y prejuicios llevaba necesariamente al descubrimiento de los determinantes sociales por parte de los alumnos. Este proceso se hacía no sin resistencias. Frecuentemente ante el interrogante acerca de a qué atribuían cierto tipo de prácticas por parte de las familias que atendían, surgía inmediata la respuesta: “el problema es cultural”. Así por ejemplo ante la pregunta sobre los motivos que impulsaban a las adolescentes a buscar un embarazo, la respuesta remitía a “lo cultural”. Del mismo modo, cuando los pediatras se quejaban porque las madres no cumplían con sus recomendaciones, también surgía “lo cultural” como ese concepto que explicaba todo por sí mismo. La apelación a lo “cultural” solía ser el atajo para inhibir la reflexión. “Es cultural” transformaba la cultura en la esfera acerca de la que no cabía indagar, todo aquello que no ofrecía una respuesta evidente a los sentidos era “cultural”, como si la cultura no pudiera ser explicada. Lo “cultural” era aquello en lo que no cabía la intervención desde el saber biomédico. Lo cultural era lo inamovible, aquello que no era susceptible al cambio. Entonces, todas las “barreras culturales” eran casos que se derivaban a los trabajadores sociales, quienes poseían un saber diferenciado que, se esperaba, pudiera abordar lo que para el saber médico estaba por fuera de su intervención.

El abordaje de los determinantes sociales de la desigualdad en salud trajo consigo el cuestionamiento de rol, particularmente en aquellos casos que se trataba de TS con muchos años de atención en el primer nivel. Un médico ginecólogo se planteaba en ese sentido “yo me

equivocué, yo pensaba que esto era más fácil; antes yo no me preocupaba ni en enterarme si una paciente tenía o no tenía baño. Qué se yo, llevo casi 20 años trabajando en centros de salud, y nunca le había preguntado eso a una paciente. Ahora no solamente se lo pregunto, sino que después me empiezo a preocupar por conseguirle el baño, y hablo con la trabajadora social, y me meto en conseguirle las chapas, las canillas...Yo qué se, esto es mucho más difícil”. Del mismo modo otro médico clínico señalaba: “estoy yendo al comedor comunitario a hacer controles de tensión arterial. Un día me pidieron que me ubicara en otro lugar que no es donde me ubicaba habitualmente. Entonces me doy cuenta que un paciente que yo atiendo en el centro de salud estaba comiendo allí, antes no lo había visto porque me lo tapaba una columna, pero seguramente siempre había estado sentado en el mismo lugar. A este paciente no lograba bajarle la presión, claro, si comía en el comedor, como le iba a pedir que comiera sin sal...” Estas reflexiones respecto de su rol y la eficacia de sus intervenciones en una población castigada por los procesos de empobrecimiento, hizo que varios TS desearan de continuar con el posgrado, en gran medida porque percibían que se trataba de un esfuerzo no solamente intelectual sino a veces también emocional para el que tal vez no estuvieran preparados.

Cabe señalar también que los docentes que dictaron la mayor parte de las clases magistrales no coincidían en general con la orientación teórico - ideológica general del programa, ni con la perspectiva de los docentes a cargo del curso. Esta disparidad de criterios se expresó también en las modificaciones que se introdujeron a las modalidades de evaluación previstas en el diseño pedagógico del programa. Estas tensiones se expresaron en situaciones conflictivas entre los alumnos y los directores, y entre los alumnos y la gestión local de salud.

Por último cabe reseñar que los espacios de tutoría se transformaron progresivamente en ámbitos de discusión y reflexión en torno del proceso s-e-a, las prácticas médicas en los CAPS en relación a la dinámica de los equipos locales, y los determinantes sociales de la salud. Estas reuniones resultaron ser también caja de resonancia de los diferentes conflictos que se fueron dando entre los distintos actores involucrados en la implementación del PMC.

## **Recapitulando**

En este capítulo intenté reseñar los aspectos más generales referidos al diseño y puesta en marcha del programa, con especial énfasis en el perfil que se le dio en el ámbito local. Cabe señalar entonces las dificultades que hubo a la hora de hacer ingresar nuevos médicos y cómo fue utilizado

para incorporar horas de asistencia reforzando el salario a aquellos TS que ya se desempeñaban en el sistema municipal. Otro sesgo a destacar en el nivel local fue que se lo utilizó para reforzar el área de salud mental incorporando psicólogos a los CAPS en calidad de becarios.

Respecto de los aspectos académicos y pedagógicos referidos al Posgrado en Salud Social y Comunitaria, intenté reseñar en primer término los contenidos teóricos propuestos en los módulos bibliográficos, las propuestas de trabajo de campo, y las modalidades de evaluación sugeridas en estos manuales. En este sentido cabe señalar que la heterogeneidad de perspectivas que se acopian en estos manuales se debe en gran medida a la participación de diferentes instituciones académicas. Si bien el módulo 1 resultó ser relativamente representativo de los principales debates; esta perspectiva fue oscilante en relación a las distintas instituciones y autores de cada módulo. Del mismo modo, la discontinuidad en las actividades propuestas y en las modalidades de evaluación dificultó el proceso de enseñanza aprendizaje y también el trabajo con la comunidad

En este sentido y analizando el desarrollo del posgrado, cabe señalar que para la realización de los dos trabajos de evaluación, no se tomaron en cuenta muchas de las propuestas de los módulos. Esta disparidad en los criterios pedagógicos favoreció que fuera la unidad académica a cargo del curso la que diseñara las instancias de evaluación sin considerar las propuestas generales. En el caso analizado se hizo especial hincapié en la realización del ASIS y en las herramientas propuestas en el módulo de planificación (jerarquización de problemas, matriz FODA para el análisis de viabilidad, árbol de problemas para el análisis de causalidad) en desmedro de otras herramientas conceptuales y técnicas ofrecidas en los módulos. También se minimizó en la evaluación el proceso de inserción de los TS en la comunidad y las herramientas ofrecidas a tales efectos; esto favoreció que muchos alumnos recurrieran a su formación de base a la hora de seleccionar problemas sobre los cuales intervenir.

En cuanto al desarrollo del posgrado merecen una mención las tensiones surgidas entre los alumnos y las autoridades académicas, entre éstas y los docentes de los cursos, y entre los alumnos del posgrado y las autoridades de la gestión municipal; todas ellas producto de una disputa de sentidos en torno de la APS. Por último cabe señalar que los espacios de tutoría y se fueron transformando en espacios de reflexión sobre la práctica médica que se desarrolla desde los CAPS y fue en estos ámbitos que se vieron reflejadas las resistencias y rigideces respecto de las propuestas de cambio.

## CAPITULO V

### EL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO SANTA RITA O LA VIGENCIA DE LOS CLASICOS.

En este capítulo me propongo describir y analizar el primero de los centros de salud seleccionados para el desarrollo de esta tesis. Para encarar el eje de esta investigación, es decir la descripción y el análisis de los cambios en el saber en torno de la APS a partir de la implementación del PMC, y atendiendo los interrogantes que la guían, pondré especial atención en las dimensiones seleccionadas a saber: las representaciones sobre el proceso salud – enfermedad – atención, las estrategias en el ámbito de la consulta que despliegan estos TS, y las representaciones y las prácticas respecto de la prevención y la promoción de la salud.

En primera instancia presentaré algunos datos sobre el barrio en el que se encuentra localizado el CAPS dando cuenta de la población que lo habita y de las características sociales y urbanas del mismo. Seguidamente me abocaré a describir la conformación del equipo de salud, los servicios que se prestan desde el CAPS, y la dinámica de funcionamiento de este centro de salud. Intentaré luego profundizar la descripción del desarrollo del PMC en Santa Rita.

Para dar cuenta de los procesos de cambio y considerando los objetivos comparativos, me concentraré en primer término en la descripción y el análisis de las representaciones y prácticas de aquellos trabajadores del CAPS que no formaron parte del PMC. Posteriormente, daré cuenta de los cambios operados a partir de la implementación del PMC, focalizando la atención en quienes fueron alumnos del posgrado haciendo énfasis en las dimensiones elegidas a tal fin. Para el análisis de ambos grupos consideraré también las trayectorias de los actores y las prácticas que despliegan en torno de los programas sanitarios que se implementan en el CAPS.

Finalmente, y procurando desentrañar las preguntas que refieren a la eficacia de estos programas, analizaré si las herramientas teóricas y prácticas ofrecidas por el PMC resultaron adecuadas para identificar, prevenir, diagnosticar, y resolver los problemas de la salud de la población; cuáles son los problemas que identifican en la población y cuáles efectivamente abordan y qué herramientas teóricas y prácticas de las ofrecidas por el posgrado efectivamente utilizan para el abordaje de los problemas de salud.

## **Breve descripción del barrio.**

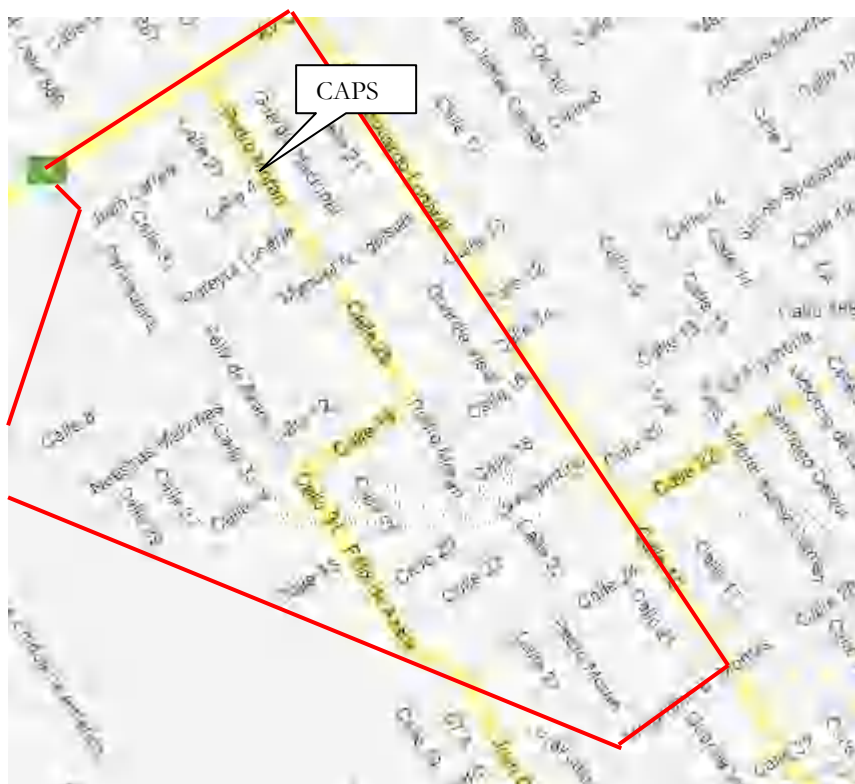
Santa Rita fue elegido porque es un barrio característico de los procesos de urbanización que se desarrollaron entre las décadas del 40 al 70 en nuestro país, en los que se sitúa el crecimiento poblacional de Varela. En este período de sustitución de importaciones y de desarrollo industrial se van poblando los distritos del segundo cordón del conurbano. Se trataba principalmente de población obrera, migrante de otras provincias o de países limítrofes que en la búsqueda de horizontes laborales se asentaba en la periferia de la Ciudad de Buenos Aires. El acceso a la tierra era factible en virtud del bajo costo de los terrenos dada la distancia con la ciudad capital. Luego estos trabajadores iban comprando los materiales para su vivienda, que construían ellos mismos, ya que muchos eran albañiles.

Santa Rita es un barrio eminentemente residencial; el paisaje urbano, que se replica en muchos de estos barrios, es el de viviendas unifamiliares, de una sola planta, con un pequeño jardín al frente y otro grande al fondo, y los techos son bajos, de losa o de chapa. En muchos casos las viviendas están sin terminar, sin revocar o sin pintar, y también se puede observar en los fondos de estas casas una segunda construcción menor que delata la existencia de otro grupo familiar, tal vez el de algún hijo.

Este barrio limita al norte con la localidad de San Francisco Solano (partido de Quilmes) a través de la Avenida Monteverde, al sur y al este con otros tres barrios varelenses, y al oeste con el Arroyo Las Piedras. La Av. Monteverde es la única indicación de la división distrital, ya que las viviendas son similares de un lado y otro de esta avenida. Esta misma vía es la que conecta al barrio, de este a oeste, con los distritos de Quilmes y Berazategui, y con Lomas de Zamora en la otra dirección. Dos líneas de colectivo unen a este barrio rápidamente con las ciudades principales, La Plata y Buenos Aires, y una línea interna asegura la vinculación con el área céntrica de Varela.



## Mapa del Barrio Santa Rita



Mapa N°4

El barrio suma un total de 119 manzanas urbanizadas. Alrededor de los años 80 se formó un asentamiento en la zona sur del barrio. A partir de las políticas provinciales de regularización dominial fue otorgada la propiedad a sus habitantes e incorporado plenamente a la trama urbana; actualmente no es posible distinguir este asentamiento del resto del barrio. A fines de los 90 se formó un asentamiento relativamente nuevo, a orillas del Arroyo Las Piedras.

La infraestructura urbana ha sido completada en diferentes etapas. Hasta los años 90 todas las calles eran de tierra salvo la Av. Monteverde y no existía red de agua corriente, ni de gas, ni de cloacas. En esos años se asfaltaron dos calles internas y se amplió la red de gas natural, recién después del año 2003 se asfaltaron los accesos al centro de salud y a la escuela, y se hizo llegar al barrio la red de agua potable; en el año 2010 comenzaron también a construirse las cloacas.

La población asciende a un total de 11.356 habitantes. Se trata en su mayoría de trabajadores de la construcción, empleados de servicios y trabajadoras domésticas en el caso de las mujeres. Predomina el empleo eventual o por cuenta propia.

Del mismo modo que sucede en el resto de los barrios del distrito, existen varias organizaciones sociales que demandan y gestionan ante el municipio las mejoras para el barrio. Para ello, se ha instaurado un espacio de reuniones denominado U.G.L. (Unidad de Gestión Local) del que participan el club, las dos sociedades de fomento del barrio, la escuela, las cooperadoras de la escuela y el jardín de infantes, el comedor comunitario, manzaneras, la parroquia del barrio y representantes de los planes de empleo<sup>49</sup>. Esta modalidad de relacionamiento territorial lleva más de diez años de desarrollo y constituye un modo de instituir formas de participación comunitaria características del distrito.

### **El centro de salud: su historia y su funcionamiento.**

En cuanto al Centro de Salud, fue creado en 1954 a partir de la iniciativa de un vecino que cedió un local muy cercano a la localización actual. Allí funcionó 12 años como sala de primeros auxilios, con un médico y una enfermera. En 1970 con recursos de los vecinos la sociedad de fomento compró el terreno donde funciona actualmente, que a su vez es sede de esta organización vecinal. En aquél momento era una casilla bastante precaria en la que trabajaron sin percibir salario alguno durante 7 años un médico y una enfermera; ese lugar fue cerrado por su precariedad durante el gobierno de facto, es decir entre los años 1976 y 1983. Se reabrió en el año 1984 con personal contratado por el Municipio. En 1985 a través de un subsidio municipal se construyeron dos consultorios, una sala de espera, un baño y un office de enfermería. Posteriormente en el año 1996 fue ampliado con recursos del PROMIN<sup>50</sup>. Actualmente está siendo refaccionado a partir de la implementación del Plan Argentina Trabaja y se están construyendo tres nuevos consultorios.

En la actualidad este CAPS se encuentra ubicado a cuatro cuadras de la Av. Monteverde, en un local relativamente angosto de aproximadamente 8 metros de frente y 20 de largo. En la puerta hay un toldo para que quienes esperan para sacar turno o ser atendidos puedan estar también en la vereda, se ingresa por una pequeña sala de espera, de alrededor de 6 m<sup>2</sup> y a la izquierda está la oficina de administración y el depósito de insumos y medicamentos. Por una puerta de acceso restringido se accede a un pasillo que da hacia la izquierda al consultorio de obstetricia (que es extremadamente angosto de aproximadamente 1 metro de ancho) y dos baños (uno para el público y otro para el personal); y hacia la derecha se encuentra el consultorio de

---

<sup>49</sup> Cuando hablamos de “planes de empleo” nos referimos en forma genérica a las distintas políticas de subsidio tendientes a paliar los efectos de la desocupación como por ejemplo los programas Trabajar, Barrios Bonaerenses, Jefes y Jefas de Hogar, Familia y Argentina Trabaja.

<sup>50</sup> Ver capítulo III

enfermería, y dos consultorios más para los servicios de psicología, clínica médica, pediatría y ginecología. Al terminar el pasillo hay una cocina que sirve también para hacer reuniones de equipo.

El centro funciona entre las 7 a 19 horas de lunes a viernes y los sábados de 7 a 13 hs. Este CAPS no cuenta con servicios de guardia y por lo tanto, ante una urgencia, los vecinos del barrio deben trasladarse a la guardia de otro centro de un barrio distante alrededor de 30 cuadras, o concurrir al Hospital Mi Pueblo, o llamar al servicio de ambulancias municipal.

El equipo de salud está conformado por personal médico, profesionales no médicos y por último promotores y administrativos. El equipo médico cuenta con un clínico que cumple 25 hs. semanales de atención que asiste de lunes a viernes de 13 a 18 hs cuyo salario proviene de recursos del PMC; un médico tocoginecólogo que es parte de la planta municipal y que cumple solamente 6 hs. de atención en este centro los sábados de 7 a 13 hs; dos pediatras, uno que es personal municipal con 35 hs. semanales distribuidas de lunes a viernes entre las 7 y las 14 hs., y otra que hasta el año 2009 percibía una beca del programa Salud con el Pueblo<sup>51</sup> y posteriormente fue incorporada al plantel municipal con 35 hs. de atención de lunes a viernes de 12 a 19 hs.; por último a este CAPS asiste un médico especialista en cardiología quien atiende los martes de 15 a 18 hs. A partir del trabajo de campo podemos decir que tanto el médico clínico como los pediatras asisten todos los días de lunes a viernes aunque el cumplimiento del horario no es estricto en tanto que sabemos que quienes ingresan por la mañana lo hacen a partir de las 9 hs. y a las 18hs. se retiran los que se quedan por la tarde. En lo que refiere al médico ginecólogo sabemos que efectivamente cumple 7 de las 12 hs. asignadas. En resumen podemos contabilizar 105 horas médicas semanales de las cuales efectivamente se cumplen 75.

El grupo de profesionales no médicos está compuesto por una técnica en electrocardiogramas, una licenciada en obstetricia, un psicólogo, tres enfermeros, y un trabajador social. La técnica en electrocardiogramas asiste los martes entre las 14 y las 18 hs; la obstétrica también percibía una beca de Salud con el Pueblo antes de incorporarse al personal municipal y actualmente cumple en este CAPS 35 hs. semanales de lunes a viernes entre las 9 y las 16 hs. El psicólogo, como aún conserva su remuneración proveniente de una partida del programa ATAMDOS<sup>52</sup> tiene asignadas 44 hs. de atención pero efectivamente asiste de lunes a viernes de 9 a 16 hs. es decir que efectivamente cumple 35 hs. Los enfermeros se fueron incorporando a partir

---

<sup>51</sup> Becas provinciales con las que se formalizaron los salarios de quienes ingresaron a partir del PROMIN.

<sup>52</sup> Ver cap III

de diferentes programas y por ende cumplen distintos regímenes horarios. Una de ellos percibe remuneraciones del viejo Plan Muñiz<sup>53</sup> y tiene asignadas 48 hs. semanales que cumple de lunes a sábados entre las 8 y las 16 hs., otro enfermero también se incorporó con las becas Salud con el Pueblo y pasó luego a ser personal municipal, cumple 40 hs. semanales de lunes a viernes de 8 a 16 hs, el tercer enfermero es contratado por el municipio y cumple 30 hs. asistiendo de lunes a viernes de 13 a 19 hs. El trabajador social es personal municipal y asiste al CAPS con una carga horaria de 35 hs de lunes a viernes de 14 a 19 hs. Del mismo modo que en el grupo anterior la cantidad de horas que efectivamente cumplen estos profesionales no se corresponde con lo establecido en sus contratos ya que todos le quitan aproximadamente una hora diaria a su carga horaria teórica. Cabe entonces señalar que el número de horas totales de atención para este grupo contabilizan 238 hs. semanales, y si bien tampoco se cumplen los horarios estrictamente, la permanencia de estos TS en el CAPS supera holgadamente a los médicos.

Por último cabe mencionar la participación de la administrativa y la promotora de salud. La administrativa es personal municipal y cubre un horario de 40 hs. semanales de lunes a viernes de 7 a 15 hs. La promotora de salud, en cambio, percibe una remuneración como parte de un programa nacional y no cumple un horario fijo en el CAPS. Tiene asignadas 25 hs. semanales de trabajo en el barrio y asiste al centro de salud por las tardes.

Un sector de fundamental importancia en la organización de las rutinas laborales y en el vínculo con la comunidad lo constituye la administración. La entrega de turnos es una tarea que recae principalmente en la administrativa, sobre todo en lo que respecta a la demanda espontánea. La atención programada corre por cuenta de los profesionales, ya que son ellos mismos quienes programan sus turnos. La administrativa, por su parte es la encargada de conseguir los turnos para el segundo o tercer nivel tanto para consultas con especialistas o para estudios de laboratorio o por imágenes. Dado que es quien administra los turnos puede identificar a aquellos que no asisten, y se encarga de pasarle la información a la promotora para que les haga una visita en su domicilio.

Los turnos se asignan por la mañana, luego la administrativa se organiza para buscar las historias clínicas de los pacientes que esperan ser atendidos. También es la responsable de entregar la medicación que recetan los médicos del centro. Por último lleva adelante todos los registros que supone la administración de los distintos programas.

---

<sup>53</sup> Ver cap. III

En este CAPS se atienden alrededor de 1520 consultas por mes distribuidas en los distintos servicios del siguiente modo:

**Cuadro N° 14. Promedio de consultas mensuales por servicio.**

Servicio	Cantidad de consultas	Porcentaje
Clínica médica	350	21,62%
Ginecología	73	4,50%
Pediatría	800	49,41%
Obstetricia	160	9,89%
Psicología	106	6,55%
Cardiología	130	8,03%
TOTAL	1619	100%

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud municipal

La atención se estructura a partir de programas sanitarios específicos, así cada profesional lleva adelante alguno de ellos<sup>54</sup>. El psicólogo implementa el Programa de Salud Mental. El médico clínico se encarga de los programas PRODIABA y HTA conjuntamente con los enfermeros. Los pediatras desarrollan el programa IRAb, junto con los enfermeros, el Materno Infantil y el de Control de Niño Sano, y el programa de Referencia Contrarreferencia conjuntamente con la obstétrica. Esta última se aboca a la implementación del programa Gestantes y Puérperas y articula acciones con el médico tocoginecólogo. Este médico, además es el responsable del PROGEMA y del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. La obstétrica, los pediatras y los enfermeros llevan adelante el Programa NACER. El equipo de enfermería lleva adelante el programa Inmunizaciones y por último, la administrativa, es la responsable de la provisión de medicamentos a partir de la implementación del Programa REMEDIAR.

Los trabajadores del CAPS desarrollan un significativo trabajo con la comunidad del barrio. Si bien este aspecto será desarrollado más adelante cabe mencionar entre estas actividades, distinto tipo de charlas y/o talleres que se realizan frecuentemente en la escuela, en la sociedad de fomento o en otras organizaciones barriales. También se convoca a trabajadoras vecinales para dar charlas en el mismo centro de salud. Los temas de estos talleres son variados, refieren a

<sup>54</sup> Cada uno de ellos fue descripto en el cap. III

enfermedades estacionales, o bien a promover el autocuidado antes distintos aspectos del PSEA. Otro tipo de actividades tiene que ver con la realización de controles de salud en distintas instituciones comunitarias (centro de discapacitados, escuela, comedores comunitarios, etc.) en aquellas instituciones a las que asisten niños también se controla el esquema de vacunación. La participación en estas actividades no incluye necesariamente a todos los trabajadores del CAPS. En general son realizadas por los enfermeros, el médico clínico, los pediatras, y el psicólogo. La obstétrica y el médico ginecólogo participan ocasionalmente de alguna charla que esté referida a temas de su incumbencia, y si se deben a una solicitud específica de alguna organización vecinal. El cardiólogo y la técnica en cardiología no participan de ninguna de estas actividades. El trabajador social, si bien realiza visitas domiciliarias y participa de algunas reuniones con organizaciones barriales lo hace en el marco de su actividad específica que pareciera limitarse a la provisión de recursos que provienen de programas sociales, sin articular esas actividades con el resto del equipo de salud.

Al igual que el resto de los CAPS del distrito, éste no está organizado en forma jerárquica, es decir que no existe la figura del jefe del centro de salud. Casi todas las decisiones administrativas son tomadas por la estructura de gestión local, es decir por los directores de la Secretaría de Salud municipal. Las decisiones referidas a los aspectos clínicos son tomadas por cada uno de los profesionales, en consulta con los referentes municipales de cada programa específico, o bien a partir de reuniones de equipo informales. Estas reuniones suelen realizarse en horarios del mediodía, cuando se cruzan quienes asisten por la mañana y por la tarde, sin convocatoria previa, y a partir de problemas o temas puntuales. De estos espacios no participan ni el cardiólogo ni la técnica en cardiología quienes parecieran mantenerse al margen del funcionamiento del CAPS, y limitan su participación a la atención en consultorio.

También se realizan reuniones formales con el director municipal, convocadas desde la Secretaría de Salud, en las que se informa de las decisiones tomadas centralmente y se utilizan como espacios de demanda hacia las autoridades por parte del equipo. Existen mecanismos informales de derivación e interconsulta entre los TS, particularmente entre el psicólogo, la obstétrica, el trabajador social y los pediatras. La ausencia de un jefe es reemplazada en ocasiones por el liderazgo que ejercen algunos miembros del equipo. Tal es el caso del psicólogo, fundamentalmente entre quienes atienden por las mañanas, y el clínico entre quienes lo hacen por las tardes.

Como se desprende del detalle de horarios y origen de los salarios, un aspecto que merece destacarse en la estructura de recursos humanos es cómo se ha ido conformando el equipo, ya que varios de los TS fueron incorporados a partir de la implementación de programas nacionales y/o provinciales, en distintas etapas, con cargas horarias, remuneraciones y objetivos diferenciados, lo que ha constituido un escollo para el trabajo en equipo.

La distribución horaria de los miembros de este equipo genera una subdivisión en dos grupos: mañana y tarde. Uno de los pediatras, dos enfermeros, la obstétrica y el psicólogo constituyen el “grupo de la mañana”. El clínico, el trabajador social, la promotora, otro enfermero y la otra pediatra, son parte del “grupo de la tarde”. Tanto el tocoginecólogo como el cardiólogo y la técnica en electrocardiogramas quedan por fuera de esta subdivisión por su escasa permanencia en el CAPS. Según Carlos, uno de los enfermeros:

“hay cosas que uno no puede llevar digamos, por ejemplo yo a la mañana conozco una campana y a la tarde otra y me parece que las dos no son la misma, el tema es que uno tiene que estar en un lugar y el otro para saber o escuchar las dos campanas para saber dónde están parados cada uno y poder decir: bueno, la pucha, qué equivocado está el primero y el segundo también y qué acertados están los dos en un montón de cosas”,..

También existen dificultades para incorporar nuevo personal al equipo, es decir que suelen generarse conflictos entre “los nuevos y “los viejos”. Este no es un dato menor ya que alrededor de un tercio del equipo lleva más de 15 años de trabajo en ese CAPS. Eleonora, la obstétrica, señala:

“Por ahí, acá la mayoría somos... hace varios [años] que estamos y por ahí las que somos más antiguas, por ahí ya nos conocemos y por ahí ya los tratos son diferentes, por ahí a veces, ahora hay personas nuevas que por ahí... es como que no nos conocen mucho y por ahí a veces hay algún roce... (...) Pero yo creo que es hasta que se adapte, por ahí... hay personas que por ahí llega y después, directamente, no se adapta y pide cambio, hay otras que no, se quedan y después se dan cuenta y no se quieren ir de acá”.

Este tipo de problemas suelen conversarse en reuniones de equipo que no tienen una periodicidad estipulada, sino que se realizan informalmente ante alguna situación que así lo

requiera. En general los problemas entre “nuevos” y “viejos” también expresan una tensión entre el personal profesional (médicos, trabajador social, psicólogo y obstétrica), y el personal administrativo, de enfermería y el promotor de salud.

## **EL SABER DE QUIENES NO PARTICIPARON DEL POSGRADO.**

Adopté una estrategia comparativa entre quienes no habían cursado el posgrado y quienes sí formaron parte de esta experiencia, a fin de dar cuenta de las características del saber en APS por parte de quienes se desempeñan en el primer nivel de atención, y de las posibilidades de cambio que ofrecen los programas de capacitación, entendiendo que este primer grupo podría expresar el saber médico dominante sin los aportes de la capacitación ofrecida por el PMC. Consideré entonces este primer grupo formado por los enfermeros, la obstétrica, uno de los pediatras, el médico ginecólogo, la administrativa y la promotora. En primer término doy cuenta de sus trayectorias formativas previas a su incorporación al CAPS, para luego abordar la descripción y el análisis de sus representaciones sobre el proceso s – e – a, las prácticas en la esfera de la consulta, las representaciones sobre las relaciones con los pacientes, y las prácticas de promoción y prevención que desarrollan. Consideré también sus prácticas en el marco de los programas sanitarios específicos que se desarrollan en el CAPS.

### **De saberes y trayectorias**

Tal como adelanté en el punto anterior, para dar cuenta de las características del saber en APS considero indispensable atender también las trayectorias laborales y formativas de los actores, en tanto que estos saberes se construyen a partir de los grupos de socialización y de acción profesional, tanto en espacios académicos como a partir de su experiencia laboral.

El ginecólogo, la pediatra y la obstétrica tienen entre 45 y 50 años y terminaron sus estudios universitarios entre fines de los 80 y principios de los 90. Se incorporan al centro a partir de la implementación del PROMIN, a mediados de los 90, sin haber tenido prácticamente ninguna experiencia previa en el primer nivel y habiendo trabajado con anterioridad en hospitales públicos. Su admisión se dio a través del sistema de becas provinciales<sup>55</sup> que implicaba trabajar en condiciones precarias, sin gozar de aportes jubilatorios ni ningún tipo de beneficios laborales. En la última década estos trabajadores aún continuaban percibiendo becas y ello fue motivo de

---

<sup>55</sup> Salud con el Pueblo



numerosos reclamos gremiales hasta que paulatinamente fueron incorporados a la planta municipal.

En cuanto a las trayectorias formativas, los tres realizaron sus estudios de grado en la UNLP (Universidad Nacional de La Plata). La formación en APS se ha dado a partir de sus experiencias profesionales, particularmente el componente de capacitación del PROMIN. La pediatra comenta su particular interés en el trabajo con niños de los sectores populares, y que ello había sido una motivación para incorporarse al sistema de salud con la propuesta del PROMIN. Salvo la obstétrica, tanto el ginecólogo como la pediatra atienden además en consultorios privados.

Las trayectorias de los enfermeros y el personal administrativo son, en cambio, bien distintas. Existe una alta rotación del personal en estos sectores entre los distintos CAPS, por lo tanto ninguno lleva más de cinco años en la función. Casi todos son varelenses y el trabajo en salud ha sido en muchos casos una estrategia ocupacional más que una opción vocacional, sobre todo a partir de la crisis del 2001. Como casi todos, los enfermeros en Varela han comenzado haciendo estudios de auxiliar de enfermería y a partir de la sanción de una ley provincial que obligaba a la profesionalización, éstos se vieron obligados a continuar su formación para la obtención de la licenciatura. En este distrito, por un convenio entre el sindicato de trabajadores municipales y una universidad privada, se ofreció un curso para la terminación de la licenciatura.

En cambio, Marisa, la administrativa, se incorporó al CAPS del mismo modo que casi todos los administrativos del sistema de salud local, que han ingresado al municipio a partir de algún contacto personal y/o a partir del desarrollo de un trabajo comunitario. Ella formó parte de la cooperadora del centro de salud, luego fue manzanera y posteriormente se incorporó a partir de la implementación de los planes de empleo. Desde el año 98 trabajó, primero como mucama y luego como administrativa, percibiendo solamente el subsidio de los planes. Finalmente, en el año 2006 ingresa como personal municipal. Esta trayectoria expresa el fuerte vínculo que en general tiene la gestión municipal con las organizaciones sociales; del mismo modo es posible decir que hoy Marisa resulta un personaje central en la dinámica del CAPS, no solamente en lo que hace a la organización del trabajo cotidiano, sino también como vínculo con la comunidad del barrio.

Así relata Marisa su propia historia:

“Yo empecé colaborando acá, en el Centro de Salud con la cooperadora porque tenía una sola hija, (...) comencé colaborando con la enfermera y así estuve

hasta que después vine por el Plan y hace 3 años que estoy por el municipio. (...) necesitaban que le ayude viste, así a limpiar acá y un día me dicen “¿no me da una mano para venir a dar los turnos?” y bueno, después hablé con el doctor (...) y empecé acá y bueno, quedé. Después de ahí me ayudaban, como no me pagaban un sueldo, los médicos aparte... (...) yo, más allá de trabajar acá, me gustó siempre de trabajar con la gente, primero yo era manzanera después vine para acá y ya trabajábamos tanto en las reuniones, en todo eso y comenzamos a... participaba del Centro de Discapacitados, que hay un Centro de Discapacitados, después con las inundaciones...”

En el año 2009, a partir de la implementación de un programa nacional, se han incorporado a los CAPS los promotores de salud. En el caso de Santa Rita la promotora fue sugerida por el personal del CAPS y se encarga principalmente de relevar situaciones “de riesgo” en la comunidad y de “rescatar” a aquellos pacientes que no asisten a algún turno programado. Esta promotora se incorpora a partir del vínculo con la pediatra por su labor como voluntaria y miembro de la cooperadora del centro de salud. Hay percepciones encontradas respecto de su trabajo por parte del resto del personal del CAPS, mientras que algunos están satisfechos con la inclusión de este rol en el equipo, ya que contribuye a sostener los controles de salud, sobre todo en el caso de los niños; otros cuestionan la incorporación de promotores ya que prefieren vincularse directamente con los pacientes. De todos modos este tema será tratado con mayor profundidad al referirnos a las representaciones sobre la promoción de la salud.

Vemos entonces que aquellos que tienen una formación universitaria (médicos y obstétrica) son quienes poseen mayor experiencia en el primer nivel y desarrollan actividades en el sector privado también. Ninguno de ellos vive en el distrito y se han incorporado a trabajar en el centro de salud a partir del PROMIN. En cambio, las trayectorias de los administrativos, los enfermeros y la promotora dan cuenta de saberes y motivaciones diferentes. Ninguno de ellos ha completado estudios universitarios, su incorporación al primer nivel de atención ha sido a través de relaciones con referentes locales y la actividad que desarrollan en el CAPS es su única fuente de ingresos por lo que su principal motivación tiene que ver con las estrategias de reproducción y supervivencia que despliegan.

## Las representaciones sobre el proceso s-e-a.

Para abordar las representaciones en torno del proceso salud – enfermedad - atención hice especial hincapié en las representaciones sobre la situación socio sanitaria de la población a cargo y analicé a partir de estas mismas representaciones cómo las condiciones de vida de la población atendida influyen en el trabajo médico.

Vale la pena rescatar las percepciones que tenían los miembros de este grupo en el año 2003 cuando fue mi primer acercamiento a este CAPS. Este contacto se dio a partir de la implementación de talleres de fortalecimiento de los equipos de salud diseñados desde la secretaría de salud local. En estos talleres se intentaba hacer un diagnóstico de los principales problemas de salud del barrio. En ellos la pediatra describió situaciones sociales dadas por la gran cantidad de personas sin ingresos y las “familias numerosas con más de cinco miembros”; el ginecólogo por su parte señaló un número importante de “madres solteras” y de “adolescentes embarazadas”. Ambos agregaron una mención respecto de situaciones de “violencia familiar”, “adicciones” y “alcoholismo”, y a ello la pediatra incorporó los problemas que ocasionaban la “falta de educación” y el “analfabetismo”. También esta profesional se refirió a “la desnutrición” en los niños refiriéndose a los padecimientos más frecuentes que se atendían desde el centro de salud.

En el año 2010, las percepciones respecto de los principales problemas se habían modificado. Tanto la recurrencia al tema de las adolescentes embarazadas como a la desnutrición infantil habían perdido peso en sus discursos, en cambio el énfasis parecía estar puesto en los procesos infecciosos, más acordes con una perspectiva biomédica del PSEA.

En general los miembros de este grupo caracterizan a la población con términos como “clase trabajadora” o “clase media humilde”, y señalan una clara diferencia con los habitantes del asentamiento a la vera del arroyo. Describen este sector como viviendo en condiciones “paupérrimas” y señalan que sigue creciendo debido a una corriente migratoria principalmente de paraguayos. También mencionan situaciones que, en el caso de la obstétrica, dan cuenta de una percepción estigmatizada de la pobreza ya que los describe como vecinos “violentos”, o “más demandantes”.

Eleonora, la obstétrica, se refiere a las características de la población del siguiente modo:

“Mira, yo como que podría separar dos clases de población, o sea, una es la que está por ahí un poquito más preparada tanto económicamente como culturalmente, no sé, como que están más preparados para entender o para hacer cosas y la otra parte, que es como la parte más humilde y el que vive sobre el arroyo, el que tiene menos, que es más... que tiene menos entrada tanto económicamente, que no están preparados, por ahí se me hace que... como que se sienten más renegados, como más disminuidos y son las personas más agresivas por ahí. O sea, las personas (...), que están sobre el arroyo y que están... es como que ya vienen molestos y por ahí no quieren esperar, quieren exigir.”

En cuanto al resto del barrio, señalan que han cambiado las condiciones de vida respecto de la década del 90, que hay trabajo y que muchos son beneficiarios de obras sociales aunque siguen atendándose en el centro de salud

Respecto de cómo esto influye en su trabajo cotidiano, la obstétrica y el ginecólogo hacen mención a que han disminuido los casos de embarazo adolescente, sobre todo no deseado debido al acceso a métodos anticonceptivos a partir de la difusión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Ellos también comentan que ya no ven casos de embarazadas con bajo peso.

Según la obstétrica un factor que incide en la cantidad de embarazos, que sigue siendo alto, es que el número de hijos califica para la obtención de pensiones por “madre prolífera”, y de planes sociales, en particular luego de la implementación de la Asignación Universal por Hijo, lo que alerta acerca de una mirada discriminatoria hacia estos sujetos.

Algunos actores destacan que se trata de una población informada y “politizada”, ya que conocen todo los programas que se implementan en el barrio.

Según Carlos, el enfermero:

“...pero sí, la gente tiene en claro qué son, cómo se trabaja con programas, la política está muy cerca, muy metida en lo que es... y después está la otra gente que no sabe nada, no sé cuál será el porcentaje, pero es muy mínimo (...) conoce bien lo que es la tarea comunitaria, política, está golpeando las puertas

de las manzanas... hay gente que recorre, el boca a boca anda muy bien en este barrio, pero muy bien... tanto para lo bueno como para lo malo, anda muy bien...”.

Tanto los enfermeros como la pediatra coinciden en que los principales problemas de salud que reciben tienen que ver con las infecciones respiratorias en niños, y las infecciones de piel en adultos, y lo atribuyen al hecho de que como la mayoría de las viviendas está sin terminar eso provoca humedad que afecta las vías respiratorias, por un lado, y por otro a la “falta de saneamiento por la presencia de animales”.

Es preciso señalar que los entrevistados muestran una clara percepción respecto de la importancia de los aspectos socioeconómicos en las condiciones de salud, ya que todos señalan las condiciones laborales de quienes asisten al centro, las diferencias en cuanto a ingreso, las condiciones de habitabilidad de sus viviendas, y también la relevancia de los aspectos socio culturales.

Sin embargo, es necesario dar cuenta de las prácticas en la esfera de la consulta para analizar la convergencia/divergencia respecto de estas representaciones.

### **Las prácticas en el ámbito de la consulta.**

En la actividad en el consultorio no siempre es tan claro el abordaje de las cuestiones sociales. Aún así, es pertinente considerar que ésta es la instancia en la que salen a la luz los saberes respecto de la APS, las representaciones se ponen en acto. Los distintos significados de la APS quedan atrapados en las cuatro paredes del consultorio, en el tipo de relación que se construye entre el profesional y el paciente. Por eso, para analizar las prácticas que se desarrollan en la esfera de la consulta es ineludible describir las actividades que se despliegan allí.

Si bien las prácticas en este ámbito se diferencian por especialidad es posible encontrar regularidades. Los motivos de consulta señalados como los más frecuentes son, en el caso de la pediatra y el enfermero, las enfermedades respiratorias y las infecciones en la piel. En el caso de los adultos, la administrativa reconoce que la hipertensión arterial y la diabetes constituyen los más habituales de demanda de consultas.

En las entrevistas, el enfermero hacía referencia permanentemente a la incidencia de las patologías estacionales, y al modo en que “la gripe A” había marcado un corte en la modalidad de funcionamiento del CAPS, ya que se había subordinado todo el equipo a la atención de esta “epidemia”<sup>56</sup>. Según el enfermero Carlos:

“Estacionales, ahora viene la gripe... mira, hemos estado el año pasado, en la semana 28 y 29, 27, 28, 29, nosotros tuvimos un pico de atender 80 pacientes cada enfermero... (...)Y vimos en una mañana, nosotros llegamos a ver 80 pacientes cada uno, médico, pediatra, o sea, 360 personas en el turno de la mañana hasta la una y media... (...) en cuanto a la bronquiolitis, porque hubo un montón, bronquiolitis hubo un montón (...) No detectamos gripe A, pero sí una gran psicosis de que las puertas estaban abiertas y no entraba nadie, (...) sospecha una sola, que vino una persona de (...) México por un familiar y el vino con gripe y terminó en el hospital... (...) vino con toda la sintomatología y como no teníamos información, lo derivamos al hospital...”

El ginecólogo, reparte su tiempo entre la atención de la demanda “espontánea”, es decir de aquellos que asisten por alguna clase de padecimientos, y los controles de salud de pacientes incluidas en el PSSYR y el PROGEMA, destinándole la mayor parte de su tiempo a la primera. (atiende aproximadamente 25 pacientes por día). Señala que los principales motivos de consulta tienen que ver con enfermedades infecciosas y con la demanda de estudios de control de la salud de la mujer: colposcopías y papanicolau, y también de controles mamarios. Igualmente recibe consultas de mujeres jóvenes para acceder a métodos anticonceptivos, que en general le deriva la obstétrica. Algunas también se acercan por iniciativa propia y se trata en general de mujeres adolescentes. En los casos anteriores suele recomendar la colocación de DIU, mientras que en los casos de mujeres que no han tenido hijos sugiere el uso de pastillas anticonceptivas, además de profilácticos.

En cambio, en el caso de la obstétrica la mayor parte de las consultas son de pacientes que ya están en tratamiento. A la hora de abordar las características y problemas de las embarazadas y puérperas que asisten a la consulta, señala aspectos socio culturales que se juegan

---

<sup>56</sup> Cabe aclarar que estas entrevistas fueron realizadas entre los meses de abril y mayo y en plena campaña de vacunación por la Gripe A 2010, lo que constituye un sesgo ineludible a la hora de dar cuenta del trabajo etnográfico realizado.

en la concepción/anticoncepción, que de acuerdo con sus propias representaciones estarían explicando el tipo de embarazos que atiende.

En ese aspecto Eleonora señala que si bien la mayor parte de los embarazos, en mujeres adolescentes y adultas, son “no deseados” esto no tiene que ver con falta de información, sino con factores de índole “cultural”. En muchos casos no aceptan adoptar ninguno de los métodos anticonceptivos que se ofrecen, por diversos motivos. Según la obstétrica Eleonora:

“...que la abuela, la tía, que la vecina le dijo que se quedó embarazada con eso y que le quedó pinchado en la cabeza al bebé o te dicen que le pinchó el útero, no te dice el útero, por ahí te dice “le pinchó la matriz” o cosas... “se le pinchó la panza”, porque por ahí algunos piensan que está ahí dando vueltas, aunque vos le expliques. Por ahí algunos se han convencido y se han puesto el DIU. Cuando por ahí les dibujo, le muestro un dibujo del útero, cómo está en la panza y le muestro el DIU, le muestro cómo se introduce y cómo queda y que está aislado, por ahí alguna acepta, acepta después y otras no.”

La obstétrica también señala que son los varones los que no aceptan el uso de preservativos, o que influyen en la decisión de “buscar el nene”.

El ginecólogo se reserva una tercera parte de los turnos diarios para la programación de controles en el marco del PSSYR o para el seguimiento de alguna patología en particular; en cambio, en el caso de la obstétrica, esta relación se invierte ya que atienden principalmente turnos programados y destinan menos de un 20% de su tiempo a la atención de primeras consultas. Eleonora comenta que:

“- Los turnos programados lo manejo yo y los turnos que vienen a pedir en ventanilla me anotan en el cuaderno que yo les dejo, estos son todos los turnos programado (...) Los espacios rojos son las pacientes de primera vez, que por ahí reviso dos a la mañana y dos a la tarde para no... porque esas me llevan tiempo, como te dije, me llevan por ahí 40 minutos y entonces atiendo dos cuando llego y dos tipo una y media, para la gente que no puede venir por ahí a la mañana, después el resto ya está programado. Alguna que pierde el turno después viene y sacan turno, piden en la ventanilla un turno a cualquier hora...”

- Y las chicas te lo anotan en los lugares libres...
- Sí, ellas ya saben que es en los lugares libres...”.

El diagnóstico a partir de estudios de laboratorio o estudios de imágenes resulta una tarea engorrosa ya que supone una derivación al hospital de referencia. Si bien los administrativos del CAPS se encargan de conseguir estos turnos, suelen ser muy diferidos en el tiempo y en el transcurso de este tiempo pierden su eficacia. También se recurre a los hospitales para solicitar un turno para alguna interconsulta ante un padecimiento de difícil evolución, pero ocurre lo mismo que con los estudios diagnóstico, pasa tanto tiempo que más de una vez los pacientes olvidan que tienen que asistir al hospital y se pierde el turno. Para intentar evitar estas situaciones, por lo general los administrativos recurren a la promotora de salud para que vaya hasta la casa de ese paciente y se lo recuerde.

La intervención a partir del examen físico pareciera aportar también una cuota de eficacia, en ese sentido resulta revelador lo que comenta la obstétrica:

“Porque para mí es importante que le toque la panza, si yo estoy teniendo un test positivo, que lo más probable es que esté embarazada y no que esté enferma, que es una condición de la mujer, entonces por ahí yo le toco la panza porque se me hace que... o sea, por un lado me siento bien yo, porque es mi trabajo y quiero tocarle la panza para ver la diferencia de una mujer que está embarazada de la que no está embarazada, tal es así que si tienen una falta yo le toco para ver el tamaño, yo le digo “estás embarazada pero te tenés que hacer un test embarazo, lo más seguro es que esté embarazada porque siento que te ha aumentado el tamaño del útero”, por ahí puede ser otra cosa, puede ser un fibroma, puede ser... pero hasta que vos no te hagas un test de embarazo, una ecografía no podemos decir al 100 por ciento que sí, (...) Después es que la tengo que tocar a una persona si viene a control, o sea, como que... no sé, es algo...que está esperando...Para mí todas las mujeres esperan eso, porque yo tengo muchas pacientes de obra social, ellas van a su obra social y vienen conmigo, (...) y me dice “yo vengo porque vos me tocas la panza, porque vos me medís, me tocas”, porque veo si está grande, la posición, qué se yo... les escucho los latidos, hasta que no lo escucho no dejo... o sea, si no llego a escuchar puedo estar una hora con una panza, pero tengo que escuchar porque



sino es como que... qué se yo, no, no estoy actuando como tengo que actuar. Entonces ella me dice “yo vengo porque vos me tocas la panza, yo voy a mi obra social y el ginecólogo que tengo no me toca la panza, me mira y me dice que está todo bien”, entonces yo pienso viste, porque también uno piensa que cómo son... no sé digo yo, los médicos piensan que como la gente son humilde, tienen una obra social y va pero no sabe nada y la mujer sabe que si le tocas la panza por ahí podes decir un poco más, o decirle “está creciendo bien”, no sé “está bien la panza...”

Vemos cómo, las prácticas de obstetricia en la esfera de la clínica condensan una serie de significados que en su relato se contraponen a las prácticas de los médicos. La asociación del médico, con el ejercicio profesional en las obras sociales y con la situación socioeconómica de las embarazadas, constituye un complejo que da cuenta de un saber profesional propio diferenciado, pero que por oposición refiere también a la biomedicina. Hay en este caso, tal vez, una autoafirmación del propio rol diferenciándose del saber hegemónico, que se traslada al vínculo con el ginecólogo del equipo. Nos comenta que las tareas en el control de los embarazos se dividen de la siguiente forma. Por una parte los ginecólogos “anotan, escriben, escriben y les dicen “tomate esto, ya está”; en cambio la obstétrica es la que además de “tocarles la panza” y “escuchar los latidos” “escucha” a las pacientes. La distinción con el trabajo médico queda demarcada por la función de los sentidos de escucha y tacto: “el médico no las escucha y no las toca”. El ginecólogo es en cambio el que está habilitado para medicar, marcando la hegemonía en las prácticas del saber médico por sobre otros saberes disciplinarios.

Por otra parte, la mención a pacientes de obras sociales que se siguen atendiendo en el CAPS también constituye una recurrencia de casi todas las entrevistas. Estos pacientes son los que declaran su afiliación a alguna obra social y luego los miembros del centro de salud perciben una remuneración adicional ya que esas consultas son pagadas al municipio por la obra social en forma diferida. Esta herramienta, propia de las políticas neoliberales de reforma del sector, había sido utilizada como un incentivo para los TS, en particular los que se desempeñaban en hospitales públicos. En general, la población afiliada a obras sociales, al momento de atenderse en algún hospital público, solía ocultar su condición de afiliado, temiendo no ser atendidos por esa razón. En el caso de los centros de salud, especialmente en Florencio Varela, esta herramienta no había sido utilizada, en parte porque la población atendida estaba desocupada o en una relación laboral precaria y por lo tanto no tenía cobertura social, o bien porque quienes sí poseían obra social

preferían atenderse en el sector privado, lo que provocaba una “focalización por defecto”. Este cambio nos está hablando entonces de una mejora en las condiciones de trabajo (coincidente con las representaciones que tienen de ello los miembros del equipo de salud) y además de una “elección” del primer nivel de atención del sector público, tal vez por la calidad de la atención.

La rutina de los enfermeros a diferencia del resto de los TS, no se organiza a partir de la administración de los turnos, sino que funciona como intermediación entre la demanda y la consulta a los médicos, ya que en gran medida su trabajo es orientar a los pacientes antes de la solicitud del turno, y en los casos de “urgencia” realizan un “diagnóstico presuntivo” que en general es tenido en cuenta por los médicos. A este tipo de actividades se suma la que es propia de enfermería “que es curar, inyectar con una indicación médica...”. También señalan la importancia de la escucha en el primer nivel “...este tema de hablar, en el segundo nivel no lo ves y acá se usa mucho el hablar, el hablar, el dar la charla, el salir...”

La relación con los pacientes en el ámbito de la consulta, varios actores se limitaron a caracterizarla como “amena” o “muy buena” sin explayarse demasiado al respecto. En el caso de la obstétrica, a la hora de describir su relación con las embarazadas, el acento está puesto en la búsqueda de horizontalidad que tiene que ver con el modo de hablar, con la importancia de “hablarles en su propio idioma” a las pacientes. Eleonora, la ostétrica así describía su vínculo:

“en realidad a mí me gusta por ahí dar una información así con... no digo ni con términos médicos ni nada, sino información general con sus palabras, con cosas que uno ve todos los días, decirle “mira, te va a pasar esto, esto y esto” y bueno, cuando sea o pase esto tenés que ir al hospital o tenés que ir a cualquier guardia. Me parece que eso sirve más que otra cosa, no sé...”

Por su parte la pediatra refiere conocer a sus pacientes desde hace muchos años y ello contribuye a una buena relación. El ginecólogo en cambio menciona algunas dificultades a la hora de prescribir medicamentos o indicar algún tratamiento y lo atribuye a “la falta de educación”.

Si bien la información sobre este tema es escasa, podemos señalar que en el caso de la obstétrica y la pediatra existe una intención de horizontalidad a partir del uso de la palabra en la esfera de la clínica, en cambio el ginecólogo pareciera estar más preocupado por transmitir su mensaje más que por escuchar las demandas de atención.

## Las prácticas de promoción de la salud

Las representaciones y las prácticas de promoción de la salud constituyen un aspecto central a la hora de analizar las características del saber en atención primaria.

Notamos en este grupo una asociación muy fuerte de la promoción de la salud con “el trabajo extramuros”, y se comentaron múltiples experiencias que dan cuenta de una fuerte predisposición para este tipo de actividades. Cabe señalar que los objetivos de las mismas son múltiples ya que en algunos casos el trabajo extramuros está enfocado hacia la realización de actividades de promoción y educación para la salud, y en otros casos los objetivos apuntan a mejorar la cobertura de algún programa o a remover barreras de accesibilidad mejorando la captación de pacientes que no asisten al CAPS.

Un enfermero comenta que, conjuntamente con la pediatra, habían realizado “charlas” sobre violencia, con los padres de una de las escuelas, a pedido de las autoridades de esa institución. Según su relato pareciera que en estas actividades la batería de recursos metodológicos se constriñe a “dar una charla”, sin considerar otro tipo de intervenciones que permitan una mayor participación y eviten la asimetría propia de la relación *orador-público que escucha y a lo sumo pregunta*.

Según el enfermero Carlos:

“... viste que vos, uno cuando está hablando te das cuenta que la gente puede captar lo que vos le decís, asintiendo con la cabeza y con la mirada fija, entonces dije que el trabajo fue bueno...”

La administrativa suele ser el vínculo con las manzaneras o trabajadoras vecinales, y también esta organización barrial suele demandar la realización de charlas, en general con un contenido preventivo respecto de las enfermedades estacionales, o las prevalentes. Por ejemplo se han realizado charlas sobre dengue, gripe, o diabetes. Estas actividades ya no tienen la importancia que supieron tener en tiempos del Plan Vida (1995 – 2003), cuando formaban parte de la batería de intervenciones que se promovían desde las políticas focalizadas articulándose con los objetivos del PROMIN, sin embargo se siguen sosteniendo por impulso de las tramas sociales del barrio.

La obstétrica y el ginecólogo señalaron que entendían que la prevención y la promoción también eran aspectos que debían abordarse en la instancia de la consulta médica, ya que estaban imbricados en el trabajo médico en el primer nivel de atención.

Para Eleonora:

“La promoción para mí es como promover un poco lo que es el bienestar de la mujer, promover el control precoz y su importancia ¿no? (...)... o sea, por ahí darle a la comunidad entera pero también individualmente, dentro del consultorio. Yo, por ejemplo, no lo siento y siempre me han obligado a que tengo que dar la charla, o sea, yo prefiero darle una charla en el consultorio de qué le va a pasar durante todo el embarazo (...) se me hace que... la gente se cansa o como que están en otra cosa (...) y que la gente del barrio no están pensando en eso, están pensando..., otra cosa pero van como obligadas a hacerlo”

Entre las tareas “extramuros” también se incluyen otro tipo de actividades que tienen que ver con ampliar la cobertura del programa de vacunación controlando los esquemas vacunatorios en escuelas y comedores.

El enfermero y la administrativa cuestionaban la escasa atención que se presta desde la gestión local a las actividades de promoción y a la falta de jerarquización del servicio de enfermería. Según Carlos, el enfermero, esto se debe a que:

“... estamos realizando una atención muy de oferta y demanda, hay un problema, una patología y tratemos de solucionarlo pero arrancar con lo que es atención primaria, la promoción de la salud no, yo creo que no. No, porque no estamos promocionando la salud, a no ser de que bueno... la prevención en la parte de vacunación, después lo demás no, porque no estamos promocionando la salud, (...) porque la tarea extramuro no se hace, (...) a mí me encantaría ir a una sociedad de fomento, ir, darle conocimiento, proyectarles, hacerlos trabajar en equipo (...), para generar esto que te digo, que la gente sea multiplicadora, viste...”

Marisa, recuerda que cuando aún estaba en el CAPS la ginecóloga del PMC:

“Antes teníamos charlas con el ginecólogo en la casa de las manzaneras, en la iglesia que hay una escuela de adultos, todo eso”

Un aspecto relevante en lo que hace a la promoción de la salud fue la incorporación de promotores de salud a los CAPS. Esto se hizo a través de un programa nacional que financia los recursos humanos para esta tarea, y brinda capacitación en temas de APS a quienes son seleccionados incorporarse al programa. La incorporación de esta figura ha generado algunas controversias, si bien los médicos y el personal administrativo recurre a la promotora para el “rescate” de los desertores de los turnos, y para el “recordatorio” a quienes tienen turnos en el segundo y tercer nivel; otro TS señalan que consideran esta actividad como un mecanismo que profundiza las funciones de control social del modelo biomédico y que precisamente quienes están en el primer nivel impugnan.

“... o sea, (según la obstétrica) se me hace que ella se mete mucho y después esa paciente no aparece más o si aparece, aparece enojada y te dice que ella fue y le dijo que tiene que venir porque yo la mandé a llamar y quién es ella para venir a obligarla a que venga”

Finalmente intenté indagar respecto de las distintas concepciones que sostenían los actores respecto de la APS, su significado y la eficacia de su trabajo en relación a ello. Casi todas las respuestas giraron en torno de la asociación entre atención-prevención-promoción, y en ese orden de jerarquía. Así Eleonora nos decía:

“Y para mí es como... qué te puedo decir... promoción, prevención, las dos cosas más importantes para mí, una es la promoción y otra es la prevención, eso yo defino como atención primaria”

Carlos, el enfermero, desde un enfoque preventivista afirmaba:

“La atención primaria qué sería en pocas palabras... y yo diría que... actuar antes que las cosas sucedan sería para mí...”

También Marisa, la administrativa intentó definir la promoción y la prevención en el marco de la APS:

“...pienso que es lo primero, sería eso, no venir cuando uno está enfermo... poder venir con más frecuencia, que la gente venga para hacerse un chequeo, ir descubriendo si estamos bien o mal, pienso que eso es así...”

A modo de conclusión provisoria podemos decir que en términos de representaciones se da una fuerte asociación entre la noción de promoción de la salud y las actividades con la comunidad. Las prácticas que se desarrollan “hacia la comunidad” son variadas y van desde las acciones individuales hasta el trabajo con organizaciones barriales, se conjugan actividades tendientes a asegurar controles de salud, como por ejemplo las visitas a comedores y escuelas para controlar los esquemas vacunatorios, conjuntamente con aquellas orientadas por nociones de educación para la salud y el desarrollo de “hábitos saludables”, como lo son las “charlas” que se realizan a pedido de las trabajadoras vecinales antes mencionadas. En cuanto a la batería de herramientas que utilizan para estas actividades, nuevamente el énfasis está dado por la palabra, en este caso unidireccional, fundamentalmente la “charla”. Sin embargo vale señalar que algunos los actores, como la obstétrica y el ginecólogo, desarrollan prácticas de promoción de la salud orientadas a estimular “estilos de vida saludables” en la esfera de la clínica. En pocas palabras, para este grupo, la anticipación es condición necesaria para el trabajo en atención primaria. El énfasis está puesto en la prevención de enfermedades y en las posibilidades de acceder a los servicios “antes” de estar enfermo.

### **Las prácticas en el marco de los programas de salud.**

Podemos decir que en gran medida las prácticas de salud están organizadas y normatizadas por los programas que se implementan en el primer nivel de atención. Cada uno de los servicios organiza sus actividades preventivas en función de la normativa de algún programa. Algunos programas se articulan entre sí, generando relaciones entre los profesionales, como por ejemplo la obstétrica con el ginecólogo o con los pediatras. O los pediatras con los enfermeros.

Sin embargo quienes están vinculados, desde su rol, a casi todos los programas son los administrativos. Llevan todos los registros del Remediador y controlan lo que hay en el depósito de medicamentos e insumos. Como son los responsables de dar los medicamentos que recetan los médicos del centro, en general utilizan para ello los botiquines del Programa Remediador, incluso cuando asiste un paciente con una receta del hospital. En estos casos el programa obliga que la

receta esté además firmada por el médico del CAPS, pero en general la medicación se entrega de todas formas. Marisa – una de las administrativas – nos dice:

“...o a veces sí vienen gente... como por ejemplo hoy que no hay médico, el pediatra llegó recién y si la mamá se fue a la guardia nosotros le hacemos entregar la receta, la pegamos ahí y le entregamos el remedio...y lo firma el médico cuando viene, no hay problema pero no lo hacen en todos los centros, acá nosotros lo hacemos porque no sé, viene una mujer, llega y no hay pediatra como hoy y necesita los remedios y bueno, se lo entregamos...”

Además entregan las pastillas anticonceptivas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva a las pacientes que están bajo programa, sin necesidad de contar con la presencia del ginecólogo. Esto está instituido, es decir que si asiste alguna mujer que se encuentra incluida en el programa, con sólo cotejar la historia clínica, se le deben dar las pastillas anticonceptivas que constan en la ficha, y si asiste alguna paciente que no está incluida en el programa para consultar por algún método anticonceptivo, debe ser atendida lo antes posible por el médico ginecólogo, y por lo tanto los administrativos deben anotar un “sobretorno” el primer día de atención. Sin embargo, tras largas horas de espera para alguna entrevista o reunión en el CAPS pude comprobar que esto no siempre es así, si bien la medicación se entrega a las pacientes bajo programa, los sobretornos no siempre son moneda corriente, y en ocasiones se otorga un turno diferido en más de quince días.

También los administrativos hacen los registros del programa Nacer, y del SAMO, y según Marisa

“En el Nacer tengo que fijarme en el padrón si los chicos esos vinieron, anotar el peso, la talla, si las embarazadas vinieron cuando es la última vez que vino, la fecha de parto, eso completo... después llevar todo eso a la secretaría”

El programa Nacer está inspirado en la concepción del seguro público, ya que supone el registro de los niños entre 0 y 6 años y embarazadas que se atienden en el CAPS y no tienen obra social. De acuerdo con las consultas y la cantidad de personas ingresadas en el padrón, los trabajadores involucrados (pediatría, obstetricia, y enfermería) perciben un incentivo económico y además se destina un monto en dinero para equipamiento del CAPS. Con ese monto, en Santa Rita,

se compraron sillas y un artefacto de cocina para todo el equipo, y un pinard<sup>57</sup> y un monitor para obstetricia.

En el caso del servicio de pediatría, son estos médicos los que llevan adelante el programa de Control del Niño Sano, articulando acciones con el de Gestantes y Puérperas, con el Programa de Inmunizaciones y con el de Referencia y Contrarreferencia<sup>58</sup>. Las prácticas médicas que desarrolla la pediatra incluyen el control de talla y peso, el de vacunas según el esquema obligatorio, y el examen físico. Estos controles los realizan una vez por mes, en el caso de niños de 0 a 6 meses, y cada 6 meses hasta llegar al año de edad. La cantidad de consultas en pediatría alcanza aproximadamente un promedio de 800 consultas al mes. Si se considera que alrededor de un 40% son controles a pacientes bajo programa, podemos estimar una cobertura del 35% de la población de niños que habitan en el área de referencia. Las estrategias que utilizan para la captación de pacientes, además de la derivación a través del programa de Referencia y Contrarreferencia de niños nacidos en el hospital, son las visitas a los comedores comunitarios y a las escuelas, la articulación con el trabajo que desarrolla la Promotora de Salud.

También se encargan del programa IRAb (Infecciones Respiratorias Agudas bajas) y a partir de esta normativa articulan las derivaciones y la contrarreferencia con los servicios de pediatría del Hospital Mi Pueblo en los casos de pacientes que se deben internar o que vuelven de una internación, para reanudar los controles. En el marco de este programa la pediatra se encarga de diagnosticar las infecciones respiratorias, y de acuerdo con un protocolo, según la gravedad que presenta el paciente se le aplican, en el mismo centro de salud, una serie de dos “puff” cada 20 minutos por el lapso de una hora. Estas inhalaciones las aplican los enfermeros, luego los pacientes vuelven a ser evaluados por la pediatra y si el cuadro no mejora se vuelve a realizar la serie de aplicaciones del mismo modo que en la primera vez. Luego vuelven a ser evaluados y si los síntomas persisten los niños son derivados al hospital. En los casos en los que los síntomas ceden los pacientes son enviados a su domicilio con los aerosoles y la indicación de volver para realizar nuevos controles a las 24hs del episodio, a las 48 hs. y a los siete días, para ser dados de alta.

La obstétrica desarrolla su trabajo en el marco del programa Gestantes y Puérperas, ella sabe con exactitud que son 160 las embarazadas que tiene bajo programa, lo cual representa una cobertura del 72% de las embarazadas esperadas según las estadísticas que maneja la Secretaría de

---

<sup>57</sup> Instrumental utilizado para el seguimiento del embarazo

<sup>58</sup> Ver Capítulo III pgs. 128 para encontrar información respecto de los lineamientos de estos programas.



Salud<sup>59</sup>. Como ya fue dicho esta profesional trabaja el 10% de su tiempo con actividades programadas que consisten en realizar controles de embarazo, que incluyen derivaciones antes del 4º mes a los servicios de clínica médica, para un control general clínico, de ginecología para la realización estudios preventivos (PAP y Colposcopia), y de odontología al centro de salud más cercano que tenga este servicio. Previamente a la derivación al médico clínico se encarga de solicitar estudios de laboratorio con muestras que se toman en el CAPS y se envían luego al hospital. También, en los casos en que se detecta algún riesgo, la obstétrica deriva a la paciente al servicio de Alto Riesgo del Hospital Mi Pueblo solicitando el turno desde el centro de salud.

Por último, se encarga de cerrar la historia clínica con el control del puerperio, el mismo día que la paciente asiste con el turno para la primera consulta de control del niño recién nacido. En ese momento se toma un tiempo para aconsejar a la paciente respecto de los métodos anticonceptivos que ofrece el PSSR antes de derivarla al ginecólogo para su utilización.

En cuanto al desarrollo de otros programas, como ya se dijo la obstétrica es uno de los TS incluidos en el Plan NACER, y lo describe del siguiente modo:

“...el NACER es el Programa de Nación que nosotros tenemos, es una especie de... ingresarlas a las embarazadas, por ejemplo en mi caso, las embarazadas que no tienen obra social, ingresarlas, hacerles una ficha, ingresarla ahí, es un Programa de nación que una parte... teóricamente nación manda una parte de los beneficios para el Centro de Salud y el Programa era, la otra parte iba a tener un beneficio la embarazada, pero para las embarazadas nunca llegó, yo no sé cuál es el problema ni por qué, lo que sí nosotros pudimos rescatar con... es como un censo que hacemos...(…) Es como que... yo creo que es más como una estadística de quiénes tienen obra social y quiénes no, porque en definitiva eso salta...”

Llama la atención, en este caso, la falta de precisión respecto de los contenidos del programa, que tal vez pueda atribuirse a que no incluye acciones normatizadas en su propia práctica.

---

<sup>59</sup> De acuerdo a proyecciones del Censo 2001.

En el caso del ginecólogo, señala que dado que atiende la demanda espontánea no tiene datos de cobertura de los programas que lleva adelante. Estos programas son el PSSR y el PROGEMA. En el marco del programa de salud sexual se encarga de controlar a las mujeres en edad fértil y aconsejar respecto de los métodos anticonceptivos que puedan resultarles más adecuados. En general este médico es partidario de la aplicación de DIU, dado que según él “no saben cuidarse”, “no saben decirle que no a las parejas”. Rubén – este ginecólogo – no aconseja este método en jóvenes que aún no han tenido hijos, en estos casos recomienda la utilización de pastillas anticonceptivas e indica controles cada tres meses. Receta la cantidad de pastillas necesarias para ese período para asegurarse que asistan al control una vez que se les hayan terminado, para proveerse de más comprimidos. Si bien el programa indica actividades de “consejería” con las parejas, este médico no realiza este tipo de actividades, y lo justifica porque “las pocas horas que vengo al centro las tengo que dedicar a atender la demanda”. Respecto del PROGEMA, este médico realiza controles periódicos a las mujeres que así lo demandan e indica la realización de papanicolau y colposcopías, necesarios para el diagnóstico de lesiones en el cuello del útero. Rubén comenta que su trabajo sería mejor si dispusiera de un colposcopio en el CAPS, pero como no lo hay tiene que recurrir al hospital para este tipo de análisis. Lo mismo sucede con la realización de mamografías, ya que solamente puede derivar a sus pacientes a ese establecimiento para el diagnóstico precoz de cáncer de mamas. De todas maneras, él mismo realiza exámenes físicos para el diagnóstico de este padecimiento y le explica a sus pacientes cómo deberían palparse para encontrar alguna protuberancia.. En los casos en los que a partir de estos estudios diagnostica alguna lesión, deriva a estas mujeres para que continúen su tratamiento en el Hospital Mi Pueblo. También comenta que alrededor de un tercio de las consultas son de pacientes incluidas en alguno de estos dos programas, y el resto son mujeres que asisten por algún padecimiento específico, como por ejemplo infecciones urinarias (que es la enfermedad más frecuente) o vaginales.

Respecto del funcionamiento de los programas en general existe hasta un reconocimiento respecto de la adecuada provisión de insumos y medicamentos, básicamente por la correcta implementación de los programas Remediar y SSR. Así según Eleonora:

“...por ahí hay más posibilidades para la gente en cuanto al remedio por ejemplo, para mí hay un poquito... no digo “uy” pero por ahí hay más insumos de medicamentos (...) ahora hay más variedad de medicamentos, hay más medicamentos y más variedad...”

A modo de síntesis, podemos decir los programas que se organizan en torno a la provisión de medicamentos y recursos no son conocidos en sus fundamentos por parte de los TS, y llamativamente quiénes más conocen de la implementación de estos programas son los administrativos.

## **EL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS Y SU IMPLEMENTACIÓN EN SANTA RITA**

Antes de analizar las características y el sentido de los cambios operados en el saber en torno de la APS a partir de la implementación del PMC es preciso dar cuenta de las particularidades de la implementación del PMC en este CAPS.

Este programa se inicia en el año 2004, y a partir de su puesta en marcha se incorpora al equipo otro médico ginecólogo con beca remunerativa (además del que ya estaba), y se suman a esta primera cohorte uno de los pediatras y el trabajador social del centro, éstos últimos con beca tipo B (no remunerativa). Este grupo parecía limitarse al trabajo asistencial, y al cumplimiento de los requisitos del posgrado sin ir más allá en sus demandas. La reflexión en torno de los temas era básicamente teórica y no parecía poner en juego sus prácticas a nivel asistencial.

Recordemos que el curso de posgrado proponía una primera evaluación a finalizar el primer año, que constaba de un Análisis de Situación de Salud del barrio<sup>60</sup> y la priorización de un problema de salud a partir de la realización de un diagnóstico participativo. Al momento de esta primera evaluación, el grupo no había logrado generar ninguna instancia de planificación colectiva, ni con el barrio ni con el resto del equipo. En consecuencia, el problema que se identificó como prioritario, por iniciativa del grupo y sin la participación de otros actores, fue la nutrición infantil. Cabe destacar que en ese momento el único becario tipo A (el médico ginecólogo) había tomado una licencia prolongada por enfermedad, así que el impulso recayó fundamentalmente en el pediatra del grupo.

La evaluación final del posgrado suponía la elaboración y ejecución de un proyecto de intervención sobre el problema seleccionado. En ese momento este equipo quedó reducido al pediatra debido a la deserción del trabajador social, lo que reforzó la tendencia a un abordaje de la problemática de tipo biomédico.

---

<sup>60</sup> Ver capítulo IV

El proyecto que resultó de estas instancias evaluativas se proponía “mejorar el estado nutricional de los niños de 0 a 6 años del barrio”, detectando aquellos niños desnutridos o “con riesgo nutricional”, completando los esquemas de vacunación obligatoria y “revalorizando la lactancia materna”. Para ello se planteaba la realización de controles pediátricos en el jardín de infantes y en el comedor infantil del barrio, y completar el “fichero de niños desnutridos”. Cabe señalar la fuerte impronta de los saberes aprendidos en el marco del PROMIN por parte de este pediatra, además del sesgo dado por la profesión. A la hora de implementar el proyecto, solamente se desarrollaron aquellas líneas de acción que ya se venían realizando en el CAPS desde la implementación del PROMIN, es decir que este proyecto no implicó ningún cambio en las rutinas ni en las prácticas del pediatra ni en la de otros trabajadores del centro de salud; solamente se limitó a la realización de un ejercicio de sistematización de prácticas preexistentes. Es posible entonces pensar que las herramientas prácticas ofrecidas por el PMC no fueron suficientes para hacer posible en este caso un abordaje desde los principios de la APS integral, y que el contexto institucional no favoreció un abordaje colectivo y comunitario de los problemas de salud.

A principios del 2005 se inicia la segunda cohorte y con ella se incorporan al equipo un médico clínico, y un enfermero ambos con beca rentada; además se suma a este grupo el psicólogo del centro (sin renta). A diferencia de la primera cohorte, este segundo grupo mostraba una importante predisposición al trabajo reflexivo y a la posibilidad de introducir cambios en su modalidad de trabajo. Tal es así que en virtud de ello el médico clínico fue designado como director de otra área programática, sin que por ello abandonara la tarea asistencial correspondiente a la beca del PMC. Hubo un momento en el desarrollo del programa en que todos los alumnos de la segunda cohorte tenían también algún otro tipo de responsabilidad en la gestión local de la salud. El psicólogo coordinaba un equipo central de asistencia a víctimas de “catástrofes” y el enfermero coordinaba el programa de inmunizaciones. A medida que este grupo avanzaba en su desarrollo también se tornaba crítico de algunas orientaciones que emanaban del nivel central; se cuestionaba que los controles de presentismo y de rendimiento iban a contrapelo del requerimiento del trabajo extramuros exigido por el programa; así como se cuestionaba también el saber en APS de las autoridades de la Secretaría de Salud.

El grupo de la segunda cohorte, para la primera evaluación del posgrado, realizó todas las instancias previstas de identificación y selección de problemas a partir de reuniones con el resto del equipo del centro de salud y con las instituciones del barrio. Se hicieron cuatro reuniones en el

lapso de un mes, de las que participaron la parroquia, la cooperadora de la escuela, las manzaneras, las sociedades de fomento, la liga de mujeres, la cooperadora del centro de salud, el centro de jubilados y el centro de discapacitados.

Así, entre los problemas identificados surgía un listado bastante diferente al de la etapa anterior, que podemos agrupar en problemas relacionados con las condiciones del medio ambiente: “la contaminación ambiental (con especial referencia a la presencia de roedores), la falta de cloacas, la existencia de zanjas con aguas servidas, la sarna, y la falta de recolección de residuos en algunas áreas del barrio”; problemas de tipo social: “las adicciones, la escasa alfabetización, los casos de violencia familiar, las familias numerosas”; y padecimientos que tienen que ver con la demanda de salud o el funcionamiento del CAPS como “la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la pediculosis, las enfermedades respiratorias”, y “la falta o escaso conocimiento de los programas nacionales vigentes en el centro de salud”.

Para la elaboración del proyecto se seleccionó éste último problema, “el escaso conocimiento por parte de la comunidad de los Programas Nacionales Remediar y Salud Sexual y Reproductiva” con la aclaración de que “si bien la comunidad en un primer momento se refirió a todos los programas”, luego se decidió priorizar solamente esos dos programas. Es preciso señalar que para la selección del problema se aplicó la herramienta de ponderación ofrecida desde el posgrado en la que se evaluaba comunitariamente la “magnitud”, el “interés”, la “evitabilidad”, la “gravedad” y la “vulnerabilidad”<sup>61</sup> de cada uno de los problemas mencionados. Esta falta de conocimiento de los programas sanitarios tomó desprevenidos a los TS del CAPS, ya que no estaba incluido en sus hipótesis previas; este equipo daba por supuesta una fluida comunicación con la comunidad, así que la identificación de este desconocimiento los interpelaba. Este tema fue elegido, no solamente por la ponderación mencionada más arriba, sino también porque podía ser abordado por el conjunto del equipo de salud y era susceptible a intervenciones de relativa eficacia en el corto tiempo.

Para dar cuenta de la situación de desconocimiento a la que aludía el problema, se realizó una encuesta de cien casos sobre una muestra al azar sobre el total de hogares que dio por resultado que un 76% de la misma no conocía la existencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, y un 77% ignoraba la existencia del Programa Remediar.

---

<sup>61</sup> De acuerdo con la herramienta propuesta por los docentes de la universidad, la “magnitud” refiere a cuántas personas afecta, el “interés” refiere a la motivación de los actores sociales involucrados, la “evitabilidad” da cuenta de las posibilidades de desarrollar acciones de prevención y/o promoción de la salud, la “gravedad” alude a los daños que provoca en la población, mientras que la “vulnerabilidad” hace referencia a las posibilidades de intervención.

Entre los objetivos del proyecto que se formuló se mencionaban aspectos centrales a la propuesta de APS, como mejorar la cobertura de estos programas, “disminuir las barreras de accesibilidad” y “aumentar la participación de la comunidad en temas de prevención y promoción de la salud”. Para ello, las actividades propuestas eran la realización de un “foro comunitario” con las organizaciones sociales para dar a conocer en profundidad las características de estos programas; y talleres con los adolescentes de las escuelas secundarias del área programática. También se propusieron reformar la cartelera del centro de salud para brindar mejor información sobre las características y alcances de estos programas.

Si bien el problema abordado permitía generar intervenciones relativamente sencillas los trabajadores del CAPS reconocían que “el equipo de salud necesita informarse acerca de la operativización de los programas en forma periódica, para mejorar su implementación y lograr sus objetivos, para lo cual se gestionará con la Coordinación y Dirección del Área programática de la Secretaría de Salud del Municipio de Florencio Varela, reuniones informativas y de capacitación para el equipo de salud, con los referentes de ambos programas”. En términos “asistenciales”, para el logro de los objetivos propuestos este equipo se proponía también la “implementación de turnos programados para incrementar y mejorar la accesibilidad y aumentar la cobertura de cada programa” e “incrementar la asistencia para dar respuesta a la demanda que surgirá después de ‘aumentar el conocimiento de los programas’ (objetivo general de nuestro trabajo) como así también articular con los referentes de ambos programas para la obtención de mayor cantidad de recursos (materiales y humanos)”. Estas referencias claras al nivel central de la gestión local dan cuenta de que se trataba de un grupo en el que el trabajo con la comunidad estimulaba la formulación de nuevas demandas.

El proyecto se desarrolló entre mediados del año 2006 y hasta principios del 2007. Se desarrollaron casi todas las actividades previstas: el “foro comunitario”, se mantuvo al día la cartelera y se realizaron reuniones con los referentes de estos programas del municipio y las organizaciones barriales. Si bien no se modificó la administración de turnos, el resto de las actividades se cumplieron. Estas acciones pudieron ser evaluadas a partir de la realización de una nueva encuesta de similares características a la anterior que dio cuenta de que un 34% de los encuestados conocían el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, mientras que un 50% sabían de la existencia del Programa Remediar. Sin embargo no se evaluó el “incremento de la demanda” que suponía el proyecto ni tampoco se obtuvo mayor cantidad de recursos.

Podemos decir hasta aquí, que se dio una apropiación diferencial, entre los alumnos de la primera y la segunda cohorte, de las herramientas teóricas y prácticas ofrecidas por el posgrado. Los del primer grupo se limitaron al abordaje de un problema conocido desde la especialidad de uno de ellos y no trabajaron herramientas técnicas de ponderación que justificaran la elección de esa problemática. No desarrollaron actividades con la comunidad y en el diseño de sus intervenciones recurrieron a herramientas de las que se apropiaron a partir de su experiencia como profesionales del PROMIN.

En cambio, la segunda cohorte, sí utilizó herramientas técnicas de trabajo comunitario, lo que le permitió detectar un problema no identificado previamente. Esta apertura a nuevos problemas abrió la posibilidad de introducir mejoras en la dinámica de funcionamiento del CAPS.

Es posible considerar que las diferencias entre estos dos grupos tenían que ver con las trayectorias personales de sus miembros y sus expectativas en el programa. Es de destacar que los miembros de ambos grupos participaban de todas las reuniones de equipo y de todas las actividades barriales que se proponían.

## **EL SABER DE LOS QUE CURSARON EL POSGRADO**

Como ya fue dicho, para analizar las posibilidades de cambio en las características del saber en APS a partir del desarrollo del PMC asumí una estrategia metodológica comparativa entre quienes no habían sido parte del posgrado y quienes sí. En esta ocasión intentaré analizar las características de este saber en quienes atravesaron la experiencia del PMC analizando especialmente las representaciones médicas en torno del PSEA, las prácticas en la esfera de la clínica, las representaciones respecto de las relaciones médico – paciente, y las prácticas y representaciones sobre la promoción y prevención de la salud. Cabe señalar que este segundo grupo está formado por un pediatra y un trabajador social pertenecientes ambos a la primera cohorte<sup>62</sup>; y un médico clínico, y un psicólogo.

---

<sup>62</sup> La ginecóloga que se incorporó con beca remunerativa del PMC en la primera cohorte falleció en el año 2009.

## De saberes y trayectorias

Como ya fue dicho, la descripción de las trayectorias profesionales y formativas de los actores ilumina el análisis respecto de sus saberes, en tanto que los mismos se construyen tanto en ámbitos académicos formales como a partir de su inserción en los grupos de socialización profesional.

Los TS de este grupo también tienen entre 45 y 50 años y terminaron sus estudios universitarios en la segunda mitad de la década del 80. El psicólogo es el más antiguo del centro, ya que comenzó a trabajar allí en el año 91. Su trayectoria expresa los vaivenes que han sufrido los procesos de reforma en el primer nivel de atención en el sector público. Comienza a trabajar en el primer nivel de atención en el distrito de Berazategui a partir de la implementación del programa ATAMDOS. Luego con la suspensión del programa y la asunción en el gobierno de la provincia del Dr. E. Duhalde solicita un pase al distrito de Florencio Varela e ingresa en el centro de salud del barrio Santa Rita.

El pediatra también se incorpora al centro a partir de la convocatoria del PROMIN, habiendo desarrollado su trabajo anteriormente en hospitales públicos de la región. El trabajador social se integra al equipo de Santa Rita en el año 2005 a partir de un pase desde otro CAPS cercano, pero desarrolla actividades en el primer nivel de atención desde el año 98. El médico clínico es uno de los últimos miembros del equipo médico en ingresar, ya que ingresa a partir de la beca del PMC, sin embargo ya había tenido experiencia previa en el primer nivel de atención en otros distritos de la misma región sanitaria.

Estos profesionales han realizado sus estudios de grado en la UBA (Universidad de Buenos Aires) y en la UNLP (Universidad Nacional de La Plata). En tanto que cada uno de ellos se fue incorporando al sistema a partir de la implementación de distintas políticas de fortalecimiento del sector, sus experiencias profesionales en el primer nivel han sido diferentes, y en ocasiones hasta divergentes. Resulta sugerente el relato entonces Daniel, el psicólogo:

“Un año después de que me recibí en el 88 (...) entré en el ATAMDOS en un centro de salud de Berazategui. En año anterior habíamos recibido una capacitación en ATE<sup>63</sup> del equipo de Floreal Ferrara. (...) Entré en la facultad

---

<sup>63</sup> Asociación de Trabajadores del Estado: gremio que nuclear a los trabajadores del estado.



en el 82 y me recibí en el 87, entré en plena dictadura. En la facultad a mí me formó Alicia Stolkiner, que en esa época en el último año daba Higiene y Salud Mental, y nos contaba de su experiencia en Nicaragua. (...) y sigo siendo administrativamente ATAMDOS sí claro, ahí también tuve capacitación pero me acuerdo que se hablaba todo el tiempo de “contener” hay que “contener” en el parto, hay que “contener”...etc. Y me da risa...

- Por qué?

- Y, porque si contenemos, contenemos, al final vamos a explotar todos!

- Uds. también tuvieron el PROMIN?

- Claro, el PROMIN también incluía capacitación. Como se hablaba todo el tiempo de desnutrición, me acuerdo que inventaron el término riesgo – vincular. A mí no me gustaba, entonces empecé a hablar de vínculo madre – hijo. Al final todo el barrio hablaba de los vínculos, los problemas de vínculos estaban en todas partes.

Sin embargo, muchos de ellos señalan un interés vocacional para el trabajo con los sectores subalternos que en general se vincula con el interés que esta temática había despertado a partir del cursado de alguna materia en sus estudios de grado. Y así el médico clínico, Guillermo, nos dice

“yo fui a pedir trabajo porque sabía que se trabajaba así y me tocó. Y me había gustado mucho lo que era el módulo de Atención Primaria, nos hacían rotar a nosotros en la universidad, y cuando cursé...porque yo en la UBA tenía Salud Pública , Salud Pública 2, Higiene y Preventiva, cosa que en La Plata no había. (...) bueno, me gustó, se reflejó en las notas, porque me gustaba y bueno ahí es donde yo realmente empecé, antes de recibirme, en atención primaria. Y siempre quedé enganchado (...).En la Sala de Villa Jardín, ahí. Bueno, después se terminó el contrato, enganché otro trabajo, ahí sí dejé de ir, pero trabajaba en una sala privada también de Lanús, donde no estaba en la villa pero, bueno, tampoco estaba en un barrio de gente rica, no? Así que siempre seguí en lo que era Atención Primaria. Después de hacer la especialidad en clínica médica, hice la otra, es decir, la general, Médico de Familia...

En este grupo todos tienen otra fuente de ingresos, algunos en consultorios privados o en el caso del trabajador social, en el gabinete pedagógico de una escuela pública. En síntesis, todos estos trabajadores tienen más o menos la misma edad, sus trayectorias y su formación se han visto atravesadas por los mismos procesos, y cabe señalar que ninguno de ellos vive en el distrito.

### **Las representaciones sobre el proceso s-e-a.**

En este grupo la caracterización de la población es coincidente con los rasgos que menciona el grupo anterior. Se refieren a la población del barrio como perteneciente a la “clase trabajadora” y también dan cuenta de la distinción que se establece con la población del asentamiento. A quienes habitan en ese asentamiento los describen como “más vulnerables” y no surgen de las entrevistas una percepción estigmatizada de estos grupos. Sí refieren que es en ese sector en el que se dan con mayor frecuencia casos de “drogadicción y alcoholismo” y “choreo de poca monta”. Según Jorge, el pediatra:

“Mira, tenés... la mayoría son gente común que tienen sus necesidades pero no, no tan agobiante viste, porque tienen en mayor o menor medida, tienen su trabajo, algunos tienen obra social, tienen su casa, su familia constituida... el problema por ahí, los más vulnerables son los que viven cerca del arroyo que la mayoría son por ahí paraguayos viste, que van viniendo y se van juntando ahí y bueno, son los que por ahí a veces tienen el trabajo y otras veces no, están más alejados del Centro de Salud, pero en general bastante bien la población de acá.”

También estos actores coinciden en señalar que la situación social ha mejorado para el barrio, que existen mayores oportunidades de trabajo que en la década anterior. También hacen mención a que ya no encuentran casos de desnutrición infantil. Para Sergio, el trabajador social:

“... el resto del barrio es generalmente de clase media empobrecida, o gente que está, que labura, vos ves con casas de material, algunos a medio terminar, me hace acordar a esa canción de Los Olimareños, viste, “no lo conoce a Juan el de la casa sin terminar” es un poco eso.”

Sergio, trabajador social

El pediatra da cuenta no solamente de la ausencia prácticamente de casos de desnutrición, sino que también señala una disminución de adolescentes embarazadas, que atribuye al PSSYR.:

“después en las adolescentes el tema de los embarazos... bueno, pero yo estoy viendo menos ahora por el tema de la medicación y de los preservativos y bueno...”

Varios señalan la importancia de las obras públicas que se han ido realizando, en particular las cloacas, pero advierten sobre los problemas de inundación que la realización de estas obras ha provocado. Sergio, nos comenta que:

“...a la vez construyó un zoom, desagües pluviales, están haciendo todo el tema de las cloacas, pero eso trajo aparejado algunos problemas de la infraestructura al resto del barrio, es decir, gente que nunca se inundó con las lluvias se está inundando, porque evidentemente al haber movimiento de suelos, y bueno, esas cuestiones...”

También destacan que se trata de un barrio con una sólida organización barrial y con varios referentes políticos, que hace que estén al tanto de los recursos que proveen los distintos programas sociales, y se los demanden.

El pediatra también se refiere a las infecciones respiratorias en niños, y las dermatitis como los principales problemas de salud que atiende, y lo atribuye a inadecuadas condiciones de higiene y habitabilidad:

“Ahora ya no tanto embarazo pero sí, los temas bronquiales sí están a full... desnutridos no, los chicos que vemos están bien nutridos, vacunados y bueno, patología bronquial sí, empieza un poquito de frío y ya vienen con los mocos...algunos por ahí pueden tenerlo agravado por la carencia en la vivienda, de terminaciones viste, que viven por ahí en una casa que no está del todo bien edificada o con problemas de humedad y bueno, el saneamiento ambiental, que no convivan con los animales y todo eso”.

El psicólogo, en coincidencia con el pediatra y el trabajador social remarcan los problemas en torno de los adolescentes y a la “falta de proyecto” o al “vivir el aquí y ahora” que los lleva a situaciones de “alcoholismo y drogadicción”. Y así Jorge, el pediatra, nos dice:

“Lo que encontramos mucho fue adicciones, alcohol, droga, de amigos, parientes, vecinos... eso era lo que decían los chicos, (...)

C: ¿Y a qué lo atribuiste eso?

S: Como una búsqueda de algo, de... de la sociedad que no... no sé si tiene una explicación, no sé, experiencias, qué se yo... pasar límites, no sé”

Un dato de interés lo constituye el comentario del psicólogo, coincidente con lo que señala el clínico, en cuanto a la situación de los adultos mayores, quienes padecen situaciones de depresión y angustia. Sobre todo remarcan el caso de “abuelas que se quedaron a cargo de los nietos” de entre 7 y 15 años, ya que las hijas fueron madres de adolescentes y ahora han dejado a sus hijos a cargo de las abuelas que se encuentran “desbordadas” y “sin ganas de cuidarlos”. Según Daniel:

“Y en adultos recibo muchas consultas de depresión, antes recibía más fobias. Yo lo atribuyo a que antes, en la época de los saqueos, la gente tenía miedo de que le saquearan cualquier cosa, no había ley. En la época en que se fue De La Rúa, quién era la autoridad? Dónde estaba la ley?. Ahora en cambio noto más depresión”

Vemos cómo en este abanico de representaciones no pareciera haber discrepancias entre quienes han cursado el posgrado y quienes no; tal vez es posible sugerir que encontramos una mayor sensibilidad por parte de los que participaron del PMC respecto de nuevas cuestiones sociales como es el caso de su preocupación por los adultos mayores. También cabe señalar que en cuanto a las percepciones que tienen respecto del PSEA tampoco encontramos una distancia entre la primera y la segunda cohorte.

### **Las prácticas en la esfera de la consulta.**

Como ya fue dicho en el apartado anterior, es preciso indagar respecto de la esfera de la clínica para identificar continuidades y/o divergencias respecto de las representaciones sobre el proceso salud – enfermedad – atención. En este sentido, la actividad de consultorio desnuda las

características del trabajo médico y completa el análisis del saber respecto de este proceso. El trabajo etnográfico en torno de este quehacer cotidiano permite desnaturalizar las prácticas que se dan en la esfera de la consulta y revalorizar los saberes que se ponen en juego, dando cuenta de los sentidos que adquiere la APS para los sujetos que la construyen.

Decíamos con anterioridad que los principales motivos de consulta por los niños, según el pediatra son las infecciones respiratorias y las de la piel. El clínico también señala que los padecimientos que atiende con mayor frecuencia tienen que ver con la hipertensión arterial y la diabetes. Para Jorge:

“...los temas bronquiales sí están a full... desnutridos no, los chicos que vemos están bien nutridos, vacunados y bueno, patología bronquial sí, empieza un poquito de frío y ya vienen con los moquitos...”

Tanto el médico clínico como el pediatra, distribuyen su tiempo entre la atención de la demanda por algún padecimiento específico y los controles de salud, aunque el tiempo destinado a controles de salud es sensiblemente menor.

En cambio, el psicólogo ocupa la mayor parte de su tiempo en la atención de pacientes en tratamiento, y destina una parte a su trabajo con la comunidad o lo que denomina trabajo “preventivo” que será descripto más adelante. Solamente cuando se le produce alguna vacante incorpora pacientes que tiene en “lista de espera”.

El pediatra se reserva una tercera parte de los turnos diarios (alrededor de 20 por la mañana y otro tanto por la tarde) para la programación de controles de salud o de alguna patología en particular. Esta dinámica se reitera en el trabajo del médico clínico. Según el pediatra, la dinámica es la siguiente:

- “- Las administrativas dan los turnos... (...)
- ¿Y los controles ¿Cómo haces?
- Ah, no, esos los doy yo, cuando yo controlo a un bebé o tengo un paciente puntual que quiero que vuelva, en mi cuaderno le doy yo el turno...
- Y después el cuaderno se lo llevas a las chicas...

- Claro, hay una reserva de unos numeritos que doy yo y después la patología del día (...) Yo me reservo siempre cinco o seis, que son los que yo los cito, que son controles de salud o algo puntual que quiero ver, (...) y después el resto son los turnos de patología del día”.

Tanto el pediatra como el clínico le destinan entre 15 y 20 minutos a cada consulta. Señalan que en general les lleva más tiempo la atención de algún padecimiento en particular porque además de “revisar”, tienen que “explicar”, e indicar la medicación y/o el tratamiento. Para el diagnóstico se detienen en una revisión completa, aprovechando la oportunidad para hacerlo más allá de la demanda puntual. A partir del examen físico, “tenés que revisar, escuchar pulmones, tocar la panza, mirar la garganta, nariz, oídos (...) mirar la piel (...) para mirar la circulación, si hay alguna hinchazón, ganglios...”, en general ya se sienten en condiciones de realizar un diagnóstico presuntivo y ofrecer alguna clase de tratamiento; solamente en ocasiones puntuales, ante una evolución desfavorable o bien por una normativa, recurren a otras técnicas de diagnóstico.

Si bien no hacen mención al trabajo de *anamnesis* médica, ambos refieren un conocimiento acabado de las trayectorias y condiciones de vida de cada paciente, “conozco sus historias, de sus familias, o sea, no es ‘qué te pasa y tomá’ ”, que incide en la eficacia de sus intervenciones. Según Guillermo, el clínico:

“...en el consultorio podés indagar un poco más acerca de, hablando en general, de las familias. Entonces, ahí es donde sí te abre un poco, en el consultorio, si tenés ganas, porque si no tenés ganas qué...o si vas de compromiso -que es lo que yo te digo que les falta a algunos tipos-. Si vos abris el abanico y empezás a hablar “y bueno, y tu familia y de dónde venís, y dónde naciste...hay alguien más en tu familia que tenga algún problema?” ahí ya con esas preguntas armás un montón de cosas. Pero si preguntás solamente lo referente a “Qué te duele, qué te pasa, cuándo empezó...tomá esto, se terminó la entrevista”.

Estos profesionales también realizan intervenciones promocionales y/o preventivas en ocasión de la realización de controles de salud. Para este pediatra:

“La promoción también va en cada consulta, cuando tenemos un control de salud aparte de hacer la medición antropométrica hablás de prevención de

accidentes, vacunación... (...) Las mamás consultan por los temas de... la educación propia de la casa ¿no? (...) que si hace berrinche, que si no lo hace, que los hermanitos, que el papá, que... a veces no saben cómo manejarse, tienen dudas o miedos... no es que yo les voy a dar las pautas exactas pero por lo menos una guía para... (...) Y el tema de los límites en los chicos (...) básicamente la mamá tiene que pensar por el chiquito y no es que tiene que dejarle hacer todo lo que quiera, tiene que ver por su seguridad viste, 'hasta acá', por supuesto desear el maltrato o pegar, eso no, hablar, .. (...) Porque hay mamás que me dicen 'ah, no se quieren lavar los dientes, pero ¿vos le preguntás si se quieren lavar los dientes? Vos tenés que agarrarlos, primero lavártelos vos para que él vea que vos lo haces y después tenés que enseñarle que eso le va a cuidar el dientito y bueno, medio jugando, medio en broma, se lo lavas vos y después dejás que se lo lave él como le salga o al revés pero de a poco, no lo va hacer el primer día, es una cuestión, una norma que se va repitiendo y que el chico aprende' y te quedan mirando como diciendo 'cómo es'..."

Las prácticas cotidianas en la esfera de la consulta difieren considerablemente en el caso del psicólogo y el trabajador social. Decíamos anteriormente que el trabajador social repartía su tiempo entre la atención en "consultorio" y en "territorio". Llama la atención que la dinámica adoptada sea "hacer consultorio", la misma que en el caso de los médicos, cuando se supone que es el profesional que puede adoptar una perspectiva de lo social en su conjunto y podría aportar el enfoque comunitario al resto del equipo. Sin embargo el punto de vista adoptado se emparenta con algunos rasgos del modelo biomédico en tanto que concibe estos padecimientos como problemas individuales y no de índole colectiva. La intervención se focaliza en la obtención de recursos materiales para la resolución de problemas "individuales" omitiendo una referencia a las causas estructurales de estas problemáticas.

Así, el trabajador social señala que en general su actividad se centra en la realización de encuestas para la tramitación de "chapas, colchones, algún que otro tirante", o para la tramitación de pensiones, o leche maternizada para niños con alguna discapacidad, o la exención del pago para la confección del documento de identidad. Comenta que estas "encuestas" deben ser realizadas en el domicilio del solicitante. Entonces en el "consultorio" atiende a la gente que se acerca para demandar alguno de estos "recursos", y en terreno realiza las encuestas para tramitarlos. Comenta también que atiende algunas consultas por "violencia familiar" y/o "alcoholismo y adicciones",

solamente en esa ocasión pone en juego una evaluación profesional a la hora de “derivar” el caso a la Comisaría de la Mujer o bien al psicólogo del centro.

El abordaje individual que realiza no permite una mirada de lo social como proceso colectivo y una planificación de su actividad y la del CAPS que permita considerar los “casos” individuales como emergentes de procesos más amplios, y que habilite intervenciones que favorezcan la articulación intersectorial.

En la descripción de su actividad cotidiana, este trabajador social pareciera estar sumamente influenciado por las categorías aprendidas desde ámbitos académicos, fuertemente estigmatizantes hacia los punteros políticos. Esto se suma a una queja constante por sus condiciones de trabajo, ya que asegura que en más de una ocasión su labor pierde sentido dado que no “puede” realizar un seguimiento de los trámites que inicia. Según él:

“Ahora, eso [la secretaría de desarrollo social] es una unidad básica gigante, no lo digo desde el prejuicio, pero es así. Es gente muy poco capacitada para lo que es, o sea, está capacitada para trabajar políticamente en terreno como referente barrial y como el recurso, digamos “clientelista”, con todo respeto lo digo, no es gente que está formada un seguimiento, para articular un tipo de trabajo”.

El psicólogo, por su parte, sí intenta desplazar su mirada y sus intervenciones hacia un enfoque más colectivo de la salud mental. Se vale de distintos “dispositivos” que tomó del psicoanálisis, pero que utiliza para un abordaje colectivo. Y así lo describe:

“Yo tomé del psicoanálisis la técnica de “supervisión” pero la uso para mi trabajo con el equipo de orientación escolar. Estoy llevando cinco casos a través del trabajo con el equipo son necesidad de incluirlos en ningún tratamiento. Porque para una encopresis tenés que tener al chico en el consultorio, pero para “trastornos de conducta” algunas cosas se pueden resolver sin una intervención directa. Tal vez diciendo sentalo al lado tuyo a la maestra muchas cosas se empiezan a resolver. Explicándoles algunas cosas a los del equipo. Ellos también se sienten valorizados en su trabajo. De este modo vengo siguiendo cinco chicos”



También señala que utiliza otras técnicas que él denomina “orientación familiar” para los casos en los que algunos padres consultan por problemas con sus hijos adolescentes, y que en estos casos realiza una serie de entrevistas con los padres a las que les atribuye un carácter “preventivo”, ya que les ofrece herramientas para abordar la educación de los hijos en general cuando llegan a esa etapa de la vida.

Vemos entonces que del grupo que formó parte del PMC, los que son médicos realizan exámenes físicos en la consulta y valorizan el conocimiento de las trayectorias de sus pacientes como una herramienta que ayuda para la elaboración de un diagnóstico presuntivo, del mismo modo estos actores incluyen la promoción y la educación para la salud, en la esfera de la consulta. En el caso del psicólogo y el trabajador social sus intervenciones son bien diferentes. Mientras que el trabajador social realiza intervenciones de tipo individual, el psicólogo intenta recrear dispositivos de intervención que tienden a actuar sobre conjuntos sociales más amplios.

En este grupo es notable el peso que se le otorga a la palabra a la hora de describir su relación con los pacientes. Este énfasis se pone no solamente en la palabra del profesional, sino también en la del paciente y se pondera la capacidad de escucha por parte de estos TS. A esto se le agrega el conocimiento de la historia familiar y de vida de los pacientes producto en gran medida del tiempo de trabajo que la mayoría lleva en este CAPS. Según Guillermo, el médico clínico:

“...porque yo los dejaba hablar, los escuchaba...y hoy voy y estaciono [el auto] y empiezan a venir...(...) estaciono, esperamos un rato y empiezan a venir los pacientes. Y bueno, y conozco sus historias, de sus familias...”.

Sin embargo en algunas entrevistas, surge una descripción de su relación con los pacientes en oposición a la que entablan otros médicos que llama más “hegemónicos” y una crítica del tipo de vínculos que no consideran propios de atención primaria. Así para Guillermo:

“Un médico que salió del hospital, vos sabés que está sólo con la patología y no está mucho, no se quiere involucrar mucho en lo social el médico de hospital. A mí me gustan, en realidad, las dos cosas, me gustaba mucho cuando estaba en el Fiorito en la sala de internación. Sí, porque ahí hablás de bueno, podemos

decir, hablás de medicina, lo biológico, puramente. Y me apasiona, pero también me gusta esto, creo que me gusta más esto que lo otro...”

Vale entonces destacar el acento puesto en la palabra en esta relación, a diferencia de los procesos que atraviesan el saber biomédico en otros niveles del proceso s-e-a. Vemos cómo “lo biológico” aparece contrapuesto al peso dado a la palabra en el trabajo clínico, pareciera entonces que en las relaciones entre médicos y pacientes en el primer nivel se estaría invirtiendo la importancia otorgada a los aspectos psicológicos y socio culturales, respecto de la dimensión biológica. Aún así no es posible afirmar que pierda hegemonía el énfasis puesto en la eficacia curativa.

Sin embargo, cabe señalar que este vínculo está atravesado por múltiples contradicciones que expresa bien el trabajador social:

“...a veces siento que queda nada más que en la escucha, a veces puedo resolver algunas cosas, pero el hecho de que encuentren a alguien que lo escuche. Que los escuche, que los acompañe, que no los juzgue, porque mucha gente viene, cuando viene a demandar algún recurso, (...) te piden disculpas, te agradecen. No te tienen ni que pedir disculpas, ni que agradecer, “Este es mi trabajo y esto es algo que a Usted le corresponde porque está conveniado”. (...)... si hay algo que yo critico bastante de mis (...) colegas, (...) que parece que laburar con gente que está en una situación [de] inferioridad (...) es como que “ah, siempre tiene razón” por el sólo hecho de que es pobre y que no tiene que morfar. (...) Todo el tiempo te están pasando cosas, o te enojan, o tratás de entenderlo...(..)Y el sólo hecho que el otro sea un desprotegido, que le falten un montón de cosas materiales, no quiere decir que sea divino, que sea bárbaro y que lo tengas que adorar...”.

Esta reflexión se continúa con un relato respecto de las dificultades para el abordaje de una paciente que denomina “psiquiátrica” y “patológica”, que había sido denunciada por el barrio por el abandono en que se encontraban sus hijos, y las organizaciones barriales le habían reclamado al trabajador social por no intervenir en el caso, ante lo que él mismo señala la falta de herramientas para intervenir desde un CAPS en casos así.

Podemos entonces inferir que todos estos registros etnográficos dan cuenta de una relación en la que el eje está puesto en la palabra, en la que se intenta revertir la asociabilidad propia del MMH, incorporando aspectos psicológicos y culturales al trabajo clínico.

### **Las prácticas de promoción de la salud**

Si bien, como en el caso del grupo anterior, se da una asociación del concepto de promoción de la salud con las prácticas comunitarias, estas prácticas difieren notablemente en sus objetivos y también en las modalidades que adoptan. Entre los objetivos, confluyen actividades que tienden a mejorar la cobertura de los programas con aquellas tendientes a promover “hábitos saludables” y/o prevenir algunas enfermedades. Según Guillermo, el médico clínico la eficacia de su actividad se relaciona con el trabajo con la comunidad, y así nos comenta:

“...más que nada sirve cuando salís del Centro. Porque bueno, el [paciente] que llega al Centro, ya está, llegó”.

En ocasiones, las actividades “extramuros”, están orientadas hacia los individuos y en otros casos se dirigen a conjuntos sociales organizados. El médico clínico realiza actividades que tienen por objetivo la ejecución de controles de salud en el centro de discapacitados del barrio. El clínico y el pediatra también están incluidos en los operativos de salud que organiza el municipio. Estos operativos consisten en la instalación de una carpa por un día con la asistencia de personal de las distintas secretarías del municipio en los barrios más pobres; por parte de salud asisten los trabajadores del CAPS con el fin de controlar los esquemas de vacunación, captar personas que padecen enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión arterial), y a niños y embarazadas que no se controlan en el centro de salud. Estos “operativos” generan muchas resistencias por parte de los que trabajan en los CAPS ya que consideran que constituye una actividad puntual, guiada por el “marketing” político y que no contribuye a articular acciones con el centro de salud.

Tanto el psicólogo como el pediatra comentan que el año anterior habían comenzado un trabajo con adolescentes en las escuelas del barrio intentando identificar sus principales problemas desde la perspectiva de los mismos jóvenes, y que estaban por recomenzar la tarea. Y así nos comenta Jorge, el pediatra:

“...el año nos reunimos mucho con las escuelas de acá, del barrio y hablamos... la verdad que íbamos con toda la intención de hablar de eso, de la prevención de un embarazo no deseado, de la prevención del contagio del Sida, de hepatitis, todo eso y los pibes sabían todo, todo sabían, no les enseñamos nada nuevo. En realidad después terminamos haciendo encuestas sobre cuál era la problemática a tratar porque de eso sabían todo...”

El hecho que estos jóvenes ya tuvieran la información que los TS fueron a ofrecer, hizo que estos últimos recurrieran a la realización de una encuesta para relevar entre los estudiantes cuáles eran los problemas más importantes que padecían. Al momento de la realización de las entrevistas no habían terminado de procesar las encuestas, pero señalaban que los principales problemas que preocupan a los adolescentes son el alcoholismo y las adicciones. Daniel, el psicólogo, nos dice que:

“Hicimos las encuestas y nos salió que estas problemáticas se asocian a la diversión. Si terminó vomitando, ah... pero fue una gran joda, el vómito el lo de menos. Y con las drogas, les preguntábamos si conocía a alguien que consumiera, los pibes se nos acercaban y decían “quiere que le diga quién es” “dónde viven”. Preocupados viste, porque casi todos consumen o conocen a alguien cercano que lo haga. En el barrio no hay espacios de diversión, los pibes se juntan solamente en la escuela, están ahí.”

En este grupo pareciera predominar una perspectiva más integradora respecto de la atención primaria y la importancia de la promoción y la prevención de esta propuesta. El médico clínico, Guillermo, así lo expresaba:

“Porque si bien en Atención Primaria primero viene la atención y demás, en realidad hay que hacer de todo, hay que hacer [no se entiende] social, lo de promoción, hay que hacer de todo.”

El trabajador social, Sergio, por su parte intenta posicionarse desde una perspectiva de derechos respecto de la salud, y nos comenta en ese sentido:

“Y es el primer contacto que tiene la gente con su derecho a la salud digamos. Lo primero a lo que acude la gente. En general, lo que pasa en general acude el síntoma, la cabeza, el nene tiene fiebre, pero es el primer contacto con la salud, con el derecho a la salud. Creo que la Atención Primaria es un derecho, fundamentalmente es un derecho que tiene que tener la gente”.

Cabe destacar la crítica de Sergio respecto de la APS basada en una concepción focalizadora, y sus posibilidades en una población en la que resulta prácticamente imposible focalizar a partir de la identificación de indicadores de riesgo.

“Claro, porque de repente sí, “el más pobre” pero en realidad toda la gente está “bajo la línea de pobreza”, y con necesidades, y todos los conceptos teóricos que se te ocurran, todos te entran con alguna variable, todos. Vos me decís, “las variables que definen, las categorías te definen el riesgo”, te entra todo!”

En este grupo, si bien se dan algunas de las características que mencionábamos para el anterior, vale destacar la batería de herramientas metodológicas que ponen en juego para la realización de las actividades con la comunidad. No se restringen a “la charla” unidireccional, sino que intentan utilizar las herramientas incorporadas a partir del posgrado, más allá de la dificultad para evaluar la eficacia de su utilización. El empleo, en este caso de encuestas, permitió incorporar una nueva dimensión: la diversión, a un problema ya conocido como el alcoholismo y la drogadicción en sectores juveniles populares.

En cuanto a las prácticas en torno de la promoción de la salud, podemos decir que tanto los médicos como los que no lo son, desarrollan actividades en las que intentan adoptar una perspectiva integral de la APS, y ponen en juego las herramientas metodológicas ofrecidas desde el posgrado.

### **Las prácticas en el marco de los programas de salud.**

Como ya fue visto con el grupo anterior, también en este caso las prácticas están organizadas a partir de los programas sanitarios específicos.

En el caso del pediatra, también se encarga del programa de Control del Niño Sano, articulando acciones con el de Gestantes y Puérperas, con el Programa de Inmunizaciones y con el de Referencia y Contrarreferencia. Este profesional también está involucrado en el programa Nacer y el IRAb, sin embargo llama la atención la ausencia de una referencia explícita a ellos. Cabe señalar la falta de precisión que muestra este médico para el seguimiento de su propia actividad en el marco de los programas de salud, y así lo muestra su comentario:

“- Y en la atención pediátrica vos qué cobertura tenés más o menos... cuántos pibes tenés bajo control...

- No tengo ahora números frescos pero... te digo que atendemos no solo Santa Rita, sino también parte de Villa Dorrego y San Ceferino...”

El médico clínico lleva adelante varios programas que suponen la normatización de acciones ante el diagnóstico de patologías prevalentes como lo son los programas PRODIABA que consiste en el seguimiento de pacientes con diabetes tipo II e incluye la provisión de glibenclamida como medicación recomendada, el programa de seguimiento de la hipertensión arterial, que también incluye el suministro de los remedios prescriptos, y el TDO (Tratamiento directamente observable)<sup>64</sup> que comprende acciones de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. En Santa Rita, el clínico no promueve la realización de actividades físicas con los pacientes con hipertensión y/o diabetes como se impulsa desde el AKAP que es el programa municipal orientado a estas patologías crónicas. También señaló que no tiene pacientes a quienes se les haya diagnosticado tuberculosis y por lo tanto no puede dar cuenta del funcionamiento de este programa. En el resto de los programas, la atención es a demanda, es decir que no posee estadísticas que le permitan inferir la población estimada con este tipo de patologías (hipertensión y diabetes) y por lo tanto no le es posible trabajar con datos de cobertura. De todas maneras muestra un interés en la realización de tareas de captación a través de su vínculo con las organizaciones barriales, ya que sale una vez al mes a realizar controles (controla alrededor de 15 pacientes) en las mismas para incrementar el número de pacientes bajo control.

El psicólogo forma parte del programa de Salud Mental<sup>65</sup> que se implementa desde el municipio, sin embargo lo único que señala en relación al trabajo bajo este programa es su

---

<sup>64</sup> Ver capítulo III

<sup>65</sup> Este programa implica la coordinación de las actividades que desarrollan todos los psicólogos que trabajan en los CAPS del distrito. Ver capítulo III

dificultad para consignar las actividades de supervisión que realiza en la escuela ya que no están incluidas en ningún código. Así nos plantea sus dificultades Daniel:

“Ahora me pidieron cobertura y yo entendí que me pedían dijera cuantos pacientes atiende por hora: rendimiento. Pero no, tenía que contar las historias clínicas activas. Pero el problema es cómo incluir estos otros dispositivos que te cuento. Los 5 casos de la escuela<sup>66</sup> cómo los incluyo. Porque no es actividad extramuros, para eso tenemos un código. También tengo que incluir las familias que están en orientación.”

Su tarea denota un desconocimiento de la noción de “cobertura”<sup>67</sup>, ya que también su actividad se orienta hacia la atención de la demanda espontánea. De todos modos su tarea está básicamente programada, en virtud de que los pacientes bajo tratamiento le llevan el 70% de su tiempo, pero el restante está destinado a las actividades de promoción en escuelas y con familias.

Si bien el trabajador social es el que tramita recursos que se proveen a partir de distintos programas, solamente menciona su trabajo con uno de estos programas, el programa AHÍ con financiamiento del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Según Sergio:

“Es un programa que ahora esta también bastante, que en su momento era armar una mesa de gestión barrial para proponer soluciones para el barrio (...) Estos cuatro consultorios fue una idea sumada de AHÍ, se consiguió la gente del programa, los trabajadores sociales consiguieron la jornada solidaria, consiguió el dinero para los materiales, pero después no había quien lo hiciera, por lo tanto, termino la cooperativa [Argentina Trabaja] haciéndolo, pero todo el recurso material, los insumos todo, vinieron del programa AHÍ...”

Sin embargo del resto de los programas pareciera desconocer su funcionamiento y que su tarea se limita a la gestión de recursos más allá del origen y el destino de los mismos, tarea que recae en el nivel central de gestión municipal.

---

<sup>66</sup> Se refiere a los mecanismos de “supervisión” que se consignar en el apartado referido a la esfera de la consulta, y a las acciones que articula con el gabinete psicopedagógico de la escuela del barrio

<sup>67</sup> Se denomina cobertura el porcentaje de la población que está incluida en un programa o servicio en relación al total de la población al que están dirigidas las acciones.

A la hora de indagar respecto del funcionamiento de estos programas los actores destacaban los cambios operados en la provisión de insumos, enmarcándolo en un contexto de recuperación en general de las posibilidades de intervención estatal. El trabajador social nos comentaba:

“...yo lo que siento por ahí que la gente tiene ahora un poco más de respuesta para todo, no sé, mínima, a lo mejor mínima, pero cuando yo empecé en el `98, en plena década menemista tenías una vitrina que no tenías un puto amoxidal, entonces el sólo hecho de que por ejemplo tenés ahora, tenés para ofrecer, no sé algo, la gente se va con algo, yo tengo esa reflexión, de que la gente a algo accede por mínimo que sea”.

En la misma línea de pensamiento, para Daniel, el pediatra:

“...respecto a la medicación que antes era muy poco viste, me parece que hay más acceso a la medicación, también hay más población ¿no? Pero bueno, se trata por lo que yo veo de tener lo básico, por lo menos en la parte estatal...”

Es decir que, los actores de este grupo rescataron no solamente la adecuada provisión de insumos, contrastándola con la década anterior, sino que también valorizaron los cambios ocurridos en un nivel macro social que repercutieron favorablemente en las condiciones de vida de la población, y en la totalidad del proceso salud – enfermedad – atención, y que se expresa por ejemplo en la reducción de los niveles de desnutrición infantil.

### **El PMC, el significado y el sentido de los cambios**

A dos años de finalizado el posgrado, es decir en el año 2010, a la hora de indagar respecto del significado que había tenido para los actores la participación en el PMC y si percibían cambios a partir de ella, en general todos señalan un aporte para el conocimiento de la dimensión social del proceso s-e-a.

Los médicos en particular señalaron que los contenidos del posgrado constituyeron una contribución a un mayor conocimiento de los procesos sociales que atraviesa la población que se atiende en el CAPS, dado que se trataban aspectos que no estaban incluidos en la formación de



grado y los contenidos teóricos favorecieron una comprensión de lo que ya se conocía por su práctica con sectores sociales empobrecidos. Jorge, el pediatra nos decía:

“...el [médico] Comunitario tenía una visión más acorde a lo que uno vive en este tipo de poblaciones, gente más humilde, con menos recursos... porque en la facultad no, nada que ver, eso es alejadísimo, (...) no existe, eso lo vivís vos por experiencia propia o lo ves reflejado en esto, como vos decís, en el Comunitario, ahí es como que se analiza, se pauta, se ve, se comprueba, pero(...)lo que pasa que al corroborar lo que vos venías experimentando es como que te solidificó más las bases de lo que... de tus vivencias...”

Mientras que Guillermo, el clínico, aporta además una perspectiva que pone en juego aspectos ideológicos:

“Me sirvió porque si bien era algo que me gustaba trabajar en el primer nivel, no tenía herramientas, no tenía el conocimiento más fino, digamos.(...) En mi caso profundizó un poco más lo que ya venía de antes. Pasa por la historia, pasa por las ganas, pasa por cuánto quiero ganar como médico (...), hay quién quiere tener más cosas materiales entonces (...) que también puede depender de la historia de cada uno, porque si yo nací en un ranchito y ahora vivo medianamente bien, por ahí para mí ya está (...) depende a lo que uno apunte, hasta dónde quiere llegar cada uno”

En cambio, el trabajador social especifica que los contenidos teóricos solamente le sirvieron para sistematizar sus aprendizajes ya adquiridos en su formación en el grado. Aunque menciona que el cambio más importante lo nota en una nueva perspectiva por parte de los médicos “...en el tipo de intervención que tiene con los pacientes, en cómo empezó a tener otra mirada,..”. Y así nos decía Sergio:

“Yo ya sé que necesito saber algo, qué sé yo, definir una variable, voy al módulo de epidemiología, quiero ver relevamiento y voy al módulo de...como que me sistematiza la información que yo ya tenía.”

Varios mencionan la posibilidad de abordar las distintas situaciones sociales en la consulta a partir de los contenidos aprendidos en el posgrado. Para Guillermo, el clínico:

“..en el consultorio podés indagar un poco más acerca de, hablando en general, de las familias. Entonces, ahí es donde sí te abre un poco, (...) Si vos abris el abanico y empezás a hablar “y bueno, y tu familia y de dónde venís, y dónde naciste...hay alguien más en tu familia que tenga algún problema?” ahí ya con esas preguntas armás un montón de cosas.”

Del mismo modo Jorge, el pediatra nos decía:

“Y no todos los pacientes son iguales a la hora de atenderlos, por más que tengan la misma patología hay pacientes que (...) no tienen acceso... hay medicaciones que las podes dar, hay otras que no tenés y hay que comprarlas... y bueno, después con respecto a esto de crianza también ¿no cierto? Hay gente que bueno, por ejemplo necesitas por ahí explicarles más por un tema de educación, le faltó escuela, le faltó formación para entender o manejar mejor y evitar la agresión o el maltrato, todas esas cosas...”

Respecto de las herramientas prácticas que les aportó el posgrado, varios señalan aquellas que tienen que ver con el trabajo comunitario. Para Daniel, el psicólogo:

“la clave que me dio el posgrado fue la alteridad. Poder pensar que siempre hay diferentes puntos de vista, diferentes caminos, alternativas.(...) Para eso también nos sirvió el programa, para saber hacer encuestas y preguntar, no salir a hacer charlas solamente desde lo que uno piensa, sino preguntar qué piensan los demás. ”

Del mismo modo, Guillermo enumera:

“...cómo hacer un taller, cómo trabajar en un taller, cómo enganchar, digamos, a la comunidad en un trabajo, cómo hacer una investigación cómo preparar un proyecto, cómo presentar algo (...)si hablamos de la implementación de algún programa. No nos quedamos sólo con “Qué hacemos en el consultorio”, “Qué hacemos” en la comunidad, cómo abordamos la comunidad, cómo podemos

hacer para trabajar con la gente, cómo podemos concientizar a la gente, esas cosas.”

Varios remarcan el alto grado de exigencia que suponían las instancias evaluativas del posgrado, y la presión que significaba para ellos el tener que escribir trabajos para todas las clases presenciales. Así lo expresaban el psicólogo y el trabajador social:

“Nos quejamos mucho pero nos sirvió eso de tener que escribir y presentar un trabajo todos los meses, pero claro estaba diseñado como posgrado.”

“...yo ante una instancia de evaluación es como que ..., entro como en crisis viste...”

En casi todos los casos parecieran haberse cumplido las expectativas que traían al incorporarse al PMC, aunque esto contrasta con la sensación generalizada que había al concluir el posgrado. Al finalizar el curso varios alumnos señalaban que no se les había dado el título de magíster que se había comprometido, y esto era un aspecto muy importante ya que muchos esperaban jerarquizar de este modo su práctica en el primer nivel de atención. También señalaban que el monto de las becas no era suficiente para cumplir con todo lo que se esperaba de los becarios, en cuanto a las horas de asistencia y las horas de estudio y trabajo en la comunidad. En esa coyuntura, arreciaron los cuestionamientos porque se vio discontinuado el pago de las becas y demoró el compromiso de incorporar a estos becarios al presupuesto municipal. Aún así, y pasados dos años de la finalización del posgrado, casi todos parecían haber cumplido con sus expectativas iniciales.

Algunos hacían hincapié en la posibilidad de estudiar y tener otro ingreso, en el caso de los becarios tipo A, y así lo expresaban los médicos, tanto el pediatra, Jorge, como el clínico:.

“Mira, en ese momento... no sabíamos bien de qué se trataba, me acuerdo que Noemí me dijo, porque yo al principio había dicho que no, porque tenía mucho trabajo y me dice “pero negra, anotate, te enseñan y encima te pagan ¿Dónde vas a encontrar otra cosa así? (...) Bien, fue lindo, lo que pasa es que me... fue mucho laburo, (...) aprendí un montón pero me estresé...”

“Cuando me dijeron más o menos de qué se trataba y de que más que nada la idea que tenía era que iba a ser un programa para trabajar fuera del Centro. Ya eso me gustó. Y cuando empezamos a ir a las clases, cuando fuimos al primer módulo, ya ahí me empecé a interesar más. Me empezó a interesar más desde el punto de vista de lo social, de las problemáticas sociales. Eso fue lo que más me enganchó, y es lo que más ahora me hace poner chinchudo, a veces.(...) cuando pienso que uno trabaja, (...) no para uno (...) en cuanto a lo que te van a pagar, lo que vas a aprender, me parece que uno está trabajando más que nada para mejorar la calidad de vida de las personas.”

En cambio, Sergio, el trabajador social se refería a sus expectativas de trabajar y formarse interdisciplinariamente.

“Mis expectativas tenían que ver con eso, con el trabajo interdisciplinario, (...) que es lo que de alguna manera, yo en otra escala no tenía, que cada uno hacía lo suyo y, nos llevábamos muy bien humanamente pero como que cada uno hacía lo suyo, y no había como intercambio de, yo en realidad buscaba eso en el Comunitario, no? como intercambiar un poco con otras disciplinas.”

A modo de síntesis podemos decir que quienes cursaron el posgrado utilizan herramientas teóricas que les permiten una comprensión más acabada del PSEA. Esta aplicación se expresa fundamentalmente en la esfera de la clínica, particularmente en la relación con los pacientes en virtud de la preponderancia otorgada a la palabra para la formulación de diagnósticos presuntivos. En este sentido contribuye también el conocimiento de los procesos sociales que atraviesan a los individuos y sus grupos familiares.

En cuanto a los saberes que se juegan respecto de la promoción y prevención, notamos un desplazamiento de los conceptos teóricos sobre estas temáticas hacia las herramientas técnicas orientadas al trabajo con la comunidad. En este sentido, quienes fueron parte del posgrado y especialmente el grupo de la segunda cohorte, demuestran una apropiación de algunas herramientas metodológicas para el trabajo con los conjuntos sociales. Sin embargo, este tipo de actividades se realizan en forma discontinua, ya que no están incorporadas a la rutina de trabajo en el primer nivel. Esta discontinuidad se explica en parte por la demanda sostenida de atención a los distintos servicios que no permite una evaluación simultánea de los resultados de las mismas.

## **Similitudes y diferencias entre quienes cursaron el PMC y quienes no; lo que aportó el programa de capacitación**

Siguiendo el eje de esta investigación respecto de las posibilidades de cambio en los saberes en torno de la APS, y atendiendo a los objetivos comparativos entre quienes formaron parte del PMC y quienes no, podemos decir que los saberes de estos trabajadores expresan en gran medida los sentidos que históricamente se fueron asignando a la APS, aunque esto se manifiesta fundamentalmente en el ámbito de la consulta. Respecto de la primera de las dimensiones seleccionadas para comparar, las representaciones en torno del PSEA, podemos decir que ambos grupos conocen las condiciones de vida de la población que se asiste en el CAPS. Sin embargo aquellos que han cursado el posgrado tienen una mirada más comprensiva del proceso salud – enfermedad – atención y menos estigmatizada de los sectores subalternos.

En la segunda de las dimensiones elegidas, la esfera de la consulta, las diferencias son más marcadas. Los médicos que fueron alumnos del posgrado dan cuenta de la realización de exámenes físicos exhaustivos y ponderan el conocimiento de las trayectorias de los pacientes para la realización de diagnósticos presuntivos. En el caso de los trabajadores no médicos, llaman la atención los dispositivos que utiliza el psicólogo para intervenir sobre conjuntos sociales y trascender la perspectiva individual del padecimiento. En cuanto a los demás aspectos que hacen a la organización del trabajo clínico no es posible encontrar diferencias significativas entre estos grupos. Los médicos en ambos casos destinan un tercio aproximadamente de su tiempo a la atención de los pacientes que asisten por controles y el resto del tiempo a la atención de las consultas por algún padecimiento específico. Esta relación se invierte en el caso de la obstétrica y el psicólogo, quienes destinan la mayor parte de sus horas de trabajo a la atención programada.

En el ámbito de la consulta vale señalar el peso que le otorgan a la palabra quienes fueron parte del posgrado, para la formulación de un diagnóstico presuntivo. En este grupo, el valor de la palabra es un rasgo distintivo en la relación con los pacientes, así como el conocimiento de las trayectorias de quienes se atienden en el centro. También vale destacar en este caso, la pretensión de “horizontalidad” que le imprimen a estos vínculos, aunque esta intención se vea atravesada por múltiples contradicciones a la hora de reconocer las diferencias en las condiciones de vida entre trabajadores del CAPS y vecinos del barrio. En cambio, los trabajadores del CAPS que no formaron parte del PMC, si bien ponderan la importancia de la palabra en la relación con los

pacientes, la misma denota un flujo unidireccional: del profesional al paciente, aunque se esmeren en usar sus mismos términos.

La última de las variables seleccionadas fueron las prácticas de promoción y prevención que desarrollan estos trabajadores. Para ambos grupos, dichas prácticas están fuertemente asociadas al trabajo extramuros y con las organizaciones vecinales, y ello dificulta la posibilidad de reconocer las intervenciones en términos de promoción que se realizan en la consulta. Las actividades de promoción que se realizan con organizaciones comunitarias se ven discontinuadas permanentemente, y no logran instituirse como prácticas cotidianas. En este sentido, la intervención de la secretaria de salud municipal, fortaleciendo u obstaculizando la realización de estas tareas cobra una importancia central y hacia allí se orientan las críticas ante la discontinuidad de estas acciones. Si bien existe una intención por parte de todo el equipo de trabajar con la comunidad, el grupo que participó del PMC tiende a un trabajo con otras instituciones, como la escuela, y hacen talleres en los que utilizan algunas de las herramientas prácticas aprendidas en el curso del posgrado. En cambio, el resto del equipo en general tiende a la realización de “charlas” de carácter preventivo en las que la palabra también es unidireccional. En ambos casos los objetivos están puestos en la promoción de “hábitos saludables” y el desarrollo de cuidados específicos para la prevención. También se realizan controles de salud de índole individual en la sede de algunas organizaciones barriales para mejorar la cobertura. En el vínculo con el barrio adquiere especial importancia el rol de la administrativa quien por ser una referente barrial se constituye en un puente entre el barrio y el CAPS. Cabe destacarse que para quienes fueron parte del posgrado, la promoción de la salud está asociada al trabajo con la comunidad y no pueden visualizar la tarea que realizan en este sentido en la esfera de la clínica. A diferencia de lo que sucede con otros TS que no participaron del PMC que reivindican la promoción de la salud también desde una perspectiva individual.

Los programas de salud organizan las prácticas en el trabajo cotidiano, sin embargo los programas no involucran a la totalidad de los actores, por lo tanto es escaso el conocimiento que tienen del conjunto de programas. El peso que tuvo el PROMIN en este CAPS fue moldeando las prácticas de los pediatras, enfermeros y obstétricas, quienes trabajan con las orientaciones propias de este programa, y manejan datos de cobertura y población objetivo, sobre todo la obstétrica. No sucede lo mismo con el programa de Salud Sexual y Reproductiva y el ginecólogo, o el PRODIABA y el clínico. El trabajo bajo la modalidad de programas acentúa la fragmentación propia del trabajo médico, reproduciendo en alguna medida la fragmentación que se opera desde la

perspectiva biomédica sobre la salud, y limitando las posibilidades de adopción de estrategias integrales. Por ello se hace difícil establecer una comparación entre los grupos, ya que su participación o no en el PMC no incide en cómo desarrollan su labor en el marco de los programas sanitarios específicos. Cabe señalar que los dos grupos ponderan la adecuada provisión de insumos y medicamentos gracias a la implementación de programas nacionales.

Respecto de lo que brindó la capacitación, quienes cursaron el posgrado señalan que constituyó un aporte teórico para la comprensión del proceso salud – enfermedad - atención; en particular en el caso de los médicos quienes señalan que son contenidos que no se ven en la formación de grado. También mencionan la posibilidad de incluir estos aspectos en el trabajo clínico, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los padecimientos. Del mismo modo, este grupo valoriza las herramientas prácticas que aportó el posgrado para el trabajo con la comunidad, aunque en este sentido es marcada la diferencia entre la primera y la segunda cohorte. Los alumnos de este último grupo son quienes utilizan con mayor asiduidad estas herramientas, pese a la discontinuidad que tienen este tipo de prácticas.

Las diferencias entre la primera cohorte y la segunda también se hacen notar en las expectativas puestas en el PMC. Entre los miembros del primer grupo predominó la intención de mejorar sus ingresos y jerarquizar académicamente su trabajo en el primer nivel a partir de la obtención de un título de magíster, y esta última motivación se vio frustrada ya que solamente se acreditó como curso de posgrado. En cambio en el segundo grupo prevaleció el anhelo de fortalecer el trabajo interdisciplinario y desde una perspectiva comunitaria.

Cabe agregar que los alcances del PMC se vieron limitados por la prevalencia del saber médico por sobre otros saberes disciplinarios, y consecuentemente la consideración preferencial en la asignación de recursos. De esto da cuenta la distribución de becas remunerativas, ya que en este CAPS las obtuvieron los médicos. También el hecho de que la prescripción de medicamentos sea atribución exclusiva de los médicos da cuenta de la subalternización de las prácticas del resto de los TS. Esta hegemonía se manifiesta también en las formas de organización del trabajo que adopta el trabajador social, ya que el “hacer consultorio”, siguiendo el modelo médico, da cuenta de un abordaje individual de los padecimientos que va más allá de su formación disciplinar.

Finalmente, es preciso mencionar, que en todos los registros los actores mencionan cuestiones de la vida social de la población que atienden, que han mejorado en los últimos dos

años; y que de alguna manera han modificado sus prácticas en relación a estos cambios. Así por ejemplo, no resulta un dato menor la merma en la cantidad de niños desnutridos o con bajo peso que atienden, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de pediatras formados en una perspectiva selectiva de la APS y entrenados en el uso de herramientas para atender este tipo de padecimientos. Del mismo modo, que hayan disminuido los casos de adolescentes embarazadas, de alguna manera está expresando la eficacia de las acciones que se desarrollan en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. También vale destacar la mención a nuevos problemas que deben ser atendidos y la escasez de conocimientos del equipo de salud para abordarlos como por ejemplo el abandono de niños por parte de sus madres, que quedan al cuidado de sus abuelas, y las dificultades que ellas encuentran para afrontar estas responsabilidades.

Vemos entonces que el enfoque etnográfico permite acceder a los saberes en torno de la APS que se juegan en la práctica cotidiana en un equipo de salud, más allá de las propuestas normativas en que se asientan los diferentes sentidos que se le otorgan a la atención primaria. Es decir, que es posible identificar prácticas, que se corresponden con concepciones diferentes de la APS, superpuestas en las rutinas cotidianas de los equipos de salud, y de las que, en la mayoría de los casos, los actores no conocen los fundamentos político ideológicos que las sustentan.



## CAPITULO VI

### EL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO ALPARGATAS O LA VIOLENCIA DEL ESTIGMA

En este capítulo describiré el segundo de los CAPS seleccionados, el centro de salud del barrio Alpargatas que, como ya fue dicho, es un barrio fuertemente estigmatizado, debido en parte a sus características singulares en tanto que es el único complejo habitacional conformado por monoblocks que hay en Florencio Varela. Por lo cual uno de los aspectos en esta descripción es el de los procesos de estigmatización que afectan a los espacios territoriales caracterizados por una morfología diferenciada, por una parte, y en segundo término cómo estas configuraciones territoriales estigmatizadas se imprimen en las prácticas y en las representaciones de los trabajadores de un centro de salud, moldeando de modo particular la atención en el primer nivel de atención de la salud.

Comenzaré describiendo algunas características del barrio, considerando la composición social de su población y su historia; para luego abordar la creación del centro de salud, la conformación y la dinámica del equipo de salud, y el desarrollo del PMC en Alpargatas.

Seguidamente, atendiendo a los interrogantes de esta tesis respecto de las características del saber en APS y las posibilidades de cambio a partir de la implementación de programas de capacitación de recursos humanos, abordaré nuevamente una estrategia comparativa entre quienes fueron alumnos del posgrado y el resto del equipo de salud. En ambos grupos, antes de encarar el trabajo de análisis de las principales dimensiones seleccionadas intentaré dar cuenta de las trayectorias de los actores que conforman estos grupos. Luego analizaré las principales características de este saber haciendo énfasis en las representaciones respecto del proceso s/e/a, las estrategias utilizadas en el trabajo clínico, las representaciones y las prácticas en torno de la promoción y prevención de la salud. También me detendré en la descripción y el análisis de las prácticas en el marco de los programas sanitarios, y en las representaciones que le otorgan a los cambios en la gestión local y su incidencia en sus prácticas cotidianas. Por último abordaré el significado que le atribuyen a la APS los actores de cada uno de los grupos.

Tomaré en primer término el grupo que no formó parte del PMC que está conformado por tres enfermeras, la obstétrica, el ginecólogo, una administrativa, una promotora de salud y la trabajadora social. En una segunda instancia me abocaré al grupo que cursó el posgrado constituido por dos psicólogos y una pediatra.

Luego intentaré dar cuenta de sus percepciones respecto del significado y el sentido de los cambios que produjo esta experiencia. Me interesa particularmente indagar respecto de las representaciones sobre la eficacia de sus propias acciones en el primer nivel de atención.

Para cerrar este capítulo, y considerando el tercer grupo de interrogantes que guiaron esta investigación, abordaré las representaciones médicas respecto de la eficacia de este tipo de programas teniendo en cuenta las herramientas teóricas y prácticas que utilizan para la resolución de los problemas de salud que identifican. Desde este punto de vista pondré especial atención a las herramientas teóricas y prácticas que fueron ofrecidas desde este posgrado y las que efectivamente han incorporado en sus prácticas cotidianas.

### **El discreto encanto de vivir en Alpargatas**

El proceso de consolidación de este barrio resulta emblemático de los procesos de concentración de capitales y desmantelamiento de las políticas públicas que se inician en el país a partir del golpe militar del 76 y se consolidan en la década del noventa.

El barrio Alpargatas, en realidad no se llama Alpargatas, se llama oficialmente Barrio Presidente Yrigoyen, tal como figura en los planos catastrales. Sin embargo es reconocido por el nombre de las zapatillas ya que se construyó en terrenos linderos a la fábrica, como un intento de establecimiento del sistema denominado “fábrica – villa obrera” (Leite Lopes, 1979). La obra comenzó a principios de la década del 70, se realizó con financiamiento del FONAVI con la intención de adjudicarla a los trabajadores de la empresa. Sin embargo, a fines de los 70 la firma cerró esa planta y las viviendas fueron adjudicadas a familias que fueron relocalizadas de la Villa 31 de la ciudad de Buenos Aires.

El proceso de regularización dominial nunca pudo ser completado; antes de que se entregaran boletos de compra venta a los adjudicatarios originales, éstos comenzaron a migrar del barrio y a vender las viviendas sin ningún tipo de respaldo legal, transfiriendo en estas operaciones el usufructo de la vivienda pero no la propiedad. Los boletos no fueron entregados debido al alto grado de morosidad en el pago de las cuotas de los créditos. En la actualidad, los habitantes de Alpargatas son vecinos que no tienen ni siquiera una tenencia precaria de su vivienda y las mismas



Al igual que en el resto de los barrios de Varela, los habitantes de Alpargatas son en su mayoría beneficiarios de planes de empleo, y también son trabajadores temporarios, por cuenta propia, empleados en el sector de la construcción, mayoritariamente, y en el caso de las mujeres, las que trabajan lo hacen en tareas domésticas.

### **La marca del estigma**

Precisamente si algo distingue a este barrio es una serie de mitos que circulan en torno de sus habitantes en el resto de la población varelense asociando al barrio con la “violencia y la “inseguridad”. Se dice de Alpargatas que es “el Fuerte Apache” de la zona sur, dando a entender con esto que es un vecindario “peligroso”; que “son todos chorros y faloperos”.

Estos “otros” contruidos socialmente como polo de negatividad condensan la amenaza a un “nosotros” supuestamente integrado. Es un “otro” que estando próximo es incierto, generando un sentimiento de amenaza, de inseguridad, de ansiedad y de miedo (Leach, E. en Sinisi, L.; 2001: 205). Así mientras esos “otros” sigan siendo producidos como una amenaza que atenta contra el orden, como los culpables de las situaciones de crisis, de la violencia, se está negando la responsabilidad institucional y colectiva de estos procesos (Sinisi, L.; 2001).

Tomando la noción de estigma de Goffman (1963), el estigma es un atributo o característica altamente desacreditador construido en relación a determinadas marcas de las cuales son supuestamente portadores algunos sujetos. El estigma expresa un tipo de relación social, otorga sentido y contenidos a permanentes distinciones entre un “otro” y un “nosotros”. Señala Goffman “El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con “otros” previstos sin necesidad de dedicarles atención o reflexión especial” (Goffman, 1970:12). Este señalamiento expresa el carácter naturalizado de los modelos de clasificación y calificación social que promueven los procesos de estigmatización.

El más claro ejemplo de esa mirada estigmatizada fue que en la madrugada del 22 de diciembre del 2001 conocida como “la noche de los fueguitos”, en la que a través de un operativo policial se “advirtió” a los vecinos del conurbano de la inminencia de saqueos a los domicilios particulares, en todos los barrios varelenses se corría la voz “ahí vienen los de Alpargatas”. Para el resto de los habitantes del distrito, Alpargatas es sinónimo de violencia e inseguridad.

Sin embargo, los indicadores sociales no marcan una tendencia diferente a la del resto del conurbano respecto de este tipo de problemáticas<sup>69</sup>. Más bien podría decirse que, como Alpargatas es un barrio “diferente”, esto hace que sus habitantes sean víctimas de un proceso de discriminación negativa. Alpargatas es un barrio diferente en tanto que, como ya fue dicho, ofrece una serie de ventajas en términos de servicios y equipamiento urbano. Sin embargo, sus características habitacionales generan situaciones de violencia cotidianas que se potencian a través de este proceso estigmatizante.

Como suele suceder, la escuela es un analizador preferencial de este tipo de procesos. El colegio secundario más cercano queda en el barrio lindero. Este es un barrio pequeño, de casas bajas tipo chalet, y podría decirse que sus habitantes pertenecen a sectores de ingresos medios/bajos. Se encuentra ubicado al norte de Alpargatas separados ambos barrios por un descampado que suele utilizarse como cancha de fútbol improvisada. Los jóvenes de Alpargatas van a esa escuela. Sus padres comentan que no quieren decir dónde viven efectivamente, ya que temen la discriminación de sus compañeros.

Los vecinos de Alpargatas tienen problemas cuando salen a buscar trabajo ya que el domicilio delata su pertenencia al barrio, por lo tanto tratan de omitir las especificaciones, para no ser discriminados. Dice Ana “yo trabajo en casa de familia (...) ni loca pongo edificio tal, escalera tal, departamento tal, si no enseguida se avivan de que soy de Alpargatas, pongo kilómetro X de la ruta provincial y zafo”

Sin embargo, más allá de la violencia del estigma, los vecinos de este barrio no desean mudarse a otro. Reconocen que en Alpargatas tienen comodidades que no podrían gozar en otro barrio del conurbano sur. La ubicación y el pavimento ofrecen vías de accesibilidad que permiten no solamente que ingresen colectivos de corta distancia, sino a su vez el acceso a todos los micros de media distancia que pasan por la ruta y que los comunican rápidamente con La Plata y con Quilmes y Buenos Aires. A esto se agrega fundamentalmente la provisión de gas natural, agua corriente y cloacas; servicios éstos a los que accede solamente un pequeño porcentaje de la población del distrito. Aunque es necesario señalar que el deterioro de las instalaciones producto

---

<sup>69</sup> Según el Ministerio de justicia de la Pcia de Buenos Aires, del año 2008, en Florencio Varela la tasa de hechos delictivos es de 187 cada 10.000 habitantes, ocupando el puesto 19 sobre el total de municipios de la provincia. Los homicidios solamente representan el 0,93 de esta tasa, totalizando 38 en todo el distrito. De acuerdo con datos extraoficiales aportados por personal del Juzgado Penal de Florencio Varela en ese mismo año en Alpargatas se produjeron sólo 2 homicidios

de la falta de mantenimiento genera sospechas fundadas entre los vecinos de contaminación de aguas. Por último, Alpargatas cuenta con una escuela primaria, un jardín de infantes, y un centro de salud, ubicados adentro del barrio, lo cual les permite el acceso a la educación y a la salud sin tener que salir del mismo. Tal vez podríamos decir que lo que diferencia a Alpargatas de otros barrios radica en que el contexto de expoliación urbana<sup>70</sup> es claramente diferente. En Alpargatas, el problema no radica en la falta de acceso a consumos colectivos, ya que sin dudas el barrio ofrece el acceso a estos consumos más allá de la frágil inserción en el mercado de trabajo de sus habitantes.

Sin embargo, y precisamente por ello, los vecinos de Alpargatas padecen una serie de privaciones producto de la situación de pobreza individual, familiar y comunitaria. Así a la hora de buscar trabajo, no alcanza con tener la ruta cerca, es preciso tener el dinero para el boleto para salir a buscarlo. Es decir que, si bien la ubicación estratégica y las vías de conectividad favorecen una integración territorial más amplia, las condiciones de pobreza favorecen un proceso de integración de tipo insular. (Cravino, C. et. al.; 2002).

### **Estigma e identidad, o el orgullo de ser de Alpargatas**

Tal vez sea posible pensar que esta integración de tipo insular se acompañó con el fortalecimiento de una trama particular de relaciones sociales, y ello favoreció la consolidación de una cierta identidad barrial, en los tiempos más agudos de la crisis (1997 – 2001). La trama de relaciones territoriales que se fue construyendo durante este período, se caracterizó por la concurrencia de nuevos actores barriales, como los nuevos mediadores entre el estado y los vecinos para el acceso a los recursos de las políticas alimentarias y de empleo, el fortalecimiento de ONGs a partir de financiamiento externo, la consolidación de la iglesia perteneciente al Obispado de Quilmes.

Es preciso señalar también que lindante con el barrio se encuentra el complejo recreativo San Cayetano. La Fundación San Cayetano es una ONG liderada por el vicario misional del obispado de Quilmes, el padre Victoriano. Esta institución posee un predio arbolado de alrededor de 2 has. con instalaciones para alojar alrededor de 100 personas e infraestructura deportiva. Este predio se utiliza como colonia de vacaciones para los niños pertenecientes a familias de bajos ingresos, de todo Varela. En la fundación trabajan grupos de jóvenes voluntarios que durante el

---

<sup>70</sup> Kowarick (1985) parte de la noción de expoliación urbana para referirse a la sumatoria de extorsiones que se producen a partir de la inexistencia o precariedad de consumos colectivos, que conjuntamente con el acceso a la tierra y la vivienda, se presentan como socialmente necesarios para la reproducción de los trabajadores, y que agudiza la explotación de trabajo o lo que es peor, la falta del mismo.

verano organizan campamentos de una semana para los niños de distintas parroquias de la diócesis. Durante el resto del año, las instalaciones las utilizan fundamentalmente para desarrollar tareas solidarias con niños y jóvenes del barrio, y también para la ayuda de familias en situación de vulnerabilidad en torno de alguna problemática específica: hogares en situación de violencia, jóvenes embarazadas, adicciones y alcoholismo. San Cayetano es un espacio del que se han apropiado los jóvenes del barrio, ya que todos de niños han pasado sus veranos allí, y de alguna manera muchos continúan involucrados de jóvenes como voluntarios de la fundación.

Seguramente no es casual, y en esto incide el hecho de que la población juvenil del barrio es además muy numerosa, que el movimiento piquetero en la zona sur del conurbano surgiera precisamente en Alpargatas con la creación del Movimiento de Trabajadores Desocupados Teresa Rodríguez, parte de lo que hoy se conoce como la Corriente Aníbal Verón. Fue justamente en la intersección del acceso al barrio y la ruta 36 donde se localizó el primer gran piquete de la zona, en diciembre del 2007 y que duró aproximadamente 20 días. A este piquete concurren fundamentalmente jóvenes de entre 14 y 20 años, en reclamo de planes de empleo (en ese momento los planes Barrios Bonaerenses). Si bien ese primer gran piquete fue duramente reprimido, le sucedieron otros, en el mismo lugar, que fueron constituyendo una experiencia de organización colectiva para estos jóvenes. A partir del año 2000 comenzaron a recibir y administrar planes. Fue notable cómo algunos jóvenes rechazaban las condiciones de incorporación entre las que se contaba la edad. Cuando trabajaba en los programas de empleo una de estos jóvenes me decía:

“por qué no puedo recibir el plan yo?”

- porque los beneficiarios tienen que ser mayores de 16 años o jefes de hogar.

Podemos anotar a alguno de tus padres

- pero si mi viejo no estuvo en el corte, la que estuvo en el corte fui yo

- pero vos no podés porque tenés catorce años...”

Entre los jóvenes de Alpargatas la muerte y la violencia forman parte de su cotidianeidad. Es ilustrativo de ello mi primer contacto con un grupo de ellos pertenecientes a un club barrial. Fue en ocasión de un concurso organizado por una ONG para financiar proyectos a grupos juveniles en 1996. Asistí a un par de reuniones en calidad de capacitadora en formulación de proyectos. Cuando quise indagar en torno de su idea, me plantearon que querían solicitar financiamiento para la construcción de una sala velatoria. Mi sorpresa fue mayúscula, ya que otros

grupos estaban trabajando en proyectos de instalaciones deportivas, equipamiento para plazas, salones de usos múltiples, etc. Cuando les pregunté por el problema que le daba origen a la idea, estos jóvenes fueron muy claros. Me contaron que en ocasión de un fallecimiento, las familias realizaban el velatorio en sus domicilios, y entonces las escaleras se atiborraban de gente impidiendo el acceso a las viviendas por parte de otros vecinos.

Este episodio merece una reflexión aparte en torno del lugar de la muerte en poblaciones juveniles excluidas. Dice Menéndez (2006) al respecto que en nuestras sociedades domina la idea de que se han perdido relaciones básicas especialmente en el nivel de los grupos primarios; y se sostiene que es precisamente esta erosión la causa de la criminalidad, de la violencia, particularmente la violencia intrafamiliar, de las adicciones y del incremento de suicidios en adolescentes. Pero que esto que se enuncia desde las ciencias sociales como la pérdida de lazos y rituales sociales constituye un modo de negar la emergencia de nuevos lazos y rituales, en particular en torno de la muerte. Más aún respecto de la población juvenil señala que gran parte de los rituales que producen exigen agresiones físicas hacia el propio cuerpo o hacia el cuerpo de los sujetos con los que se relacionan. Que estos rituales se caracterizan por la fuerte identificación y pertenencia grupal y por la frecuencia e intensidad de las relaciones entre los participantes, y que si bien pueden reforzar la integración e identidad pueden generar también consecuencias negativas que incluyen la muerte de uno o más miembros del grupo. Por lo tanto constituye una tarea relevante hallar una explicación a rituales estrechamente vinculados con la muerte especialmente en adolescentes varones.

Del mismo modo, es posible pensar que los estigmas no se construyen por fuera de ciertos datos de la realidad. Los problemas de hacinamiento, de violencia doméstica, de alcoholismo y de drogadicción adquieren mayor virulencia en virtud de la densidad poblacional, y que ésta es una población básicamente joven, y son precisamente los jóvenes los más vulnerables a este tipo de problemáticas. Podemos afirmar sin embargo que si bien hay procesos de fragilización también existen factores de protección que marcan los umbrales de la vulnerabilidad diferencial de esta comunidad.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Proponemos trabajar el concepto de “vulnerabilidad social”, como resultante de procesos divergentes: los *procesos de fragilización* por una parte, y los *procesos de protección* de la salud – enfermedad. Esto permite cruzar trayectorias individuales en contextos históricos más amplios, no restringiendo el enfoque a indicadores de índole cuantitativa, sino incluyendo desde esta perspectiva los soportes, las redes, las estrategias que protegen a sujetos y grupos, permitiéndoles enfrentar positivamente la enfermedad. La categoría de *condiciones y procesos de fragilización* permite considerar el conjunto de las relaciones y condiciones económicas, políticas y culturales que afectan a los sujetos y grupos sociales. En combinación con la noción de *procesos de protección* permite tener en cuenta aquellas condiciones de respuesta colectiva a los problemas de salud y de vida, sean tanto estrategias individuales o colectivas, considerando no



## El centro del estigma

El Centro de Salud se encuentra ubicado en la planta baja de uno de los monoblocks en el acceso norte del barrio. Asistí por primera vez para realizar una serie de talleres de planificación estratégica con el equipo de salud, acompañada por un profesional de la Secretaría de Salud del municipio en el año 2004. La primera visita fue en un día lluvioso, la siguiente fue en un día soleado. En esa segunda oportunidad, al llegar al barrio, esta persona me comentó como al pasar “con sol la pobreza no es tan fea”. Esa segunda visita también me resultó sorprendente ya que descubrimos que el centro de salud funcionaba en el mismo lugar en donde había funcionado inicialmente la comisaría. La distribución de los ambientes así como algunos detalles constructivos lo evidenciaban, la administración tenía una ventanilla enrejada, y en lo que era el depósito de medicamentos, y que posteriormente se transformó en cocina, habían funcionado las celdas. Los miembros del equipo de salud llevaban como “gracia” al personal de la Secretaría de Salud a ver las marcas “tumberas” que cubrían las paredes del depósito. En ocasión de una reunión en el consultorio de pediatría, me sugirieron no sentarme en la camilla. “Hay una gotera justo arriba de la camilla” me explicaron, no pude evitar preguntar a que se debía ya que estábamos en la planta baja del edificio. Justo arriba de ese consultorio estaba el baño del departamento del primer piso y la gotera era en realidad una pérdida del desagüe del inodoro.

En consonancia con los modos de habitar de los vecinos, los trabajadores<sup>72</sup> del centro de salud habitan su lugar de trabajo en condiciones de hacinamiento, los espacios son inadecuados y falta mantenimiento. Es más, casi podría decirse que tienen clara conciencia de que el hecho de trabajar allí los diferencia del resto de los equipos de salud del sistema local. Las reacciones de asombro (cuanto menos) de los visitantes son motivo de bromas que marcan las diferencias. Entre los miembros del equipo de salud son varias las señales que los llevan a trazar la línea entre un “otros” y un nosotros. Estas marcas de identidad configuran las representaciones que estos TS tienen de sus propias prácticas en el marco de la atención primaria de la salud, y configuran también las representaciones que construyen de la población a cargo, de sus padeceres y de las causas de dichos malestares.

---

solamente las referidas a la salud – enfermedad, sino en relación con otras formas colectivas de organización de identidades sociales, políticas, etc. (Grimberg; 1997: 20).

<sup>72</sup> Utilizo indistintamente los términos trabajadores de la salud o profesionales en referencia a todos los miembros del equipo de salud que desarrollan su actividad a partir de un saber profesional específico, es decir que con estas categorías genéricas nos estamos refiriendo tanto al personal médico como al personal dedicado al trabajo social, a la psicología, a la obstetricia, y a enfermería.

El equipo estaba conformado en ese entonces por un médico tocoginecólogo, dos médicas pediatras, un clínico, dos enfermeras, una licenciada en obstetricia un trabajador social y dos administrativas. Cumpliendo la función de jefe del centro de salud, estaba un odontólogo. Este profesional ya no ejercía allí su profesión ya que los equipos odontológicos habían desaparecido hace tiempo del centro (por varios robos y también por falta de mantenimiento). Aún así, este odontólogo cumplía una función que más que de jefatura o conducción, se la podría describir como centrada en sostener el vínculo con las autoridades locales de la Secretaría de Salud del municipio, quien se presentaba ante nosotros como un líder legitimado por los casi 25 años de servicio en ese centro.

Semanas antes de comenzar a trabajar con ese equipo, el barrio se había movilizó en defensa del centro de salud. Luego de un episodio de violencia dentro del mismo<sup>73</sup>, las autoridades locales habían pretendido relocalizarlo a otro predio del barrio lindero El Rocío. Ante esta iniciativa, el equipo de salud y los vecinos habían realizado un “abrazo” para impedir que se concretara la mudanza. Por ello, al comenzar nuestro trabajo nos encontramos con un equipo altamente movilizó, que manifestaba no tener un buen diálogo con las autoridades locales, “a la coordinadora [del área programática] lo único que le interesa es la hoja 2”<sup>74</sup>, “a nosotros nos exigen, pero cuando pedimos insumos nadie se hace cargo”.

También se veía como un contrasentido la exigencia de rendimiento y las condiciones objetivas de trabajo “nos piden que cumplamos el horario, pero quién se queda acá hasta las siete; a nosotras nos da miedo salir del barrio cuando ya es de noche”; “esto ya pasó la otra vez cuando nos entraron, durante un tiempo te mandan a un policía a la puerta y después...otra vez nos quedamos solas acá”

Al mismo tiempo, y dado que el abrazo había sido ampliamente difundido por los medios de comunicación locales, también parecían sentirse estigmatizados. “Claro, si cuando quieren castigar a alguien lo mandan a Alpargatas”, “acá estamos todos castigados”. Alpargatas aparecía entonces como aquel lugar al que ningún profesional desearía ir a trabajar. La referencia al castigo recordaba que aquellos TS que por algún motivo habían cuestionado las modalidades de implementación de las políticas sanitarias en el distrito habían sufrido el “traslado” a este centro de salud. Es decir, que todo aquel que se apartara del comportamiento “normal” debía ser parte del espacio de diferenciación, de allí que si bien la pertenencia a este centro de salud constituía en sí

---

<sup>73</sup> Había ingresado una persona armada reclamando ser atendido, y la administrativa había sufrido una conmoción

<sup>74</sup> Planilla de consultas a través de la cual se mide el rendimiento de los profesionales

misma un estigma, las marcas parecían ser otras. No eran “violentos”, eran trabajadores “críticos”, movilizados, agremiados, que demandaban a las autoridades. La organización y la actividad gremial aparecían entonces como expresión de la conducta desviada, en el mundo normatizado y jerárquico de los trabajadores de la salud.

Paradójicamente, todos los miembros del equipo manifestaban un lazo afectivo importante con los vecinos del barrio: “yo ahora no me quiero ir de acá, sabés la cantidad de bebés que van a nacer”, “los vecinos nos cuidan, las chicas de los planes se quedan hasta que se va el último”.

### ***Seis años después...***

Actualmente el centro de salud presenta un aspecto mejorado, dado que ha sido pintado y refuncionalizado. Cuenta con dos salas de espera, un solo baño, una cocina que hace las veces de sala de reuniones, una oficina de administración, un depósito de insumos y medicamentos, y cinco consultorios. Las tareas de pintura y remodelación fueron llevadas adelante por trabajadores de las cooperativas Argentina Trabaja. También parecen resueltos los problemas de humedad y filtraciones, aunque la mala distribución del espacio delata que no se trata de un espacio diseñado para la atención de la salud.

Este CAPS debería funcionar entre las 7 y las 19 hs. de lunes a viernes y entre las 7 y las 13 los días sábados. Sin embargo ningunos de los trabajadores de este centro permanecen más allá de las 17 hs. debido a que subsiste el temor de ser agredidos cuando oscurece.

Actualmente el equipo está conformado por un ginecólogo (el mismo que en Santa Rita), dos pediatras, un clínico, una licenciada en obstetricia, tres enfermeras, dos psicólogos (que ingresaron a partir de la implementación del PMC), una trabajadora social, una promotora y una administrativa.

El equipo médico del CAPS está formado por el ginecólogo, el clínico y las dos pediatras. El ginecólogo asiste de 8 a 11 de la mañana tres veces en la semana: lunes, martes y jueves, si bien en este CAPS tiene asignadas 12 hs. semanales solamente cumple 9 hs. Las pediatras, ambas tienen asignadas 30 hs. semanales de atención; una de ellas asiste lunes, miércoles y jueves de 8 a 16hs y los sábados de 8 a 12 hs. y cumple con el horario asignado; la otra asiste los días martes, miércoles y viernes y debería cubrir la franja de de 8 a 18 hs., sin embargo pude constatar que llega al centro

de salud a las 10 hs. y se retira alrededor de las 17 hs. por los motivos ya mencionados, es decir que cubre solamente 21 hs. El clínico asiste solamente los sábados de 8 a 13hs. y eso genera insuficiencia de turnos. Entonces el total de horas médicas asignadas a Alpargatas alcanza solamente a 77 hs. semanales de las cuáles 65 son de cumplimiento efectivo.

El resto del equipo de profesionales que no son médicos incluye a una licenciada en obstetricia, dos psicólogos, una trabajadora social y tres enfermeras. La obstétrica tiene asignadas 24 hs semanales de atención que cumple asistiendo de lunes a jueves de 8 a 14 hs. Los dos psicólogos ingresaron a partir de la implementación del PMC; sin embargo uno de ellos ha renunciado a su beca del programa y se incorporó al sistema de salud como personal municipal, en cambio el otro continúa percibiendo sus haberes a partir de las transferencias de recursos que realiza el Ministerio de Salud de la Nación y reparte su carga horaria con otro CAPS. Así, una de ellos, Valeria, continúa trabajando en Alpargatas como personal municipal cubriendo 32 horas de asistencia semanales de lunes a jueves de 8 a 16 hs., aunque en realidad llega a las 9 hs. y por lo tanto cubre solamente 28 horas semanales. Por su parte, el otro psicólogo tiene asignadas solamente 15 hs. semanales a este CAPS asignadas los días lunes, miércoles y viernes entre las 13 y las 18 hs; sin embargo, se retira a las 16 hs. y de este modo cumple solamente con 9 hs. semanales de atención. La trabajadora social tiene asignadas 36 horas semanales, pero asiste efectivamente de lunes a viernes de 9 a 16 horas. Por último las tres enfermeras son quienes cumplen con mayores cargas horarias; una tiene asignadas 48 hs. semanales que debería cumplir de lunes a viernes de 7 a 18 y los sábados de 8 a 11 hs., aunque como también se retira a las 17 hs cumple 43 hs. semanales. Las otras dos enfermeras tienen asignadas 40 horas semanales para cubrir de lunes a viernes de 8 a 16 y de 11 a 19 hs. respectivamente; pero esta última también se retira a las 17 hs. cumpliendo efectivamente con sólo 30 hs. semanales. Es decir que las horas no médicas asignadas al CAPS suman un total de 235 horas semanales, de las que se cumplen efectivamente 179 hs.

En Alpargatas se atiende aproximadamente un promedio de 1100 consultas por mes que se distribuyen del siguiente modo por cada servicio.

### Cuadro N° 15. Promedio de consultas mensuales por servicio

Servicio	Cantidad de consultas	Porcentaje
Clínica médica	95	8,86%
Ginecología	150	14,00%
Pediatría	640	59,70%
Obstetricia	127	11,84%
Psicología	60	5,60%
TOTAL	1072	100%

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud municipal

En este centro de salud se implementan diversos programas<sup>75</sup> que normalizan las prácticas de cada profesional y a través de los que se provee de medicamentos e insumos. Si bien desarrollaremos esta cuestión más adelante, haré mención a los mismos para poder describir más acabadamente el funcionamiento del CAPS. Así, el ginecólogo lleva adelante el PROGEMA y el PSSYR, al mismo tiempo que articula acciones con la obstétrica en el marco del programa Gestantes y Púerperas. El médico clínico desarrolla actividades y recibe medicación específica a partir de los programas PRODIABA y HTA. Las pediatras desarrollan el Programa Control del Niño Sano y llevan adelante acciones conjuntas con las enfermeras tanto en este programa como en el de Inmunizaciones. Las actividades de los psicólogos se enmarcan en el Programa de Salud Mental, mientras que la trabajadora social realiza tareas tendientes a la provisión de recursos provenientes de diferentes programas sociales. Gran parte de los medicamentos que se prescriben son provistos por el Programa REMEDIAR, y es la administrativa la responsable de completar los formularios correspondientes.

Más allá de la ausencia de una jefatura, las decisiones se toman colectivamente a partir de la realización de reuniones de equipo informales en las que se evalúan casos individuales, y de las que no participan todos los miembros del equipo. Estas reuniones suelen realizarse por las mañanas y prácticamente nunca participan uno de los psicólogos ni el clínico, ni una de las pediatras. Al igual que en el otro CAPS, funcionarios de la gestión municipal de salud suele realizar reuniones de equipo para anunciar novedades o bien ante un conflicto con la comunidad, es precisamente en esos casos en los que suelen expresarse los problemas de funcionamiento del equipo.

---

<sup>75</sup> Cada uno de ellos ya fue descripto en el cap. III

En este CAPS las actividades con la comunidad se realizan en forma esporádica y discontinua. A principios del 2010 no se estaban realizando tareas extramuros, sin embargo la psicóloga y la trabajadora social daban cuenta de su intención de retomar el trabajo con un grupo de diabéticos que se había suspendido a partir de la renuncia de una médica clínica.

La escasez de horas médicas sumadas a los incumplimientos genera conflictos con la administración de los turnos, lo que a su vez repercute en permanentes reclamos, fundamentalmente hacia las administrativas y las enfermeras. Clara, la administrativa nos comentaba:

“...acá tenemos un sólo médico, viene un sólo día...(…) el día sábado, y entregamos hoy [viernes] los turnos para mañana, y la gente, digamos que uno sólo no alcanza, se fue enojada una señora, (...) ¡Nos comemos los garrones de la gente! Sí, porque se enojan, y a veces vuelven, y no vuelven a conseguir. Y bueno, se nos escapa de nuestra mano eso, porque el médico tiene una x cantidad de turnos que nos dan y, por ejemplo, para mañana, se dieron 21 turnos, (...) van a venir gente sin turno a hablar con el médico y seguro que lo va a atender, sin turno. Le dijimos a la señora, yo le dije a la señora, lo mismo, que en todo caso viniera y que hablara con el médico...”

Del mismo modo se refería Gladys, la enfermera:

“Y... tratamos de poner paños fríos desde enfermería, porque la gente viene y nos cuestiona. Entonces les digo, no se hagan ningún problema, vamos a hablar con el doctor. Hoy vino una persona mal, y le dije venite que el doctor te va a ver. Lo que pasa es que hay un solo clínico que viene una sola vez a la semana, eso...”

También existe un malestar debido a que otra médica clínica, que tenía un trabajo importante con la comunidad, y había dinamizado bastante el equipo, abandonó el cargo. Esa situación hace que Ana, la trabajadora social, nos comente acerca de las dificultades que encuentran para conseguir médicos que quieran ir a ese centro de salud.

“La falta de continuidad de los médicos. Que no haya un médico por un período razonable. Razonable... por decirte dos años. Que los médicos tengan que ir de acá para allá. No podés ahondar demasiado.”

La insuficiencia de turnos para la atención de la demanda resulta un problema recurrente también en el área de pediatría; y esto genera una situación de malestar crónico con las administrativas. El horario para sacar turnos ha sido modificado en numerosas ocasiones y ello no parece evitar que se formen largas colas para intentar conseguir uno. Esta situación se agudiza ante la falta de insumos, fundamentalmente los que provee el municipio. Rosa, otra de las enfermeras hacía mención a los conflictos con la administrativa:

“...el problema es la administración. Todo pasa por ahí, la gente pasa por ahí, el trato tiene que empezar por ahí, el filtro pasa por ahí”.

Y Ana, una de las pediatras comentaba los problemas para el acceso a los medicamentos;

“Una vez, una [madre] se peleó conmigo. “A mi nunca me das” me dijo... Pero si yo no manejo la medicación. Te agreden como si vos no les darías. Pero yo el papel lo hago... si después no hay, no hay. Ojala nos bajen más. Pero el año pasado, no alcanzó. Y la gente viene y te pide dos o tres veces. Es una lucha...”

Sin embargo, resulta llamativo que tanto en el caso de los turnos como con la provisión de medicamentos los problemas se concentren en los servicios de clínica médica y de pediatría. En el caso de pediatría señalan la falta de aerosoles para atender los problemas respiratorios, y en clínica médica el faltante es de remedios para a hipertensión arterial y para la diabetes. En cambio, el ginecólogo recibe la medicación a través de los programas Remediar y SSR, y plantea que es adecuada la provisión, lo mismo sucede en el caso de las vacunas.

En cuanto a los problemas para el acceso a la consulta, también se concentran en los dos servicios que atienden la demanda espontánea, ya que en el caso de pediatría se otorgan 13 turnos por día. Ana, la pediatra de la mañana se asigna siete turnos para los controles programados a niños menores de dos años y además en general atiende tres personas más sin turno, ante alguna urgencia. Sin embargo, dado que la otra pediatra no cumple con su carga horaria, los turnos no alcanzan a cubrir la demanda de atención.

Tanto los psicólogos como la obstétrica se manejan ellos mismos con turnos programados ya que la mayor parte de su trabajo es con pacientes bajo tratamiento o control. Los psicólogos tienen una lista de espera para cuando se les libera una vacante, en cambio los administrativos dan los turnos para la obstétrica solamente cuando se trata de primera consulta por embarazo.

Respecto de la organización jerárquica, cabe señalar que en el año 2010 el jefe ya se había jubilado, aunque este hecho no parecía haber afectado demasiado la dinámica del CAPS, dado que nunca había jugado un rol de relevancia en la gestión del centro, sino más bien todo lo contrario. Solamente, Valeria, la psicóloga, hacía referencia a un cierto destrato a la hora de despedirse:

“No hay jefe, la sensación que teníamos como equipo era que estaba pintado al óleo. Que cuando estábamos con algún problema determinado y hacíamos una reunión de equipo, el tipo se abría de gambas. Que cuando él se tomaba sus grandes licencias, como equipo resolvíamos las cuestiones, (...) Me llama por teléfono para que le firme y no me llama por teléfono para decirme que se jubiló?” O sea, nadie sabe nada de José”.

Paradójicamente, muchos siguen señalando que no trabajarían en ningún otro CAPS y que el trabajo en Alpargatas, un barrio tan estigmatizado, parece darle un sentido adicional a su labor. Gladys, una de las enfermeras comentaba:

“Creo que al final de lo que me falta [para jubilarse], cinco años, seis, para terminar, creo que una vez que termine acá voy a venir a colaborar. Este centro para nosotros es muy especial (...) También estamos catalogados como la zona roja. Por eso cuando empezamos la charla yo dije que es un barrio como todos. (...) La gente responde, defiende el personal. Yo pienso que cuando uno trabaja en un bien público, uno se debe a la gente”

Adriana, la trabajadora social, nos decía en tono burlón:

“Muchas veces decimos que “para estar en Alpargatas hay que ser alpargatense” (risas) Y en cierto modo yo creo que es así. Marisa [obstétrica] diría “¿Querés atender? Atendé en Manhattan si te molesta el olor a cloaca.

- Alpargatense parece una identidad ¿No?



- Yo creo que te lo transmite la gente. (...) Acá no se podía laburar y la gente empezó a pedir que quería un centro de salud nuevo. Y en las asambleas se notaba que Alpargatas tenía una idiosincrasia hasta diferente a la de Varela. Y es Alpargatas... (...). También creo que hay cierta discriminación de la población misma de Varela. Todos tenemos un muerto en el placard. Bueno, Varela tiene a Alpargatas”.

## **EL SABER DE QUIENES NO PARTICIPARON DEL POSGRADO.**

Del mismo modo que en el caso de Santa Rita, para analizar Alpargatas adopté una estrategia comparativa entre quienes no habían cursado el posgrado y quienes sí lo habían hecho, a fin de dar cuenta de las características del saber en APS por parte de quienes se desempeñan en el primer nivel de atención, y de las posibilidades de cambio que ofrecen los programas de capacitación, atendiendo a los objetivos que guiaron esta investigación.

Intenté analizar los saberes de este primer grupo formado por el ginecólogo, el clínico, una de las pediatras, las tres enfermeras, la obstétrica, la administrativa y la promotora de salud. Antes de ello, partiendo del supuesto que estos saberes se construyen no solamente a partir de los ámbitos de formación académica, sino también a partir de las trayectorias por diferentes espacios de socialización profesional, es que abordé algunos itinerarios previos a la incorporación al CAPS que resultaron ilustrativos. Luego, sí me concentré en el núcleo de esta tesis, describiendo y analizando las dimensiones elegidas para esta investigación: sus representaciones sobre el proceso s – e – a, las prácticas en la esfera de la consulta y las prácticas de promoción y prevención que desarrollan. Por último procuré describir y analizar las prácticas que desarrollan a partir de los programas sanitarios que los involucran.

### **Las trayectorias de los actores**

Los profesionales de este grupo promedian los 45 años de edad, y concluyeron su formación con posterioridad a la década del 90. Quienes concluyeron estudios universitarios: el ginecólogo, la pediatra, el clínico, la obstétrica y la trabajadora social, lo hicieron en la UNLP. La trabajadora social, la más joven, terminó sus estudios universitarios en el año 2006 y parece ser la única que tuvo la posibilidad de formarse en temas relacionados con la APS, a partir de una materia denominada Higiene Social. El resto señala que no tuvo formación específica para el

trabajo que desarrollan y que su proceso de aprendizaje ha sido a partir de la experiencia profesional en el primer nivel.

La administrativa, la promotora y dos de las tres enfermeras no realizaron estudios universitarios. Las enfermeras hicieron cursos de auxiliar y enfermería profesional en el nivel terciario, salvo una de las tres que acaba de concluir la licenciatura en enfermería en una universidad privada.<sup>76</sup> Es precisamente esta persona quien lleva más años de trabajo en el CAPS, dado que ingresó en 1990.

También a finales de los noventa ingresan el ginecólogo, la pediatra, otra enfermera, y la obstétrica. En el año 2006 ingresa la trabajadora social que había sido nombrada en reemplazo de otro colega que había trabajado casi 10 años en el CAPS y había renunciado. El último en incorporarse al CAPS es el clínico, quien ingresa en el año 2008. Tanto la promotora como la administrativa y una de las enfermeras son incorporaciones recientes, con menos de un año.

El ginecólogo, el clínico, la pediatra y la obstétrica tienen otros trabajos en el sector privado y además reparten su carga horaria con otros centros de salud del distrito.

La trayectoria de trabajo de la administrativa resulta representativa de las dificultades socio económicas que atravesó la población del distrito. Clara comienza en el año 1997 a trabajar en el Plan Barrios Bonaerenses en un barrio vecino de Alpargatas en una cuadrilla de desmalezamiento. Su incorporación se da debido en parte a que tiene cuatro hijos y también al hecho de que era la subsecretaria de la Sociedad de Fomento de ese barrio.

“-Yo tengo cuatro hijos, entonces, me correspondía a mí en el listado, que estaba dentro de...Hicimos entrar 44 familias nosotros, así que bueno, dentro de esas 44 yo llamaba a la gente para que vinieran y no se presentaban porque para ellos era como una deshonra, trabajar así.

-¿Por qué?

-Y porque...pensarían...porque estarían trabajando en otro lado en ese momento y ellos creerían que estar trabajando en la calle, así limpiando las veredas y todo eso

---

<sup>76</sup> Esta universidad firmó un convenio con el sindicato de trabajadores municipales para que todos los enfermeros profesionales pudieran completar la licenciatura en enfermería y adecuarse a la nueva ley provincial que regula la profesión en el sector público y establece que los enfermeros deben haber concluido estudios universitarios.

era como una deshonra para ellos, yo para mí, yo veía que era lo que tenía de salida para mis hijos, para darle de comer a mis hijos, y entonces desde ahí empecé”.

Dado que tenía estudios secundarios completos es incorporada a un grupo que brindaba asistencia administrativa a la Secretaría de Salud, su tarea consistía en cargar datos de niños recién nacidos y embarazadas en un sistema informático para el PROMIN. Paralelamente con la tarea se brindaba capacitación en informática a los beneficiarios de este grupo “Bueno, y éramos 60 personas, de las 60 personas, 26 creo que nada más nos recibimos (...) y yo digo bueno no sé hasta dónde voy a llegar pero yo quiero progresar así que...”. Esta actividad le permitió incorporarse en el año 2005 al plantel municipal y desde entonces realiza tareas administrativas en distintos centros de salud.

Cabe mencionar también que tanto la promotora como la administrativa viven en el barrio, y junto con una enfermera son las únicas que viven en Varela; por su parte la obstétrica y la trabajadora social viven en La Plata, el resto habita en distritos del conurbano aledaños. Es decir que ninguno de los profesionales de este grupo residen en el distrito.

### **Las representaciones sobre el proceso s-e-a.**

Para abordar las representaciones sobre el proceso salud – enfermedad – atención hice hincapié en cómo los actores conceptualizaban las condiciones de vida de la población del barrio y cómo estas condiciones influían en el desarrollo de sus prácticas.

Según mi experiencia previa en este CAPS, asistí por primera vez en el año 2003 en ocasión de la realización de talleres para la confección de un “diagnóstico” socio sanitario del barrio. Estos talleres consistían en una serie de tres reuniones en las que en primera instancia se listaban todos los problemas que cada uno identificaba, luego se los clasificaba de acuerdo a un análisis causal y posteriormente se seleccionaba uno o un grupo de problemas sobre los cuales intervenir. A estas reuniones asistieron todos los miembros del equipo, duraban aproximadamente dos horas y eran coordinadas por una psicóloga y por mí, quienes luego de cada encuentro ofrecíamos una devolución con nuestra reflexión respecto de la producción grupal. Estos talleres se realizaron en el período en el que el liderazgo del equipo recaía sobre el trabajador social que trabajaba allí en ese momento, y que coordinaba el trabajo con promotoras voluntarias de salud, que eran vecinas del barrio.

A la hora de mencionar los problemas de salud que el equipo identificaba, surgían varias perspectivas superpuestas. Una primera mirada estrictamente biomédica a la que abonaban el ginecólogo y una de las pediatras, señalaba entre los problemas de salud más frecuentes, las embarazadas con VIH, y la gran cantidad de niños con bajo peso. A esto el ginecólogo agregaba lo que él denominaba casi por defecto “patología psiquiátrica”, incluyendo en esta categoría todos los problemas que no incumben al saber médico hegemónico. La pediatra incorporaba una característica que hasta ese momento yo no había escuchado en ningún otro equipo: “la falta de higiene”.

Luego, al preguntar respecto de a qué atribuían estos padecimientos, el trabajador social se refería a la “pobreza extrema”, los “hogares monoparentales” y la “falta de ingresos”, mientras que el ginecólogo, la pediatra y la obstétrica se referían al “hacinamiento” y la “falta de educación”. El equipo en su totalidad hacía mención a las situaciones de violencia que atravesaban al conjunto de la población en términos de “violencia familiar”, y “violencia juvenil”.

Sin embargo, a la hora de profundizar en aquellos aspectos que motivaban esta violencia se mencionaban una serie de problemas, que reforzaban el estigma: el ginecólogo mencionaba “sentimientos de revancha en la población”, las enfermeras señalaban la “agresividad” y los “problemas de conducta”; mientras que la pediatra tendía a culpabilizar a la población a cargo quejándose de las “madres con poca alerta”. El trabajador social en cambio reflexionaba sobre este aspecto en términos de “ausencia de función materna- paterna”.

También en estos talleres surgían por parte del conjunto del equipo una perspectiva orientada a los padecimientos psíquicos de la población atendida. La obstétrica se preocupaba por la “falta de proyección en los jóvenes” y por lo que caracterizaba como “desinterés en general y por uno mismo”; la pediatra se refería a la “falta de afecto”, las enfermeras mencionaban situaciones de “angustia” y “falta de contención familiar”, el ginecólogo daba cuenta de un sentimiento por parte de las mujeres que atendía de “desaliento frente a los problemas”, y finalmente el trabajador social explicaba lo que para él se trataba de situaciones de “aislamiento” y “desprotección”. Considero que estas representaciones expresaban de algún modo la ausencia de herramientas teóricas y prácticas para abordar la complejidad de situaciones que supone la atención primaria de la salud en poblaciones viviendo en extrema pobreza, como por ejemplo lo que llamaban la “demanda de respuestas extra sanitarias”.

De estos talleres surgió la demanda de creación de un servicio de salud mental en el CAPS, parecía que todo el padecimiento que no era posible mitigar desde la atención biomédica ni desde la implementación de políticas sociales focalizadas, debía ser “curado” a partir de la acción de algún “otro” saber profesional. Es posible considerar que era la exigencia de intervención, producto de las expectativas del rol de “curadores”, y la ausencia de herramientas desde el saber médico para “curar” los males del alma, lo que seguramente llevaba a estos trabajadores de la salud a suponer la eficacia de los profesionales de la salud mental para “curar las almas”.

Más allá de este supuesto, es necesario considerar la *construcción social de la singularidad del sufrimiento* (Neufeld, M. R.. 2001). Esta singularidad remite, del mismo modo que desde el modelo médico hegemónico, a considerar el sufrimiento desde la subjetividad individual y no desde la construcción de lo social. Tal vez esto explique en parte también la recurrencia a un saber profesional diferenciado pero que necesariamente “actúe sobre” esta subjetividad individual y no “con” los conjuntos sociales.

En el año 2010, las representaciones no habían cambiado demasiado para este grupo. Sin embargo, para describir las principales características de la población del barrio y cómo ello influía en su trabajo los actores pusieron el énfasis en plantear que se trata de un barrio “como todos”, intentando desmitificar la asociación con la violencia que pesa sobre esta población. Ante el requerimiento de describir el barrio, surgía la negación del estigma. Para Clara, la administrativa:

“Siempre se dice que acá está lleno de, de gente mafiosa, pero no, pienso que es como en todos los barrios, hay gente buena y gente mala, en todos lados, según las circunstancias o como quieren vivirlo ellos.”

Del mismo modo se refería Marisa, la obstétrica:

“A este barrio lo comparan con Fuerte Apache. Como un barrio pesado. En realidad, yo en los 11 años que estoy acá nunca he tenido problemas, hasta el día de hoy, con nadie. Ni con una paciente”.

Por su parte la trabajadora social reflexionaba respecto de su experiencia:

“A mi a veces me dicen “¿Pero no tenés miedo de andar por el barrio”? Yo siento que tengo que tener más precaución en otros lugares. Por ahí es

porque a una ya la conocen. Pero para mí pasa en todos lados; que te puedan robar, que te pueda pasar cualquier cosa. Yo digo que no hay que naturalizar ciertas cosas. Pero también algo tenés que negociar en tu mente para romper con ese ideario. O una ya esta loca. Pero nunca me termina de cerrar por qué en otros barrios “esta todo bien” y acá no”

Sin embargo a poco de hablar, surgían características diferentes a las de otros barrios. En varias entrevistas mencionaron las particulares características habitacionales y cómo estos problemas repercuten en la salud de la población. Así Adriana, la trabajadora social nos decía

“Yo siempre digo que acá en el barrio, como no hay patios, la gente sale a la calle. Entonces tienen mas contacto. Creo que entre vecinos tienen un conocimiento mas profundo que en otros lugares. (...)Lo edilicio tiene mucho que ver. Porque las cloacas están rotas. Y eso genera problemas para la salud. Y la humedad genera, en invierno, estragos. Mucho problema bronquial y de artritis. (...) Porque a mí a veces me molesta el olor a cloaca después de una caminata... Vos ves todos los desagües en las calles, los caños rotos. Tenés que convivir las 24hs del día con eso.”

Poco a poco, los entrevistados fueron dando cuenta de diversas situaciones asociadas al delito, a veces definiéndolas como “rebusques” o “changas” pero que dan cuenta de particulares estrategias de reproducción. Se mencionaba el caso de las “mecheras”<sup>77</sup>, el robo o la prostitución. También se hacía alusión a los pacientes en conflicto con la ley y se justificaban los episodios de violencia de distintas formas. Adriana se refería así a situaciones de violencia interpersonal:

“Lo que tienen ellos es que son muy críticos a veces, muy severos, de no mediar y te largan las cosas así. (...) Si tienen que decir algo, lo dicen, entre ellos. Por ahí con uno no. Y eso es lo que por ahí genera una situación de violencia. Pero no creo que lo hagan para dañar. Es la misma situación que lo lleva a ser así.”

---

<sup>77</sup> Se denomina así a las mujeres que roban en los hipermercados de la zona llevándose mercadería oculta entre la ropa o en bolsos, para luego comercializarla en el barrio. Llama la atención que no se trata en general de productos de primera necesidad como productos de electrónica, zapatillas de marca. Incluso mencionaron que las ofrecen a la venta en el ámbito del CAPS.

Por su parte, Marisa, la obstétrica, comentaba su experiencia con mujeres que están con prisión domiciliaria:

“Y tengo muchas mamás con las parejas detenidas. Detenidos por robo, homicidio... he tenido también mamás con arresto domiciliario. Me han venido a ver con la pulsera. Del penal la autorizaban a verme porque estaba rastreada por la pulsera. Pero es así acá, los que tienen laburo, son changas. Son muy pocos los que tienen laburo fijo. Y muchas de las mamás que te dicen “mi marido esta privado de la libertad”. [si están presos por homicidio] es que han ido a chorear y han matado a alguno. Mas que nada son casos de robo”

Al igual que Marisa, la trabajadora social explicaba el robo como una estrategia de supervivencia debido a las dificultades para conseguir un empleo:

“Mucha gente busca trabajos alternativos. Como muchas chicas acá que trabajan con el sexo. Lo que genera problemas de salud y tiene muchas complicaciones. Pero bueno, se la rebuscan. Acá no vas a ver gente cartoneando. Tienen trabajos alternativos. Desde el choreo a “la mechera”... ese es un rebusque que tienen cuando están sin trabajo. Hay trabajos de oficios o changas que están instaladas. Muy instaladas. No se sancionan, es así. Es una forma de sobrevida”.

Entonces podemos decir que los actores reconocen los procesos de discriminación y estigmatización que atraviesan a esta comunidad, e intentan impugnar las marcas del estigma, señalando en una primera instancia que se trata de un barrio semejante a los demás. Sin embargo a poco de conversar, relatan episodios que dan cuenta que una parte de la población está involucrada en situaciones de robo y/o violencia interpersonal que hace que algunos terminen detenidos o incluso mueran. En este punto es preciso recordar que, como bien lo señala Trinchero (2007) siguiendo a Goffman, las marcaciones estigmatizantes, en este caso la de “violentos”, constituyen representaciones sociales de las que participan estos actores; estas representaciones se construyen a partir de vínculos rutinizados y posibilitan una clasificación de “los otros” sin demasiada reflexión, de allí el carácter natural de las mismas. También cabe mencionar que los procesos de estigmatización son expresión de determinadas relaciones sociales, y resultan funcionales a su reproducción. En el caso que nos compete, si bien quienes trabajan en este CAPS denuncian de algún modo el proceso de discriminación que los atraviesa no pueden escapar a la

construcción de un “sentido común” que les permite relacionarse con un “otro”. Esta demarcación está inscrita en procesos sociales más amplios tendientes a asociar la pobreza con el delito y la inseguridad para asegurar relaciones de hegemonía, de las que no escapan estos sujetos.

Otro aspecto que señalaron recurrentemente, fue el abandono familiar, pareciera que es frecuente la cantidad de madres/padres que abandonan a sus hijos dejándolos al cuidado de algún familiar, en general los abuelos; esta situación se produce o bien porque los padres están en presos o se han muerto tempranamente. Vemos entonces los efectos que tuvo, en la trama de relaciones familiares esta cotidianeidad con la violencia y la muerte por parte de quienes eran adolescentes en la década del 90 y fueron los que más sufrieron los procesos de pauperización y exclusión. Según Adriana, la trabajadora social:

“Yo siempre digo que hay una generación que no esta acá en el barrio. La de los 40. Muchos fallecieron por sida, muchos están presos, muchos se fueron. Han quedado los abuelos que cuidan de los nietos.”

En relación a los modos de crianza, la pediatra reitera su queja respecto de la escasa atención al cuidado de la salud de los niños. Las enfermeras reclaman porque los padres no están atentos a completar los esquemas de vacunación. Resulta sugerente en este sentido el comentario de la obstétrica respecto de la cantidad de adolescentes embarazadas que atiende y su referencia a aspectos culturales:

“Creo que porque no les interesa el embarazo, porque no se quieren un poquito ellas tampoco, y porque están metidas acá. Por ahí es una forma de crianza. Ahora estoy viendo chicas que son hijas de pacientes que yo veía.(...) por ahí no conocen otra cosa. Para ellas esto es normal, tener 5 o 6 chicos. Es normal estar en una vida chata. No tratar de progresar (...) Están acostumbradas a eso y tampoco tienen una perspectiva de mejorar. El otro día vinieron dos chicas de 17 años a ver si estaban o no embarazadas. Una me decía “yo antes no quería estar embarazada, pero ahora si quiero” “¿Por qué ahora querés estar embarazada?” “Porque si, quiero tener un hijo” “¿Pero vos sabés lo que significa tener un hijo?”... Como que quieren tener algo de ellas.”



Los cambios en las relaciones parentales pueden pensarse como consecuencias de políticas económicas no explícitas que expanden la fragilización de los lazos familiares. Estos procesos de fragilización que impactan fuertemente en las familias, al mismo tiempo que aumentan las diferencias socioeconómicas entre sectores hegemónicos y subalternos. Finalmente, los sectores hegemónicos naturalizan estas construcciones familiares culpabilizando a las víctimas (Neufeld, M. R.: 2001).

Al indagar respecto de cómo describirían a la población de Alpargatas, el ginecólogo subrayaba rasgos subjetivos en relación a la “sumisión”, “dejadez” o apatía; esta característica pareciera vincularse a las dificultades para impulsar procesos de cambio, o visualizar resultados a partir de su labor cotidiana.

“Y veo que la población por ahí es muy dejada. Esta acostumbrada a que le resuelvan las cosas. A venir acá al centro y “necesito un medicamento, necesito un turno tal... necesito, necesito”. Como que esta acostumbrado a que viene acá y uno le tiene que resolver. Son medios cómodos en muchos aspectos. Les cuesta salir a de acá. Ellos no te van al hospital. Es “un caos” para ellos ir al hospital. Ellos se manejan dentro de este radio. Ya mandarlos a otro centro para hacer una consulta les resulta un caos. Ellos quieren que el problema se lo resuelvas acá.”

Esta mirada contrasta fuertemente con la de la trabajadora social, quien tal vez por ser la más joven y relativamente nueva en el CAPS deposita otro tipo de expectativas en su trabajo, o tal vez porque ella no solamente “atiende” en el centro sino que además recorre el barrio y ello le da otra perspectiva.

“...son de ayudarse mucho, de contenerse. Es lo que pasa en el barrio.

- Mucha solidaridad?

Depende. Si vos hablás con la gente del barrio te dicen que no. Que no son solidarios. Pero yo veo que entre tanta cosa jodida que viven a diario.... Las 24hs. (...) Tenés que convivir las 24hs del día con eso. Para mi si hay solidaridad, se contienen muchísimo.(...) Capaz que hay mas gente movilizadada que en otros barrios”

Pese a las dificultades para visualizar los cambios las enfermeras mencionan que ya no encuentran chicos con bajo peso. También dan cuenta de que es mucha la gente que asiste y que son afiliados a alguna obra social, aunque no atribuyen este beneficio a una mejora en su situación laboral, en cambio lo relacionan a las facilidades de acceso a los medicamentos que brinda el centro. Así nos lo señalaba Rosa, una de las enfermeras:

“Hay gente [que se atiende aquí con obra social], mucha gente. Nosotros, por ejemplo, si viene alguien con una obra social, que viene con la libreta y la receta, quizás la dobla para que no nos demos cuenta, y yo le digo: no no, no tenés que ocultar nada porque acá el servicio te lo brindamos igual.

- y por qué piensan que vienen también?

- Porque la clínica que les corresponde queda lejos. Algunos que no se quieren levantar temprano, otros que no tienen ganas, que no tienen dinero...”

Del mismo modo se expresaba Gladys, otra de las enfermeras:

“Aparte el tema de los remedios, el médico de la obra social te receta el más caro siempre, entonces por más que te hagan el 50% de descuento terminás pagando como ir a comprar un genérico que acá no hay. Entonces vos estás más cerca del centro de salud y en definitiva es el mismo trámite”.

Finalmente cabe destacar nuevamente la mirada de la trabajadora social a la hora de describir los efectos de las políticas sociales. En ese sentido pondera la implementación del Plan Argentina Trabaja, por encima de la Asignación Universal por Hijo. Señala que esta última ha sido solamente un reemplazo del monto del subsidio que recibían por el Plan Familias, ya que como se trata de familias muy numerosas, el dinero que reciben por uno u otro plan es prácticamente el mismo. En cambio rescata de la AUH la obligatoriedad de la realización de controles de salud.

Llamó mi atención, mientras realizaba estas entrevistas, que prácticamente todo el CAPS estaba lleno de madres que llevaban a controlar a sus hijos para completar “las libretitas de la ANSSES” para así poder cobrar el plus de dinero que supone el cumplimiento de esta obligación. La trabajadora social también da cuenta de una “mejora en el ánimo” de quienes concurren al CAPS, aunque insiste en que lo importante es implementar políticas que generen trabajo genuino y se garantice el acceso a la educación, que esas son para ella las “soluciones de fondo”.

En síntesis, podemos afirmar que este grupo da cuenta de las particulares condiciones de vida que atraviesan quienes habitan el barrio y de cómo el proceso de estigmatización que describimos inicialmente se reproduce de forma ampliada generando mayores niveles de exclusión y violencia. También podemos visualizar cómo este proceso repercute en sus prácticas cotidianas, las dificultades para conseguir médicos que quieran trabajar en el centro hace que recaiga sobre ellos la demanda insatisfecha de atención de la salud, generando a su vez tensiones al interior del equipo. Sin embargo, llama la atención que muchos de quienes trabajan en Alpargatas no deseen hacerlo en otro centro, y de algún modo refieran a una identidad que les es propia. Esta identidad se construye casi como un aspecto inmutable, que obstaculiza las posibilidades de visualizar procesos de cambio.

Otro aspecto a considerar tiene que ver con las dificultades que muestran en este grupo para incorporar los problemas sociales que se relacionan con al proceso salud – enfermedad – atención. Escasamente se hace referencia a un abordaje desde el campo de la salud de los problemas que mencionan, simplemente estas cuestiones surgen como factores que condicionan las modalidades de atención en el CAPS pero que resultan ajenas a un saber hegemonizado por la perspectiva biomédica. En su demanda de incorporación del servicio de salud mental, seis años atrás, depositaron las expectativas de intervención sobre cuestiones que denominaban “extra – sanitarias”. Pareciera que el saber biomédico excluye las posibilidades de intervención sobre estas cuestiones. Sin embargo, en el caso de algunos trabajadores no médicos, sus representaciones sobre el PSEA denotan una perspectiva diferente aunque subalterna, tal vez más comprensiva sobre todo en el caso de la trabajadora social. De todos modos es preciso cotejar estos supuestos con las prácticas que efectivamente desarrollan en la esfera de la asistencia.

### **Las prácticas en la esfera de la consulta**

En sus prácticas cotidianas, estos TS desarrollan su actividad intentando ajustarse a los protocolos de atención establecidos jerárquicamente, normatizados a través de los programas y/o aprehendidos a partir de su propia práctica profesional.

A la hora de identificar los principales motivos de consulta en el caso de los niños, la pediatra considera que se trata de enfermedades estacionales, además de patologías respiratorias e infecciones en la piel.

Los adultos mayores que concurren al CAPS constituyen una población muy importante. Sus principales motivos de consulta, por lo dicho por el clínico como por las enfermeras, son las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Las enfermeras describen las dificultades que tienen para atenderlos ante la escasez de horas del médico clínico. Comentan que en los casos en que se presentan pacientes para controlar su presión arterial y llegan con presión alta suelen llamar al servicio de emergencias, pero que en estos casos trasladan a las personas a la guardia del hospital y en menos de 24 horas ya están nuevamente en sus casas, ya que en ese establecimiento no se aprovecha la oportunidad para realizarles estudios de mayor complejidad. También comentan que en el caso de los pacientes hipertensos, se les presentan numerosas dificultades para que sostengan el tratamiento con hipertensivos, ya que no tienen continuidad en la toma de la medicación.

En el caso del servicio de obstetricia, Marisa recibe en general consultas para el control de embarazo de adolescentes o mujeres mayores de 30 años, e indica que recibe muy pocas consultas de jóvenes de entre 20 y 30 años, atribuyendo esto a que en esa franja de edad se cuidan más de quedar embarazadas. Así lo relataba la obstétrica:

“Ahora estoy viendo muchas pacientes primerizas, adolescentes que van de los 14 años a los 19. Y después saltan a las mamás de los 30 y pico de años. (...) Se esta dando así. O las muy jovencitas adolescentes, o las más maduritas de 30 y pico pisando los 40. Que ya tienen 3, 4, 5 chicos. No hay tanto en la franja de los 20 y pico. (...) Hay embarazos. Pero yo creo que se controlan un poco más. Tratan de cuidarse de quedar embarazadas. Y tenés algunas que se embarazan a los 30 años y te dicen “Pero yo no me cuidé por 7 años y pensé que ya no podía quedar más embarazada”. Y les tengo que decir que no. Que la edad fértil de la mujer puede ser hasta los 45 años tranquilamente. Así que “tuviste suerte” de que en 7 años que no te cuidaste – no se como era tu vida sexual – y no quedaste embarazada”.

Tanto la pediatra, como el clínico y el ginecólogo atienden principalmente consultas por demanda espontánea. Aún así, aproximadamente una tercera parte de su tiempo está destinada al seguimiento de tratamientos o a controles de salud de personas sanas. Cuando las consultas son por alguna clase de padecimiento son las enfermeras las que orientan a esas personas antes de la consulta a los médicos. La administrativa, Clara, da cuenta de estas rutinas:

“...no consiguió turno para pediatría, era porque tenía un problema de conjuntivitis y entonces le dijimos “Bueno, vení a la hora que más o menos está el doctor, pasa por enfermería.”.[le decimos] turno de emergencia  
-Y ustedes ¿cómo se dan cuenta? Si es una urgencia o no...  
-No, lo evalúa la enfermera.(...) Primero lo pasamos por enfermería, que le tomen la temperatura...”

En cambio, en el caso de la obstétrica, la mayor parte del tiempo lo destina al seguimiento y control de mujeres que están embarazadas.

El médico ginecólogo destina uno de sus días de atención exclusivamente a la realización de papanicolau, y el resto de su tiempo lo distribuye entre controles de mujeres bajo programa y atención de algún padecimiento. Sin embargo no administra los turnos personalmente, sino que lo hace la administrativa. La obstétrica sí maneja sus turnos por sí misma y reserva algunos para que las administrativas anoten a aquellas personas que concurren por primera vez. Así nos relata esta profesional sus rutinas:

“Generalmente yo doy los turnos programados. Yo la veo hoy, y se va de acá con un turno para el mes que viene. Y me tiene que traer al control, dentro de lo posible, los estudios que yo le pedí”.

La trabajadora social también reparte su tiempo entre lo que denomina “consultorio” y “trabajo de campo”, para la realización de visitas a domicilios o a instituciones del barrio. En este caso vuelve a adoptarse una terminología propia del saber médico que da cuenta de la subalternidad de otro tipo de saberes en las instituciones médicas. En este caso, las consultas las atiende todas por orden de llegada, sin asignar turnos, relatándolo del siguiente modo:

“Yo atiendo según la demanda. Llego a las 9 de la mañana y estoy hasta las 3 de la tarde. Por lo general no atiendo gran cantidad, 15 o 20. Se regulan solos. (...) Porque la idea es que si viene al servicio social vienen por una cuestión de necesidad. Si vos tenés un problema de salud vas a la guardia. Igual eso se puede hacer acá. (...). Aparte yo acá tengo consultorio miércoles y jueves, pero lunes y martes también estoy.

- ¿Qué diferencia hay? ¿Qué es “tengo consultorio”?
- Yo tengo que estar acá atendiendo demanda. Los lunes y martes yo puedo hacer visitas, tener los talleres, ir a la escuela a hacer una visita...”.

El ginecólogo, la pediatra y la obstétrica destinan alrededor de 15 minutos a cada consulta. Las prácticas en el consultorio en el caso de la obstétrica sí hacen referencia al examen físico y en eso establece una diferencia con la atención de los médicos. También refiere una preocupación por el estado nutricional ya que comenta que “el 90% están todas anémicas” las embarazadas, pero además en este caso su preocupación está centrada en el sobrepeso y en las consecuencias que ello tiene para el curso del embarazo:

“El control se hace, los primeros meses, una vez por mes. En el cual, se pesa a la paciente, se le toma la presión, se le mide la panza, se escuchan los latidos del bebé, y se le piden los estudios de rutina si es que le hacen falta. Laboratorio, ecografía, ginecológico... Y llegado el último tiempo, a partir de los 8 meses, el control lo empieza a hacer mas seguido. A partir de la semana 34 empiezan a ser cada 15 días. Y a partir de la semana 37, una vez por semana. Hasta que nazca el bebé. Siempre se le hace el análisis del peso, porque tratamos de que la paciente no aumente tanto de peso durante el embarazo.

- ¿Y si aumenta de peso que haces?

- Las reto (risas). Porque hay mamás que aumentan 30 kilos. Porque comen y comen mal. Acá... por ahí no tienen una dieta adecuada. (...). Porque le empiezan a dar a los guisos, a los fideos, pan... harina pura que es lo que hace que en cada control que vengan hayan aumentado cinco kilos. Entonces yo les digo que traten de ir disminuyendo las harinas en lo posible y ver si pueden compensarlo con un poco mas de fruta o verdura. Depende de la necesidad económica de cada una, obviamente. (...)Me ha pasado de pacientes que me digan “A mi, lo que vos me hacés, nunca me lo hizo el médico”. “¿Nunca te midió la panza? ¿Cómo sabía si crecía o no la panza?” Cosas que son básicas, algunas me han dicho que en la clínica no se las hacen. Entonces prefieren venir a hacerse el control conmigo. Y utilizan la obra social para hacerse análisis, ecografías... A la larga terminan viniendo acá”.

La realización de análisis de laboratorio surge como un obstáculo para la calidad de la atención, ya que se pone en juego el mecanismo de referencia y contrarreferencia con el hospital del distrito. Marisa, la obstétrica, señala que para la realización de análisis y estudios por imágenes aprovecha que muchos pacientes tienen obra social, pero realiza un seguimiento de aquellas pacientes que presentan alguna complicación con su embarazo y tienen que ser derivadas al consultorio de “alto Riesgo” del Hospital Mi Pueblo:

“Cuando aparece una patología, como puede ser una hipertensión, una diabética estacional, embarazos gemelares, que estoy teniendo ahora, placentas previas, son pacientes de riesgo. Entonces yo les saco turno con el consultorio de Alto Riesgo en el hospital. Pero a su vez, las sigo viendo yo acá. Porque es una forma de controlar a ver si la paciente va o no a Alto Riesgo. Es una forma de ver si se hace los estudios o no. Yo, por más que estén yendo a Alto Riesgo, las sigo viendo”.

Por su parte, la trabajadora social, también asume representaciones médicas a la hora de describir su propia actividad. Es decir que al denominar “hacer consultorio” la actividad que desarrolla puertas adentro del centro de salud, de algún modo está expresando la hegemonía biomédica en la representación de su propia actividad. A la hora de describir en qué consisten esas prácticas de “consultorio” comenta que en general se trata de atender la “demanda” de recursos de todo tipo: colchones, frazadas, pensiones, o recursos provenientes de programas sociales. Como que en el tiempo de recepción de esa demanda no puede recabar la información que necesita para gestionar esos recursos, complementa estas formas de atención con el “trabajo de campo”, que consiste en la realización de visitas a los domicilios de estas personas para completar encuestas o hacer entrevistas. Así nos lo relata:

“Yo trabajo con un montón de programas sociales, por lo general es todo de entrega de recursos. (...) colchones, frazadas. (...) Hasta el año pasado hacíamos encuestas para todo tipo de situaciones, por colchones, frazadas, chapas y todo lo que tiene que ver con mobiliario y vivienda. Pensiones de Provincia, pensiones de Nación. Puedo hacer informes a la justicia. El programa de Seguridad Alimentaria, que es la entrega de bonos. La tarjeta azul, como le dice todo el mundo, que es la de alimentos. (...) Algunas son encuestas, otras son entrevistas (...) Yo cuando hago un informe tengo que saber con quién vive,

mínimamente cuanto hace que vive ahí. De qué vive... que posibilidades tiene de sobrellevar el problema por su cuenta, quién lo puede ayudar... Y ahí salen un montón de cosas. Esas cosas no salen en una consulta. A menos que tengas a un profesional que trabaje acá hace 15 años y conozca el grupo familiar”.

En este tipo de tarea, la trabajadora social reconoce que la asignación de recursos se hace en función de quién así lo demanda, y que si bien en la mayoría de los casos estas personas acuden al CAPS por orientación de alguna organización barrial, en muchas ocasiones son los sujetos quiénes saben de la implementación de algún programa y de la posibilidad de acceso a recursos a partir de su inscripción en la trama de relaciones barriales:

“...es todo a demanda. A veces vienen derivados por la escuela o cualquier institución... o los vecinos.

-¿Cómo se enteran de cuales son los programas o los recursos?

- Para mí, por el boca a boca. Más allá del que venga a la sala y lo vea en los pizarrones”.

Esta trabajadora social, da cuenta de la perspectiva teórico ideológica en las que funda su accionar, en particular a la hora de asignar recursos.

“Vos tenés que decidir a veces a quien le toca un recurso y a quien no. Tenés que evaluar la situación familiar. Argumentar. Y depende en que postura teórica te posiciones. Por ejemplo vos tenés que hacer un informe para asignar recursos de vivienda. Y de acuerdo al grupo familiar por ahí tiene un ingreso más, un ingreso menos. Que se yo. Hay compañeros que pueden decir “No esta persona no lo necesita”, o “esta persona lo necesita mas que otra”. Para mi tal vez que los dos lo necesitan. Apuesto porque los dos lo necesitan. Son puntos mínimos que hacen la diferencia, pero que tienen que ver para mí con fundamentos teóricos... Que es la salud para uno... (...) Hay una definición de Ferrara que dice “Es la posibilidad de hacer frente a los conflictos”. Por ahí la definición de la OMS es buenísima pero nadie tiene ese bienestar físico, mental, etc. Por eso la definición de Ferrara apunta a que la persona pueda llegar a eso”.



La administrativa, se encarga fundamentalmente de la entrega de turnos. En este caso, denota un conocimiento bastante acabado de las rutinas de cada profesional y los programas que las normalizan. Si bien su tarea está sumamente pautada por la gestión local de la salud, dejándole un estrecho margen de maniobra para la toma de decisiones autónomas, en lo que refiere a la administración de turnos intentan adecuarse a las características de la población que concurre al CAPS. Así se refería Clara, la administrativa:

“...desde Secretaría de Salud nos baja una orden de que, bueno, tanta cantidad de turnos se deben dar, según la carga horaria del médico, y la cantidad de turnos programados, más la cantidad de atenciones que tengan por emergencia, que son hasta cinco turnos.

- Y el horario de las diez de la mañana, ¿también lo baja Secretaría o lo resuelven ustedes?

- Dijeron a las 9 de la mañana, pero nosotros pensamos la gente de que si se tiene que venir a las 9, suponiendo viene la gente, sale de la escuela 8 y media vienen acá, pueden conseguir a las 10 de la mañana pueden conseguir turno, si nosotros entregamos a las 9 de la mañana no van a conseguir turno”.

También se encarga de gestionar ante las autoridades la provisión de insumos y medicamentos y de entregar la medicación a los pacientes. Además intenta responder a las demandas más allá de que provengan de otro CAPS del distrito, y nos comenta que:

“medicación también entregamos los administrativos a veces, con la orden del médico. Y por ejemplo, en el caso de un hipertenso que se quedó sin medicación, no consiguió turno, se le da, en el caso de acá, de este Centro que hay cada semana, bueno, se le entrega la medicación por esa semana y se le da el turno para la semana.

-¿Y cómo saben que es hipertenso?

-Porque miramos en las historias clínicas. Si está ahí, sí, si no lo lamentamos, va a tener que buscar en otro Centro, o ver que pueda conseguir a alguien que lo atienda y bueno, se le da la medicación. Si vienen con la orden del médico no tenían problemas, si vienen de otro Centro de Salud y en ese Centro de Salud no consiguieron medicación, nosotros también igual le podemos seguir dando, siempre y cuando que haya”.

Pareciera entonces que en este CAPS, más allá de las formas diferenciales de atención entre los TS, existe una preocupación común, que tiene que ver con asegurar la accesibilidad y que se expresa en la preocupación por “contener” y “dar respuesta a la demanda”.

En cuanto a su relación con los pacientes los trabajadores de este grupo se proponen una horizontalidad en el trato. Sin embargo esta relación no está exenta de asimetrías que también se expresan en la intención de “contener”. Según la obstétrica:

“Yo trato de tener un trato de igual a igual. Me ven en la calle y me paran para hacerme preguntas. O me dicen “no tengo turno”, y les digo que vengan a ultima hora así las veo. Trato de solucionarle el tema en lo que yo pueda. (...). La veo, la escucho,... (..) Pero bueno... yo creo que la relación es buena, porque las pacientes vuelven.”

Para Gladys, una de las enfermeras, la intención también está puesta en “contener”, lo que supone una cuota de eficacia:

“Uno hace lo que puede, lo que está a nuestro alcance. Lo que sí que las personas se van de acá contenidas, los casos mínimamente se resuelven”

El parámetro para evaluar la relación con los pacientes, pareciera ser la fidelidad hacia el centro de salud. Varios refieren que “la gente responde, defiende el personal”. Esta lealtad además pareciera ser mutua, es decir que los trabajadores del CAPS se empeñan en defender a la población del estigma que pesa sobre ellos, en tanto que el barrio también responda y “defienda” al personal frente a los conflictos que suelen tener con la gestión municipal.

Sin embargo reconocen que han sido objeto de episodios violentos con pacientes en los que no han podido dar respuestas a las demandas. Clara, la administrativa comentaba:

“El otro día vino uno drogado, falopeado mal, aparte de falopeado mal que quería que le diéramos medicación, sin receta, y nosotros le explicábamos, (...) porque no le trataba mal a la persona, como para calmarlo porque veía que estaba alterado (...) La otra chica, le volvió a explicar de que no se podía

entregar medicación sin una receta, y se fue muy enojado golpeó la parte del mostrador así de ventanilla, yo digo, bueno “acá nos va a esperar a la salida o algo”. No, por suerte no, pero corremos a veces el riesgo de...pero son pocas, digamos, las personas, dentro de todo. Pocas las personas que hacen ese tipo de cosas, y lástima, jóvenes.”

La pretensión de horizontalidad en el trato con los pacientes se expresa más como una aceptación de sus particulares condiciones de vida, como una actitud de cierta tolerancia a las estrategias de reproducción que asumen estos sectores, quienes a su vez demuestran su agradecimiento.

Es ilustrativo de esta actitud lo que sucedió al finalizar una de las entrevistas con la obstétrica. Al momento de apagar el grabador, esta profesional me pregunta si sé lo que son “las mecheras”. Me comenta lo que significa el término y luego me comenta que en más de una ocasión le han ofrecido robar zapatillas a pedido. Si bien este ofrecimiento no fue aceptado, el comentario intentaba describir la relación de confianza que se había construido. También en ese momento comenta que con una paciente que tenía salidas de la cárcel autorizadas para la realización de controles de embarazo, le pidió que modificara el tiempo de la consulta para poder ir a la plaza del barrio a jugar con su hijo. Dada la nobleza de la intención, esta profesional le hizo prometer que no haría otra cosa más que ir a la plaza. Este grado de confianza no parece ser similar en todos los miembros del equipo, sin embargo los más antiguos así lo refieren.

A partir de estos registros surge con nitidez una pretensión de horizontalidad anclada en la construcción de una identidad compartida, y también la valorización de relaciones de lealtad mutua con una cuota de tolerancia hacia estrategias no del todo compartidas desde sus propias moralidades.

### **Las prácticas de promoción de la salud**

Todos los miembros del grupo señalaron que en ese momento no se estaba haciendo trabajo “extramuros”. Los más antiguos hacían referencia a la experiencia con promotores

comunitarios de salud desarrollada hasta el año 2005 y casi todos mencionaban el trabajo con diabéticos realizado el año anterior liderado por la médica clínica que renunció<sup>78</sup>.

Hasta el año 2005, a partir de la tarea del trabajador social con la red de manzaneras se había formado una red de promotores de la salud. Eran entonces estas promotoras las que organizaban operativos de promoción y prevención de la salud. Así, una vez al mes, todos los TS se instalaban en alguna vivienda del barrio y desde allí realizaban controles de salud a las familias de viviendas cercanas previamente seleccionadas. Las enfermeras revisaban las libretas sanitarias de los menores de 12 años controlando que el esquema de vacunación estuviera completo, y en caso contrario vacunaban a los niños no lo tenían, conjuntamente con las pediatras que les controlaban el peso y la talla y el estado de salud general. La partera visitaban a las embarazadas que no hubieran asistido al control periódico, el ginecólogo realizaba una tarea de “rescate” de pacientes que no tenían al día sus controles ginecológicos. Las enfermeras controlaban la presión arterial y el índice de masa corporal en la población adulta de estos hogares. Estos operativos suponían una organización previa de coordinación de horarios y turnos entre los profesionales y las administrativas que no siempre resultaba sencilla. Del mismo modo, los profesionales, una vez que los promotores identificaban los domicilios de los pacientes de la zona, revisaban las historias clínicas para hacer los “rescates”. Al mismo tiempo, desde estos operativos territoriales se atendía la demanda espontánea de cualquiera de los vecinos que se acercan. El objetivo de esta intervención era acercar los programas de prevención a la población centrándose en la promoción de la salud y no en la mera atención de la enfermedad, remover barreras de accesibilidad que representaba la dación de turnos, y “rescatar” los pacientes que no cumplían con los controles. Además de estas tareas, el equipo a demanda de las promotoras, realizaba charlas abiertas a la comunidad sobre problemas que les interesaban, promoviendo “hábitos de vida saludables”. Rosa, una enfermera, nos cuenta así la experiencia:

“...ubicábamos la casa de un paciente y vacunábamos ahí, atendíamos ahí, iba la pediatra, el asistente social... Íbamos a la sociedad de fomento, también a la casa de una manzanera...Y la gente respondía, que no es lo mismo que pasa ahora, ahora es como que la gente está más desinteresada, parece... Busca otras opciones, no sé, no entiendo, no sé qué pasa...”

---

<sup>78</sup> Cabe señalar que esta médica clínica también era alumna del posgrado por su inserción en otro CAPS, y además cumplía funciones en Alpargatas con su salario municipal.

Con la renuncia del trabajador social de ese entonces, estas actividades se fueron discontinuando. Varios miembros del equipo relatan experiencias frustrantes de trabajo con la comunidad, en las que o fallaba la convocatoria o no se sentían considerados. Estas prácticas se reducen a organizar charlas en distintas instituciones del barrio. Según Marisa, la obstétrica:

“Hubo una época en la que salíamos a las escuelas a dar charlas. Íbamos con el ginecólogo y Ana la pediatra a hablar a las escuelas. Yo tuve una mala experiencia. Era como que vos ibas a hablar y se te reían por ejemplo. Te salían con cualquier cosa. (...) Y vos decís, este no me esta tomando en serio, no aprovecha lo que es la charla”.

La promotora de salud, Marcela, cuestiona la eficacia de este tipo de prácticas centradas en “dar una charla”:

“La gente es como que no asiste, yo prefiero en el trayecto que hago desde mi casa hasta acá, quizás hablo con 10 personas, 3 minutos con uno...que por ahí hacés una gran promoción de una charla x y te viene una. Por qué? Porque tiene que llevar a los chicos al colegio, porque tiene que trabajar. Ya te digo, la mayoría de la gente acá trabaja, papá, mamá, hasta las abuelas trabajan. El boca a boca me parece mucho mejor que convocar a alguien que por ahí tenés dos o tres personas”

La práctica de la “charla” también está incorporada a la esfera de la consulta, la palabra tiene un peso importante en las prácticas de promoción, aunque en ocasiones estas acciones no sean conceptualizadas como prácticas de promoción. La obstétrica da cuenta de cómo incorpora prácticas de promoción en la esfera de la clínica:

“Yo les hablo, les digo con que método se pueden cuidar, y ahí se las paso al ginecólogo. Ya sean las pastillas, el DIU, las maneja él. O sea que yo les hago una charla previa. Yo les hago preguntas. Al DIU muchas le tienen desconfianza. Porque han tenido experiencias de vecinas, amigas o parientas que se han quedado embarazadas con el DIU. (...) Yo les digo “probá con el DIU, porque si vos no probás, no sabés”. (...) Si no, el preservativo. Lo que pasa es que hay que decirles que lo tienen que usar en todo momento, no solamente cuando este por acabar. [Las reto] como si fueran mis hijas. No es que les grito. Les digo “Acá estás vos,

pero hay un bebé también. Si yo te digo que te cuides en las comidas no es porque quiero que salgas hecha una modelo, te lo digo porque si vos engordas mucho pueden aparecer complicaciones, hipertensiones, diabetes, que nos pueden complicar el embarazo”

También las enfermeras, nos comenta Gladys, incorporan la promoción en sus prácticas cotidianas:

“ya que le tomamos la presión ya le estamos preguntando todo, y de paso ya vamos mechando cómo tienen que hacer.”

Los actores nos comentan también el trabajo de promoción de la salud realizado con los pacientes diabéticos del CAPS. A mediados del año 2008, por impulso de la trabajadora social, se empieza a convocar a los pacientes diabéticos del CAPS para la realización de talleres para mejorar su calidad de vida. Este proyecto había comenzado en otros barrios por iniciativa de algunos trabajadores sociales que además compartían actividades en la UNLP<sup>79</sup>. En una primera instancia fue esta universidad la que proveyó algunos insumos para enseñar a preparar una dieta adecuada a los requerimientos de estos pacientes. Adriana, la trabajadora social, fue la principal impulsora de este proyecto y así nos comentaba:

“En esos primeros meses con los recursos de la facultad comprábamos insumos, mercadería con la que te podes alimentar... Todo eso era al principio financiado por la facultad. Después al año siguiente lo empezamos solas.”

Participaban del proyecto las enfermeras, quienes se encargaban del control de la glucemia; una médica clínica, que ya no está, que era la que daba charlas; y luego se sumó también la psicóloga que trabajaba con este grupo las dificultades de estados de ánimo que se les presentaban.

El grupo de diabéticos estaba formado por 15 personas, casi todas mujeres. Se reunían semanalmente, pero luego los encuentros se fueron espaciando y se realizaban cada 15 días. Además de las charlas y los controles de glucemia, se organizaron actividades físicas y caminatas, reuniones para preparar dulces y también cremas con productos naturales. Así nos detallaba las actividades Adriana:

---

<sup>79</sup> Universidad Nacional de La Plata

“Los talleres eran 8 encuentros con actividades específicas. Alimentación, ejercicio físico... ahora no me acuerdo bien. En el taller de ejercicio físico invitamos a un chico que era un profesor de educación física que les da una clase de gimnasia y de ahí surge que podía venir cada 15 días. Algunos se engancharon a hacer caminatas por la plaza. (...) Hacíamos control de glucemia. Venían a controlarse. De todo un poco. Y todo lo demás que viene adherido... cuando tenés recursos. También pasaba que venía gente que no era diabética. Había gente con hipertensión. Seguramente venían porque les hacía bien”

A la hora de analizar por qué no se sostuvo la actividad, las enfermeras se refieren a la campaña por la Gripe A, a la falta de reactivos para medir la glucosa, y también a la renuncia de la médica clínica. De todas maneras, la trabajadora social se plantea recuperar las actividades ya que reconoce una demanda por parte de los mismos sujetos:

“El año pasado lo quisimos remontar. Antes de la gripe. Tuvimos un par de encuentros y ya. Después de la gripe ya no se pudo. Hasta teníamos un lugar mejor que era un centro de jubilados. Y esta año no sé... es la gente la que demanda.

También vale la pena destacar que respecto del significado que se le otorga a la promoción de la salud suele aparecer asociado a la prevención, ambos como aspectos constitutivos de la APS, considerada ésta desde su significado médico, es decir que se entiende la APS como primer nivel de atención. Para Rosa, una de las enfermeras:

“Para eso estudiamos, para estar ahí y ayudar a la gente, ayudar y hacer las prevenciones, la promoción y todo lo que nos llega”.

Por su parte, Clara, la administrativa, daba cuenta de una concepción de APS como el nivel de atención más simple:

“...es una atención de primer nivel. Desde acá se saca, se saca digamos, se atienden los casos más comunes, en el caso de una bronquitis, una angina. Después ya, pasaría en un segundo nivel, serían más de complejidad que, bueno,

son las atenciones que hacen en los hospitales, pero de acá lo más común, lo más sencillo”.

La obstétrica de este grupo rescata la posibilidad que da el trabajo en un centro de salud de seguir la trayectoria de los pacientes, y en desde esa perspectiva vuelven a surgir las ideas de “contención” y “rescates”. Es el vínculo con los pacientes lo que diferencia el trabajo en un CAPS del trabajo en hospitales, y es lo que prácticamente todos los que trabajan en el centro de Alpagatas valorizan. Así nos decía Marisa:

“Es una contención que recibe la paciente. El hospital es un lugar de paso. Ya sea por una consulta, una urgencia o para tener el bebé. Y acá en el centro ellos encuentran una contención... y uno puede hacer un seguimiento de la paciente. Siempre alguien conoce a la paciente. Entonces uno trata, si hay algún problema, de ir a rescatarla. Uno esta más en contacto con la paciente. Porque la ve a diario, o semanalmente o por mes, ya la vas conociendo y entablas una relación con ella. En el hospital, para mí, es un número más. Acá hay un vínculo con la paciente”.

Otro aspecto destacado a la hora de analizar las prácticas en promoción de la salud, lo constituye la referencia permanente a las tareas de “rescate”, “seguimiento” y “captación”. Lo que pareciera otorgarle este sentido a las actividades de promoción es la inclusión de la promotora de salud en el equipo. Esta trabajadora se incorpora al CAPS en el año 2007 a partir de la implementación de un programa financiado por el Ministerio de Desarrollo Social de la nación. Inicialmente se convocan a 100 personas para cubrir 33 CAPS a partir de la sugerencia de los mismos centros de salud, de otras organizaciones barriales, manzanas y referentes políticos. Luego de un proceso de capacitación que estuvo a cargo de personal de la municipalidad se seleccionan 33 promotores y en Alpagatas fue elegida Marcela, quien ya había sido propuesta por el equipo, y así nos contaba este proceso:

“Por eso te digo, no es que estamos a dedo, desde el 2007 ya que estamos. Y mirá que aguantamos, con lo que nos pasó... a mí me encanta (...) No nos pagaban, cobramos después de siete meses. Una porque soy de acá, conozco a la gente, los conozco a ellos... si no, no lo podría”.



Su trabajo está orientado a la “captación” de pacientes que no asisten al CAPS y que le acercan desde algún organismo municipal o bien de algún vecino, al “rescate” de pacientes que han desertado de los controles, tratamientos o turnos; y al “seguimiento” de personas en tratamiento para evitar el abandono de la prescripción. Nuevamente, en su discurso son recurrentes estos tres términos:

“... es la oportunidad y hay que captarla, es espontáneo el trabajo. (...) Yo me dedico a visitarlos, les doy un turno y bueno, vienen. (...)...por ejemplo hago seguimientos. En el caso de la señora yo lo que hago es tomar los datos donde vive y pregunto cómo está, si toma la medicación, si hay que darle un turno programado.(...) Y es como que vos estás como diciendo “huy, me vienen a ver, me siguen, me tienen en cuenta, entonces voy a hacer las cosas como la gente” entonces dicen “bueno lo voy a tomar porque en cualquier momento va a andar Marce dando vueltas a ver qué hago, si tomo la medicación”. Es así, hay que estar conteniéndolos.(...)...Entonces yo no es que tengo un rescate y lo dejo, yo lo sigo porque ese es mi trabajo, quiero estar tranquila conmigo. Yo quiero seguirlo, saber qué dijo el medico, qué tratamiento le dio, qué medicación para saber si no hay acá tratar de buscarla para que no deje. Lo mío es espontáneo(...) Yo digo que es espontáneo porque yo trabajo en el día a día, rescato en el momento y no lo dejo pasar la oportunidad, porque después no encontrarás más a esa mamá, a ese diabético”

El médico ginecólogo, la obstétrica y las enfermeras utilizan el trabajo de esta promotora para darle continuidad a los tratamientos y valoran su trabajo. Así para Gladys:

“Pero te digo que Marcela es una gran ayuda porque nos sentamos una tarde acá un sábado miramos plan por plan, historia por historia, y fuimos haciendo los rescates y vino mucha gente”.

Del mismo modo se refiere Marisa, la obstétrica:

“En realidad yo no hago nada. Hay una promotora social que, como anda en el barrio, las capta”.

Hasta aquí podemos decir que coexisten diversas prácticas que tienden a la promoción de la salud, una serie de acciones orientadas hacia la educación para la salud a partir de la consulta médica individual, que parece tener una cuota de eficacia, pero que no es conceptualizada como parte de las actividades de promoción. Otra concepción, que es dominante, que tiende a asimilar la promoción de la salud con las tareas comunitarias de cualquier tipo, principalmente las “charlas”. Existe una tercera concepción, superpuesta a las demás, que se condensa en el trabajo de la promotora de salud, y que se expresa también en el trabajo extramuros realizado en los años 2003/2004. Esta tercera perspectiva si bien trabaja sobre individuos asocia la promoción con actividades de seguimiento y rescate de pacientes en tratamiento. Tal vez podríamos sugerir que la promoción de la salud, más que un concepto abstracto, constituye un saber construido a partir de las experiencias particulares que se han dado históricamente en el CAPS y que se recrea a partir del éxito o no de estas experiencias.

### **Las prácticas en el marco de los programas de salud**

En este centro de salud, a diferencia de Santa Rita, la implementación de programas no pareciera incidir en las rutinas que se despliegan en el consultorio. El sentido que se le otorga a los programas sanitarios es el de herramientas administrativas que facilitan la obtención de recursos, pero que en escasa medida afectan la esfera de la clínica.

Por ello, es la administrativa quién tiene un conocimiento acabado de todos los programas, particularmente de los que tienen que ver con la provisión de insumos y medicamentos dado que es la que entrega los remedios correspondientes al programa REMEDIAR. Y así nos decía Clara:

“En el REMEDIAR se completan todos los datos del paciente, por más que tengan obra social, se explica si tienen una ventanita que se tilda si es que tienen obra social o no, y se hace firmar al paciente, que en un principio a veces no querían firmar porque no sabían para dónde iba, nosotros le explicábamos de que, bueno, “con esa receta Usted envía a Nación y que por intermedio de esa receta después viene la medicación al Centro, al siguiente mes.

-¿Y por qué no querían firmar?

-No sé. Porque la gente a veces por ahí le cuesta firmar cosas, porque tiene miedo”.

Es también la administrativa la encargada de entregar los anticonceptivos correspondientes al Programa de Salud Sexual y Reproductiva:

“...nosotros, por ejemplo, entregamos anticonceptivos, preservativos, los preservativos se dan como si fueran caramelos. Y los dejamos ahí en la cajita en la ventana, y bueno, ya saben que se pueden servir.(...) Y anticonceptivos es una orden del ginecólogo ...por tres meses se le entrega medicación con la orden del ginecólogo.

-Y si viene alguien y te dice “Se me acabó, perdí un blister”, no sé, ¿qué hacen ustedes?

-Y en ese caso, tratamos de que no quede embarazada. Le damos una cajita, y se le da un turno para que venga a consultar con el ginecólogo. Pero nosotros vemos porque hay gente que por ahí se olvida, no tiene ciertos cuidados, digamos, no? es media descuidada...”

Clara da cuenta también de las modalidades que asume la implementación del Plan NACER que tiende a asegurar la cobertura de los niños y embarazadas sin obra social, y como contraprestación los pediatras y obstétricas reciben una bonificación salarial. Esta tarea la lleva adelante con la colaboración del equipo de enfermería, que es el que se encarga de captar a los niños que no asisten al CAPS. Llama la atención que ninguno de los actores hace mención a que hayan comprado algo para el CAPS con ese recurso, ni tampoco los profesionales que reciben ese sobresueldo mencionen este programa. Según la administrativa:

“Son las prestaciones que tienen los médicos, asientan en una planilla previamente una inscripción a la gente que no tiene obra social, y con esa inscripción es, digamos, para la mejora del Centro. Dan un tanto por ciento, digamos, para el Centro de Salud, que sería un 75%, y el 25% es para los agentes, digamos, del Centro. Va por el recibo de sueldo, van incluidos en el recibo de sueldo (...) atienden niños menores de 6 años, en ese programa entran esos pacientes. Niños menores de 6 años y embarazadas de 45 días de gesta, hasta después de 45 días de haber tenido familia”.

Una de las enfermeras, Gladys, comenta cómo aprovecha este plan para realizar actividades extramuros:

“Del plan Nacer lo hago generalmente yo, voy a los jardines y las lleno. Combinamos una hora con las chicas, con las mamás, yo me quedo afuera y les voy llenando el Plan Nacer”.

También es la administrativa la que menciona el SAMO, como aquel programa en el que si bien las planillas son completadas por los profesionales es ella la encargada de indagar en el momento de dar un turno si el paciente es afiliado a alguna obra social. Y así nos decía Clara:

“...sabemos de que son los médicos los que tienen que llenar la planilla. Nosotros captamos nada más, les preguntamos si es que tienen obra social, y le decimos al médico de que tiene obra social, él completa una planilla”.

Esta administrativa comenta la implementación de una nueva modalidad de registro, el SUR (Sistema Único de Registro) que obliga a solicitarle a quienes concurren al CAPS el DNI, ya que se espera contar con datos de cobertura en general a partir de este sistema. Clara lo describe como la ampliación del PROMIN a adultos, y hace mención a las dificultades cuando algún paciente no tiene el documento, también anticipa problemas debido a la falta de computadora en el centro ya que la que había fue robada:

“Y ahora va a haber todo un nuevo programa que se llama Programa Sur, que es Sistema Único de Registro, que es más o menos el mismo programa del PROMIN que era antes, solamente que es más amplio porque ahora entra todo lo que es ginecología, médico clínico, todo ese tipo de cosas (...)Y ahora hay que unificar historias, va a estar todo lo que antes estaba en el programa PROMIN con el número de historia, va a estar ahora con el número de DNI”.

Debido a su inserción en la trama de relaciones barriales, la administrativa también conoce del manejo de programas de “ayuda social” e interviene en la decisión de a quiénes entregar leche maternizada, con la anuencia de la trabajadora social. Y así nos decía:

“El riesgo social son la gente que tiene la familia de pocos recursos, entonces habla con la trabajadora social...y ella indica. Si es que en el caso de ella no está y, bueno, como acá la mayoría de la gente hace muchos años que estamos viviendo por acá

alrededor, quién era el familiar que está en mayor riesgo, y bueno, se le entrega, después le explicamos a Adriana...”.

Ella también demuestra sostener un buen vínculo con quienes son beneficiarios del programa Argentina Trabaja, o como las llama “las chicas de la cooperativa”. Estas mujeres están prestando servicios de limpieza en el centro de salud y reciben una remuneración muy superior (\$1400) a la que recibe el personal de limpieza contratado por el municipio (\$800). Esta situación ha generado fricciones entre ambos grupos; ante la posibilidad de que estas mujeres comiencen a colaborar en tareas administrativas, Clara no parece sentirse molesta, debido a que ella también fue beneficiaria de planes sociales:

“Yo escuchaba nada más porque, con respecto a las cooperativas, parece que van a poner gente de las cooperativas también como parte la administración. Para nosotros sería un alivio, yo al menos, yo no me quiero sentir invadida, no me creo que me voy a sentir invadida por una persona que viene a ayudarnos, a darnos una mano.(...) bueno si es así, van a hacer lo mismo que fue con los planes. Que capacitaron a un grupo de gente, y bueno, esa gente fueron los que fueron a dar apoyo en los Centros de Salud”.

El equipo de enfermería, en tanto que colabora con el resto de los servicios, reconoce la implementación de programas y describe cómo influyen en sus prácticas cotidianas. Son las enfermeras las que, además de llevar adelante el programa de Inmunizaciones, que tiende a asegurar una adecuada cobertura de vacunación en niños y embarazadas; participan del programa IRAb en la aplicación del protocolo de puff a niños con problemas respiratorios. También se encargan de pesar y medir a embarazadas y niños, y además colaboran completando planillas del programa de VIH/SIDA para quienes solicitan el test. Además, en tanto que cotidianamente toman la tensión arterial a los pacientes hipertensos y diabéticos que están bajo programa, reconocen las deficiencias en la provisión de medicamentos específicos. Cabe señalar que para este equipo, los programas también son analizados desde la óptica de los recursos que proveen, y no visualizan cómo se imprimen en sus prácticas cotidianas. Comentan que vacunas tienen siempre, salvo cuando se rompe la camioneta municipal que las lleva al CAPS; que los aerosoles para el IRAb se proveen en forma irregular, que los anticonceptivos del PSSR no faltan nunca, pero que la provisión de botiquines del REMEDIAR se ha discontinuado en alguna oportunidad. Esto último hace que permanentemente estén faltando enalapril y/o glibencamida que es la medicación que se

les indica a hipertensos y diabéticos respectivamente. Al momento de realización de las entrevistas, decían estar con mucho trabajo producto de la exigencia de controles a los beneficiarios de la AUH, o como lo llaman, “las libretitas de la ANSES”.

Pero a diferencia de la administrativa y las enfermeras, el resto del personal del centro de salud, casi no hace referencia a la implementación de programas. En cambio las actividades que desarrolla la obstétrica sí se ajustan a las normas del programa Gestantes y Puérperas. Así nos lo comentaba Marisa:

“- ¿Tu actividad se enmarca dentro de un programa de salud?

- No. En el SIPPA<sup>80</sup> se controla lo que es puérpera. Yo acá en el barrio tengo mucha deficiencia con el tema ese. De que acá por ahí la mamá tiene el parto y después no viene. No sé como termina la historia”

La obstétrica, si bien minimiza su participación en algún programa sanitario, comenta de la eficacia del programa de SSYR:

“Anticonceptivos hay. No ha dejado de haber nunca desde que salió el programa.(...)... con el tema de los anticonceptivos se han prevenido embarazos. Porque saben que vienen a la salita y está la medicación. Esa no se embaraza, pero después aparecen 3 atrás”.

En síntesis, podemos decir que a pesar de los esfuerzos municipales destinados a pautar las formas de atención a través del diseño de programas, este grupo entiende los programas sanitarios en términos de provisión de recursos que no afectan sus formas de atención. Pareciera que las prácticas están más influidas por la demanda de la comunidad que por las orientaciones que provienen de estamentos jerárquicos, con quienes suelen tener una relación bastante tensa. Por ello no es casual que la persona que tiene un conocimiento más acabado de los programas, incluso en sus fundamentos sea la administrativa, ya que su rol supone una especie de doble bisagra: por una parte entre las autoridades políticas y el equipo de salud; y por otra, entre estos últimos y la comunidad de Alpargatas.

---

<sup>80</sup> Sistema informático donde se vuelcan los datos sobre controles de salud de embarazadas, puérperas, partos y recién nacidos.

## EL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS Y SU IMPLEMENTACIÓN EN ALPARGATAS.

Del mismo modo que en el caso de Santa Rita, en el proceso de implementación del Programa Médicos Comunitarios es necesario dar cuenta de la situación previa por la que atravesaba el equipo. Este proceso de cambio que implicó la implementación del PMC incidió en la conformación del equipo y en sus representaciones sobre el PSEA, pero no es posible desconocer tampoco la influencia que tuvieron en estas representaciones, los cambios que se dieron en el barrio y a un nivel social general más amplio también.

Entonces, antes de la implementación del PMC, existía una demanda desde el equipo de salud de incorporación de profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos) problemas que ellos denominaban de índole “psicosocial”.

En el año 2005, desde la secretaría de salud se consideró pertinente la petición y se incorporaron al equipo dos psicólogos con becas remunerativas del Programa Médicos Comunitarios, reforzando la concepción respecto de que las particularidades de la población del barrio hacían necesaria una intervención desde la individualidad de la psiquis, casi como entendiendo que allí se encontrarían las causas de la “violencia”, perdiendo de vista la violencia estructural que padecen quienes habitan Alpargatas.

A estos dos psicólogos se agregó la pediatra, con una beca no remunerativa, para cursar el posgrado. El grupo comenzó a reunirse enfrentando resistencias por parte de quien era el jefe del CAPS en ese entonces. Las reuniones se sostuvieron a lo largo de un año con periodicidad y las discusiones en torno de los textos y las actividades resultaban sumamente esclarecedoras para el conjunto, ya que era la primera vez que todos ellos tenían la oportunidad de abordar la cuestión social desde una perspectiva teórica. Sin embargo, en el caso de los psicólogos, en ningún momento parecía ponerse en juego sus modalidades de atención, más allá de la “angustia” que le provocaba a una de ellos la naturalización de algunas situaciones de violencia cotidiana con las que se enfrentaba en la consulta.

En el momento de seleccionar un problema para intervenir, se realizaron dos reuniones, una con el equipo de salud y otra con algunos miembros del equipo y con trabajadores de otras instituciones del barrio. En estas instancias colectivas surgieron una serie de problemas que

coinciden bastante con la descripción que hiciéramos de las representaciones respecto del PSEA. En la reunión con el equipo de salud se identificaron los siguientes problemas: “problemas socioeconómicos como la desocupación y la subocupación, inmigración, mala alimentación, multiparidad, falta de contención familiar, falta de inmunización, violencia doméstica, falta de educación, adicciones.”. Luego, en la instancia comunitaria se agregaron otras cuestiones que organizaron en tres grupos: “problemas de los diferentes grupos étnicos”, “problemas ambientales” y “problemas del sistema de salud”.

En el primer grupo incluyeron cuestiones tales como “deserción, fracaso y violencia escolar”, “desorganización familiar”, “abandono de los hijos”, “madres adolescentes”, “multiparidad”, “violencia social” y “violencia familiar”. En el segundo grupo, el referido al medio ambiente, identificaron los siguientes problemas: “agua contaminada”, “basurales”, “cloacas”, “existencia de ratas”, “diarreas”, “parasitosis” y “hepatitis”. Llama la atención que en este segundo grupo también se incluyeran cuestiones socioeconómicas además de aquellas de índole psicosocial como: “desocupación”, “adicciones”, “maltrato”, y nuevamente “violencia social”, “familiar”, y “escolar”. En el tercer grupo de problemas, el que tenía que ver con el sistema de salud, incluyó los siguientes asuntos: “falta de control médico”, “sobrecarga de turnos”, “escasa cantidad de profesionales en relación a la demanda”, “falta de insumos” y “escasez en cuanto a la medicación”. Resulta interesante analizar esta larga enumeración en tanto, que más allá de lo arbitrario de la clasificación utilizada, presenta un diagnóstico de las características del PSEA en este barrio. En cuanto a la taxonomía aplicada también expresa la debilidad conceptual para el análisis de estas problemáticas. Por último cabe señalar la recurrencia a situaciones de violencia que no escapan a la marca del estigma.

En un segundo momento, en este mismo taller, aplicando las herramientas de priorización indicadas en el posgrado, se identificó como el principal problema a intervenir el de la violencia “en todos sus ámbitos”; quedando en un segundo lugar las dificultades para la “accesibilidad” a la atención de la salud. Una vez seleccionado el problema se realizó un segundo taller con los mismos participantes para analizar las relaciones de causalidad utilizando otra de las herramientas provistas por el posgrado: el “árbol de problemas”.

En este análisis, entre los factores que causan la violencia se mencionan: “los modelos familiares, la desorganización familiar, el abandono, la negligencia; cuestiones de género, alcoholismo, hacinamiento, y la precariedad de las viviendas”. Por otra parte, entre los efectos que



provoca esta violencia se señalaron: el de bajo peso de los niños, los accidentes domésticos, la deserción escolar, los problemas de aprendizaje, agresividad, retraimiento, somatización y adicciones”. En este análisis se expresa el papel protagónico jugado por los psicólogos, quienes a su vez eran los principales interesados en la realización de estos talleres.

Una vez realizado todo este recorrido el equipo del PMC concluye formulando una hipótesis y una propuesta de intervención:

“Este análisis nos permitió formular nuestra hipótesis: “El maltrato infantil surge como emergente de la falta de contención familiar”, considerando que la misma abarca una serie de funcionamientos y roles de los miembros de un grupo que permita el desarrollo de los niños para el logro de una identidad diferente al modelo sociocultural comunitario conocido.

Por lo tanto la selección que realizamos como problemática a investigar corresponde a **Maltrato Infantil** a raíz que las causas y consecuencias que fueron mencionadas en las reuniones con la comunidad y el equipo de salud muchas están enlazadas a la niñez (...) En el equipo de salud no había reconocimiento de estos síntomas como forma de maltrato; por lo tanto consideramos que sería necesaria una propuesta informativa posibilitando la conceptualización del problema para poder abordarlo. De esta manera nuestra investigación estaría anclada en la disminución del maltrato infantil.”

Extracto del proyecto presentado al posgrado.

En el marco teórico que el equipo despliega en el proyecto se hace referencia a la teoría psicoanalítica y a la teoría ecológica para explicar la violencia y el maltrato infantil. Resulta significativo que teóricamente no se haga referencia a ninguna de las categorías ofrecidas en el posgrado.

A la hora de indagar respecto de la magnitud del problema elegido, este equipo decidió realizar una encuesta aplicándola a una muestra poblacional, a partir de la cual surgió que el 36% de los casos se ven afectados por situaciones de “maltrato infantil”. En este caso, sí se utilizaron herramientas provistas por el posgrado.

Luego de estas instancias diagnósticas el equipo se propuso disminuir la incidencia del maltrato infantil a partir de una serie de actividades promocionales. En una primera diseñaron talleres para capacitar a los trabajadores de la escuela y el centro de salud, y también diseñaron dispositivos para trabajar con 100 familias de niños en edad escolar. Comenzaron realizando actividades con los TS del centros de salud<sup>81</sup> y con los docentes y el personal de los gabinetes psicopedagógicos de las escuelas ubicadas en el área de influencia. Lo primero que realizaron fue una serie de cinco talleres para consensuar rasgos que permitieran identificar niños en situaciones de riesgo potencial de maltrato infantil. En una segunda instancia en este proyecto se proponía el trabajo en red con las escuelas para convocar a los padres de estos niños a talleres que permitieran “replantearse nuevos modos de vinculación entre padres e hijos”. Sin entrar a cuestionar los propósitos de este proyecto, cabe señalar que la segunda etapa no pudo ser realizada dado que el personal de las escuelas que debía encargarse de la convocatoria a los padres no cumplió con lo acordado, pese a las innumerables ocasiones en que estos psicólogos intentaron realizarlo.

En esta experiencia, es preciso señalar que a los primeros talleres asistió mayoritariamente el personal de las escuelas, en desmedro de la participación de los otros trabajadores del CAPS, quienes vieron esta convocatoria, en el mejor de los casos, como una forma de acompañar a los compañeros del equipo, pero no como un problema de salud a abordar interdisciplinariamente.

Este proceso permite dar cuenta de que en el equipo, las herramientas teóricas ofrecidas desde el posgrado prácticamente no fueron tenidas en cuenta a la hora de analizar la problemática, y en cambio sí aplicaron todas las técnicas y herramientas de diagnóstico y de intervención propuestas en las clases y los módulos bibliográficos. Si bien, debido al peso del estigma en la vida cotidiana, no es posible afirmar que haya habido un sesgo disciplinario en la elección de la temática abordada, sí se hicieron presentes los aportes de la psicología y el psicoanálisis a la hora de analizarla, excluyendo de este estudio los aportes de las ciencias sociales respecto de la violencia estructural que padecen quienes habitan Alpargatas.

## **EL SABER DE LOS ALUMNOS DEL POSGRADO**

Para intentar dar cuenta de los cambios operados a partir de la implementación del Programa Médicos Comunitarios, en este apartado me referiré a las características que asume el saber en los que fueron alumnos del posgrado. En primer término trataré de consignar sus

---

81 Este equipo de psicólogos desarrolla un proyecto radicado en dos CAPS.

trayectorias específicas y luego me concentraré en la descripción y el análisis de las dimensiones constitutivas de esta investigación, a saber: las representaciones médicas en torno del PSEA, las prácticas en la esfera de la consulta, y las prácticas y representaciones sobre la promoción y prevención de la salud. Finalmente destinaré un apartado a la descripción de sus prácticas en el marco de los programas sanitarios.

Este grupo está formado por dos psicólogos y una médica pediatra que participaron en la segunda cohorte.

### **Las trayectorias de los actores**

La pediatra de este grupo se incorpora al CAPS a mediados de los 90 a partir de la implementación del PROMIN, en cambio los dos psicólogos ingresan en Alpargatas con la segunda cohorte del Programa Médicos Comunitarios, ambos con becas remunerativas. Los tres miembros del grupo rondan los 45 años de edad, y estudiaron en distintas universidades públicas y privadas (UBA, UNLP y Universidad Kennedy). Ni los psicólogos ni la pediatra han tenido formación académica en temas de atención primaria de la salud, salvo la pediatra que cursó una materia relacionada con la salud pública. En el caso de los psicólogos la formación la obtienen a partir de su incorporación al CAPS y al PMC, en cambio la pediatra ha recibido las capacitaciones en servicio en el marco de la implementación del PROMIN.

Los tres tienen otros trabajos en el sector privado para complementar sus ingresos: la pediatra trabaja en un servicio de emergencias médicas a bordo de una ambulancia y los psicólogos atienden en sus consultorios privados. También desarrollan otras actividades en el sector público, la pediatra trabaja en un hospital de otro distrito y uno de los psicólogos en otro CAPS de Florencio Varela.

De todos modos, antes de ingresar a Alpargatas, tuvieron diferentes experiencias de trabajo con sectores populares. La pediatra trabajaba en un hospital de La Matanza y la psicóloga en una escuela de la zona rural de Varela.

## Las representaciones sobre el proceso s-e-a.

Este grupo también da cuenta del estigma que pesa sobre los habitantes del barrio y cómo este repercute en las modalidades de atención y en particular en su trabajo médico. Ana, la pediatra, nos contaba:

“Al comienzo yo tenía mucho miedo. Porque decían que es muy peligroso. Pero después yo me habitué.”

En general, también reconocen que algunos vecinos desarrollan actividades vinculadas a lo delictivo, y suelen justificar esto a partir de las dificultades laborales que atraviesan. El desempleo aparece entonces como el principal problema social que identifican y a su vez, éste surge como detonador de otras problemáticas que se atienden en el CAPS, particularmente en el servicio de psicología. Según Valeria, la psicóloga:

“...el desempleo es puntual, trabajan más las mujeres que los hombres, el alcoholismo está muy instalado. (...)Las quejas puntuales de las mujeres es esa, que no soportan que ellas se están rompiendo (...) laburando, y los tipos están en la casa, y tomando, y llegan y ellos, en realidad, reclamo, otro reclamo, sin hacer nada. Ellas reclaman que los tipos busquen laburo. (...)En las mujeres, precisamente se angustian mucho. Se angustian, hacen intentos de separación, ahora vi varias que han hecho intentos de separación, y no pueden. No pueden sostenerlo, vuelven. Algunas han tenido la suerte de que el tipo cambie, modifique. A ver, sin ir más lejos, tratan de no ir a fiestas para no tomar”.

Ella también señala que si bien entre los años 2008 y 2009 habían mermado las consultas por drogadicción, en el último año se habían incrementado. Lo atribuye también al fallecimiento del cura Victoriano en el 2009 y señala que los adolescentes y los jóvenes han quedado sin contención de otro tipo “como boyando”. Agrega que hoy la preocupación familiar está puesta principalmente en las adolescentes, ya que muchas se escapan de las escuelas y les mienten a los padres.

“Las adolescentes, no 'los'. Las adolescentes son las que ahora están como haciendo mucho ruido, viste. De muchas mentiras, mucha cuestión de, viven mintiéndoles a las mamás escapándose de las escuelas...qué está pasando ahí yo ya no sé, si son las escuelas en sí mismas...”

La pediatra señala también cómo repercuten en su trabajo las situaciones de abandono familiar, ya que son muchas las mujeres que están a cargo de los nietos, porque sus padres se han ido del hogar. Ana comenta que estas situaciones generan en los niños problemas de enuresis.

“Chicos de 7 años. Que los cuida la abuela porque los padres no están. (...)... me los trajo la abuela. Y así conversando... Que el chico no le hacía caso y ya no quería ir a la psico pedagoga. Y la chiquita que se hacía pis en la cama”

La sumisión es otro aspecto que se reitera a la hora de caracterizar a la población; Valeria subraya este rasgo como una limitante para sus posibilidades de intervención.

“Si los tengo que definir, abnegados, sumisos, que es algo que me desquicia.”

Sin embargo la pediatra da cuenta de una mejora en el estado nutricional de los niños que atiende, así como de una importante cantidad de familias que declaran la cobertura social pero siguen concurriendo al CAPS.

“Vienen pocos chicos con bajo peso. Los que vienen a control generalmente están bastante bien. De bajo peso no vienen muchos. No como antes, al comienzo sí teníamos muchos. Cuando comenzamos con el Plan Más Vida si que teníamos muchos”.

Resumiendo, este grupo, señala solamente algunos aspectos que describen las condiciones de vida de la población, referidos a las relaciones familiares y también a cuestiones socio económicas y da cuenta de cómo estas particularidades inciden en sus prácticas cotidianas. La pediatra vincula el hacinamiento, y las situaciones de abandono con la emergencia de patologías, así como la psicóloga vincula las dificultades de empleo con los problemas de angustia que atiende en su consultorio. Aún así, parecieran no sentirse interpeladas a intervenir para mejorar estas

condiciones sociales más que en la esfera de la asistencia, dando cuenta nuevamente de la hegemonía del MMH.

### **Las prácticas en la esfera de la consulta**

En el ámbito de la consulta estas profesionales se ciñen a la atención de los problemas o patologías que les llegan sin dar cuenta de un abordaje más integral, ni del uso de herramientas que posibiliten otro tipo de intervenciones.

Los principales motivos de consulta para la pediatra son las enfermedades estacionales: gripes en invierno y diarreas en verano, además de algunas derivadas de procesos infecciosos, como dermatitis, infecciones respiratorias, o infecciones en los ojos. Señala que esto se debe a las condiciones de habitabilidad ya que suelen vivir “hacinadas” en un mismo departamento hasta dos o tres familias y que además se ven muchos perros enfermos en el barrio. Según Ana:

“En este momento, diarrea. Bronquitis... uno o dos. Escabiosis y mucha conjuntivitis hubo últimamente. La mayoría tienen antecedentes, que se ven agravados por la humedad y el hacinamiento que hay acá.

- ¿Y la escabiosis?

- La sarna... porque hay muchos perros por ahí. Y mucho hacinamiento. Porque en algunos departamentos viven dos o tres familias”.

En el caso de la psicóloga, quienes más consultan son las mujeres y los principales motivos de consulta remiten a problemas intrafamiliares, problemas con hijos adolescentes, o con sus parejas. Valeria también comenta casos de varones, uno de ellos: un ex presidiario:

“... y ahora las madres están como más encima de los chicos, prohibiéndoles salidas o juntas (...) tengo uno [un paciente varón], que me encanta porque es un psicópata, me encanta laburarlo. Sí, tengo un tipo, muy psicopático, mal. Este tiene, 27. Y después tengo un ex presidiario, pero me parece que este viene más por una cuestión legal, está tratando de buscar algún psicodiagnóstico, algo así, no lo dice. Pero ya cuando nombró a la abogada dije “mmm este ya sé a qué viene” y que de hecho viene cada tanto este también. El psicópata viene a pelearse conmigo en realidad, sí, pero tiene continuidad”.

Esta profesional aclara que si bien son numerosas las consultas por niños ella ha dejado de trabajar con ellos debido a que le robaron en varias ocasiones el material que usaba, y entonces estos niños son derivados al CAPS de un barrio cercano. En ese sentido la pediatra comenta que recibe varias consultas por enuresis, en general por niños atravesados por situaciones de abandono, que deriva a ese mismo centro y sobre los que no existe ningún tipo de seguimiento.

Valeria destina la mayor parte de su tiempo a los pacientes que están bajo tratamiento; programa los turnos, sin recurrir a la administración, y también maneja ella misma, la lista de espera.

“...y está en la lista de espera.

-Ah. Y cuando tenés una baja recurrís a una lista de espera.

-Sí, sí, sí. Un alta o una baja. Yo no, antes me manejaba mucho con las promotoras (...) ahora (...) me es más expeditivo pedirles el teléfono, caso el celular lo llamo, le digo venga a tal hora, tal... (...) Me es más rápido porque de última si me dice “No puedo” lo paso y sigo con el que, con el siguiente, porque si no era yo lo esperaba, eran 40 minutos sin hacer nada porque no venían. Entonces, para ahorrarme toda esa pérdida de tiempo, pido los celulares o teléfono que tengan llamo, puede bárbaro, no puede, continúo con el siguiente.”

En cambio, los turnos para pediatría los maneja la administrativa, ella asigna tanto los turnos para controles de salud como aquellos que son por alguna enfermedad. Ana, la pediatra, atiende alrededor de 20 pacientes por día y a eso se le agregan los de aquellos que concurren sin turno por alguna urgencia.

“[Los turnos] los damos programados para controles. Y de las patologías, el día anterior. (...) Atiendo más o menos 20 y pico. Contando controles y patologías. Y ahí vienen los que no sacaron turno. Que son, mínimo, tres. (...) Son siete programados y el resto patologías”.

Esta profesional le destina alrededor de 15 minutos a cada consulta. Señala que su rutina tiene que ver con controlar el esquema de vacunación, pesar y medir e indicar análisis para realizar

diagnósticos de anemia, en general. La entrevistada, llamativamente no refiere la realización de exámenes físicos y sí demuestra una gran preocupación por el estado nutricional de esos niños. Su relato da cuenta de prácticas aprehendidas durante la implementación del PROMIN, como el seguimiento a través de un fichero cronológico, aunque refiera que estas prácticas no han tenido continuidad. Según Ana, al momento de la entrevistas gran parte de su atención estaba destinada a los controles que se realizan para completar las “libretitas de la ANSSES”.

- “¿Cuántos nenes tenés en total?
- No lo sé. Antes teníamos fichero, ahora no tengo nada. No los tengo contados. Hasta el año vienen una vez por mes. Después es una vez cada tres meses hasta los dos años. Después de los 5 años son controles anuales hasta los 14 años. En este momento están viniendo muchos por la libreta. Para cobrar la Asignación (...) El otro día vino una chica de 8 años, que tenía bajo peso cuando venía antes. Vino hasta los 4 años, después no vino más y ahora 4 años después volvió. Y ahora esta bien”.

Las prácticas en la esfera de la consulta en el caso de la psicóloga más de una vez entran en tensión con los requerimientos de la gestión local de salud; estas tensiones si bien tal vez pueden estar expresando un conflicto con el modelo biomédico, bajo ningún punto de vista tienen que ver con una concepción colectiva de la salud, sino todo lo contrario. Pareciera que la tensión está dada entre el modelo de atención psicoanalítico y el biomédico pero en ambos casos se sigue sosteniendo una perspectiva anclada en el individuo, sin considerar el proceso salud – enfermedad – atención como una construcción social. Según Valeria:

“-¿Vos cuánto tiempo le destinás a las consultas? Lo clásico.

-Y cuarenta.

-Cuarenta. Y los diagnósticos ¿cómo los hacés?

-Enseguida no, eh. No, yo tengo mi forma de trabajo. Yo mi forma de trabajo es el mismo que por ahí la eterna pelea que la tengo y seguro la tendré, la explicación que tengo que darles a mis superiores, entre ellos López (director de APS del municipio), un mes de entrevistas y ahí pasamos si lo necesita o no, porque a veces no van por necesidad, sino porque necesitan alguien con quién hablar, y no traen ningún problema, entonces, empezamos a evaluar, (...)Se puso un tope desde, desde Secretaría, o sea, desde el equipo de Salud Mental.



Habíamos pactado seis meses de atención, esto siempre con posibilidad de recontrato. Obviamente que si a los seis meses nada, seguimos, nunca yo particularmente no voy a dar un alta...”

Este tipo de tensiones tiene que ver con los métodos de la clínica psicoanalítica, ya que el tiempo destinado a la consulta y al tratamiento no se corresponde con las exigencias de rendimiento profesional ancladas en el saber biomédico que pretende la gestión local de salud. Sin embargo, tanto el psicoanálisis como el saber biomédico comparten, a mi entender una misma concepción hegemónica respecto del quién detenta el poder en el vínculo profesional – paciente. Así nos comentaba sus métodos de abordaje Valeria:

“Y yo, claro, no me desespero más. Me dicen “Ay sí, violaron a mi hijo”, y “ay qué rica coca” y bueno, viste, en realidad trato de laburar la posición de ellas frente a estas cuestiones. Porque hay mamás que consultan por hijos con intentos de abuso e hijos chiquitos, que no traen a los nenes, vienen las mamás. Vienen las mamás, (...) y hay gente que no, o sea, legalmente no hacen nada. Viste entonces, “Como madre no podés no hacer nada” y ahí es donde entra un registro de su posición y se empiezan a angustiar, ahí se empiezan a angustiar, cuando se encuentran en el 'no hacer' (...)...en la pasividad, se desestructuran y se viene todo al carajo. Y ahí se empieza a laburar.”

En el ámbito de la consulta, entonces, podemos decir que las diferencias entre estas trabajadoras son bien marcadas, también debido a sus saberes diferenciales. Mientras que la pediatra atiende la demanda, no organiza la administración de turnos y destina 15 minutos a la consulta, la psicóloga administra sus propios tiempos y las condiciones de acceso a los tratamientos.

En cuanto a la relación con los pacientes en la esfera asistencial, la pediatra da cuenta de una cierta cuota de tolerancia y aceptación mutua. En este relato de Ana surgen palabras como “negociación” que dan cuenta de una cierta horizontalidad, a pesar de las diferencias y la distancia social en que se encuentran los dos términos de la relación

“Y a veces vienen estos famosos “Los ovejeros”... los famosos chorros de acá del barrio... (...) Entonces yo lo atiendo y él dice “Yo le voy a traer un

presente”. Pero yo le dije que no necesito ningún presente. Que lo controles, porque es un niño sano, eso nomás te pido. Ya uno se maneja de esa manera. Negociamos a veces.”

En cambio, el vínculo de la psicóloga con sus pacientes da cuenta de una asimetría, quien como una forma de preservarse ha recurrido a un cierto distanciamiento con los problemas que surgen en el tratamiento. Esta profesional, al comenzar a trabajar en el CAPS manifestaba su preocupación por la “ausencia de angustia” en sus pacientes. Esta “falta” le imposibilitaba trabajar con las herramientas que le ofrecía el psicoanálisis, y eso le generaba mucha angustia e impotencia a ella como profesional. Sin embargo, esta situación, en el momento de las entrevistas aparecía como resuelta. Así lo comentaba Valeria:

“...esto lo hemos charlado también una vez, cómo la gente cuando no se angustia, no? que me pasaba al principio no se angustiaba, yo venía hecha mierda, que cazaba el teléfono así alocada, yo llamaba a mi supervisora y me decía “Adri pará”, viste y me decía, “Porque te vas a terminar haciendo mierda, vas a largar todo a la mierda” viste, hay gente que puede trabajar de una manera y gente...obviamente yo entiendo que tienen un umbral de dolor distinto...”

-¿Y cómo trabajás ahora con esta cuestión?

-Y no se angustian. Y ya está.”

La asimetría en la relación con los pacientes resulta entonces un recurso que asegura la eficacia de las herramientas propias del saber psicoanalítico aprehendido en su formación de grado. En este caso, pareciera que el posgrado no pudo brindar herramientas eficaces propias de otra concepción del proceso salud- enfermedad – atención, y que la recurrencia a la clínica psicoanalítica es una expresión de los límites que tiene el saber en atención primaria en la instancia de la intervención. En cambio la pediatra, sí da cuenta de una voluntad de horizontalidad en el trato con sus pacientes, en tanto instala la posibilidad de negociación.

## **Las prácticas de promoción de la salud**

Este grupo también asocia las prácticas de promoción con las actividades comunitarias. La pediatra da cuenta de un proceso de cambio respecto al tipo de actividades que se realizan. Si bien el repertorio para Ana se sigue reduciendo a “la charla” señala que ante varios fracasos en las

convocatorias han comenzado a organizar estas mismas “charlas” en la sala de espera. Se trata básicamente de acciones orientadas hacia la prevención de enfermedades estacionales.

“Hasta diciembre hicimos. Charlas de la gripe, del bronco espasmo, de la diarrea. No una reunión como se hacía antes. Pero cuando se juntaba mucha gente hacíamos una charla en la sala de espera. (...) Mucho no me gusta... pero lo hago. Porque si citamos a la gente, no viene. Es más fácil agarrarlos cuándo están juntos, que citarlos. Cómo máximo una vez logramos que vengan diez.”

Si bien la pediatra no lo conceptualiza como actividades de promoción, su relato sobre las acciones que desarrolla en el consultorio da cuenta de que la promoción y la prevención son dimensiones que están incorporadas en la esfera de la clínica a partir del uso de la palabra. Ana nos relatava así cómo había enseñado a los padres a esperar la evolución de un cuadro febril:

“Y tenés que ir educando a la gente. Les decís que por una fiebre hay que esperar un poquito. Que hacer en caso de diarrea... ya la gente se maneja un poquito. (...). Tal vez ahora ya se saben manejar mejor que en el comienzo. Antes se amontonaban en la puerta a gritar “¡Mi hijo tiene vómitos, esta con fiebre!”. Y sin saber cómo actuar. De a poco, te digo que, eso lo fuimos logrando”.

La pediatra da cuenta de una concepción más anclada en la prevención que en la promoción de la salud. Esta profesional, rescata fundamentalmente la posibilidad que le da el primer nivel de atención de conocer las trayectorias de quienes se asisten en el centro de salud:

“...te digo que me gusta la atención primaria. No me gusta el hospital... si trabajo ahí es porque necesito. Porque ahí al chico no lo seguís, no lo evaluás. Entonces me gusta la atención primaria. Me gustó e implemento mucho la prevención. (...) Pero tenés que estar “dale y dale” con toda la gente. Repetir y repetir porque a veces les cuesta. Pero la prevención es importante. Trabajar en la alimentación, el desarrollo, las vacunas preventivas, la higiene. A mi me gusta. Me enoja a veces. Pero bueno, yo tampoco hacía caso”.

En este registro es posible analizar cómo se pone en duda la eficacia de las prácticas prescriptivas, incluyendo una reflexión respecto de lo que sucede con los médicos cuando juegan el rol de pacientes.

La psicóloga da cuenta de su participación en la experiencia de trabajo con el grupo de diabéticos junto con las enfermeras, la médica clínica y la trabajadora social. Su participación se centraba en el trabajo sobre la dimensión subjetiva de quienes sufren este padecimiento, a partir de una tarea grupal. Y así os comentaba Valeria su experiencia:

“uno se engancha mucho con esta cuestión de que se deprimen, viste, con las imposibilidades, con empezar a entender que, bueno, nada es imposible, que es diferente, y es asumir lo que tenés como para poder salir, si vos no lo asumís, imposible. Entonces, me enganché,...aparte sacame toda esa cosa de que, me decía que por los nervios le subía glucosa.”

En este grupo no podemos identificar una perspectiva común respecto de la promoción y la prevención. La mirada de la psicóloga respecto de la promoción pareciera ponerse en juego a partir de actividades grupales, pero en su caso la promoción y la prevención no parecen formar parte de su práctica clínica. En cambio, la pediatra, si bien entiende la importancia de la promoción de la salud, e incorpora acciones de educación para la salud en el ámbito de la consulta, limita su actividad comunitaria a charlas espontáneas de educación para la salud en la sala de espera. Llama la atención que este grupo no hace referencia a la inserción de la promotora de salud en el equipo ni pareciera incorporar su rol a la actividad que ellas desarrollan desde el CAPS.

### **Las prácticas en el marco de los programas de salud**

En este grupo, es la pediatra quién más claramente da cuenta de la escasa influencia de las políticas sanitarias en las prácticas médicas. Los diferentes sentidos que se le otorgan desde su fundamentación a los programas sanitarios, no parecieran modificar su práctica médica, más bien para ella se trata de diferentes denominaciones para las mismas acciones. También este registro da cuenta de que se trata de mecanismos para la obtención de recursos:

“En el Plan Control del Niño Sano, en el Plan Nacer... Son lo mismo, sólo que llenamos una planilla distinta. La atención es la misma.

- ¿Sabes cuantos pibes tenés en el plan nacer?
- No. Las secretarias saben cuantos hay”.

Queda claro entonces que el seguimiento de las pautas indicadas por los programas sanitarios es responsabilidad de los administrativos, para asegurar la obtención de recursos. En este punto es llamativo el limitado conocimiento de datos de cobertura, ni siquiera de un registro de la cantidad de pacientes bajo programa, al respecto nuevamente para los médicos, la responsabilidad en los controles reposa en la demanda de los pacientes. Así, su labor sí parece verse afectada por la demanda de controles de los beneficiarios de la AUH:

“Ellos vienen con las libretas y yo hago los controles. Ahí es donde yo los presiono un poquito y les digo “Pero usted hace 5 años que no viene”. No le voy a poner que esta bien controlado. Entonces le digo “Mas vale que vengas dos veces al año porque si no el año que viene vos vas a venir y no te voy a poner que haces el control”. Los presiono un poco”.

En cambio, esta profesional hace referencia a la impronta del PROMIN en la esfera de la clínica, y se lamenta de no haber continuado con las prácticas prescriptas por ese programa:

“Teníamos fichero cronológico, donde teníamos los controles del recién nacido hasta el año. Por meses, por días... eso se perdió todo cuando pintaron. Y después hasta los 5 años. Tenían su cartoncito donde quedaba constancia de todo. (...): Siempre digo que voy a volver a hacerlo. Pero no lo hago. Lo hacíamos en cartulina rosa para las nenas y celeste para los chicos. Y así sabíamos también quien venía y quién no. Por si había que hacer algún rescate,[que hacía] el trabajador social”.

Por su parte, la psicóloga, si bien reconoce su inserción en el equipo del programa de Salud Mental del distrito, esta participación no parece incidir en su modalidad de atención. A la hora de indagar sobre este programa, solamente refiere que fue convocada para participar de un nuevo programa, centralizado, destinado a prevenir los embarazos en adolescentes, y que desistió de la propuesta porque al no imponérsele horario, ello significaba estar disponible las 24 horas del día.

Valeria rescata la inclusión del servicio de Salud Mental en el CAPS y cómo ello ha permitido la profundización de una mirada más integral del proceso salud – enfermedad – atención a partir de prácticas interdisciplinarias. Esta profesional comenta que le llevó mucho tiempo de trabajo que uno de los pediatras le derivara niños que atravesaran alguna clase de conflictos, “si ve pibes a cagar con diez mil millones de quilombos, entendés, bueno, sí a lo sumo algún enurético”. Cuando la pediatra comenzó a derivarle niños le dijo que recién entonces había comprendido la importancia de la salud mental.

“...la importancia de la inclusión de salud Mental, que creo que le empezaron a dar bola a partir de Cromañón, mi postura es que le empezaron a dar mucha más bola a lo que es Salud Mental. (...)Para todo, si hay alguien en enfermería, “¿Podés venir un minuto?” y me espera la enfermera con el paciente en la... (...). Generalmente están hechos una angustia que se caen. (...) las minas no saben qué hacer y bueno... porque es real, no sabe qué hacer. Es esto lo que me pasa a mí cuando hay algo médico, yo no sé qué hacer, entonces tengo que...Por eso a mí me gusta laburar en equipo”.

### **El PMC, el significado y el sentido de los cambios**

Al igual que con el otro CAPS, a dos años de concluido el posgrado indagué sobre cómo el personal evaluaba su participación, y qué cambios percibían en sus prácticas a partir de esta experiencia.

Al momento de realizar las entrevistas, quienes habían participado del posgrado, señalan algunos conflictos que sucedieron al finalizar el programa, que afectaron profundamente el equipo de Alpargatas. Al comenzar la implementación del PMC, existía un compromiso entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Municipio de transferir al gobierno local los recursos de las becas para que el personal fuera incorporado al plantel municipal. Al finalizar los dos años, el Ministerio propuso prolongar un año más el programa a partir de un curso de posgrado nuevo en Metodología de la Investigación en Salud comprometiéndose a transferir los fondos al municipio. Este movimiento de recursos se demoró más de ocho meses, y provocó que quienes percibían las becas remunerativas estuvieran sin cobrar su salario durante casi un año. Esta situación afectó el desarrollo del nuevo curso ya que casi todos los becarios dejaron de asistir a los CAPS;

consiguieron el apoyo del sindicato a sus reclamos y comenzaron a realizarse paros hasta que finalmente percibieron una suma retroactiva en atención a sus reclamos.

Este conflicto afectó sobremanera el equipo de Alpargatas ya que uno de los psicólogos había aceptado un pase a planta municipal resignando la posibilidad de continuar en el programa, mientras que el otro, que continuaba en el PMC dejó de asistir al CAPS en virtud de las demoras en el cobro de su beca y de los reclamos salariales mencionados. Así lo relataba Valeria, la psicóloga:

“sabemos que esa gente empezó con palos porque, según Nación la guita la giraba al municipio, el municipio no pagaba, y tal es así que en mayo, empiezan ellos a plantear los paros. (...) [el otro psicólogo] desapareció (...), a pesar de que no había paro. Y en diciembre, ese señorito, cobró diecisiete lucas, por no haber trabajado, porque en eso agarró el retroactivo a mayo. Bueno, de ahí en más, no sabés lo que se generó en Alpargatas, ahí se empezó a generar todo un malestar, entre la asistente social, que dice “Vale ¿vos sabés de esto?””

El relato de este episodio dificulta en la entrevista el acceso a los temas a investigar dado que el malestar entre ambos psicólogos aún persiste. Sin embargo a la hora de indagar respecto de los contenidos del posgrado se rescata la posibilidad de acceder a la dimensión social del PSEA. Valeria, da cuenta de su experiencia de este modo:

“- Y el Programa, ¿te sirvió en algo?

-No. Bueno sí, por ahí en conceptos no? en ese sentido, lo que es Atención Primaria lo aprendí ahí. “Equidad” que era un término que si no lo escuchaba en Médicos Comunitarios.... no era un concepto tan instalado ni mucho menos. (...) Sí me sirvió en cuanto a entender lo que es las barreras todo ese tipo de cosas que no, que hasta de lo físico antes uno no le daba bola el espacio físico, no?”.

Según la pediatra le aportó para incluir la dimensión social en la consulta, modificando en parte las prácticas médicas también en la esfera de la clínica e incorporando en ella la prevención y la promoción de la salud. Así lo comentaba Ana:

“A mí me sirvió para hablar más con las familias. Para un trabajo más preventivo. Porque yo charlo bastante con las mamás. Entonces por ahí hablamos un poquito más. Sobre los controles de alimentación, a ver como está el grupo familiar (...) Y eso me sirve para el resto de los controles. En eso me ayudo, el resto es todo lo mismo”.

En cuanto a las herramientas prácticas que aportó el posgrado, Valeria, la psicóloga, hace mención a la importancia de recorrer el barrio para tener nuevos elementos para el trabajo en la consulta.

“...a mí lo que es investigación me encanta, o sea, el movimiento permanente de la cabeza, que es lo que a mí me motoriza. Pero después, la diferencia abismal, esto que es, el muro, las cuatro paredes y nada más, y acá salir a ver y encontrarte con una realidad. Sí, perder el miedo en realidad, salir a caminar y ver “Putá, ¿cómo pueden vivir acá!” y qué se yo, y empezase a entender un poco más. (...) Meterte en lo social no es lo mismo que escucharlo. No cabe duda.”.

En cuanto a las instancias de evaluación, Ana, la pediatra remarca sus dificultades para el trabajo con las organizaciones barriales que suponía la evaluación del posgrado:

“Me cuesta hablar a mí. No me gustaba dar charlas porque tenía que hablar al frente. Yo no puedo. Me gusta trabajar. Me gusta hacer. Pero no me hagan explicar porque no puedo. Eso me costó mucho”.

En cuanto a las expectativas que tenían al ingresar al posgrado resulta interesante el comentario de la pediatra ya quien se refiere a la exigencia de actualización de los colegios profesionales para la renovación de la matrícula y que ello se sumaba a la posibilidad de realizar un curso de posgrado gratuito:

“En realidad yo entré porque tengo que hacer el curso por especialidad. Dos cursos al año. Entonces entré a ese curso, ya que era gratuito. Yo estaba sin beca. Y te digo que me gusta la atención primaria.”



En cambio, la psicóloga refiere a motivaciones de índole quizás vocacional, y también al desafío que le representaba el trabajo en un barrio atravesado por procesos de estigmatización. Esta profesional, al iniciar su actividad en el CAPS se propuso realizar una tarea para prevenir las adicciones y fue amenazada anónimamente, entonces no se le permitió continuar desde la gestión local de salud. Así comentaba Valeria su ingreso al PMC:

“... iba con muchas expectativas en cuanto a lo que era la prevención en drogadictos. Sí, yo tenía todas las fichas puestas ahí. Cuando nos han llegado las amenazas y demás, que yo por ahí eso lo comenté, y [la coordinadora de Salud Mental del municipio] me dijo “prohibido” porque antes de lo que a vos se te cante hacer está tu integridad, ahí me empecé como a pinchar un poco, me entendés, o sea que de lo preventivo, nada”.

Entonces, más allá de los objetivos del posgrado, varios remiten a cuestiones de índole subjetiva, incluso ideológica, para concretar la posibilidad de un cambio en las formas de atención de la salud, y para analizar los resultados de la implementación de este programa.

“Mirá ahí hay equipos donde se generó un cambio en lo que es la asistencia, en lo que es el trabajo de Atención Primaria. Y hay otros equipos donde lo único que quedo es haber hecho el curso, saber un poco más pero que en la implementación siguen trabajando igual que antes. Me parece también que esto es porque no todos los integrantes de los equipos tuvieron la oportunidad, la posibilidad de formarse como comunitarios. Entonces, eso fue una dificultad, porque en cada equipo, tres comunitarios y era muy difícil digamos “contagiar” al resto del equipo. Y hay equipos por ahí que sin haber hecho algo comunitario, simplemente por lo que se llama “compromiso”, se dedican a la tarea de terreno, trabajan con la comunidad, como les sale. Por ahí no tienen las herramientas las técnicas como para las entrevistas, para los talleres y demás pero trabajan con la comunidad. Y hay equipos que están formados y no trabajan con la comunidad y pasa, no por el hecho de saber y estar formado: pasa por el hecho de estar comprometido, con la tarea”.

Claudio, ex – director del Área Programática de Alpargatas

Resumiendo, podemos decir que los médicos comunitarios de este CAPS señalan un aporte del posgrado en lo que refiere a un bagaje conceptual que les permite un abordaje con mayor profundidad del proceso salud – enfermedad – atención, principalmente en lo que tiene que ver con el conocimiento de las particulares condiciones de vida en Alpargatas. Este aporte, sobre todo en el caso de la pediatra, se expresa en la esfera de la clínica a partir de la inclusión de prácticas de promoción y prevención en el ámbito de la consulta.

En cuanto al aporte de herramientas técnicas, solamente parecieran otorgarle importancia a las posibilidades de trabajo comunitario con algunos conjuntos sociales, como lo expresa el relato de la psicóloga respecto de su experiencia con el grupo de diabéticos. También esta profesional rescata el uso de herramientas de relevamiento socio territorial (como la observación y la realización de entrevistas) para un conocimiento de la situación social del barrio a partir de la propia experiencia.

### **Similitudes y diferencias entre quienes cursaron el PMC y quienes no; lo que aportó el programa de capacitación**

Hasta aquí hemos visto que se trata de un barrio diferente del resto de los barrios del distrito, y que se caracteriza por la construcción de una trama de relaciones atravesadas por la violencia. Una violencia que no es ajena a las condiciones de violencia estructural que padecen los sectores populares marginados del mercado de trabajo.

La noción de estigma resulta entonces esclarecedora para abordar estas relaciones. El estigma que pesa sobre el barrio contribuye a la comprensión de las relaciones que se configuran ya desde el proceso de urbanización. Alpargatas resulta hoy una “marca registrada” de un producto construido socialmente: la “violencia”. El producto del estigma es una marca que oblitera los sentidos reales de las tramas de la reproducción social: la violencia social que supone la reproducción de la vida misma en poblaciones excluidas.

Podemos entonces afirmar que la producción de estigmas es necesaria funcionalmente para la producción y reproducción de relaciones de hegemonía (Trincheró, H. 2007) y por ello es necesario indagar cómo surgen determinados discursos estigmatizantes, en este caso en torno de la “violencia”.

Las representaciones y las prácticas que desarrollan los trabajadores de la salud en este barrio llevan impresa la misma marca. Es más, no solamente configuran sus prácticas en relación al estigma sino que además, y simultáneamente, estos trabajadores son estigmatizados y comparten similares procesos de marcación por parte de sus colegas del sistema de salud. A ello se deben las dificultades que encuentran para que otros colegas acepten trabajar en ese CAPS. La falta de profesionales repercute en problemas en la asignación de turnos, lo que a su vez genera conflictos al interior del equipo de salud. Si bien los trabajadores del CAPS pretenden resistir al proceso de estigmatización, negando la violencia y afirmando que se trata de un barrio semejante a los otros; poco a poco van reconociendo que existen muchas familias en conflicto con la ley y que en ocasiones el delito se constituye en un recurso para enfrentar la situación económica. Incluso admiten que afrontan a menudo a situaciones violentas ante la falta de turnos, o ante situaciones de urgencia.

Sin embargo, la permanencia y antigüedad en el puesto de trabajo por parte de los TS, así como la negativa a trabajar en otro CAPS, expresa una identidad compartida anclada en relaciones de reciprocidad y lealtad mutuas.

En cuanto al núcleo de esta investigación, intentaremos una comparación entre los dos grupos, aquellos que fueron parte del PMC y aquellos que no, para dar cuenta de las posibilidades de cambio en el saber en APS. Respecto de la primera de las dimensiones elegidas: las representaciones sobre el proceso salud – enfermedad – atención, podemos decir que más allá del reconocimiento de los procesos de estigmatización que afecta a los vecinos de Alpargatas, la principal diferencia se da en que quienes cursaron el posgrado relacionan los problemas que surgen en el espacio de la consulta con las particulares condiciones de vida. En cambio, el otro grupo, si bien es capaz de describir estas situaciones sociales no parece establecer relación con sus prácticas cotidianas; y en ocasiones parecieran responsabilizar a sus pacientes de los problemas que los aquejan.

En cuanto a la esfera de la clínica, un rasgo común a los dos grupos (salvo la psicóloga) es que la atención pareciera organizarse a partir de la demanda. Incluso los controles de salud y/o el seguimiento de tratamientos también se articula en relación a la demanda de los mismos por parte de los pacientes. Esta demanda de controles se ve impulsada por la implementación de programas sociales que los exigen como obligación para sostener el beneficio como por ejemplo la AUH. En tanto que las formas de atención se articulan en función de la demanda la administrativa y el

equipo de enfermería se constituyen en garantes de la accesibilidad y son quienes más padecen los reclamos por la escasez de personal médico.

Decíamos más arriba que la relación del equipo con los vecinos del barrio está basada en relaciones de reciprocidad y lealtad mutuas. Sin embargo esta lealtad no excluye las asimetrías en el vínculo con los pacientes, sino una actitud de tolerancia a las particulares características de esta comunidad. Este vínculo particular se expresa sobre todo en el personal más antiguo del CAPS. Decimos reciprocidad en tanto que así como el equipo de salud “defiende” al barrio del peso del estigma, la comunidad “defiende” al equipo de salud frente a las presiones que ejerce sobre ellos la gestión local de salud. La preocupación por la accesibilidad que expresan los miembros del equipo, se contradice con la “lógica de la sospecha” que plantea María Epele (2007). Si analizamos este vínculo desde el saber de los trabajadores del primer nivel, esta preocupación por la accesibilidad puede ser vista como la contratara de la percepción de los sujetos atravesados por los procesos de marginalización y estigmatización, a la hora de acudir a los servicios de salud. En cambio, en el caso de la psicóloga, su relato expresa una tendencia a reforzar las asimetrías en el vínculo con sus pacientes, casi como un modo de asegurar la eficacia de sus intervenciones.

En lo que refiere a las prácticas de promoción, cabe reseñar que coexisten distintas concepciones respecto de la promoción de la salud que se relacionan con las diferentes experiencias que ha atravesado el equipo. En una primera instancia, aparece como dominante el concepto de promoción asociado a la realización de actividades con la comunidad, y ello tiene que ver con las experiencias impulsadas por los trabajadores sociales que se han visto discontinuadas. Sin embargo la inclusión de la figura del promotor, hace que se insista en las actividades de “seguimiento” y “rescate” como propias de la promoción de la salud. Sin embargo encontramos diferencias entre quienes cursaron el posgrado y quienes no lo hicieron, ya que la médica del grupo que participó del PMC da cuenta de la incorporación de la promoción de hábitos saludables en la consulta, en cambio la psicóloga se inclina hacia el trabajo con grupos a la hora de referirse a las actividades de promoción que realiza. Llamativamente, en este grupo ninguna de las dos realiza actividades de “rescate”.

En cuanto a la implementación de programas, en el caso del grupo que no fue parte del PMC los programas son percibidos como herramientas administrativas para la gestión de recursos, y no parecen influir en las prácticas que despliegan los TS en su cotidianeidad. Lo mismo sucede con la médica pediatra que sí fue parte de esta experiencia. Esto merece especial atención ya que

los principales rasgos del modelo médico en el subsector público son la burocratización de las prácticas y que se encuentran fuertemente jerarquizadas. Sin embargo en Alpargatas, existe un cierto desdén por los imperativos que emanan del nivel central de la gestión, y parecieran más preocupados por la aceptación de la comunidad y por sostener esos lazos de lealtad mutua. Es posible pensar entonces que son estas relaciones recíprocas las que le permiten una cierta autonomía de la gestión local, pero que a su vez refuerza los procesos de estigmatización sobre el equipo de salud. Esta autonomía relativa que denota este equipo de trabajo respecto de los niveles jerárquicos de gestión de la salud, se expresa en que plantean que los cambios en la gestión no afectan sus prácticas médicas, aunque se incrementen las exigencias burocráticas, a lo que no parecen prestarle demasiada atención. La excepción en esto está dada por la psicóloga quien reconoce en las políticas de inclusión del servicio de salud mental un impulso hacia prácticas interdisciplinarias

En cuanto a la implementación del PMC, podemos sintetizar que en Alpargatas fue utilizado para cubrir la demanda de un servicio de salud mental que aparecía como el instrumento para abordar las situaciones de violencia. Este modo de abordar los problemas que el saber médico excluye no hizo más que reforzar la hegemonía que opera sobre otros saberes disciplinares y otras formas de pensar y hacer atención primaria de la salud. Así, el proyecto que se implementó estuvo signado por un sesgo psicosocial, que preanunciaba sus limitaciones. Pero más allá de esta experiencia cabe ponderar que quienes fueron parte del posgrado rescatan el aporte conceptual para sus prácticas cotidianas, y la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente.

Pareciera entonces que este equipo de salud no encuentra la manera de “rescatarse” ni “rescatar” a la comunidad de Alpargatas de las garras del estigma. La eficacia de su propia práctica se pone en juego ante la persistencia de los procesos de discriminación que padecen. Sin embargo, es preciso atender que esta resistencia al estigma supone también una resistencia ideológica que es lo que estaría asegurando la eficacia de su trabajo en el primer nivel de atención.

## CAPITULO VII

### EL SABER DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN APS: UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA.

En el capítulo final de esta tesis me propongo analizar articuladamente la información presentada a lo largo de este trabajo a la luz de los interrogantes iniciales, los objetivos propuestos y las hipótesis, con el propósito de recuperar los principales elementos que aportaron a la comprensión de este campo de problemas.

El objetivo general de este trabajo fue describir y analizar los saberes y las formas de atención basados en la propuesta de APS, de los trabajadores de dos centros de salud de un distrito del conurbano bonaerense. El foco estuvo puesto en explorar los procesos de cambio en estos saberes, a partir de la implementación de programas de capacitación al personal de salud que se desempeña en el primer nivel, preguntándose si resultan o no en intervenciones más adecuadas a los principios de esta propuesta.

Para investigar las características principales de estos saberes, me propuse describirlos y analizarlos seleccionando tres dimensiones de análisis. En primer lugar el conocimiento del personal de salud respecto del proceso salud – enfermedad – atención; en segundo término las prácticas que despliegan en el ámbito de la consulta los TS; y por último las prácticas que desarrollan en pos de la prevención y la promoción de la salud.<sup>82</sup> Luego, para analizar las características y el sentido de los cambios, comparé el saber de los actores que fueron partícipes de la experiencia del programa de capacitación con el de aquellos que no lo habían sido, a partir de las dimensiones señaladas en el párrafo anterior. Además, para dar cuenta de las transformaciones operadas en el tiempo, recuperé mi experiencia como docente en este programa.<sup>83</sup>

Estos objetivos específicos fueron trabajados en el análisis realizado en cada uno de los centros de salud seleccionados, y que expuse en los capítulos V y VI. Cabe señalar que las dificultades<sup>84</sup> para obtener información de aquellos médicos que no participaron del PMC obstaculizaron las posibilidades de comparar el saber médico con el del resto de los TS en ambos grupos, limitando la comparación al grupo que formó parte del PMC.

---

<sup>82</sup> Ver objetivos específicos en pag. 17

<sup>83</sup> Ver segundo grupo de objetivos específicos en pag. 18

<sup>84</sup> Tal como se menciona en el capítulo I pag. 36

Por último, para explicar estos cambios me planteé el análisis de este programa de capacitación, considerando las herramientas teóricas y prácticas ofrecidas por este curso. Este objetivo fue trabajado en el capítulo IV, mientras que en los capítulos V y VI analicé las herramientas ofrecidas por el posgrado que efectivamente utilizan estos TS en su labor cotidiana. Por otra parte intenté dar cuenta de los problemas que estos actores identifican y aquellos sobre los que efectivamente intervienen a partir del análisis de sus producciones en el marco del posgrado.<sup>85</sup> Este último objetivo específico fue desarrollado en los apartados correspondientes en los capítulos V y VI.

Abordaré entonces, en primer lugar las principales características que asume el saber en APS a partir del análisis de la información referida al personal de salud que no participó del Programa Médicos Comunitarios. Para sintetizar los resultados obtenidos a partir del trabajo etnográfico en los CAPS de Santa Rita y Alpargatas consideraré las dimensiones de análisis elegidas. Posteriormente me concentraré en el análisis de los resultados respecto de aquellos que fueron parte de esta experiencia, en ambos centros de salud. Así mismo, intentaré dar cuenta en este último grupo de las diferencias y similitudes entre los trabajadores de la salud que son médicos y aquellos que no lo son. Finalmente intentaré explicar estos cambios a partir de las características que asumió la implementación del PMC en estos centros de salud.

### **El saber de los que no fueron parte del PMC**

El primer grupo de interrogantes que guiaron esta investigación fue ¿cómo se representan los trabajadores del primer nivel el proceso salud – enfermedad – atención?, ¿qué prácticas desarrollan en la esfera de la consulta?, ¿cuáles son las características principales de este saber en lo que respecta a la promoción y la prevención de la salud?

Partiendo de estas preguntas en los capítulos V y VI arribamos a las siguientes conclusiones:

El personal de salud que no participó del posgrado reconoce algunos rasgos propios de las condiciones de vida de la población que se atiende en ambos CAPS. Este conocimiento se funda, en gran medida, en la permanencia en estos centros de salud que en casi todos los casos supera los 10 años. Sin embargo, no necesariamente este conocimiento está basado en una

---

<sup>85</sup> Ver tercer grupo de objetivos específicos en página 18

reflexión sobre cómo influyen estas condiciones de vida en los padecimientos de quienes concurren a los CAPS, ni tampoco cómo esta demanda afecta el funcionamiento de los centros de salud y sus propias prácticas. Es decir que son capaces de describir cómo es el barrio y cómo viven quienes lo habitan, pero no todos pueden incorporar la dimensión social propia del PSEA. En particular, en el caso de Alpargatas, todo el personal de salud da cuenta de los procesos de estigmatización que padecen los vecinos del barrio, y también reconocen que esto afecta el funcionamiento del CAPS en tanto que encuentran dificultades a la hora de conseguir médicos que quieran incorporarse al trabajo en ese centro. Cabe señalar, tal como fue dicho en el capítulo VI, que estos trabajadores a la hora de señalar alguna distancia con esos “otros” que son sus pacientes también se incluyen entre quienes formulan descripciones estigmatizantes, en este caso relacionadas con la violencia. También merece destacarse que en este CAPS a la hora de intervenir sobre problemáticas sociales, se delegó en los psicólogos las posibilidades de hacerlo.

En lo que refiere a las prácticas en el ámbito de la consulta, en ambos centros de salud, los médicos destinan aproximadamente un tercio de su tiempo a la atención de la demanda, en tanto que esta proporción se invierte en los servicios de obstetricia, en los que se destina la mayor parte de su tiempo al seguimiento de los embarazos. Sin embargo, esta organización del tiempo en la esfera de la clínica no implica que se destine la totalidad del tiempo a la atención de patologías, ya que en gran medida, y sobre todo en Alpargatas, la demanda de atención incluye la realización de controles de salud. Esto se explica, en parte, por la exigencia de controles que supone el acceso a la Asignación Universal por Hijo, pero también se debe a los saberes en torno de la prevención que desarrollan los mismos conjuntos sociales, como se expresa, por ejemplo, en la demanda de controles ginecológicos.

En ambos centros de salud, los administrativos y los enfermeros son los que orientan la demanda de atención, es decir que los administrativos evalúan la urgencia y en relación a ello asignan los turnos, y por su parte, los enfermeros, en ocasiones realizan diagnósticos presuntivos que transmiten a los médicos antes de la consulta. Los administrativos merecen una mención, en tanto que al asignar los turnos son quienes mayor incidencia tienen en las condiciones de accesibilidad a la consulta. El hecho de que sean referentes de las comunidades acentúa el rol de bisagra entre las demandas de los vecinos y el equipo de salud. Por otra parte, al estar encargados de proveer los medicamentos y del control de los recursos que se reciben, también se constituyen en articuladores de los vínculos entre los equipos y la gestión local de la salud.



La relación con los pacientes en la esfera de la consulta difiere notablemente entre estos CAPS. En Santa Rita se le da importancia a la palabra como herramienta de educación para la salud. En el caso del personal que no participó del posgrado, la palabra va en una sola dirección, del profesional al paciente. Si bien hay un énfasis en “hablar en sus propios términos” no pareciera dejarse lugar a una escucha que dé cuenta de los saberes de estos conjuntos. En el caso de Alpargatas, el vínculo con los pacientes se encuentra atravesado por los procesos de estigmatización que mencionáramos. Estos procesos han dado como resultado la construcción de una identidad compartida entre el equipo de salud y los vecinos, basada en relaciones de reciprocidad y lealtad mutuas. Sin embargo, esta reciprocidad no resulta simétrica, sino que supone una cuota de tolerancia por parte del personal con respecto a las particulares estrategias de reproducción, que adopta una parte de la población, cercanas al delito. La contracara de estos procesos de estigmatización y marginalización, se expresa en la preocupación de estos trabajadores de la salud por garantizar la accesibilidad, que se refuerza sobre todo en las enfermeras.

Respecto de las representaciones en torno de la promoción de la salud, en ambos CAPS se asocia este concepto con las actividades “extramuros” o con la comunidad. Si bien ambos equipos dan cuenta de diversas experiencias de trabajo con la comunidad, estas prácticas se han visto discontinuadas. Por otra parte, las experiencias a las que aluden son diferentes si se analizan sus objetivos y las modalidades de intervención. En el caso de Santa Rita, en el grupo que no participó del PMC, la modalidad predominante son las “charlas” en instituciones del barrio. Se trata de “charlas” de carácter preventivo en las que la palabra también circula en una sola dirección. Se organizan a pedido de alguna de estas instituciones y con temas que ellas mismas proponen, y están orientadas a promover hábitos “saludables” en la población. En el caso de Alpargatas, el énfasis ha estado puesto históricamente en las actividades de “captación” y “rescate”, es decir en prácticas tendientes a mejorar la accesibilidad a la atención y al sostenimiento de los tratamientos y los controles de salud. En ambos casos, algunos trabajadores que no fueron parte del posgrado reivindican las actividades de educación para la salud que se dan en la esfera de la consulta como es el caso de la obstétrica y las enfermeras, aunque no puedan concebirlas como actividades de promoción.

Considerando que las prácticas de prevención se despliegan en el marco de los programas sanitarios específicos, podemos decir que en el caso de Santa Rita, estos programas organizan la esfera de la consulta en cada especialidad. En este sentido resulta relevante la experiencia con el PROMIN dado que fue moldeando las prácticas de las especialidades

involucradas (enfermería, pediatría y obstetricia). También cabe señalar que en este CAPS, el personal desconoce la totalidad de programas sanitarios que se llevan adelante sino que solamente conocen los que desarrollan cada uno de ellos. Esto, en alguna medida, expresa que el trabajo bajo esta modalidad reproduce la fragmentación que opera en el saber biomédico limitando la adopción de estrategias integrales. En cambio, en el caso de Alpargatas, los programas sanitarios no parecen incidir en la prácticas que se desarrollan en la esfera de la consulta, más bien son concebidos como requerimientos administrativos para el acceso a los recursos. Esto también refuerza los niveles de autonomía relativa respecto de la gestión local de la salud que demuestra este equipo, lo que a su vez repercute en mayores niveles de marginación por parte de las autoridades del sistema.

### **El saber de los alumnos del Programa Médicos Comunitarios.**

Tal como fuera señalado en el capítulo I de esta tesis, el segundo grupo de interrogantes refería a los procesos de cambio en el saber de los trabajadores de la salud a partir de la implementación del programa de capacitación. Las preguntas eran ¿los programas de capacitación de este tipo generan procesos de cambio en las prácticas y representaciones de los trabajadores de la salud involucrados? ¿en qué cambian estas representaciones respecto del proceso salud – enfermedad – atención? ¿qué cambios se producen en las prácticas que se despliegan en la esfera de la consulta? ¿Cuáles son los cambios que se producen referidos a las prácticas de promoción y prevención? ¿Estos procesos suponen un fortalecimiento de las tareas de promoción y prevención?

Para responder estos interrogantes comparamos el saber del personal de salud que había participado del PMC con el de aquellos que no lo habían hecho; así, a partir del análisis de la información consignada en los capítulos V y VI arribamos a las siguientes conclusiones.

Es posible decir que aquellos que han sido parte del PMC incorporan la dimensión social del PSEA en sus representaciones y prácticas cotidianas ya que no solamente conocen las condiciones de vida de la población que se asiste en los CAPS sino que además lo relacionan con los padecimientos que atienden más frecuentemente, es decir que incorporan la dimensión social en sus saberes. Así, por ejemplo en ambos CAPS, los pediatras relacionan la alimentación y otros aspectos que hacen a los modos de vida de sus pacientes con los problemas respiratorios y las dermatitis que son los motivos de consulta más frecuentes. Por su parte, también los psicólogos

analizan cómo influyen estas condiciones de vida en la organización de la vida familiar y en los problemas que padecen los adolescentes en particular.

En cuanto al trabajo que despliegan en el ámbito de la consulta, es posible establecer diferencias entre los alumnos del PMC de Santa Rita y los de Alpargatas. En el caso de Santa Rita, además de realizar exámenes físicos exhaustivos, los médicos le otorgan importancia al conocimiento que tienen de las historias familiares para hacer diagnósticos presuntivos, esto incluso se reitera en el caso de la psicóloga del mismo CAPS. En cambio en Alpargatas, la participación de estos actores en el PMC no parece haber incidido en las estrategias que despliegan en sus consultorios. El trato con los pacientes en Santa Rita se sostiene en una pretendida “horizontalidad”, en tanto que estos TS intentan “hablar con sus mismas palabras” y ponen el acento en la palabra y en la escucha para la realización de diagnósticos presuntivos. En cambio, en Alpargatas, la relación con los pacientes asume otras características. La pediatra, da cuenta de la construcción de relaciones de reciprocidad y lealtad mutuas, aunque las asimetrías se sostienen a partir de cierta tolerancia hacia las estrategias de reproducción asociadas a actividades delictivas. Por su parte, la psicóloga en cambio, intenta reforzar las asimetrías en esta relación a fin de asegurar la eficacia de sus intervenciones.

Respecto de las prácticas de promoción de la salud, notamos una diferencia en el CAPS de Santa Rita ya que los alumnos del PMC realizan actividades orientadas hacia la promoción de la salud más allá de los límites del consultorio. En estas actividades se relacionan con instituciones barriales y realizan talleres aplicando herramientas metodológicas aprendidas en el marco del posgrado. En Alpargatas, en cambio, la diferencia se establece a partir de la experiencia con el grupo de diabéticos en la que participó la psicóloga, dado que en este proyecto apuntaba a la promoción de hábitos saludables en un conjunto social determinado. En cambio, la pediatra, señala la inclusión de un espacio para la promoción en el ámbito de la consulta como resultado del posgrado.

La última de las dimensiones elegidas para relevar los cambios ocurridos a partir del PMC fueron las prácticas preventivas que se desarrollan en el marco de programas sanitarios específicos. Sobre este punto no es posible reconocer variaciones, más que la mención de la psicóloga de Alpargatas respecto a la importancia del programa de Salud Mental para la realización de actividades interdisciplinarias.

A modo de síntesis podemos decir que los cambios ocurridos a partir de la implementación del PMC se han dado de forma diferencial en estos CAPS. Mientras que en Santa Rita, es posible identificar variaciones en casi todas las dimensiones elegidas, tanto en el caso de los médicos como en los no médicos; en Alpargatas estas variaciones resultan aleatorias y solamente es posible inferir un cambio a partir de la incorporación de la dimensión social en sus saberes disciplinarios, tanto en el caso de la pediatra como de la psicóloga; y en la voluntad puesta en juego por parte de esta última, para la realización de actividades comunitarias de promoción de la salud.

### **Para qué sirvió el PMC.**

El tercer grupo de interrogantes que guió esta investigación se refería a si los programas de capacitación para el fortalecimiento de la atención primaria de la salud resultaban idóneos para el abordaje de los problemas de salud de poblaciones marcadas por la desigualdad social y un alto grado de vulnerabilidad. ¿Las herramientas teóricas y prácticas que brindan son adecuadas para identificar, prevenir, diagnosticar y resolver los problemas de salud de la población a cargo? ¿Cuáles son los principales problemas de salud que estos sujetos identifican y cuáles abordan efectivamente en sus prácticas cotidianas? ¿Qué herramientas teóricas y prácticas utilizan para identificar, diagnosticar, prevenir y resolver los problemas de salud de la población?

De la información relevada en los capítulos IV, V y VI es posible concluir lo siguiente:

Las herramientas teóricas ofrecidas en el posgrado dieron cuenta, de los distintos enfoques que asumió históricamente la APS y del debate en torno de sus alcances. Cabe señalar el énfasis puesto en los ejes equidad/inequidad, igualdad/ desigualdad en el acceso a la salud en particular en el primer módulo. También se abordaron desde diferentes perspectivas los problemas de la planificación en salud, la participación comunitaria, el aporte de la epidemiología y la investigación en salud, y los principales problemas de salud de la población. También es posible advertir que fueron adecuados los contenidos respecto de la importancia del trabajo interdisciplinario para un abordaje integral de los principales problemas de salud. Por ello no llama la atención que quienes fueron alumnos del posgrado hayan modificado en gran medida sus concepciones respecto del PSEA. Que rescaten la noción de equidad a la hora de trabajar en el primer nivel de atención y que intenten un abordaje interdisciplinario de los padecimientos que demandan su atención.

Las herramientas prácticas ofrecidas desde el posgrado, particularmente las trabajadas por los docentes hicieron énfasis en el ASIS (Análisis de la Situación de Salud) y en los ejercicios de planificación participativa. Estas herramientas prácticas si bien fueron utilizadas en forma variable para la aprobación del curso, no fueron incorporadas en su trabajo cotidiano desde los CAPS, sino que utilizan algunas de las herramientas metodológicas ofrecidas, como por ejemplo la realización de cuestionarios, de forma aislada y puntual.

En ninguno de los dos centros se estableció un espacio de planificación participativa para la identificación/priorización de problemas en forma conjunta entre el equipo y la comunidad. Es más, no existe ningún espacio colectivo de consulta a los principales referentes de estas comunidades, sino más bien se establecen relaciones diádicas entre algunos miembros del equipo y algunas organizaciones barriales. Considero que esto se debe en gran medida a que no todos los integrantes de los equipos participaron del espacio de formación del posgrado, y también al rol que desempeñan las administrativas en el vínculo con la comunidad. Este actor termina resultando clave en tanto que no se lo incorpora como parte de los equipos de salud, pero son quienes efectivamente mediatizan el vínculo de los equipos con la comunidad.

En cuanto a los problemas de salud, podemos decir que si bien estos trabajadores cuentan con las herramientas teóricas para identificar problemas propios de la dimensión social del PSEA, no cuentan con herramientas eficaces para intervenir sobre ellos para tratarlos y/o resolverlos. En gran medida esto ocurre porque son problemas que trascienden sus posibilidades de intervención desde el ámbito de la salud, y por otra parte porque no cuentan con herramientas teóricas ni, menos aún, técnicas para hacerlo, como ocurre por ejemplo con los problemas de abandono familiar que señalan varios actores en los dos CAPS. Es decir que si bien, la dimensión social es considerada a la hora de identificar los principales problemas, no es abordada a la hora de intervenir sobre ellos, más allá de los intentos que realizan los trabajadores sociales y psicólogos, desde una perspectiva individual del padecimiento

Aún así es preciso establecer distinciones entre estos CAPS. En el caso de Santa Rita, para la aprobación del curso los alumnos de la segunda cohorte del PMC, sí aplicaron las herramientas técnicas de identificación, priorización e intervención participativas ofrecidas desde el posgrado. En cambio, los alumnos de la primera cohorte de este CAPS, así como los de Alpagatas, utilizaron parcialmente estas herramientas a la hora de identificar los principales

problemas. Llamativamente estos actores, seleccionaron problemas sobre los cuales intervenir que coincidían con su formación de base disciplinaria, la primera cohorte de Santa Rita eligió un problema relacionado con la nutrición infantil, en virtud de la participación de la pediatra en el grupo; y el equipo de Alpargatas seleccionó el problema del maltrato en virtud de la participación de los psicólogos en el mismo.

Ahora bien, si analizamos el desarrollo del PMC en relación a sus propios objetivos es posible dar cuenta de la eficacia relativa de este tipo de políticas orientadas al fortalecimiento de la APS. Decíamos en el capítulo I que los objetivos que se planteó el Programa Médicos Comunitarios fueron los siguientes:

- Fortalecer la formación de los integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención, en AP, salud social y comunitaria.
- Ampliar la cobertura y calidad de la atención en el primer nivel en los sistemas de salud provinciales.
- Identificar y realizar el seguimiento de familias vulnerables y de situaciones de riesgo socio – sanitario.
- Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad.

Respecto del primer objetivo y a la luz de los resultados de esta investigación es posible decir que se ha fortalecido la formación del personal de salud debido a que quienes cursaron el posgrado han incorporado conocimientos referidos a la dimensión social del proceso salud – enfermedad – atención. Sin embargo esto no ha contribuido necesariamente a mejorar la cobertura ya que la implementación de este programa en Florencio Varela no se tradujo en la ampliación de horas de atención. Si bien, en el caso de Alpargatas se utilizó para crear un servicio de salud mental, en Santa Rita, al igual que en otros CAPS en los que funcionó, se utilizó para mejorar la remuneración de los TS que ya prestaban servicios en los centros de salud.

En cambio sí es posible pensar que se mejoró la calidad de la atención ya que la incorporación de saberes que den cuenta de la dimensión social del PSEA ha redundado en las prácticas en el ámbito de la consulta, en tanto que ha potenciado la posibilidad de realizar mejores diagnósticos presuntivos, particularmente en el caso de los médicos que formaron parte del PMC.

El desarrollo del posgrado no ofreció herramientas teóricas ni prácticas adecuadas para la identificación de familias vulnerables ni para la identificación de situaciones de riesgo socio – sanitario. Tal como fue visto en el capítulo IV estas cuestiones no formaron parte de los contenidos teóricos del curso, si bien se ofrecieron herramientas conceptuales de tipo epidemiológico no se trabajó en ese módulo ningún instrumento práctico orientado en ese sentido. Solamente el último módulo se refirió a los problemas prevalentes en salud, pero en ellos no se hacía mención a familias vulnerables ni se explicitaba qué se entendía por riesgo socio – sanitario.

Por último, el objetivo referido al fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención con la participación de la comunidad, es el que nos merece particular atención en virtud de las dimensiones elegidas por este trabajo de investigación. Las tareas de promoción de la salud con la participación de la comunidad se venían realizando más allá de los actores que participaron de este posgrado. Sin embargo en los dos CAPS analizados se trató de experiencias sin continuidad, lo que se debió fundamentalmente a la alta rotación del personal de salud. Si bien el programa ofreció herramientas para fortalecer este tipo de prácticas, no fueron apropiadas por el conjunto de los equipos locales, ni tampoco por quienes formaron parte del PMC, sino que se utilizan individualmente y de manera esporádica. Considero que es posible suponer que para sostener este tipo de prácticas se necesita contar también con actores sociales de la comunidad interesados y organizados en torno de las demandas de salud, y que no alcanza para sostener la participación en salud con la buena voluntad del personal de los CAPS.

### **Revisión de las hipótesis**

Al plantearnos esta investigación, formulamos hipótesis que intentaban dar respuesta a algunos de los interrogantes que nos fueron guiando. Así, la primera hipótesis fue:

“Los programas de capacitación en servicio orientados al fortalecimiento de la APS produjeron transformaciones en las representaciones sobre el proceso salud – enfermedad – atención. Estos procesos de cambio en el nivel de las representaciones se corresponderían en el nivel de las prácticas con cambios en la esfera de la consulta modificando algunas formas de atención, pero no han logrado incorporar actividades de promoción y prevención por fuera del consultorio”<sup>86</sup>.

---

<sup>86</sup> Ver pag. 16 del cap. I

A la hora de analizar el desarrollo del PMC como iniciativa que impulsa una transformación en los saberes y en las formas de atención, notamos que los cambios se expresan fundamentalmente en el ámbito del consultorio y en la comprensión que han adquirido los que participaron de esta experiencia de los determinantes del proceso salud – enfermedad – atención. La implementación del PMC provocó modificaciones en las prácticas, pero no necesariamente en el sentido previsto desde el diseño del programa. Vemos cómo en Santa Rita son precisamente quienes participaron del posgrado los que más valoran los conocimientos teóricos respecto de la dimensión social del PSEA y han logrado incorporarlos a sus prácticas en la esfera de la consulta. Cabe señalar nuevamente el valor que se le otorga a la palabra en este ámbito y que se expresa en la importancia que adquiere en la consulta el conocimiento de las trayectorias personales y familiares de los pacientes, y en el trabajo de anamnesis que despliegan para realizar un diagnóstico. Destaco estos aspectos porque la expansión de la biomedicina, muestra una tendencia a reducir cada vez más el tiempo otorgado a la palabra del paciente y a la exclusión de los aspectos socio culturales, con una consecuente pérdida de habilidades clínicas para la formulación de diagnósticos presuntivos (Menéndez; 2009).

En lo que atañe a las características que asume este saber respecto de la promoción de la salud, podemos decir que se da un desplazamiento del concepto de promoción hacia prácticas participativas comunitarias, producto en gran medida del imperativo en este sentido de políticas basadas tanto en la perspectiva integral de la APS como en la perspectiva selectiva. Aún así, es posible identificar prácticas de promoción que se dan también en el ámbito de la consulta, pero en contadas ocasiones se representan como un ejercicio de promoción. Decimos esto porque los actores refieren no estar realizando actividades de promoción y comentan experiencias anteriores de actividades con la comunidad, y solamente cuando describen las acciones que despliegan en el ámbito de la consulta dan cuenta de intervenciones tendientes a promover hábitos saludables.

La segunda hipótesis de trabajo que formulamos inicialmente era que:

“...estas políticas de capacitación no estarían encontrando un nivel de eficacia en la práctica para abordar los problemas de salud en poblaciones marcadas por la desigualdad y un alto grado de vulnerabilidad, porque lo que domina en las instituciones médicas es el saber médico. Este saber subalterniza otras formas de pensar y hacer atención primaria de la salud y estas relaciones de hegemonía se expresan no solamente en el quehacer médico sino en el trabajo cotidiano del conjunto de los trabajadores de la salud”



La hegemonía del saber médico por sobre el saber de otros TS se expresa más allá de la estructura de estos centros de salud. Si bien en ambos CAPS las horas asignadas al personal no médico superan holgadamente las horas de atención médica, en las prácticas observamos una tendencia por parte de estos TS a asimilar las suyas a las prácticas médicas. El biologicismo, propio de saber médico hegemónico, conlleva una exclusión en la atención de los padecimientos del orden de lo psicosocial, así entonces en Alpargatas, la atención de este tipo de padecimientos se delega, por defecto, en los psicólogos. Sin embargo, estos profesionales desarrollan sus prácticas a partir de la atención individual de estos padecimientos, basándose en los métodos de la clínica psicoanalítica, y esto también da cuenta de la hegemonía del saber biomédico por sobre otro tipo de saberes. Del mismo modo, el hecho de que, en ambos centros de salud, los trabajadores sociales denominen “consultorio” a las prácticas que desarrollan y trabajen fundamentalmente con “casos sociales” individuales es una clara expresión de un énfasis puesto en los individuos; y esta es una de las características del MMH. Otra clara expresión de esta hegemonía médica se manifiesta en el trabajo de las obstétricas: si bien sus prácticas parecieran asegurar una cuota de eficacia mayor que la de los médicos, solamente los ginecólogos están habilitados para indicar la realización de análisis clínicos a las embarazadas y luego interpretarlos y prescribir medicamentos.

Si consideramos que otra de las características del saber biomédico es el acento puesto en lo curativo, la resistencia de la pediatra de Alpargatas a participar de actividades y “charlas” con la comunidad también es expresión de la deslegitimación de otro tipo de saberes y prácticas. En cuanto al énfasis puesto en la palabra, fundamentalmente en Santa Rita, este rasgo no necesariamente un cambio en la asimetría propia de la relación médico-paciente, ya que en general la palabra circula en forma unidireccional, es decir del TS a los pacientes, reforzando así la concepción del paciente como portador de un saber equivocado.

También cabe señalar que, ya desde su diseño y denominación el Programa Médicos Comunitarios daba cuenta de la centralidad otorgada a los médicos en el desarrollo de la APS. Aunque se mencionara entre sus objetivos mejorar la formación de los equipos de salud, la distribución de las becas de tipo A entre quienes fueron sus alumnos fue desigual, ya que se priorizó desde un principio el fortalecimiento de la atención médica, en desmedro de otras formas de atención.

Entonces, si decimos que aún persiste la hegemonía del saber biomédico por sobre otras formas de pensar y hacer atención primaria de la salud, es porque la demanda de salud de los conjuntos sociales también se construye en torno de esta hegemonía. Es decir que la expansión de la biomedicina reconfigura permanentemente la demanda de atención de la salud, y son los pacientes quienes demandan este tipo de atención. La multiplicidad y la persistencia de prácticas preventivas que se da en el sector público de la salud, ha ido modelando la demanda de controles de salud, tal como se expresa en los servicios de pediatría, obstetricia y ginecología, de ambos centros de salud.

Podemos decir en definitiva, que este programa de capacitación no logró revertir la hegemonía del saber médico, en tanto que las diferencias entre aquellos que cursaron el posgrado y quienes no lo hicieron, no dan cuenta de un cambio en este sentido. Si bien notamos algunas diferencias en la relación médico – paciente, en las prácticas que desarrollan en el consultorio, o bien en el desarrollo de actividades de promoción con participación comunitaria, ninguna de estas prácticas ha logrado revertir la dominación que ejerce el saber médico en instituciones de este tipo.

La tercera y última hipótesis fue:

“...los instrumentos teóricos y prácticos ofrecidos resultarían insuficientes para prevenir y resolver los problemas de salud de la población. Este proceso estaría generando una pérdida de identidad profesional en tanto se sostiene la exigencia de intervención, pero se amplía el campo de intervención a lo social y comunitario sin ofrecer los instrumentos para la intervención en ese campo. Entonces los problemas de salud que estarían identificando estos TS son aquellos que les permitirían poner en juego sus posibilidades de intervención desde su propia identidad profesional”

En cuanto a los instrumentos teóricos y prácticos ofrecidos por el PMC, podemos decir que sí ha ofrecido herramientas metodológicas para la intervención en ámbitos comunitarios. Sin embargo cabe señalar que no parece haber brindado herramientas ni conceptuales ni prácticas para intervenir y resolver los problemas sociales que estos TS identifican en su trabajo cotidiano. Además es preciso señalar que estas prácticas participativas resultan ser discontinuas, asistemáticas, y de difícil incorporación en las rutinas laborales.

Si bien no hemos encontrado información que dé cuenta de una pérdida de identidad profesional en virtud de las expectativas del rol, sí resulta evidente el sesgo que se le da en la

selección de los problemas a intervenir, en la segunda evaluación del posgrado, a aquellos problemas que coinciden con un saber propio de la formación de base de estos profesionales.

### **Los aportes con relación a la bibliografía relevada.**

Considero que este trabajo constituye un aporte en varios aspectos en relación al campo de estudios elegido. En primer lugar, porque como ya fue dicho, no existen en nuestro país estudios antropológicos orientados a analizar el saber de los TS en atención primaria de la salud, y por lo tanto esta temática resulta ser un área de vacancia en el conocimiento socioantropológico. También puede resultar un aporte para el campo del salubrismo, en tanto que desde el mismo se afirma que la formación de los trabajadores de la salud excluye y/o subordina la formación en APS, pero no existen estudios que den cuenta del saber diferencial de los TS que se desempeñan en el primer nivel de atención. Esta vacancia, si bien ha resultado un desafío para el desarrollo de este trabajo dado que no he podido establecer un diálogo con otras investigaciones, también ha estimulado la posibilidad de reflexionar sobre una realidad que incluso en el ámbito de la investigación aparece como subordinada.

Las investigaciones reseñadas desde el campo del salubrismo referidas a la evaluación de programas orientados por la propuesta de Alma Ata, ofrecen una serie de dimensiones que han podido ser trabajadas en esta investigación desde un enfoque etnográfico. En lo que refiere al funcionamiento de los centros de atención primaria de la salud, hemos encontrado llamativas coincidencias con varios de los aspectos señalados en los estudios sobre el Programa Salud y Familias en Brasil. Estas similitudes, más allá del diseño del programa, tienen que ver con las dificultades para atraer médicos y los problemas que se generan a partir de las precarias condiciones de contratación. También existen coincidencias en que en estos equipos se perciben mejoras, lo que algunos denominan una “humanización del vínculo”. También se perciben situaciones semejantes en las dificultades que se registran para el acceso a la consulta y los conflictos que esto genera con los pacientes y al interior de los equipos, sumado a que la atención de la demanda va en desmedro de la realización de actividades grupales y/o comunitarias. Un último aspecto en el que podemos señalar coincidencias es en los obstáculos para la articulación con otros niveles de atención.

Sin embargo en los casos analizados estos parecidos deben ser necesariamente matizados en tanto que, aunque la implementación del PMC se ha visto obstaculizada por la precariedad de

las modalidades de contratación, resulta llamativa la permanencia de los trabajadores en estos centros de salud. También, cabe señalar que se observa una profundización en el vínculo con los pacientes que conlleva niveles importantes de autonomía por parte de los equipos respecto de las políticas que se intentan imponer. Y por último, las dificultades para la integración con los otros niveles de atención, ponen en juego las capacidades de estos profesionales para la realización de diagnósticos presuntivos, en las que interviene la incorporación de la dimensión social del proceso salud – enfermedad – atención. Además, cabe mencionar que coincidimos con aquellos estudios que sostienen que la esfera de la consulta ha sido subestimada por las propuestas de los organismos internacionales en lo que refiere al desarrollo del saber en atención primaria.

En lo que respecta al debate entre los enfoques más individualistas que entienden la promoción de la salud a partir del trabajo sobre los procesos de subjetivación, y los enfoques colectivistas que la asocian al trabajo sobre los determinantes de la salud a partir de la realización de actividades orientadas hacia la participación comunitaria, considero que este trabajo aporta una visión que no dicotomiza entre estas opciones. Los casos analizados dan cuenta de una variedad de prácticas que se relacionan fundamentalmente con la experiencia, y en menor medida con las orientaciones de los niveles de gestión política. Así coexisten prácticas de participación comunitaria, tareas de articulación con organizaciones sociales, actividades de educación para la salud que se dan en el ámbito de la consulta y actividades de seguimiento de pacientes bajo tratamiento. Toda esta gama de acciones son concebidas por los actores como prácticas de promoción, sin que en esta concepción intervengan juicios teóricos o ideológicos al respecto. Más bien lo que se juega permanentemente es la eficacia o no de las prácticas en este campo.

### **Otros aportes.**

Considero que más allá de su diseño, este trabajo contribuye a echar luz sobre cuestiones no anticipadas, y a la formulación de nuevos interrogantes.

Una de las cuestiones que pudimos identificar, en el CAPS de Santa Rita, es la coexistencia en un mismo equipo de salud de la perspectiva selectiva propia del PROMIN en los servicios de pediatría y obstetricia, la perspectiva integral en los de psicología y clínica médica, y la perspectiva médico preventiva en ginecología y enfermería. Vemos entonces cómo en las rutinas cotidianas de un centro de salud las distintas concepciones de la APS se expresan en el trabajo cotidiano del

equipo, en las prácticas que se despliegan en el consultorio y en los modos de vincularse con la población, más allá de la perspectiva político ideológica que dio origen a estos significados.

Además, la multiplicidad de programas que se desarrollan en los centros de salud, con financiamiento de distintos niveles del estado, y con diseños anclados en concepciones diferentes de la APS, no hace más que reproducir en forma ampliada la fragmentación propia del saber biomédico, dificultando en la práctica la adopción de una perspectiva integral del PSEA. Esta fragmentación se relativiza en función de la relevancia que adquiere o no la burocratización de las prácticas propias del sector público, y del grado de autonomía que tienen los equipos de salud en relación a los niveles centrales de la gestión.

El trabajo etnográfico en el centro de salud de Alpagatas develó otra de las cuestiones que merecen destacarse. Si bien la burocratización de las prácticas es uno de los rasgos que asume el modelo médico hegemónico en el subsector público de la salud, en este CAPS las orientaciones y prescripciones de los programas de salud no son tenidas en cuenta en los quehaceres cotidianos, más bien por el contrario, estos programas son vistos como herramientas administrativas para conseguir recursos más allá de las prácticas que suponen en su diseño. Esta autonomía relativa se refuerza a partir de los lazos de solidaridad que se construyen entre el equipo de salud y la comunidad. La autonomía de este CAPS respecto de la gestión local de salud parece estar en relación directa con los vínculos que se establecen con la comunidad. Estos lazos se refuerzan a partir de la construcción de una identidad común que tiene que ver con el proceso de estigmatización que afectan tanto a los TS como a los vecinos, aunque de modo diferente. Tal como ya fue dicho, es posible pensar que la resistencia a estos procesos de estigmatización, en el caso de los TS, es lo que garantizaría la eficacia de su trabajo en atención primaria.

Por tanto podríamos pensar que la eficacia de las políticas de reforma del sector basadas en la propuesta de Alma Ata, y que toman como herramienta la capacitación de recursos humanos en esta temática, está atravesada por una parte por el modo de relacionamiento de los equipos con la comunidad que preexiste a la implementación de estas iniciativas. Es decir que existen procesos históricos que además de construir determinado tipo de relación condicionan las prácticas en el primer nivel de atención. En tanto las herramientas teóricas y técnicas que ofrecen no apunten a revisar estas tramas de relación difícilmente se puedan profundizar los procesos de cambio. Sin embargo, es preciso señalar que en alguna medida sí han resultados eficaces en términos ideológicos para la construcción de un discurso que impugna en ocasiones el saber biomédico e

intenta contrarrestar la hegemonía de otros niveles de atención por sobre el trabajo que se desarrolla en el primer nivel.

Otra de las cuestiones que cabe mencionar refiere a la organización del trabajo de los médicos. El escaso tiempo que éstos tienen asignado a la tarea asistencial en los CAPS, y la baja proporción de horas médicas en relación a las horas que cumple el resto de los trabajadores, motiva al análisis. Cabe interrogarse entonces sobre la calidad de la atención de la salud en el primer nivel, ya que al parecer se verificaría la afirmación de Mario Testa (1985) respecto de que la atención primaria que se brinda a los sectores populares es atención de baja calidad. También es posible preguntarse cómo el saber biomédico hegemoniza otros saberes disciplinarios en este primer nivel, y de qué manera operan en esta dominación las características de la demanda de salud de quienes acuden a los CAPS.

A modo de síntesis, en lo que refiere a las principales características del saber en atención primaria, en lo atinente al proceso salud – enfermedad – atención, se trata de un saber fuertemente atravesado por la experiencia práctica de relación con la comunidad. Desde esta perspectiva considero que las particularidades locales tienen una marcada incidencia en la construcción de un saber que es además eminentemente práctico.

La recuperación del enfoque antropológico supuso un énfasis puesto en lo local, más allá de lo previsto en el diseño metodológico. Es decir que si bien intenté contextualizar social, política y económicamente el caso dando cuenta de los procesos macrosociales que atraviesan y determinan la eficacia de las políticas, lo local aparece en los resultados explicando de algún modo la existencia de saberes diferenciales. Lo local es entendido aquí a partir de múltiples dimensiones que se expresan en un territorio determinado sintetizando procesos históricos, socioculturales, políticos y económicos. Sin embargo esta recuperación de lo local bajo ningún punto de vista estuvo centrada exclusivamente en los aspectos simbólicos, sino que las categorías de prácticas y representaciones son las que permitieron trascender una concepción de lo local anclada exclusivamente en el punto de vista de los actores.

Así, en función de los casos analizados, cabría preguntarse respecto de ¿cuál es la importancia de lo local en la constitución del saber en APS? ¿Los procesos salud- enfermedad – atención se constituyen barrialmente y son propios de cada territorio?, ¿en qué forma estas particularidades mediatizan la eficacia de las políticas sanitarias?

Es en este punto en el que cabría una reflexión respecto de ¿cómo se configura la demanda de atención de salud hacia los CAPS en territorios signados por los procesos de desigualdad social? ¿Cómo incide en las formas que asume la demanda de atención la implementación de programas sociales acompañados de la exigencia de realización de controles de salud? ¿Cómo estos programas sociales medicalizan la vida cotidiana de los sujetos?, ¿cómo se medicaliza el acceso a recursos vitales para la reproducción de los sectores populares desde la intervención del estado? Pero estas preguntas ya serían problemas de otra investigación que analice el proceso salud-enfermedad-atención a partir de los saberes de los sectores populares.

Por último, podemos decir entonces, que si bien el desarrollo de la APS no pudo resolver la crisis del modelo biomédico, luego de más de 30 años ha ido construyendo un campo de saberes específico, que aunque no se ajustan exactamente a la propuesta de Alma Ata, tiene rasgos propios e intenta diferenciarse del saber biomédico para contrarrestar su hegemonía.

Un último aporte de este trabajo, lo constituye el intento de sintetizar la propia experiencia de trabajo en la gestión local de la salud con el trabajo etnográfico. Considero que ambas experiencias se nutren mutuamente en tanto que el trabajo en gestión me dio un conocimiento acabado de los procesos políticos y sociales del distrito y facilitó el acceso a la realización del trabajo de campo. Mientras que los resultados del trabajo etnográfico pueden contribuir a desnaturalizar los discursos normativos propios de la formulación de políticas, recuperando las tramas locales preexistentes, en este caso las de los barrios, como un aspecto central en la eficacia de las mismas en su implementación.

## BIBLIOGRAFIA

- ABONIZIO, M (2009): *Antropología y salud. Drogas: políticas, servicios y prácticas en salud*. Ed. Delrevés Soluciones Gráficas. Argentina
- ADASZKO, A. (2007): Gestión del secreto y estrategias de normalización de la enfermedad en la vida cotidiana de jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños. Ponencia presentada al VII RAM (Reunión de Antropología del Mercosur). Porto Alegre.
- AGUIRRE, P. (2005) *Estrategias de Consumo: Que Comen los Argentinos que Comen*. Miño y Dávila-CIEPP- Buenos Aires-Madrid.
- ALAMES (2009). Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión. Elaboración colectiva por el Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud.
- ALMEIDA – FILHO, N. (2009): A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). En rev. Saúde em Debate, v33, nº 83, Río de Janeiro
- ALTHUSSER, L. (2004) Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado. En Zizek, s. (comp.) *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires. FCE ed. p. 115-155.
- ARCE, J. “Atención primaria de la salud”. En: MORANO, J. “Pediatria”. Argentina. Ed. Atlante. 1989.
- ARRIETA, M. et. al. (2006): “Consulta médica pediátrica y alimentación en un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- ASE, I. y BURIJOVICH, J. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Revista Salud Colectiva* 5(1) 27-47. Lanús, Argentina.
- AZCONA, S. et. al. (2006): “Estrategias de Salud Bucal: El caso de los Tobas Qom del Barrio «Los Pumitas» de la ciudad de Rosario”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- BARBER, N. (2006): “VIH/Sida. ‘Conocimiento’ del diagnóstico y gestión del ‘secreto’ Sobre la significación del VIH en la vida de las personas afectadas”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- BARRETT, M. (2004) Ideología, política y hegemonía: de Gramsci a Laclau y Mouffe. En Zizek, s. (comp.) *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires. FCE ed. p. 263-294.



- BARROS DE CASTRO, A. L. y VIEIRA MACHADO, C; (2010) “La política de atención primaria de salud en Brasil: notas sobre la regulación y el financiamiento federal” en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):693-705.
- BELLO, L. y DE LELLIS, M.: “Modelo social de prácticas en Salud”. Proa XXI Editores. 2001
- BELMARTINO, S. (2005) Una década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Revista Salud Colectiva* 1 (2) 155-171. Lanús, Argentina.
- BELMARTINO, S. (2005) “Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría”. En Programa Buenos Aires en Historia Política del siglo XX.
- BELMARTINO, S. et. al. (1981): “El Programa de Estabilización Económica y las Políticas de Salud y Bienestar Social: 1976-1980” en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 18
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1982): “Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina”. Relato presentado en la 34ª Reunión Anual de la Sociedad Brasileña para el Progreso de las Ciencias (SBPC), Campinas (Brasil).
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1997): “Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina”. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 73.
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1980): “La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo” en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 14.
- BILDER, P. (2006): “Percepciones y prácticas en torno a formar parte de una pareja serodiscordante siendo seronegativo respecto al Vih/Sida” Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- BREILH, J (2009) “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud” exposición en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. México D.F.
- BLOCH, et. al; (1991) REFORMA INSTITUCIONAL EN PARALELO? El caso del Programa de Salud Ferroviaria. Mimeo
- CAMARGO JR., et. al; (2008): “Avaliação da atenção básica pela ótica político – institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade” en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68.
- CAMPOAMOR, R.: “Evaluación de los sistemas locales de salud” en CAPOTE MIR, R., en PAGANINI, J. “Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencia”. Publicación científica 519 OPS. 1990.
- CAMPOS, G.: “Análisis crítico de la contribución del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias” en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 74. 1990.

- CAPOTE MIR, R. “Los sistemas locales de salud”. Washington. OPS. Publicación científica N° 519. 1992.
- CARRACEDO, E. y VIGLIANCHINO, M. (2009): “Las transformaciones en las políticas públicas de salud y su incidencia en las prácticas médicas en situaciones de interculturalidad”. Ponencia presentada en las 10mas Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural. Rosario.
- CARRACEDO, E. et. al. (2007): “Significaciones sobre el Proceso de Salud/ Enfermedad/ Atención, y de las políticas en Salud Pública”. Ponencia presentada al VII RAM (Reunión de Antropología del Mercosur). Porto Alegre.
- CASTEL, Robert: “Empleo, desocupación, exclusiones”. Piette. Buenos Aires. 1998
- CASTIEL y ÁLVAREZ - DARDET; (2007): “La salud persecutoria” en Rev. Saúde Pública N° 41(3):461-6. Brasil.
- CENDALI, M. F. (2009): “Políticas de salud en tres peronismos”. Ponencia presentada en el XXVII Congreso ALAS. Buenos Aires. Argentina
- CERQUEIRA, M. T.; (1996): “Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos” en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 120 (4)
- CHIARA, m. et. al (2008): “Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires” en Chiara, M. et. al. *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. ed. Universidad Nacional de General Sarmiento, Pcia. de Buenos Aires. Argentina.
- CONILL, E. M.; (2008): “Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil” en Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27.
- COSTA, A. (2009): Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização. En rev. Saúde em Debate, v33, n° 83, Río de Janeiro
- CRAVINO, C., FOURNIER, M., NEUFELD, M. Y SOLDANO, D. (2002). Sociabilidad y micropolítica en un barrio bajo planes. En *Cuestión social y política social en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Ediciones Al Margen.
- CUESTA RAMUNNO, E (2010): “Etnografía del espacio de “pasaje y pesaje” hacia una vida “saludable”. Estudio de un dispositivo de tratamiento para sujetos que padecen obesidad”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- CURETTI, P. (2010): “Prevención del dengue en contextos de pobreza urbana del Distrito Sur de la ciudad de Rosario”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires

- CUTULI, S. (2006): "Procesos de fragilización y protección social en varones gays viviendo con VIH. Un estudio de caso en el Área Metropolitana de Buenos Aires". Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- DANANI, C. (2008). América Latina luego del mito del progreso neoliberal: las políticas sociales y el problema de la desigualdad. *Revista Ciências Sociais Unisinos* 4(1) 39-48. Brasil.
- DANANI, C.: "De la heterogeneidad de la pobreza a la heterogeneidad de los pobres. Comentarios sobre la investigación social y las políticas sociales". Instituto Gino Germani – UBA, 1996
- DANANI, Claudia: "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población - objeto" en Hintze, S. (organizadora): *Políticas sociales. Contribución al debate teórico metodológico*, Buenos Aires, Oficina de Publicaciones del CBC, UBA, 1996.
- DAVINI, M. C., et. al; (2002): "La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial" en *Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud No. 3. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). OPS/OMS. Ginebra.*
- DAVINI, M. C.; (2005): "Enfoques, problemas y perspectivas en la Educación Permanente de los Recursos Humanos de Salud" en <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/enfoques.pdf>
- DELLACASA, M. A. (2010): "Las representaciones médicas acerca de la sexualidad y la salud: la atención del HIV- Sida en pacientes HSH, travestis y trans". Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- DEL RÍO FORTUNA, C. (2007): Más cerca de la legalidad ¿más cerca del derecho? El acceso a la ligadura tubaria en la ciudad de Buenos Aires, Argentina: un enfoque diacrónico. Ponencia presentada al VII RAM (Reunión de Antropología del Mercosur). Porto Alegre
- DEL MÓNACO, R. (2010): "Aproximación al Dolor Crónico: un estudio sobre las posibles estrategias frente al padecimiento". Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- DE SOUZA CAMPOS, G. W. (1998): "Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias" en *Cuadernos Médico Sociales* 74: 79-90. Argentina
- DE SOUZA CAMPOS, G. W. (2008): "Debate sobre o artigo de Conill" en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27.
- DI LEO, P.F. (2009): "La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas" en *revista Salud Colectiva*.; 5 (3):377-389. Buenos Aires, Argentina.

- EAGLETON, T. (2004) La ideología y sus vicisitudes en el marxismo occidental. En Zizek, s. (comp.) *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires. FCE ed. p. 199-252.
- EPELE, M.; (2007): “La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud” en Cuadernos de Antropología Social N° 25, pp. 151–168. Buenos Aires, Argentina.
- EVIA, V. (2010): “Etnografía en Radio Vilardevoz: representaciones sociales sobre la locura y prácticas de resistencia”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- FAGUNDES DE SOUZA, et. al.; (2008): “Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde” en Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110.
- FERNANDES, et. al.; (2010): “Construção do conhecimento para prevenção do câncer de mama e cérvico uterino em mulheres indígenas Guarini” Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- FLEURY – TEXEIRA, P. (2009): Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. En rev. Saúde em Debate, v33, n° 83, Río de Janeiro
- FONSECA y ORTALE; (2010): “La atención a la salud sexual y reproductiva de jóvenes en servicios públicos de salud de la ciudad de La Plata”. Ponencia presentada en las 10mas Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural. Rosario.
- GAGLILOLO, G. (2006): “Porque somos, viste, la pata social. Un análisis del papel del Servicio Social en la atención de personas que viven con el VIH”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- GAINZA, J. Y LABORATTO, S. (2010): “Un derecho formal que no es un derecho real Políticas de acceso y representaciones sociales en cuanto a las ligaduras tubarias en la ciudad de Olavarría”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- GARCIA CANCLINI, N. (1984) *Ideología y Cultura. 3ra. Conferencia*. Buenos Aires. FFyL, UBA. p.41-66.
- GARRAFA, V. Y CORDON, J. (2009): Determinantes sociais da doença. En rev. Saúde em Debate, v33, n° 83, Río de Janeiro
- GEERTZ, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- GÉRVAS, J.; (2008): “Atención Primaria, de la teoría a la práctica” en Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27.

- GIANNI, M. C. (2006): “La experiencia del tratamiento en VIH/Sida desde el estudio de las narrativas de las personas viviendo con el virus”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- GLEDHILL, J. (2000): *El poder y sus disfraces*. Cap.VI: “Antropología política del colonialismo: un estudio de la dominación y la resistencia. Bellaterra, Barcelona.
- GOFFMAN, E. (1963). *La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GRASSI, E. (2007) La política social, las necesidades sociales y el principio de igualdad: reflexiones para un debate “post-neoliberal”. Participación en el panel: Política Social en América Latina en el siglo XXI: tendencias y perspectivas en el contexto ¿post-neoliberal? Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales. FLACSO-SENEPLADES. Quito, Ecuador.
- GRASSI, E. *Política y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires. Espacio Editorial. 328 p.
- GRASSI, E., HINTZE, S. y NEUFELD, M.R. (1996) Crisis del Estado de bienestar y construcción del sentido de las políticas sociales, en Cuadernos de Antropología Social N° 9. Buenos Aires.
- GRIMBERG, M: “De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología.” En: Antropología y práctica médica. La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Sec. de Cultura de la Nación, Buenos Aires, 1997.
- GRIMBERG, M: Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en Antropología y Salud. En: “Cultura, Salud y Enfermedad”. Instituto Nacional de Antropología, Buenos Aires, 1995.
- GRIMBERG, M.; (2009): “Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”. En Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):133-141.
- GRODOS, D. y col.: “Las intervenciones sanitarias selectivas”. Cuadernos Médico Sociales N° 46. 1988.
- GUILLONI, A. (2008): “La salud como derecho”. (mimeo)
- HADAD, J., LINGER, C., SANTANA, J., DOMINGUEZ, J.: “Desarrollo de la fuerza de trabajo para los sistemas locales de salud”. En: PAGANINI, J.,
- HAGGERTY, et. al.; (2009) “Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina”. En Rev. Panamericana de Salud Publica.; 26(5):377–84.

- HERKOVITS, D. (2006): “Las retóricas del cuerpo: salud y alimentación infantil en hogares pobres de la ciudad de Buenos Aires”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- HETCH, A. C. (2006): “Los cuidados de la infancia toba y el mundo natural: Continuidad y transformación en contextos rurales y urbanos”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- IACUB, R. (2008): “Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez”. En *Rev. Argentina de Sociología*, jun., Vol.6, no.10, p.170-183.
- KOWARICK, L. (1985). “A expansão metropolitana e suas condições em Sao Paulo.” Mimeo. Cedec.
- KROEGER, A. Y LUNA, R. (comp.): “Atención primaria de la salud, principios y métodos”. México. OPS. 1992.
- LEITE LOPES, J. (1979) Fábrica e vila operária: Considerações sobre uma forma de subordinação burguesa. En: J. Leite Lopes et. al. *Mudança social no Nordeste. A reprodução da subordinação*. Paz e Terra: Río de Janeiro.
- MAGALHÃES, et. al; (2006): “Un implementação hacer Programa de Saúde da Família no Cenário locais” en *Cadernos de Saúde Pública* v.22 n.12 Río de Janeiro.
- MAGALHÃES de MENDONÇA y d'ÁVILA VIANA; (2008): “Atenção Primária à Saúde no Brasil” Editorial en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S4-S5.
- MALLIMACI, F (1996) Demandas sociales emergentes: pobreza y búsqueda de sentido. Redes solidarias, grupos religiosos y organismos no gubernamentales. En Peñalva Susana y ROFMAN ALEJANDRO (comp): *Desempleo estructural, pobreza y precariedad*, Nueva Visión
- MARGULIES, S. (2008): “La definición médica del VIH-Sida. Naturalización y fragmentación en la narrativa de la enfermedad”. (Mimeo).
- MARGULIES, S. (2009): “Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad Vih-Sida. Ensayo de antropología de la medicina”. (Mimeo).
- Martínez, et. al. (2008): “¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez” en *Rev. Argentina de Sociología*, vol.6, no.10, p.69-90.
- MARTINEZ, G. (2006): “«Ilotaique nachaalataxac» o «Buscando la vida»: Escenarios, actores e itinerarios terapéuticos en el sistema etnomédico toba (Río Bermejito, Chaco)”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2010): “Dialógica, etnografía e educação em saúde”. En *Rev. de Saúde Pública*, vol.44, no.3, p.399-405.
- MARX, C. y ENGELS, F. (1971) *La ideología alemana*. Montevideo. Ediciones Pueblos Unidos.

- MEILLASSOUX, C. (1977): *Mujeres, graneros y capitales*. Ed. Siglo XXI, México
- MENÉNDEZ, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Ed. Lugar. Argentina.
- MENÉNDEZ, E. (2009): *La parte negada de la cultura*. Protohistoria ediciones. Argentina
- MENÉNDEZ, E. (2009): “Etnicidad, racismo y género: algunos problemas ético/metodológicos” ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. México. D.F.
- MENÉNDEZ, E. (2006): *Participación social ¿Para qué?* Editorial Lugar. Argentina
- MENÉNDEZ, E. (2006): Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales. En revista Relaciones 107 vol XXVII
- MENENDEZ, E. (2005): “Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales” en Salud Colectiva N° 2. Buenos Aires. UNLa.
- MENENDEZ, E (2002) *El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*. Revista de Antropología Social 11(2002) 39-87. México.
- MENENDEZ, E (2001): “Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes”, en Cuadernos de Antropología Social N°13, Año 2001. Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- MENENDEZ, E. (1997) El punto de vista del actor: Homogeneidad, diferencia e historicidad. Revista Relaciones 69, p. 237-271.
- MENENDEZ, E. (1992): “Achiquemos el estado mientras la muerte está” en El nuevo Estado mexicano. Tomo IV. México. Ciesas.
- MENENDEZ, E. (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Alianza Editorial
- MENENDEZ, E. (1987): “Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo” en Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán. Cuadernos de Casa Chata N° 159. Ed. Ciesas. México.
- MENENDEZ, E.: “Modelo hegemónico, crisis socio económica y estrategias de acción del sector salud”. OPS / OMS...
- MENENDEZ, E. (1981): *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México. Ediciones de la Casa Chata.
- MENENDEZ, E y DI PARDO, R. (1996): *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México. Ed. Ciesas.
- MERHY, E.E. et. al. (2006) Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Revista Salud Colectiva 2(2) 147-160. Lanús, Argentina.

- MILMANIENE, M.; (2010) “Algunos debates en torno a la ética de la investigación: El rol de la autonomía y la comunidad”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN/OPS-OMS., (2003): “Situación de salud en Argentina”
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, OPS, OMS; (2003): “Situación de la Salud en la Argentina”.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN; (2005): “Políticas de Salud” en Módulo 5. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios.
- MONCHIETTI, A. y SÁNCHEZ, M. (2008): “Acerca de la génesis de la representación social de la vejez”. En *Rev. Argentina de Sociología.*, Jun., vol.6, no.10, p.143-150.
- MORENO, E. y cols. (1998): “Calidad y cobertura de la APS. 2004. UNT. Tucumán.
- MUÑOZ FRANCO, N. E. (2009): “Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud”. En *rev. Salud Colectiva.* 5(3):391-401.
- NEUFELD, M. R. Y CRAVINO, M. C. (2007) Entre la hiperinflación y la devaluación: “saqueos” y ollas populares en la memoria y en la trama organizativa de los sectores populares del Gran Buenos Aires (1989 – 2001). En *Resistiendo en los barrios. Acción colectiva y movimientos sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires.* Buenos Aires: UNGS.
- NEUFELD, M. R. Y CRAVINO, M. C. (2001) Los saqueos y las ollas populares de 1989 en el Gran Buenos Aires. Pasado y presente de una experiencia formativa. En *Revista de Antropología.* Vol. 44 N° 2.
- NEUFELD, M. R. Y THISTED, J. A. (2001) El “crisol de razas” hecho trizas: ciudadanía, exclusión y sufrimiento. En “*De eso no se habla...*” *Los usos de la diversidad sociocultural en la escuela.* Buenos Aires: Eudeba.
- OFFE, Claus: *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, México, Alianza Ed., 1990.
- OLISZEWSKI, D.; (2010): “Los curanderos y su posicionamiento dentro del campo terapéutico del Gran San Miguel de Tucumán”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- OMS/UNICEF, (1978): *Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud.* Alma – Ata, URSS, 6 – 12 de septiembre de 1978. Patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- OPS / OMS (2005): *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para la discusión. Documento Oficial.*



OPS / OMS. (2003): Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44° Consejo Directivo – 55° Sesión del Comité Regional. EEUU.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008) – COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Informe Final: *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000): Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000): Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.

PAGANINI, J.M.; (1987): “Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud”. Documento presentado en la Reunión de Fortalecimiento de Sistemas Locales de Salud: Jurisdiccionales y Municipales realizada en Tlaxcala, México.

PAGANINI, et. al., (2010). “Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS” en Rev. Argentina de Salud Pública. Vol. 1 N° 2; 18-23.

Palacios, J.; (1983): “Epidemiología y Antropología en la atención primaria”. En Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Agosto. 1983.

PASSOS NOGUEIRA, R. (2009): Determinantes, determinação e determinismo sociais. En rev. Saúde em Debate, v33, n° 83, Río de Janeiro

PEREIRA, E. (2007): Vivendo com hemofilia: diagnóstico e corpo no processo de construção do ser hemofílico. Ponencia presentada al VII RAM (Reunión de Antropología del Mercosur). Porto Alegre

PLAN FEDERAL DE SALUD. Ministerio de Salud de la Nación, 2004.

RECODER, L. (2007): “El hospital y sus espacios. Interacción y construcción de significados en la experiencia cotidiana de vivir con VIH-SIDA”. Ponencia presentada al VII RAM (Reunión de Antropología del Mercosur). Porto Alegre.

RENA FISCELLA, S.; (2009): “Diagnóstico y perspectivas sobre la democratización de la seguridad social argentina” Ponencia presentada en el XXVII Congreso ALAS. Buenos Aires. Argentina.

RIBEIRO, Marlene: “Exclusión: problematización del concepto” en la revista Educacao e Pesquisa, San Pablo, vol. 25 N° 1. Enero – Junio 1999. Traducido por WOODS, Marcela.

- ROCWELL, E. (1987): “Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)”. Documento DIE, Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN, México,
- RODRÍGUEZ ALCIDES, L.; (2003): “El planteamiento ideológico de Alma Ata” ponencia presentada en el ENSAP, La Habana.
- SACCHI, M. et. al. (2010): “El proceso salud-enfermedad-atención desde un enfoque intercultural y de género”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- SAMPAYO, H. Y FONTENLA, L. (2010): Medicina popular en el barrio “El Mirador” Añelo Provincia del Neuquén”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- SAMMARTINO, G. (2010): “Representaciones alimentarias de madres y equipos de salud y su vinculación en experiencias de intervención en la relación pobreza – alimentación”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.
- SAPAG, J. C y KAWACHI, I; (2007): “Capital social y promoción de la salud en América Latina”. en Rev. de Saúde Pública, vol.41, no.1, p.139-149.
- SCAGLIA, M. y WOODS, M. (1998): "Redes clientelares y políticas sociales en un municipio del Gran Buenos Aires" en Revista Cuadernos de Antropología Social - ICA - FFyL - N°11
- SCHAPIRA, M. (2010): “El espacio de la Salud Pública en la UNR. Fragmentaciones y ausencias”. Ponencia presentada en las 10mas Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural. Rosario.
- SÍCOLI, J. L. y NASCIMENTO, P.R. do: (2003): “Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface (Botucatu), vol.7, no.12, p.101-122.
- SILVASTRE, C.; (2010) “Drogadependencias y paradigmas: saberes, dispositivos asistenciales y prácticas respecto al uso de sustancias toxicas en la ciudad de Santa Fe”. Ponencia presentada en las 10mas Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural. Rosario.
- SINISI, L. (2001). La relación *nosotros – otros* en espacios escolares “multiculturales”. Estigma, estereotipo y racialización. En “*De eso no se habla...*” *Los usos de la diversidad sociocultural en la escuela*. Buenos Aires: Eudeba.
- SOLANS, A. (2010): “Consulta médica pediátrica y alimentación en un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires”. Ponencia presentada en VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. SEANSO-ICA-FFyL-UBA. Buenos Aires.

- SOUZA MINAYO, M. C.; (2009): *La artesanía de la investigación cualitativa*. Ed. Lugar. Argentina
- SPINELLI, H; (2009): “La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina” ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. México. D.F.
- TEJADA de RIVERO, D. (2003): “Alma-Ata: 25 años después” en Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud Volumen 8, Número 1.
- TESTA, M. (1985): “Atención ¿primaria o primitiva? de salud”. En Cuadernos Médicos Sociales N°34, Rosario.
- TESTA, M. (2007): “Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Por qué?”. Revista Salud Colectiva 3(3) 247-257. Lanús, Argentina.
- TESTA, M. et. al. (1989) “Formación de recursos humanos y profesionalización en Salud Pública” informe de investigación. (mimeo).
- TESTA TAMBELLINI, A. Y SCHÜTZ, G. (2009): Contribución para o debate do CEBES sobre “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. En rev. Saúde em Debate, v33, n° 83, Río de Janeiro
- TOBAR, F. (2001): “¿Por qué Argentina salió tan mal en el Informe 2000 de la OMS?” mimeo
- TOBAR, F. (2005): Rendimiento del gasto en salud en la Argentina. Cap. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina.
- TOMASI, E. et. al; (2008): “Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil” en Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 1:S193-S201.
- TORRADO, S La familia como unidad de análisis en censos y encuestas de hogares. Metodología actual y prospectiva en América Latina. CEUR, Buenos Aires, 1983.
- TORRES, R.: “Atención Primaria de la Salud. Nuevas dimensiones”. Ed. Isalud N° 3. 2001.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. (2007): “Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface (Botucatu)”, vol.11, no.22, p.223-238.
- TRINCHERO, H. H. (2007). *Aromas de lo exótico (Retornos del objeto)*. Buenos Aires: Editorial Sb.
- UGALDE, A. y HOMEDES, N. (2007) América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales. Revista Salud Colectiva 3(1) 33-48. Lanús, Argentina.
- VAN STRALEN, et. al.; (2008): “Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil” en Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S148-S158.
- VERDI, M. y CAPONI, S. (2005): “Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto contexto - enferm., vol.14, no.1, p.82-88.

- VIEIRA, C.; (1995): “Estrategias y políticas de atención social a grupos vulnerables: un aporte desde el campo de la salud”. Ponencia presentada a la Conferencia de México sobre Desarrollo y Pobreza, Oaxaca, México.
- VITELLO, M. (2006): “Un Programa para todos que sólo usan algunos: La salud reproductiva en la Quebrada de Humahuaca”. Ponencia presentada en el VIII CAAS (Congreso Argentino de Antropología Social) Salta.
- WILLIS, P. (1984): “Notas sobre el método” en Cuadernos de Formación Docente N° 2, Red Latinoamericana de Investigaciones Cualitativas de la Realidad Escolar. Chile
- WOODS, M. (2007) Modalidades y límites de la intervención de la Iglesia Católica en conflictos sociales territoriales. De la mediación a la confrontación en la diócesis de Quilmes. En *Resistiendo en los barrios. Acción colectiva y movimientos sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: UNGS.
- ZIZEK, S. (2004) Introducción. El espectro de la ideología. En Zizek, s. (comp.) *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires. FCE ed. p. 7-41.