

Informe Final de Investigación

La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos

Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal

Investigador tutor

Mario Rovere

Equipo

Ana Fuks, Analía Bertolotto, Eugenia Bagnasco, Andrea Jait

Buenos Aires, Argentina, Abril de 2011



EL AGORA

Asociación
civil sin fines
de lucro

1. Revisión de la literatura

Esta tarea incluyó el relevamiento y análisis de un amplio y heterogéneo conjunto documental y bibliográfico, que abarcó:

a) Materiales vinculados con la historia del país en general y de los escenarios analizados en particular, durante el periodo que aborda la investigación, con el objetivo de contextualizar los principales acontecimientos y características de cada caso. Los principales materiales trabajados fueron los siguientes:

- Blaustein, Eduardo (2001): Prohibido vivir aquí, Comisión Municipal de la Vivienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cravino, María Cristina (2002) *“Las transformaciones en la identidad villera, la conflictiva construcción de sentidos”* en Cuaderno de Antropología Social N° 15/16, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fundación Metropolitana (2008): *“Villa 31: 70 años de historia en el corazón porteño”*, Informe Digital Metropolitano N° 55 disponible en <http://www.metropolitana.org.ar>
- García, M. (2009): *“Historia de las villas miseria en Buenos Aires”*, disponible en http://www.soledigital.com.ar/sociedad/historia_villas_2.
- Oszlak, Oscar (1991): Merecer la ciudad: los pobres y el derecho al espacio urbano, CEDES/Humanitas, Buenos Aires.
- Sierra e Iglesias, Jobino (1993): Carlos Alberto Alvarado. Vida y Obra. Comisión Bicameral Examinadora de Autores Salteños, Salta, Argentina.

b) Documentos nacionales e internacionales sobre política sanitaria, tales como:

- Banco Mundial (1993): *“Informe Invertir en Salud”*, Washington, EUA.
- Durana, Inés (1980): Teaching strategies for primary Health care, Rockefeller Foundation, USA.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004): Atención Primaria de la Salud 2003, Secretaría de Salud, Buenos Aires.
- Halstead, Scout; Walsh, Julia; Warren, Kenneth (1985) Good health at low cost The Rockefeller Foundation, Bellagio.
- Herrmann, Juan Maximiliano et al (2007): Memorias de la capacitación: gente necesaria para construir una historia, Proyecto Troncal de Capacitación, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Santa Fe.

- Ministerio de Salud (2005): Metodología para la formulación de perfiles, Instituto de desarrollo de competencias para trabajadores del primer nivel de atención, Recursos humanos, Lima.
- Ministerio de Salud Pública (1997): Manual del Agente Sanitario, Tomo 2, Gobierno de la Provincia de Salta, Salta.
- Ministerio de Salud y Deportes (2005): Profundización de la desconcentración del sector salud en el municipio de El Alto, Ministerio de Salud y Deportes, Prefectura del Departamento de La Paz, Servicio Departamental de salud, Servicio regional de salud El Alto, El Alto, Bolivia.
- Ministerio de Salud (1985): Atención Primaria, Evaluación de extensión de cobertura en servicios de salud (1979-1984), República de Colombia, Bogotá.
- Municipalidad de Vicente López, Atención Primaria de la Salud, experiencias de trabajo local, Dirección de Atención Primaria, Secretaría de Salud, provincia de Buenos Aires.
- OMS (1986): Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra, 1986.
- OMS (1978): *Declaración Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, URSS.
- OPS/OMS (2008): *“La atención primaria de la salud más necesaria que nunca”*, Washington, EUA.
- OPS/OMS (1981): *“Tecnología apropiada para la salud”*, Washington, EUA.
- OPS/OMS (1980): *Salud para todos en el año 2000, “Estrategias”* N° 179. Washington, EUA.
- OPS/OMS (1999): Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe, Washington D.C.
- OPS/OMS (2003): Escuelas promotoras de salud. Fortalecimiento de la iniciativa Regional. Estrategias y líneas de acción (2003-2012).
- OPS/OMS Reflexiones y experiencias en atención primaria de la salud en Bogotá (2004-2007), OPS Secretaría de Salud Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá.
- OPS/OMS (1982): Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, OPS, Washington D.C.
- OPS/OMS (1981): Tecnología apropiada para la salud, Washington D.C.

- Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Nación (1978): *“La Atención Primaria de la Salud en la República Argentina”*, Buenos Aires, Argentina.
- World Health Organization (1986): *Intersectorial action for health*, OMS, Geneva

c) Materiales vinculados con diferentes concepciones de APS:

- Alessandro, Laura (2003): *Municipios saludables. Una noción de política pública. Avances de un proceso en Argentina*, OPS/OMS, Buenos Aires.
- Almeida Filho, Naomar y Silva Paim, Jairnilson, (1999): *“La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”* en Cuadernos Médico Sociales Nº 75, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina.
- Alvarez-Dardet Díaz, Carlos y Colomer Revuelta, Concha (1996): *Promoción de la salud y cambio social*, Masson, Barcelona.
- Arroyo Hiram V, Cerqueira MT, ed. (1997): *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*, Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Asociación de Médicos Residentes del Htal. De Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del equipo de Salud (1987): *Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Barten, Françoise, Rovere, Mario y Espinoza, Eduardo (2009): *Salud para todos: una meta posible. Pueblos movilizadoss y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global, construyendo prioridades para la investigación en APS con la sociedad civil*, Editorial IIED América Latina Publicaciones, Buenos Aires.
- Barten, Françoise, Flores, Walter y Hardoy, Ana (comp.) (2008): *La inequidad en la salud hacia un abordaje integral*, Editorial IIED América Latina Publicaciones, Buenos Aires.
- Berger, John y Harvey, David, (2000), *Promoting Health. Intervention strategies from social and behavioral research*, Institute de Medicine, The National Academy Press, Washington.
- Bodstein, Regina (org)(1993): *Servicos locais de saúde: construação de atores e políticas*, Relume Dumará, Río de Janeiro.
- Bronfman, Mario y Gleizer, Marcela (1994), *“Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de*

Participación Comunitaria?” en Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, jan/mar.

- Cerqueira, María Teresa (1997). Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas en: Arroyo, H. y Cerqueira M.T. (eds.). La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina : un análisis sectorial; Editorial de la Universidad de Puerto Rico: 7-48.
- Czeresnia, Dina y Machado de Freitas, Carlos (org.) (2006): Promoción de la salud, conceptos, reflexiones, tendencias, Editorial Lugar, Buenos Aires
- De C.M. Ayres, José Ricardo, Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología, Lugar, Buenos Aires.
- Del Pilar Díaz, María (2002): El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto, Instituto de Salud Pública, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- De Roux, G. (1993): Participación y cogestión de la salud, Educación Médica y Salud, Colombia.
- Delaney, Frances (comp.) (1979): Low.-cost rural Health care and Health Manpower training, Ottawa.
- Donaldson, Moola et al (ed.) (1996): Primary Care. America's Flath in a new era, The Nacional Academy Press, Washington D.C.
- Flahault, D., Piot, M., Franklin, A., (1988): La supervisión del personal de salud a nivel de distrito, OMS, Ginebra.
- García, Juan Cesar (1994): Pensamiento social en salud en América Latina, McGraw-Hill – OPS/OMS.
- Grupo de Solidaridad de El Alto. Taller de historia y participación de la mujer, (1994): Hagamos un nuevo trato, Hisbol, La Paz.
- Institute de Medicine (1997): Speaking of Health, The Nacional Academy Press, Washington.
- Kalinsky, Arrúe, Rossi (1993): La salud y los caminos de la participación social: marcas institucionales e históricas, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Labonté, Ronald, Sanders, David, Fran Baum, et al., (2009): *“Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial”* en Revista Colombiana Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Colombia.

- Lefreve, Fernando (1999): Mitología Sanitaria. Saúde. Doença, mídia e linguagem, Editora da Universidad de Sao Paulo, Brasil.
- Molina de Uriza, Jacqueline (1996): Salud Familiar, ISS ASCOFAME.
- Milio Nancy (1996): Primary Care and the Public's Health, Lexington Books, Massachusetts
- Moreno, Crivelli, Kestelman, Malé y Passarell, Schapira, Viñas (2004): Calidad y cobertura de la atención primaria. Aporte metodológico para su evaluación, Artes Gráficas Crivelli, San Miguel de Tucumán.
- OPS/OMS (1996) Promoción de la salud: una antología, Washington D.C.
- Paradiso, Juan Carlos (1995): Seminario de Atención primaria de la salud, Secretaría de Salud Pública de Rosario.
- Pol De Vos, Malaise, Geraldine, De Ceukelaire, Wim et al (2009): *“Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización”*, disponible en www.medicinasocial.info.
- Rovere, Mario (2009): *“Atención Primaria de la Salud. ¿De dónde viene? ¿Cuándo nació? ¿A dónde va?”* en PoSIBles Política, Salud Internacional y Desarrollos sustentables N° 3, Buenos Aires.
- Sachetti, Laura y Rovere, Mario (2009): La salud pública en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos, Edit El Agora, Buenos Aires.
- Sonis, Abraham y colab. (1976): Tomo 2 Medicina sanitaria y administración de salud. Capítulo 6 “Atención de la salud en Áreas Rurales, pautas para una cobertura sanitaria de las Poblaciones” y Capítulo anexo Alvarado y Tanoni “El Plan de Salud Rural de la provincia de Jujuy”, Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
- Starfield, Bárbara (2001): *“Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos”* en Revista Gerencia y Políticas de Salud, volumen 1, 001, Pontifica Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Starfield Barbara (2004): Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología, Masson S.A., Fundació Goli Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Edicion Española
- Stolkiner, Alicia, *“La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”* disponible en <http://www.campopsi.com/lecturas/stolkiner.htm>
- Tarimo, E., (1991): Por un distrito sano. Cómo organizar y administrar sistema de salud basados en la atención primaria, OMS, Ginebra.

- Torres Goitia, Javier (2008): Desarrollo y salud: Historia de la medicina social y de la atención primaria de salud, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue y la Universidad Andina Simón Bolívar, Bolivia.

d) Material proveniente de ciencias sociales y psicoanálisis.

- Bauman, Zigmunt (2008): Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Berger, J. y Harvey, David. (2007): Boulevard Central. Pensamiento urbano, Editorial Edhasa, Buenos Aires
- Bitonte, María Elena (2004): “*Bajo los Signos de de Saussure, Peirce y Lacan*” en Aesthethika International journal on culture, subjectivity and aesthetics© Volume 1, No.1
- Bitonte, María Elena: “*Tres aportes a la noción de operaciones: Verón, Fisher, Goodman*”, presentado en el V Encuentro Argentino de Carreras de Comunicación Social, “Los talleres en comunicación: de la producción a formación. Estado de las prácticas: balance y prospectiva”, Facultad de Ciencias Sociales – Universidad Nacional del Centro, FADECCOS –Federación Argentina de Carreras de Comunicación Social. Olavarría, prov. Buenos Aires Argentina – 10 al 12 de Octubre de 2007
- Borini, Leopoldo (1987) “*Tecnología: historia, ideología y política. Bases de discusión*” en Cuadernos Médico Sociales N° 41, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina.
- Bourdieu, Pierre (2006): Intelectuales, política y poder; Editorial Eudeba, Buenos Aires.
- Castel, Robert (1997): La Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del salariado, Paidós, Buenos Aires.
- Castiel, Luis D. y Vasconcellos-Silva, Paulo (2005): Precariedades del exceso, Información y Comunicación en Salud Colectiva, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Castro, Edgardo (2006): “Michel Foucault: sujeto e historia” en Revista Tópicos N° 14, Santa Fe.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Félix (1985): El antiedipo: capitalismo y esquizofrenia, Paidós, Buenos Aires.
- Derrida, Jacques (1998): De la gramatología, Siglo XXI, México.
- Foucault, Michel (1992): Genealogía del racismo, Altamira, Buenos Aires.

- Freire, Paulo (2008): *Pedagogía del oprimido*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- Freud, Sigmund (1986): *Psicopatología de la vida cotidiana*, Amorrortu Editorial, Buenos Aires.
- Margulis, Mario y Urresti, Marcelo (1998): *La segregación negada, cultura y discriminación social*, Biblos, Buenos Aires.
- Micieli, Cristina (2007): *“Acontecimiento y verdad histórica. Una lectura desde la perspectiva ricoeuriana”* en Revista Tópicos N°15, Santa Fe.
- Patzi Paco, Félix (2006): *Etnofagia estatal. Modernas formas de violencia simbólica. (Análisis de la reforma educativa en Bolivia)*, Ministerio de Educación y Culturas de Bolivia.
- Verón, Eliseo (1987): *La semiosis social*, Gedisa, Buenos Aires.

e) Información sociodemográfica y epidemiológica de los dos distritos enfocados en la investigación:

- PROAPS – Remediar, *Caracterización de los centros de salud del país*, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina, 2007
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, *Censo de Hogares y Población, Villas 31 y 31 bis*, Ciudad de Buenos Aires, 2009

f) Por último, como el estudio fue proyectado para incidir en los diversos procesos de formación de los profesionales de salud del primer nivel de atención (residencias y concurrencias, formación de grado, posgrado, educación permanente en servicio), a fin de identificar nuevas necesidades de aprendizaje (y desaprendizajes), relevamos los siguientes materiales sobre esta temática:

- Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes (2005) *“Enseñando un ‘saber’ para un ‘hacer’ reflexivo o ¿cómo desarrollar competencias profesionales complejas para la gestión local de las políticas sociales?”*, disponible en <http://www.top.org.ar>
- Davini, María Cristina (1995), *Educación permanente en salud*, Serie Paltex N° 38, OPS/OMS, Washington DC, EUA.
- Davini, María Cristina et al (2003): *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*, OPS, Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires e Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Nogueira Ramos, Marise (2002): *“A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?”*, disponible en <http://www.cedes.unicamp.br>.
- Roschke, María Alice (2006): *“Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud, experiencias y lecciones”*, Serie Paltex N° 45 OPS/OMS, Washington DC, EUA.
- Rovere, Mario (1993): *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS N° 96.
- Rovere, Mario (1994): *Gestión estratégica de la educación permanente en salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS N° 100.
- Ugalde, Antonio (1987): *“Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud de Latinoamérica”* en Cuaderno Médico Sociales N° 41, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina.

2. Contexto socio-político

La declaración de Alma Ata de 1978 encontró a nuestro país transitando un proceso que había comenzado dos años antes, el 24 de marzo de 1976, con una nueva interrupción de un gobierno democrático por las fuerzas armadas caso con la instalación de una política sistematizada de desaparición de personas, calificación de las ideologías progresistas como enemigos de la Nación y prohibición expresa de cualquier participación política.

La dictadura argentina dejó como saldo una paradoja social dada por una población desmovilizada por el Terrorismo de Estado y varias organizaciones de derechos humanos que se convirtieron en emblema de la resistencia como la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos o las “Madres de Plaza de Mayo”. En términos económicos: un país deliberadamente desindustrializado, con una deuda externa triplicada, especulación financiera y precarización laboral.

Bajo ese modelo, la salud pública dejó de plantearse como responsabilidad del Estado, decisión que se expresó –entre otras- a través de medidas tales como la transferencia de numerosos efectores sanitarios, básicamente hospitales, sin el respaldo de recursos a las provincias en un falso federalismo dado que a su vez las provincias estaban intervenidas por el gobierno central.

La reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado generó el desarrollo de un mercado de servicios de salud, en el que el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos –sobre la base de una importación indiscriminada facilitada al sector privado-pasó a ser la constante, consolidándose un modelo de servicios de alta especialización, que privilegió la atención de determinadas patologías en detrimento de acciones basadas en la prevención y promoción de la salud.

En este contexto, la incorporación de la APS en Argentina fue expresamente restringida a algunas dimensiones técnicas, aplicadas en las zonas libres de conflicto sobre la base de un histórico programa de salud rural y en las zonas urbanas con algunos centros periféricos siempre con una expresa supresión de los componentes más políticos, como la participación comunitaria o la intersectorialidad.

A partir de la derrota en la guerra de Malvinas en el año 1982 comienza la transición hacia una recuperación de la democracia que va a dar una oportunidad a el principal partido social demócrata del país: el radicalismo; que inaugura un período caracterizado por la lenta y gradual incorporación a la vida política en general y cierta recuperación institucional a partir del juicio a las juntas militares en un período atravesado por sobresaltos y asonadas militares que no consiguen su cometido pero van desgastando al gobierno.

En salud los resultados son contradictorios. Por un lado al no renacionalizar los hospitales se convalida la política “federalizante” del gobierno militar, a ello debe agregarse que al colocar el acento sobre un proyecto de seguro nacional de salud los esfuerzos se centraron en una desgastante puja con los gremios y sindicatos sin fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud (por entonces de Bienestar Social).

En términos de la estrategia de APS se abrieron mejores condiciones para aquellos componentes reprimidos o postergados tales como la participación social, la interdisciplina, o la intersectorialidad y una tímida apertura de espacios de aprendizaje en un primer nivel que tendía a expandirse para la formación de los equipos de salud.

Años más tarde, en 1989 este gobierno se vio obligado a adelantar su salida por una hiperinflación que generó una severa crisis económica, que dio lugar a la entrega anticipada del poder a otro gobierno electo democráticamente.

Tal como ocurrió con otros países de la región con el fantasma de la hiperinflación en el pasado inmediato se inició en Argentina un período de más de 10 años caracterizado por la adopción de políticas neoliberales con el consecuente vaciamiento del Estado y la aparición del mercado como la única voz autorizada para dictar la agenda pública.

Argentina fue durante esos años una alumna modelo en Latinoamérica por la aplicación de las prescripciones del denominado “Consenso de Washington”. La prédica de desvalorización del Estado intervencionista acompañó a las estrategias de privatización, descentralización y focalización en el intento de establecer un orden que impactó con especial dureza en la situación de salud, nutrición y educación de crecientes sectores sociales.

El crecimiento de las inequidades, la marginalidad y la constitución de una masa poblacional excluida socialmente fue presentada como un costo aceptable para una modernización económico que creó una ficción de prosperidad basada en datos macroeconómicos, básicamente atrayendo capital financiero y especulativo mientras se destruían las bases de la estructura productiva del país se liberalizaba el comercio

internacional estabilizando la moneda en una paridad cambiaria con un dólar estadounidense fuerte.

La virtual dolarización de la economía instrumental al modelo económico devino en fuertes fenómenos migratorios que posicionaron a Argentina como el décimo receptor de población a nivel mundial.

Respecto de las políticas sanitarias, se consolidó una fuerte tendencia hacia la mercantilización de la salud, expresada a través de la heterogeneidad en la calidad de distintas prácticas. Por un lado, servicios de alta calidad con costos que sólo unos pocos podían pagar y por el otro, una oferta de servicios, ostensiblemente de menor calidad destinados a sectores populares, quedando bien delimitada la equidad de la frontera, algo así como “casi todo para casi nadie y casi nada para casi todos”.

En este contexto, la estrategia de APS se vio traducida como el acceso a un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, ocultando los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos y lógicamente incapaz de dar respuesta al desafío que implicaba generar un nuevo modelo de atención intercultural para abordar la cuestión migratoria.

En el 2001 el país ahogado por la desocupación, la precarización laboral, y una riqueza basada en capital internacional especulativo sufre un verdadero golpe de mercado que se intenta frenar con medidas bancarias que aceleran el deterioro de un gobierno débil y un amplio arco social igualmente afectado por las políticas de la década protagonizará un levantamiento popular que terminará con una nueva entrega adelantada del poder.

Comienza así, un nuevo período caracterizado por cambios “acompañados” en la región Latinoamericana y particularmente del cono sur; con gobiernos progresistas que apuestan a la importancia geopolítica de la región, a cierta redistribución del ingreso, el desarrollo de mercados internos y fundamentalmente al resurgimiento de Estados presentes, que aparecen como reguladores en pro del bienestar de la ciudadanía.

En ese escenario se instala lentamente el concepto “atención primaria de la salud” como políticamente correcto, sin que logre reflejarse en políticas transformadoras que apunten en la práctica a resultados de equidad en salud. Sin embargo otras medidas económicas y sociales permiten mostrar resultados favorables en “los determinantes” expresados en mejoras de las tasa de actividad económica, empleo, calidad del empleo, políticas antidiscriminatorias para migrantes y pueblos originarios y subsidios de carácter progresivo y compensador.

En definitiva, repasando los 30 años que van desde la declaración de Alma Ata impresiona que la aplicación de las distintas perspectivas e interpretaciones de APS en nuestro país no fueron azarosas ni casuales, sino que tuvieron un claro correlato con los distintos períodos políticos que atravesó la Argentina en los últimos 30 años.

Precisamente, éste fue el problema que motivó nuestra investigación

3. Principales conceptualizaciones del marco teórico

CAMPO Y HÁBITUS

Apoyandonos en las herramientas analíticas de un autor como Pierre Bourdieu para interpretar una realidad social, entendemos que en nuestras culturas predominan, a través de las ideologías conservadoras que sirven a los intereses particulares de la clase dominante, ‘sistemas simbólicos’ que, en cuanto instrumentos estructurados y estructurantes de comunicación y de conocimiento, cumplen su función política de imposición o de legitimación de un orden, y contribuyen a asegurar el predominio de una clase sobre otra (violencia simbólica y de la otra) contribuyendo así, según la expresión de Weber, a la ‘domesticación de los dominados’.

Por lo tanto, las diferentes clases y fracciones de clases están comprometidas en un *campo* de lucha - lugar de relaciones de fuerza, lucha de donde los diversos agentes e instituciones ocupan posiciones diferentes según el capital específico que poseen; y elaboran distintas estrategias o líneas objetivas orientadoras de las prácticas para defender su capital simbólico, de legitimidad y de autoridad - en una disputa para imponer la definición del mundo social conforme a sus intereses; y apuntan a reproducir, ya sea directamente, en los conflictos de la vida cotidiana, ya sea por procuración, a través de los especialistas de la producción simbólica, los principios de jerarquización de las fracciones dominantes, cuyo poder suele descansar sobre el capital económico y los instrumentos culturales para su legitimación.

Este poder simbólico permite obtener el equivalente de lo que es obtenido por la fuerza (física o económica) gracias al efecto específico que se ejerce a condición que no sea reconocido como arbitrario. Este poder invisible de las palabras, poder de mantener el orden o de subvertirlo, no puede ejercerse sino con la complicidad de los que no quieren saber que lo sufren o incluso que lo ejercen... es un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden ‘gnoseológico’: el sentido inmediato del mundo.

En este marco general nos preguntamos entonces:

¿Cómo se acciona para superar este efecto ‘sordomudo’ y limitante?...¿Cómo reconstruir los *hábitus* de los trabajadores de la salud - esquemas de percepción, de apreciación y de acción interiorizados, sistema de disposiciones a actuar, a pensar, a percibir, a sentir, que tienden a aceptar el orden establecido - y develar las relaciones de fuerza y las estrategias utilizadas, los condicionantes y mecanismos objetivos y subjetivos que legitiman invisiblemente sus prácticas, y que naturalizan y reproducen el orden establecido? ¿Cómo deconstruir las ‘falsas evidencias’ de la formación hegemónica y potenciar el poder de los sujetos y las clases subordinadas o ‘domesticadas’?

Marcas y huellas

Los conceptos de MARCAS y HUELLAS nos han servido como operadores de los discursos que conforman la trama cultural enfocada por nuestra investigación, surcada por los acontecimientos histórico-políticos que ocurrieron en nuestros territorios, en tanto entendemos que éstos constituyen sus condiciones de producción pues, como señalan los expertos en este campo, no se puede aislar el discurso de las circunstancias en las que se produce para llevar a cabo su análisis, el que consiste, por tanto, en establecer cuál es la relación entre una *marca* y sus condiciones de producción, es decir, con el acontecimiento que la provocó, en tanto la *huella* es su índice específico en la superficie discursiva.

En este sentido, todo análisis de *textos* orientados al estudio de lo ideológico, debe enmarcarse en un conjunto de hipótesis que autoricen la identificación de las operaciones que allí aparecen ya que, lo ideológico como tal, no consiste en propiedades inmanentes a los discursos, sino en *un sistema de relaciones* entre el *texto*, por un lado y su producción, su circulación y su consumo, por el otro.

De esta manera, el análisis resulta no sólo una práctica de pensamiento crítico sino que abre también a reflexionar sobre una forma posible de intervención, en la medida en que sólo considerando las condiciones de producción podremos arribar a transformar su alcance.

En efecto, aunque no se borran los hechos del pasado, se re-interpreta constantemente el sentido de los mismos, pues éste no está fijado de una vez para siempre. Según esta perspectiva, podemos concebir los acontecimientos pasados de otro modo, y si el 'viejo' conocimiento es impotente para pensarlo, debemos, por ende, pensar más allá de sus límites, renovar o reinventar nuestros dispositivos... se trata, por un lado, de 'despertar la memoria', permitiendo, por otro, superar o 'curar la herida' de su marca histórica...

En el mismo sentido, M.Foucault nos habla de un 'desempolvamiento' de elementos sepultados dentro de las coherencias funcionales o las sistematizaciones formales, que permite revelar el enfrentamiento de *saberes* singulares, ingenuos o insuficientemente elaborados, con aquellos validados popularmente, consensuados y asimilados como 'científicamente serios'; acoplamiento de conocimientos que conforman, en términos foucaultianos, la *genealogía* de la memoria colectiva.

En definitiva, la *marca –entendida como la crueldad que se ejerce en el cuerpo, siempre con una finalidad didáctica para quien la sufre y para quienes son testigos o espectadores en el fondo destinatarios de ese mensaje-* se hace aun visible en el espacio y en el tiempo presente de la Argentina de hoy. Las huellas por su parte son rastros indicios que dejan testimonio de algo que ha ocurrido pero que muchas veces marcan un *nomos* una norma o una costumbre que se naturaliza. El que encuentra la huella tiende a seguirla y esta tendencia es muy frecuente en las prácticas de salud.

Claro está que ambos conceptos marcas y huellas pueden entretenerse a la manera de un testigo, podemos decir que hay *huellas* porque con anterioridad algo ha acontecido. La huella puede ser el vestigio de una marca. Su particularidad radica en que su testimonio indica sin mostrar, sin hacer aparecer... En la huella se preserva un pasado perimido, sin embargo éste no se muestra como una idea "clara y distinta", sino más bien, en tanto marca "confusa, oscura y ambigua".

El análisis a partir de la huella se completa con el de la tradición pues, precisamente, la tradición, es la que fluye subterráneamente, por así decirlo, debajo del acontecimiento, dándole a éste, luego de pasado el momento de su irrupción, un nuevo sentido.

La noción de tradicionalidad en este sentido, implica que la distancia temporal que nos separa del pasado no es un intervalo muerto, sino que la mediación entre pasado y futuro es una transmisión generadora de sentido.

Tradiciones...

Desde estas perspectivas y con estas herramientas, recorrimos y aprovechamos las afluentes históricas de la APS para comprender los ejes sobre los cuales se ha constituido la polaridad integral/selectiva que venimos analizando, lo que nos permitió avizorar distintas corrientes o tradiciones que la han surcado históricamente para moldearla en las producciones que describimos.

La primera corriente y, por ende, la más antigua, es la que realizan las poblaciones por sí solas para cuidar, para proteger su salud. No importa cuál sea el pueblo considerado, o cuál sea su base cultural, en todos los casos encontraremos un quantum de saberes, de creencias y de prácticas que constituyen la base cultural del autocuidado, del cuidado familiar y de la autoorganización comunitaria, en tanto parece que las comunidades tienden a especializar a algunos de sus propios miembros - sacerdotes, brujos, hechiceros y médicos tradicionales - atribuyéndoles 'poderes y saberes'.

La pregunta sobre cuántos de ellos están constituidos por conocimiento científico actual o pasado puede constituir un objeto específico de investigación; pero casi con seguridad, hoy nos encontramos frente a un conjunto de saberes combinados de los más diversos orígenes que forman parte del capital cultural de nuestros pueblos y comunidades.

La segunda tradición podría estar constituida por el saber médico, haciendo hincapié en el “triumfo” de la medicina occidental, en tanto esta concepción mecanicista de la vida y de la muerte, de la enfermedad, de la discapacidad y de la prevención, sólo puede entenderse en el marco de la omnipotencia de occidente, del mandato del “dominarás la tierra”, del triunfo pírrico del capitalismo globalizado y confrontado con los macro y micro-equilibrios del planeta.

De esta tradición pueden desprenderse los enunciados, en principio contradictorios, pero en franca convivencia, que permiten afirmar simultáneamente, que ‘el capitalismo enferma’ y que ‘el capitalismo cura’ -tal como se puede observar en el drama concentrado que vivió el mundo respecto al denominado virus H1N1 durante casi todo el año 2009- Allí vemos como en una tragedia griega a la megaproducción de carne porcina crear las condiciones para la recombinación de un virus que produce una pandemia asustadora que deteriora a casi todos los sectores económicos de los países mas afectados pero que luego la industria farmacéutica logra morigerar con medicamentos primero y vacunas después.

La tercera tradición puede provenir de las ventajas geopolíticas que EE UU - y sobre todo sus fuerzas armadas - tomaron del conocimiento de las enfermedades vectoriales, constituyendo la base de una alianza conceptual y política que une aún hoy a las grandes fundaciones internacionales a los centros de control de enfermedades de una manera u otra, vinculadas a las fuerzas armadas y a la política de seguridad del Estado. Nos referimos, al control de la Fiebre Amarilla y de la Malaria, al desarrollo de los programas de salud pública basados en el control de enfermedades específicas como la uncinariasis, estratégicamente combinadas con la producción simbólica de la medicina flexneriana y de las escuelas de salud pública.

Esta tradición está constituida por el pensamiento sanitario, un aporte tributario de la propia organización del estado, de la política de la autoridad y de la ciudad. Estos saberes constituyen casi siempre un conjunto de reglas, normativas y dispositivos de aplicación masiva que, por una cuestión práctica, hemos dividido entre aquel que proviene de la tradición norteamericana, generalmente de inspiración militar, aplicada originalmente en áreas rurales, volcado a la lucha contra los vectores en estrecho contacto con el medio ambiente, fuertemente asociado a la expansión de los cultivos industriales (azúcar, algodón) y extractivas (caucho, gas, petróleo) y aquel que proviene del intento de atenuar las enfermedades generadas en los bolsones de marginación de los barrios bajos, de los suburbios de las grandes ciudades modeladas al ritmo de la revolución industrial y que busca combinar una eficacia epidemiológica con una intervención moral y cultural generada desde las burguesías hacia las barriadas populares muchas de ellas pobladas por migrantes recientes de las zonas rurales.

Una cuarta tradición acarrea las contradicciones que se enmarcan, dentro mismo de occidente, al pensar a la salud pública embutida en la mismísima ingeniería social que busca amortiguar las condiciones de alto riesgo sanitario, generadas por una urbanización desordenada. Las controversias que se dan aquí - en tanto las confrontaciones internas de occidente al mismo capitalismo que alimentarán dos guerras mundiales y el llamado siglo XX corto que culmina con la guerra fría - parecen instalar los argumentos encerrados en Alma Ata y en casi toda la salud pública europea en búsqueda de una “tercera posición” que buscara sostener “la illusio” de igualdad y de derechos sociales dentro del marco de un sistema económico que lleva la generación de inequidades en el “ADN” de su propuesta.

Temas como el agua, la alimentación, la basura, los insectos, los animales domésticos, los dientes, los resfríos, las torceduras o las huertas, así como dudar de los propios conocimientos y compartirlos, no son cosas sencillas de vincular, pero esta heterogeneidad puede ser un piso más que razonable para encontrar, en un ejercicio de análisis simbólico, por donde van las percepciones y cosmovisiones de esa comunidad en una forma tal que preceda los procesos de problematización que debemos sostener.

4. Preguntas de investigación

El estudio se centró en los aprendizajes y las deficiencias observadas en el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la República Argentina, a partir de un estudio comparativo de dos territorios emblemáticos y muy diferentes entre sí: la Villa 31 de la ciudad de Buenos Aires y el Departamento de General Güemes en la provincia de Salta; en el entendido de que se produjo allí una doble operación reduccionista, la de las dictaduras militares (1978-1983) que intentaron eliminar de la agenda las dimensiones políticas o técnico-políticas de la APS hacia una razón meramente instrumental y la del neoliberalismo (1989-2001) que intentó restringir la agenda a un paquete mínimo de intervenciones altamente focalizadas desgajando los problemas de intervención de su base social, ecológica y poblacional y ocultando tanto para el análisis como para la intervención la presencia de determinantes económicos, sociales, urbanísticos, ecológicos y culturales.

El objeto de estudio intentó ser aprovechado como un analizador de las fuertes contradicciones políticas e ideológicas que se han dado en el campo de la atención primaria en la Argentina en los últimos treinta años pasando por situaciones de dictadura, de políticas socialdemócratas y neoliberales y las graves crisis que operaron como “ritos de pasaje” entre estas etapas (1982-1989-2001) todas las cuales tuvieron un impacto selectivo sobre las políticas sanitarias en general pero particularmente intensificado en el ámbito de la APS

En este sentido, en principio apuntamos a visibilizar las marcas o huellas que puedan haber quedado en la interfase salud población como práctica transformadora, ya que creemos que sólo de esta manera el colectivo salud junto a la población podrá revisar su papel en los últimos 30 años y posicionarse como actor político de peso frente a los tomadores de decisiones “tradicionales”.

Los supuestos desde los que iniciamos el estudio fueron los siguientes:

- La instalación de la APS en plena dictadura militar dejó una impronta de “esterilización” de sus componentes más sociales y políticos que de una forma u otra continúa hasta nuestros días.
- Las políticas neoliberales promovieron una Atención Primaria selectiva y debilitaron las propuestas transversales y más articuladas a los servicios de salud.
- La responsabilidad territorial (dispensarización) pudo desarrollarse en zonas que en los 70’ eran de mas baja conflictividad social y política y fue expresamente impedida en las zonas periurbanas y urbano marginales de las grandes ciudades.

Consecuentemente, los interrogantes iniciales estuvieron orientados a corroborar dichos supuestos.

Entre las principales preguntas de esa fase se incluyen las siguientes:

- ¿Existe un correlato determinante entre las diferentes estrategias de APS desplegadas en nuestro país y los distintos modelos políticos en el período 1978-2008?
- ¿Existen marcas o huellas en el equipo de salud que den cuenta de dichos modelos?
- ¿Estas marcas o sus efectos son percibidos por el equipo de salud?
- ¿Estas marcas determinan las prácticas del equipo de salud?
- ¿Existieron diferencias en los modelos de APS desplegados en los últimos 30 años en distritos urbanos y rurales? ¿A que se debió esta diferencia?
- ¿Cómo fue el proceso de construcción de la interfase población-salud-educación en el período analizado?
- ¿Esta construcción fue diferente en zonas urbanas y rurales?

Las preguntas mencionadas nos llevaron a la búsqueda en ambos escenarios de informantes clave, es decir, trabajadores de la salud que han desarrollado su práctica en el ámbito de la APS durante uno o mas períodos establecidos en el estudio.

Posteriormente la conformación de la muestra de informantes, incluyó a profesionales de distintas disciplinas (trabajadores sociales, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos); de diferentes estratos (agentes sanitarios, personal administrativo) y funcionarios de diversas jerarquías (ministros, directores de hospitales y de áreas programáticas) así como también algunos miembros del Movimiento de Sacerdotes del Tercer Mundo, para el caso específico de la Villa 31.

A lo largo de la realización de las entrevistas pudimos constatar en qué medida dichas marcas y huellas -que habíamos planteado en el inicio del proceso-, se tornaban evidentes en la mayoría de los entrevistados tanto en sus concepciones como en sus prácticas de APS.

Pero además, dichos conceptos nos llevaron a plantear algunas cuestiones como guías para las etapas sucesivas del estudio, tales como: ¿Hasta qué punto el sector salud ha elaborado aquellas marcas? Y más importante aún: ¿De qué forma se pueden revertir en la formación de las nuevas generaciones, los temores que impulsan a una endogamia suicida al sector salud? y ¿Qué intensidad deben asumir las intervenciones educativas -en términos de aprendizajes significativos pero también de desaprendizajes-, para superar las marcas y las huellas de los últimos treinta años de la historia argentina?

Si bien estas preguntas podrían parecer pertinentes para problematizar el modo en que la APS fue y es implementada en nuestro país, el conocimiento de la realidad de otros países latinoamericanos generado en los encuentros de capacitación demostró que dichos interrogantes pueden ser significativos para gran parte de los países de la Región ya que muchos de ellos no sólo han atravesado regimenes dictatoriales en las décadas de los 70 y 80 que han operado en idéntico sentido al de Argentina, sino también -y más allá de políticas neoliberales en los 90-, en alguna medida las democracias han tenido grandes dificultades para desarrollar una APS genuinamente comprensiva.

Asimismo, las preguntas que se incorporaron en la última fase del estudio, estuvieron destinadas a la indagación y el análisis de una serie de experiencias “desviadas” -que se han “desmarcado” al menos en parte de los moldes de las décadas anteriores.

También forma parte del último tramo del estudio, la profundización de cuestiones vinculadas con la formulación de modelos formativos para trabajadores de salud del primer nivel de atención. Algunas de esas preguntas son las siguientes:

- ¿Cómo estamos formando a las nuevas generaciones?
- ¿Quiénes son los innovadores?; ¿Desde donde hablan? en referencia a los contextos; ¿Qué dicen?, en referencia a los textos ¿Hasta qué punto se desmarcaron?; ¿Hasta qué punto se salen de las huellas?.

En referencia a los subtextos.

- ¿Pueden reemerger los componentes reprimidos de la APS en contextos políticos diferentes?
- ¿Una nueva síntesis de APS Integral o comprensiva, puede ser una agenda de Reforma del sector salud?

Como parte de las actividades tendientes a problematizar las cuestiones citadas, realizamos un encuentro en el que se presentaron diversos dispositivos de formación, investigación y gestión de APS que se implementan en la Provincia de Buenos Aires, en la Ciudad de Buenos Aires y en otras zonas del país, a fin de visualizar el estado del arte de la estrategia, entretejer continuidades entre los mismos, en referencia a los intertextos, y realizar un armado transversal ligado a los núcleos de producción de salud.

5. Fuentes de ayuda más allá del apoyo del Teasdale-Corti

Durante el proceso de investigación surgieron una serie de líneas de trabajo colaterales y conectadas que han llevado al conjunto de los miembros del equipo a desarrollar investigaciones sobre temas altamente correlacionados con el objetivo general de este proyecto. En una apretada síntesis esta investigación se ha conectado y/o beneficiado con los aportes de:

- Proyecto El Agora-Instituto de la Salud J. Lazarte: “El campo de la salud en la Argentina: análisis de actores, lógicas y reglas para la construcción de un sistema equitativo e integrado”. Este proyecto contó con el apoyo financiero de las Becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia, Categoría Proyectos Institucionales, otorgadas por el *Ministerio de Salud de la Nación* a través de la Comisión Nacional: Salud Investiga. Esta investigación orientada a la indagación de determinantes actuales y genealógicos de la fragmentación en el sistema de salud, y a la identificación de los intereses y fuerzas operantes en el mismo, tuvo como objetivo contribuir con conocimiento relevante al diseño de un mapa de actores, interrelaciones, posicionamientos y recursos en juego que permitiese la identificación de estrategias para avanzar en la construcción de un sistema más equitativo e integrado. Los escenarios donde se desarrolló el estudio fueron la Provincia de Santa Fe y los ámbitos donde se define la política sanitaria nacional. En el caso de la Provincia de Santa Fe, donde se intenta llevar a gran escala la experiencia acumulada en veinte años -de un sistema basado en la APS con varios rasgos que lo acercan a un modelote APSI- en el municipio de Rosario. Encontramos que la estrategia de APS constituye efectivamente el norte discursivo que orienta la política de salud. Esta clara orientación no se verifica, sin embargo, en el escenario político nacional, cuyas voces se diversifican al definir la importancia del papel que juega la APS dentro del sistema, apareciendo en el discurso como un elemento idealizado que tiñe la mayoría de las propuestas de integración con cierto escepticismo frente a la supremacía del mercado.

- Plan de Interculturalidad y Salud de los Bicentenarios 2010-2016 de El Agora: se vino desarrollando casi simultáneamente con el actual proyecto, en esta fase se desarrolla una investigación-acción orientada fundamentalmente a la inclusión de una perspectiva de interculturalidad en las interfaces equipos de salud y educación/población. Cabe destacar que este proyecto cuenta *con el apoyo financiero de Unicef Argentina*. El abordaje de interculturalidad política, centrado más en la dimensión de derechos, ha desafiado el desarrollo de los servicios de salud y las mismas concepciones de calidad centrada en el ciudadano en tanto debe comprenderse en profundidad la tan conocida frase de Boaventura Santos: “el derecho a ser iguales cuando la diferencia inferioriza, el derecho a ser diferentes cuando la homogeneidad desnaturaliza”.
- Proyecto de Evaluación de Tecnologías Apropriadas: en forma paralela, durante el año 2009/2010, El Agora y el Instituto de la Salud Juan Lazarte llevaron adelante una línea de investigación-acción sobre tecnologías apropiadas con el apoyo financiero del proyecto: Funciones Esenciales de Salud Pública gestionado por la *Comisión: Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación*. El proyecto comprobó que a pesar del olvido del componente de tecnologías apropiadas, que marcó tan claramente, las primeras etapas de la APS, este abordaje no solo ha mostrado que continua interrogando de forma sostenida las prácticas, sino que incluso ha incrementado su importancia, en tanto se vienen multiplicando las alternativas tecnológicas que se aplican, en ocasiones acriticamente, en el primer nivel de atención.

Por otra parte, además del financiamiento que aportó El Agora, este estudio contó con el apoyo invaluable de la Asociación de Profesionales de la Salud de Salta (APSADES) para el trabajo en General Güemes y de la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, Línea Fundadora con un proyecto estable en la Villa 31 .

Asimismo, los empleadores de los integrantes del equipo, Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario, Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y Dirección de Capacitación, Docencia e Investigación del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, usuarios reales y potenciales de los resultados de esta investigación han contribuido al desarrollo del estudio facilitando tiempo, redes de contactos para la realización de entrevistas y otras actividades.

6. Metodología

La metodología combinó elementos objetivantes (relevamiento documental y bibliográfico) con herramientas de relevamiento cultural o intersubjetivo como entrevistas estructuradas, semiestructuradas y en profundidad a actores relevantes a fin de dejar un margen amplio para la emergencia de aspectos no relevados, y con la perspectiva de poner en consideración, en términos de validación, los propios

supuestos de la investigación; observación participante en ambos escenarios así como también en jornadas, congresos y encuentros sobre APS a fin de realizar ajustes y correcciones; además de la realización de grupos focales orientados a percibir la interacción entre los actores y el grado de complementariedad o antagonismo de sus perspectivas.

Dado que se estima que los resultados de la investigación son capaces de influir sobre los procesos formativos del personal de salud en términos de aprendizajes y desaprendizajes, consideramos que la metodología de investigación seleccionada contribuye a validar la utilidad de diversificar las voces y las fuentes de conocimiento pertinentes en un contexto de interculturalidad y desarrollo de nuevos escenarios de aprendizaje.

A- Actividades de la 1º y 2º etapas:

-Relevamiento bibliográfico y contrastación del primer marco teórico.

Con el apoyo de miembros del equipo de El Agora con conocimiento directo de los escenarios de investigación se consolidó el marco teórico de la investigación perfilando los instrumentos y ajustando las metodologías previstas.

-Grupo focal:

Se realizamos un ejercicio de grupo focal con expertos en formación de profesionales de la salud, a efectos de incluir precozmente la perspectiva de los “futuros usuarios” de los resultados de la investigación, reflexionando sobre las dificultades y obstáculos que ya se visualizaban en los procesos de formación, especialmente en las residencias de diferentes profesionales del equipo de salud que se desarrollan parcial o integralmente en escenarios comunitarios.

-Entrevistas semi-estructuradas con informantes-clave:

Como tercer paso, realizamos una búsqueda de informantes claves para cada uno de los escenarios, rastreando trabajadores y profesionales de la salud que han desarrollado su práctica en el ámbito de la APS durante algunos de los períodos establecidos.

Diseñamos una guía de preguntas para las entrevistas, que fue testeada con una primera tanda de entrevistados y que luego fue reformulada en función de las necesidades detectadas.

Posteriormente, conformamos una muestra de informantes clave incluyendo profesionales de distinta formación (trabajadores sociales, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos); trabajadores de distintos estratos (agentes sanitarios, personal administrativo) y funcionarios de distinta jerarquía (ministros, directores de hospitales y de áreas programáticas). También hemos tomado contacto con algunos miembros de la comunidad de sacerdotes del Tercer Mundo, para el caso específico de la Villa 31.

-Relevamiento de material documental y bibliográfico:

Paralelamente a todas las actividades realizadas –entrevistas y grupos focales– mantuvimos la búsqueda constante de materiales bibliográficos y documentales que nos ayudaron a ampliar, profundizar y evaluar los resultados y hallazgos que provenían del discurso de los actores entrevistados; posibilitándonos la revisión permanente de nuestros supuestos e hipótesis de base, así como enmarcar conceptual, política e históricamente las producciones; elementos que fueron analizados y debatidos en nuestras periódicas reuniones de equipo semanales.

-Construcción de instrumentos de análisis:

Asimismo, abordamos el material producido en las entrevistas a partir de un instrumento de análisis que permitió, por un lado, identificar con claridad los componentes de la APS, mientras que por el otro, posibilitó “recortar” las entrevistas sin descontextualizar los discursos de los entrevistados para evitar fragmentarlos en citas aisladas. Para ello, diseñamos una codificación especial a través de la cual trabajamos manipulando las entrevistas sin mediaciones.

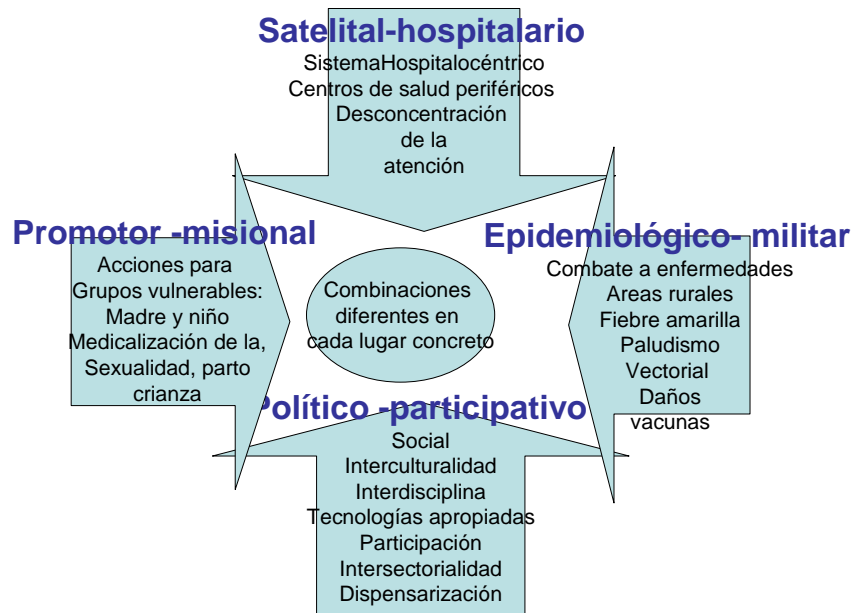
A los fines de dilucidar las particularidades de las orientaciones bajo los cuales se han implementado las distintas experiencias de APS en nuestro país diseñamos la siguiente matriz de análisis (integrada por 4 modelos de APS).

Resulta importante aclarar que las denominaciones acuñadas para los fines de estos trabajos tienen un carácter didáctico y operativo para nuestra investigación y no intentan ser una caricatura ni mucho menos minimizar el esfuerzo extraordinario de trabajadores de todas las categorías profesionales que por varias décadas han extendido las coberturas de prácticas beneficiosas para la salud, han detectado factores de riesgo, han promovido consultas precoces y han llevado conocimientos pertinentes a poblaciones que eran marginadas también del acceso a los servicios de salud, desempeñándose con un fuerte compromiso a pesar del escaso reconocimiento del propio sistema de salud

Los cuatro modelos pueden sintetizarse en los siguientes términos:

- Epidemiológico Militar
- Promotor-Misional
- Satelital-Hospitalario
- Político-Participativo

En el grafico que sigue a continuación se encuentran representados cada uno de ellos:



-Actividad de Difusión de resultados 1° y 2° etapa:

- A efectos de compartir los resultados parciales de nuestra investigación y obtener cierto feed back de colegas investigadores, presentamos, en el 2009, una ponencia compartiendo una suerte de informe de avance en las *Jornadas de Salud y Población*, organizadas por el Instituto de Investigación *Gino Germani* de la Universidad de Buenos Aires. Esta experiencia fue altamente enriquecedora ya que el intercambio con miembros destacados del campo de las ciencias sociales especializados en salud ha permitido ajustes en aspectos teóricos, metodológicos y comunicacionales de nuestro estudio

B- 3ª etapa:

En esta 3ª etapa acumulamos las referencias, testimonios y evidencias que nos permitieran estructurar un guión o varios guiones para deconstruir la estrategia y

desplegar un **nuevo modelo de formación** que posibilite transformar los “*habitus tecnocráticos*” del personal de salud en pos de la implementación de una APS Integral.

Para ello, nos detuvimos en las definiciones conceptuales que nos permitieron abordar este nuevo objetivo. Las nociones de *campo*, *hábitus*, *competencias*, *marcas* y *huellas* coadyuvaron en nuestros objetivos.

Con los modelos conformados pasamos a reinterrogar el presente y las perspectivas para articular investigación-acción.

Constatamos que en la primera década del SXXI, la gente empezó a perder el temor. Los discursos y gestos políticos, como la reapertura de juicios y recentralización de organizaciones de derechos humanos, coadyuvaron a este levantamiento de la represión... por lo que, en lógica investigación-acción nos propusimos interrogar a quienes, nos parecía, tienen o han tenido en el pasado reciente, una experiencia influyente en el modo cómo los nuevos RRHH para APS se están formando.

Seleccionamos especialmente la capacidad de agencia de tres jurisdicciones: Nación; Provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires; las que concentran, en su conjunto, casi todo el financiamiento de la capacitación de posgrado de la Argentina.

En esta etapa se utilizó como instrumento de análisis un esquema de exploración heterodoxo y cualitativo que hemos ido acordando y que nos ha llevado a diferenciar cuatro planos:

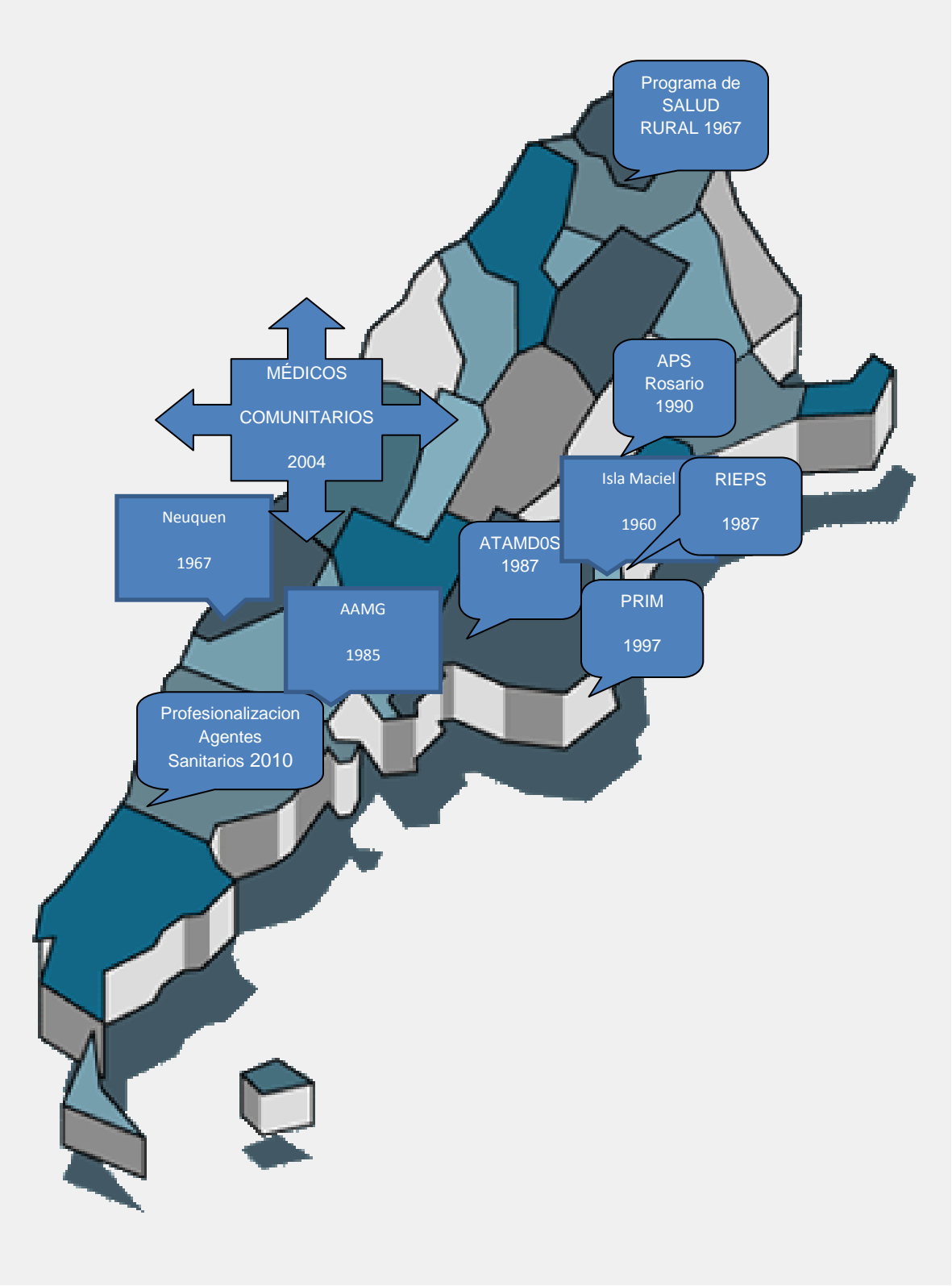
A. Texto: nos referimos a las observaciones y discursos que hemos extraído de los protagonistas y arquitectos actuales y pasados de nuestro objeto de investigación: la Atención Primaria de la Salud en la Argentina y que constituye el conjunto de datos de producción primaria de la investigación.

B. Contexto: nos referimos a una serie creciente de datos de información secundaria proveniente generalmente de libros, de materiales de otras investigaciones, de documentos, de notas periodísticas, para entender en qué marcos inscribir los discursos proferidos.

C. Subtexto: hacemos referencia a un psicoanálisis, socioanálisis ó análisis discursivo, que busca en los resquicios de lo dicho y de lo no dicho campos de fuerza, modelos, rastros, huellas, marcas. Esta dimensión no surge solamente de los intersticios del texto sino de las contradicciones encontradas entre los diversos testimonios y de estos con los datos contextuales obtenidos y que debe ser muy cuidadosa para evitar sobreinterpretaciones y artefactos caprichosos.

D. Intertexto: nos referimos a cómo se inscribe esta investigación en un contexto más amplio que articula lo que el equipo ha hecho personal e institucionalmente durante estos tres años; lo que recibió como aporte y lo que pudo aportar a esta investigación.

Siendo los entrevistados de el último tramo parte de experiencias atípicas, poco usuales respecto a la propia historia del país a las que internamente denominamos “experiencias desviadas” pero a las cuales también entrevemos como “portadoras de futuro” situamos a las mismas en un mapa de nuestro país, lo que permitió visualizar, en una suerte de reconstrucción genealógica de la APS, su extensión y el alcance:



Las experiencias mencionadas por los entrevistados fueron:

- a) La experiencia integral en la isla Maciel, que data de 1966, organizada y dirigida por la Secretaría de Extensión de la UBA y que realizaba actividades de Planificación Familiar que fueron objeto de controversia, y que ya en esa época aplicaba principios que luego aparecerían en la estrategia de APS
- b) El Programa de Salud Rural -cuyo antecedente en los años '30 lo constituye un Programa llamado curiosamente de 'Policía de Focos', consistente en la lucha anti-palúdica liderada por el Dr C. Alvarado en Jujuy- muy asociado con el que denominamos Modelo Epidemiológico Militar con agentes sanitarios que luego reaparecería en Salta y en otras regiones del país con alto impacto en la reducción de indicadores de mortalidad infantil en provincias con datos pavorosos.
- c) El Plan de Salud de Neuquén, un Plan de salud orientado por lo materno-infantil con hospitales de puertas abiertas y basado en la formación y radicación de médicos rurales que también exhibió un éxito manifiesto en la disminución de indicadores de morbi-mortalidad, muy saciado al Modelo Promotor-Misional
- d) La Asociación de Medicina General- más tarde, Federación FAMG -, rama de la medicina que adquirió especial auge luego de la dictadura, reúne en 1985 a la totalidad de los Médicos Generalistas y propone, entre otras cosas, la formación de los médicos en los Centros de Salud y organiza anualmente un Congreso Internacional con una amplia convocatoria interdisciplinaria
- e) La RIEPS (primera e inédita Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud) en la Ciudad de Buenos Aires, un modelo de formación profesional creado en 1987 que forma trabajadores de diferentes disciplinas: médicos, odontólogos, sociólogos, psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales, psicopedagogos, enfermeros, licenciados en comunicación; cuyo campo de intervención prioriza la promoción y prevención en Salud
- f) En 1987 también, el entonces ministro de la provincia de Buenos Aires, Dr. Floreal Ferrara crea el Programa ATAMDOS (Atención Médica Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud) con el propósito de virar el eje de la atención hospitalaria hacia la atención ambulatoria y domiciliaria, con equipos de salud constituidos por profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, odontólogos) con población a cargo asignada de acuerdo a la accesibilidad geográfica de la Provincia. Hemos constatado a través de los testimonios que esta experiencia, aunque efímera (duró apenas 4 meses el mandato de Ferrara) es una de las marcas más importantes en la conceptualización e implementación de otras experiencias de APS en el país
- g) Destacamos también la creación de la Dirección de APS en la Ciudad de Rosario Provincia de Santa Fe en 1990, como un gesto contrahegemónico y culturalmente muy efectivo, en la medida en que apostó a la Salud Colectiva en

pleno auge neoliberal, con un éxito duradero que hoy ha posibilitado su extensión a escala provincial.

- h) Los PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias), otro modelo profesional que como un híbrido de los ATAMDOS y las RIEPS en la formación de Residentes, intentan rescatar 10 años después, los principios de la APSI replicándose y en vigencia como modelo formativo hasta el presente enfatizando la interdisciplina en el primer nivel.
- i) El Programa de Médicos Comunitarios (PMC) organizado por el Ministerio de Salud de la Nación con fondos de un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo con alcance en todo el país desde el 2004; otorga becas a profesionales y no profesionales que a la par que estudian cubren necesidades asistenciales y otras exigencias sanitarias del 1er Nivel de Atención, fortaleciendo la APS. Este programa se conecta con otro que originalmente no es de recursos humanos y que se denomina REMEDIAR. Un programa de la misma fuente de financiamiento (BID) que busca promover la utilización de los centros existentes en las provincias y municipios (rebautizados CAPs o Centros de Atención Primaria) a través de la entrega de cajas estandarizadas de medicamentos para ser distribuidos gratuitamente a la población. Como este programa que llega a casi 6800 centros en todo el país tiene un componente educativo para mejorar la prescripción y uso de medicamentos ha generado en el 2005 –aun con debilidades metodológicas- la única base de datos que se conoce sobre recursos humanos en el primer nivel en Argentina.
- j) Por último, la experiencia de Profesionalización de Agentes Sanitarios en Chubut que intenta fortalecer una APSI y de calidad, esta vez, para fortaleciendo la tarea de los no profesionales que por mas de 30 años consolidaron el 1er Nivel de Atención. La propuesta es también desarrollada por la provincia de Jujuy y la de Misiones.

-Actividad preliminar de difusión de resultados de 3° etapa:

- En el mes de mayo de 2010, y como ‘prueba piloto’ de la utilidad que la investigación comenzaba a aportar a nivel de la formación de RRHH, concretamos dos Talleres sobre APS con trabajadores del Cesac N° 14 titulados: “APS: ¿De dónde viene, hacia dónde va?”. Se trabajó con los integrantes de un equipo de salud de la Ciudad de Buenos para identificar los problemas de las prácticas cotidianas en APS, su relación con los determinantes sociales y las dificultades que impiden el pleno desarrollo de una APSI. Como resultado de la experiencia pudo visualizarse en el equipo la importancia de contar con espacios periódicos de reflexión e intercambio de miradas y saberes

-Observación participante

- Se realizó también en septiembre de 2010, una observación participante en un taller con las instituciones responsables de la formación de los trabajadores del primer nivel de atención: Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud de la Nación, universidades y referentes de municipios y provincias a fin de evaluar el proceso de formación del personal de salud en APS y formular propuestas. En ese marco se registró la dificultad de definir el rol educativo del formador en APSI y sus competencias para facilitar la gestión intersectorial en relación a los determinantes sociales de la salud.

7. Breve reflexión sobre cuestiones éticas involucradas en el estudio, que incluye preocupaciones políticas que el estudio permitió emerger.

El estudio ha despertado preocupaciones e interrogantes sobre las posibilidades de generar cambios en la formación de recursos humanos y en especial sobre el rol que podría asumir la población en el diseño de una nueva currícula y su incidencia en las políticas sanitarias.

Si bien aún no se ha efectuado la devolución de los resultados en Gral. Güemes y en la Villa 31 hemos podido mantener contacto con nuestros entrevistados y realizar devoluciones parciales quedando pendiente la posibilidad de otras instancias de encuentro.

Tampoco se ha podido viabilizar todavía la propuesta de parte del grupo de Salta, de que esta investigación contribuya a hacer justicia y ponga en evidencia la baja visibilidad que ha tenido el trabajo de los agentes sanitarios en toda la provincia en estos más de 30 años de experiencia del Programa de APS.

8. Resultados

- a. LA APS ha sido un referencial insoslayable pero ambiguo ya que no es ni ha sido una política prioritaria para la salud pública en Argentina. El modelo de atención ha sido históricamente hospitalocéntrico y las reformas que se

sucedieron fueron dictadas por diversas lógicas que coincidieron primero en discusiones políticas (sistema federal vs unitario) luego en cambiar el modelo por la vía del financiamiento (sistema de salud vs. Seguros). Se trate de intentos fallidos de seguros universales o de mecanismos de subsidio a la demanda, el resultado neto del período fue un incremento de la presencia del sector privado mientras la estrategia de APS ha ocupado un rol subsidiario en un modelo claramente hospitalocéntrico, ya que -entre otras cuestiones- como regularidad del período en estudio la salud pública ha sido funcional a la expansión de una medicina de mercado, minimizando las responsabilidades y los costos sanitarios.

- b. Se percibe que una de las principales debilidades que presenta la estrategia de APS es que la misma no estuvo formulada en su origen, en términos estratégicos. Se privilegió la ambivalencia y la imprecisión para generar consensos y no se identificó claramente a actores, intereses en juego, conflictos potenciales, aliados, etc. La ausencia de una noción de campo no preparó a quienes por su posición e historia adhirieron (gobiernos, movimientos sociales, políticos, corporaciones profesionales) para la contienda. El campo se organizó entre diferentes tendencias, a veces complementarias, a veces contradictorias, cada una de las cuales se perciben a sí mismas como “las auténticas APS”. Estas contradicciones pueden resumirse en dos extremos: por un lado, aquellas líneas que persiguen como objetivo mejorar los indicadores sanitarios y por el otro, las que buscan mejorar la distribución del ingreso, la calidad de vida y avanzar hacia los determinantes de la salud. En el medio encontramos infinidad de concepciones, algunas que buscan bajo distintas formas, combinar los componentes de la APS.
- c. En ninguno de los espacios analizados en esta investigación se desarrolla plenamente la dimensión política de la APS. Ni en General Güemes donde la tradición de puebladas y la continuidad institucional de un programa con raíces comunitarias podrían facilitarla; ni mucho menos en la conflictiva y por períodos heroica Villa 31. A pesar de tratarse de espacios de fuerte movilización política, ninguno de los componentes definitorios de la APS logran instalarse en las prácticas cotidianas de los equipos y la comunidad. A tal punto que la ausencia de estos elementos ni siquiera se percibe como una fragilidad de sus modelos de atención.
- d. Tanto en la formación de los recursos humanos como en la práctica cotidiana, a lo largo del tiempo, la política sanitaria operó con dispositivos de represión, disciplinamiento y orientación de las prácticas de APS (marcas que van desde secuestros y desapariciones hasta estrategias de disciplinamiento como nuevas tecnologías organizacionales, subsidios o

bienes materiales), de manera tal que sólo se han permitido desarrollar aquellas prácticas que no han sido percibidas como “desviadas” o “peligrosas” para los objetivos de la política sanitaria. Las marcas dejadas por aquella política configuran los hábitos que han llevado a un cierto “autodisciplinamiento” delimitando a priori “en qué se debe meter y en que no” el personal de salud que está en el Primer Nivel de Atención.

- e. Encontramos que los componentes políticos de la APS, como participación social, dispensarización, intersectorialidad, interdisciplinariedad, interculturalidad y desarrollo de tecnologías apropiadas, no se encuentran, o se encuentran muy acotados, normatizados y normalizados como para esterilizar o moderar su potencial de transformación. La particular combinación entre ellos da como resultado, una peculiar forma de practicar y concebir la APS en cada espacio y periodo temporal. De esta manera se ratifican o refutan las habituales idealizaciones de estos elementos y sus combinatorias.
- f. A través de las exploraciones surgió una “modelización” de diferentes perspectivas de abordaje del trabajo sanitario en territorios y comunidades cuyos orígenes anteceden en más de un siglo a la declaración de Alma Ata. Así, complejizando la díada APS Integral vs Selectiva, y a través de una reconstrucción genealógica, pudimos caracterizar una serie de iniciativas que dieron origen a prototipos de intervención que a partir de Alma Ata se fusionan, mezclan y combinan bajo la nueva denominación genérica de APS. Identificamos así:
 - A) Un modelo de inspiración en la lucha contra vectores que se desarrolla inicialmente por fuerzas militares y que denominamos “epidemiológico militar”.
 - B) Un modelo de promoción social muy orientado a las mujeres pobres, con rasgos moralistas dirigido a promover pautas de crianza y sexualidad que denominamos “promotor misional”.
 - C) Un modelo inspirado en la descentralización de algunas actividades médicas, basado en el informe Dawson y en el desarrollo de la atención médica primaria, que da origen a definiciones como Centro periférico, y que denominamos “satelital-hospitalario”.
 - D) Un modelo autogestionario, muchas veces producto del aislamiento o la falta, o imposibilidad de respuesta del Estado, o de la ayuda internacional, que denominamos “político autogestivo”.

Especulamos sobre una redefinición del concepto de APSI que constituya una síntesis superadora constituida con los rasgos mas promisorios de los cuatro modelos.

- g. Encontramos que las experiencias concretas no son en ningún caso modelos puros. No obstante, pueden caracterizarse por el predominio casi paradigmático de algunos de estos rasgos, aunque asumimos que, desde la reunión de Alma Ata, la **participación social** como derecho y como responsabilidad puede hacer la diferencia, ya que ha sido reconocida, al mismo tiempo, como uno de los componentes esenciales de la estrategia de APS y como un derecho de las comunidades, dado que les posibilita, a partir del reconocimiento de las propias necesidades, la construcción de capacidades para analizar y priorizar estrategias, fortalecer lazos de solidaridad, fomentar el intercambio de saberes y experiencias y formular y negociar propuestas de resolución de sus problemáticas.
- h. Sin embargo los actores entrevistados encontraron dificultades para pensar la participación de la población en el primer nivel de atención y menos aun en el diseño de las currícula de formación de los nuevos recursos humanos. La participación es habitualmente entendida por muchos como un modo de colaboración o de contención.
- i. Por otro lado, el componente que permite concluir que la APS es una interfaz de encuentro y negociación entre culturas diferentes, es el de **Interculturalidad**. Cabe aclarar que, si bien formalmente no ha sido considerado rasgo esencial en dicha estrategia, en nuestra exploración se constituye como tal, ya que, si la implementación de la APS es integral, los equipos sanitarios deben garantizar la adecuación de los servicios a las características sociales y culturales de las comunidades con las que interactúan cotidianamente. Más aún, si se trata de incrementar la capacidad social de decisión sobre los recursos de las comunidades para identificar sus necesidades y problemas -tal como lo indica el espíritu de la APS-, es imprescindible partir de un acercamiento que permita comprender las distintas realidades culturales existentes, aceptándolas en toda su diversidad y riqueza.
- j. Los referentes de experiencias promisorias o “desviadas” a los que hemos entrevistado, pese a que consideran que han contribuido a recuperar componentes reprimidos (especialmente interdisciplina e intersectorialidad), y si bien proponen la necesidad de crear dispositivos para la promoción de la participación social, reconocen que ésta no ha logrado plasmarse genuinamente en sus prácticas. Consecuentemente, algunos han planteando la necesidad de problematizar cuestiones, tales como: ¿El componente participación no aparece por la represión o hay algo que pasa con el proceso salud –enfermedad- atención que hace que la gente no se interese por acercarse a participar? ¿Por qué en otros ámbitos (educación, desarrollo social, seguridad) la población participa en mayor medida? ¿Quién es el actor interesado en participar en salud? ¿El que habla es representativo de la comunidad o son los punteros de la zona?

- k. Los referentes también han coincidido en la multiplicidad y diversidad de obstáculos que inciden para la efectivización plena de una APS Integral en nuestro país. El poder de la corporación médica, la industria farmacéutica y de las tecnologías de diagnóstico, así como también la falta de planificación en el primer nivel de atención en base a las características poblacionales, la cristalización de modelos formativos que no dan respuesta a las principales problemáticas de salud de los conjuntos sociales y los prejuicios de los profesionales que intervienen en el primer nivel de atención tales como la reiteración indiscriminada de la baja participación y/o organización en lugar de algunos de los señalados.
- l. También coincidieron en señalar como principales obstáculos específicamente en relación a la implementación de APS en áreas urbanas como la ciudad de Buenos Aires, están derivadas de la conjunción de una alta concentración poblacional y la caótica planificación urbana, lo que genera la imposibilidad de llegar a la población que padece de modo más acentuado la vulneración de su derecho a la salud como la que habita villas o inquilinatos. El explosivo crecimiento poblacional sin correlación alguna con los recursos humanos que se destinan al primer nivel de atención también opera como un bloqueador para la dispensarización de la población dado que la mayoría de los centros de salud, si bien conocen la delimitación de su área de referencia, no pueden avanzar en esta modalidad. Peor aún, la superposición de recursos derivada de la forma de organización por programas típica del primer nivel de atención (ligados a lo étéreo, o a patologías específicas) pero además sin asignación presupuestaria, no hace más que agudizar la inequidad en salud imperante.
- m. Hemos podido constatar en los educadores coincidencias respecto de la necesidad de romper con las lógicas de formación tradicional en salud. Promover espacios formativos transversales para todos los profesionales de la salud que derriben los disciplinares (eminentemente biologicistas, curativos e individuales como los de los médicos) y que fomenten la construcción de conocimiento a partir de la práctica, fue una de las iniciativas más destacadas por los educadores. También fue enfatizada la relevancia de que el despliegue de procesos educativos se plasme en base a los problemas generados por las necesidades socialmente construidas de la población. Esta cuestión visibiliza además la necesidad de incorporar un conjunto de problemáticas ligadas a vulnerabilidad que afecta a importantes sectores sociales (poblaciones en asentamientos sin acceso a agua segura, y conviviendo con roedores; violencia; adicciones) que están ausentes en la currícula de formación de los equipos de salud.
- n. Las experiencias denominadas como “desviadas o desmarcadas” se han transformado en cierta forma en enclaves que seleccionan qué tipo de contacto es estratégico establecer con los distintos niveles de atención, en

los establecimientos asistenciales, instancias gubernamentales, etc. Generalmente estas experiencias –como todo el sistema de formación denominado en Argentina de residencias y concurrencias- no responden o no cuentan con lineamientos políticos de la gestión de turno, inciden poco sobre “la planta” o sobre el resto del personal y de las instancias institucionales, sin embargo en el vacío se provén su propio eje de política al promover cambios o resistir formas tradicionales de práctica y de capacitación.

- o. El Primer nivel de atención aparece como un escenario privilegiado de aprendizaje (cercanía con la población, mejor percepción de los problemas y necesidades, etc.) sin embargo también se comporta como una extensión o una mala copia de la modalidad hospitalaria de atención lo cual provoca frustración y desaliento en relación a la posibilidad de generar aprendizajes desde una perspectiva d la APS-I.

9. Análisis y discusión de los hallazgos

Partiendo del análisis del título y los subtítulos de nuestra investigación, “La dimensión política de la Atención Primaria de la Salud (APS) en Argentina: crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos”. Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en una exploración temporo- espacial. Comenzaremos por caracterizar a que nos referimos cuando hablamos de **crecimiento desordenado**.

A partir de la dictadura se constata un crecimiento exponencial de profesionales en el primer nivel de atención; mientras a comienzos de los 80's la actividad profesional en el primer nivel constituía una rareza para el año 2005 aproximadamente un 12% del total de la fuerza laboral total del sector salud se encuentra desarrollando tareas en el 1er nivel de atención en el subsector público. Han proliferado los centros de salud fundamentalmente en la zonas urbanas y periurbanas, quintuplicando su cantidad, por ejemplo en la Ciudad de Buenos Aires, pasando de 8 en 1983, finalizando la dictadura, a 40 que se contabilizan en la actualidad. Lo mismo ha ocurrido en grandes ciudades como Mendoza, Córdoba, el conurbano de Buenos Aires, La Plata o Rosario (en esta última pasó de 15 a mas de un centenar. En Salta como en otras provincias que aplicaron el programa con agentes sanitarios y que fueron estabilizados en la planta permanente se hibridó en la práctica la actividad de los agentes sanitarios con una expansión de centros de salud en zonas urbanas y periurbanas que pobló de profesionales zonas en donde no los había.

La expansión profesional se realizó fundamentalmente al ritmo de la oferta del mercado de trabajo y así vemos que la composición de los centros de salud es muy diversa y según el caso puede diversificarse enormemente. Así mientras el interior de Salta se limita a Médicos generalistas pediatras auxiliares de enfermería y agentes sanitarios un

centro de salud promedio en zona urbana como los de Buenos Aires pueden contar con diversas especialidades médicas (generalista, clínico, pediatra, todocoginecólogo, psiquiátrica, etc.), odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, parteras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, enfermeras profesionales, farmacéuticos la mayoría de los cuales define por su cuenta las funciones y desempeños esperados en el primer nivel de atención y el grado de articulación con el resto del equipo-

En buena parte del país esta expansión que alcanza casi a 70.000 funcionarios se ha expandido bajo formas precarias de relaciones laborales: becarios, contratados, designaciones transitorias, pasantes, municipalización de cargos, financiamientos con crédito externo, lo que constituye otra forma de expresar la ausencia de una política de salud que se haya constituido como una cuestión de estado.

Resulta complementario señalar que la expansión del primer nivel con personal en ocasiones sobrecapacitado pero al mismo tiempo no capacitado ni motivado para el desempeño en ese nivel viene acompañado de un estancamiento de cuatro décadas en la inversión en infraestructura hospitalaria. Esto hace que la natural expansión de la detección de problemas complejos en el primer nivel genere derivaciones que con frecuencia no tienen respuesta en una estructura hospitalaria plana con inversiones desparejas y arbitrarias, sin vinculación con el relevamiento de necesidades de poblaciones que crecen y en ocasiones se han pauperizado o con la pérdida del empleo estable han perdido otras coberturas de salud. Así se ha hecho popular la frase que en algunas regiones del país, especialmente en las grandes ciudades debería hablarse más de un primer nivel de atención que de un primer nivel de contención.

Componentes reprimidos.

Los componentes reprimidos fueron apareciendo a lo largo de la investigación.

La participación social nunca ha sido un componente central en el juego, aunque en la historia sanitaria del país han existido experiencias autogestionarias de diverso origen (comunitario, religioso, cooperativo) generalmente en proporción inversa a la presencia o intervención del estado en los territorios.

En los 90 se produce una escisión completa entre el sector Salud y el de Desarrollo Social a nivel de la organización del Estado Nacional con repercusiones en provincias y municipios. Esta división resultó funcional a las políticas neoliberales y al apoyo de los Bancos Internacionales de Crédito que veían en salud y educación sectores demasiado “universalistas” y resistentes a las políticas focalizadas y compensatorias de la destrucción intencional del empleo estable que proponían. Desde entonces en la Argentina salud y desarrollo social se han desacoplado dificultando la acción intersectorial. La brecha en la cultura es tan fuerte que incluso en una reciente iniciativa que promueve centros en donde deben trabajar juntos personal de salud y de

desarrollo social en la mayoría de los casos no se logran integraciones que vayan mas allá de una buena vecindad.

Respecto a la problemática de Tecnologías en Salud se creó en la década de los 80's una Dirección de Evaluación de Tecnologías pero la misma fue disuelta en la década posterior. Actualmente existe una agencia que controla medicamentos y equipos médicos pero no aporta a el desarrollo de una política de tecnologías apropiadas en APS. Durante una investigación concurrente ya mencionada se detectó por ejemplo que los profesionales médicos que se desempeñan en el primer nivel no estaban participando ni enterados del sistema de farmacovigilancia del que sin embargo por ley deben formar parte.

Uno de los productos que generó la represión de los componentes es la evidente medicalización de la APS puesta de manifiesto en la multiplicación de profesionales asignados al primer nivel, en detrimento de otras disciplinas y categorías profesionales, ejerciendo una clara hegemonía de su modelo y sus lógicas de atención y formación. Esta medicalización viene reforzada por las políticas de dotación de medicamentos (programa REMEDIAR) que refuerzan la idea que los centros de salud son en la práctica policonsultorios.

Esta misma medicalización enraizada en la formación y en las prácticas de los equipos de salud ha arrinconado al personal de extracción comunitaria y ha favorecido la escasa perspectiva intercultural en el modelo de atención.

Conflicto de modelos

En los escenarios analizados encontramos que respondían predominantemente a dos de los modelos enunciados en nuestra matriz estos son:

- en Gral. Güemes el modelo Epidemiológico Militar.
- en la Villa 31 el modelo Promotor Misional,

Durante la dictadura el modelo Epidemiológico Militar que ya se había desarrollado en la década de los 60's es claramente reabsorbido en las zonas alejadas del conflicto político-militar mientras que el modelo Promotor Misional es reprimido ya que se había desarrollado en zonas de conflicto y en la polarización de la época fue visualizado como parte de ese mismo conflicto, de acuerdo a las marcas y huellas que persisten en la memoria colectiva de los testimonios recogidos.

Ésos mismos testimonios nos permiten especular que el modelo epidemiológico militar no sufrió represión en la medida de que se trataba de una atención de sectores pobres para pobres ya que los agentes sanitarios que representan fuertemente este modelo provienen de la misma clase social que la población que lo utiliza.

En cambio el modelo promotor misional generó represión absoluta ya que desde su origen misional, vinculado a los cambios políticos e incluso a preceptos de “la opción por los pobres” de la iglesia del tercer mundo, acercó a muchos profesionales de clase media a población vulnerable considerada marginal generando un proceso de concientización político de doble vía.

Esa época “Los 70” es la manifestación de un cambio en la tradicional actitud discriminatoria de la población de las villas que pasan a tener un fuerte protagonismo político. Esta transformación apareció como un fugaz borramiento de la estructura diferencial de clases, una ruptura con el status quo, un quiebre generacional, en definitiva un ataque al corazón del sistema.

Semejante expresión de la presencia de profesionales que borraban los límites de clase fue visto como una amenaza mayúscula que generó una reacción y una represión que puede parecer desproporcionada pero buscaba generar una suerte de “castigo ejemplar” en términos foucaultianos, constituyendo una marca que se construyó de evidencias y relatos de persecuciones, asesinatos, secuestros, torturas y desaparición forzada de personas que ha permanecido de una forma u otra en las siguientes generaciones profesionales por 25 años. El mensaje era enviado simultáneamente a las propias poblaciones por los mismos métodos a lo que debe agregarse las topadoras, esas máquinas de destruir, aplanar, demoler las precarias viviendas que forma parte inseparable de la historia de la Villa 31. El relato de uno de nuestros entrevistados que rememora el momento en que las topadoras arrasaron “su” centro de salud continúa siendo por su fuerza simbólica un momento de alta intensidad de nuestra investigación.

La marca, un refinamiento de la violencia denominada crueldad, deviene siempre en un mensaje pedagógico, que operó con un mensaje claro “no traspasar el límite” que la cultura profesional decodificó por tras de la propia palabra “participación social” que desde entonces es hablada pero pocas veces practicada treinta años después “por las dudas”.

La proliferación desordenada del primer nivel se pudo desarrollar hasta alcanzar las actuales dimensiones con una relativa baja conflictividad con posterioridad a la efectividad “didáctica” de este mensaje, de esta marca, en los profesionales.

Durante la crisis del 2001 se produjo en el país una extraña coincidencia entre sectores populares que habían perdido su empleo y sectores medios que habían visto confiscados sus ahorros, lo que hacía reaparecer por debajo de la marca las memorias de una conciencia política anestesiada. La reacción desmesurada de la prensa conservadora operando abiertamente para dividir esa alianza transitoria muestra hasta

que punto las elites conservadoras hacen de la clara división de grupos y estratos sociales una cuestión central de estabilidad de su modelo de sociedad.

En conjunción con estos procesos se han producido un conjunto de gestos gubernamentales a favor de un fortalecimiento renovado de los derechos humanos y un respeto de la expresión pública de diferentes grupos sociales que abren condiciones para pensar que avanzar hacia modelos participativos de APS resulta hoy más viable que pocos años atrás.

En el caso de los agentes sanitarios hemos verificado otro fenómeno que parece contrario o paradójal pero que merece al mismo tiempo una reflexión significativa. El territorio y la representación de los sectores populares constituyen los cimientos mismos de los partidos políticos. Cuando los programas de salud rural, luego de APS se instalaron en gran escala en la Argentina estaba suspendida la actividad política. Los agentes sanitarios fueron formados en muchas provincias con una alta rigurosidad técnica a través de cursos intensivos de más de 300 horas con manuales técnicos que sirven al mismo tiempo como material educativo y manual operativo de las técnicas que deben aplicar.

La indefinición política a partir de la recuperación de la democracia dejó un espacio de alta incertidumbre aunque poco explicitado. Por un lado se constituyó una fuerte descalificación del modelo dentro mismo del campo sanitario, por el otro muchas gestiones políticas vieron en este programa una posibilidad de contratar cuadros partidarios. El carácter partidario no constituye por sí solo ningún argumento, sin embargo la incorporación sin ninguna capacitación o la resistencia a la generación de empleos estables en este sector contribuyó a desjerarquizar el trabajo o a generar conflictos internos entre agentes sanitarios históricos y otros de reciente incorporación.

Por otro lado persiste en varias regiones del país, generalmente áreas urbanas la argumentación que de existir debe ser un trabajo voluntario sin remuneración lo que tiende a caracterizar en el país dos denominaciones: agente sanitario vinculado a salario y el de promotor de salud asociado a trabajo voluntario.

El hecho que recién en el 2009, treinta años después de Alma Ata, tres provincias hayan comenzado a ofrecer una capacitación técnica en salud comunitaria deja abierto un doble interrogante por un lado ¿por qué se tardó tanto en implementar esta formación?, mientras por el otro interesa saber si estas provincias han encontrado respuesta a la definición de los roles y complementariedades entre profesiones de salud ya estructuradas y esta “nueva profesión”.

La pregunta no es ociosa ya que sin discursos ostensibles el verdadero ganador de esta puja de modelos en la práctica resulta el modelo hospitalario-satelital, al menos si consideramos el peso relativo que los médicos y otras profesiones estructuradas por el

molde hospitalario han alcanzado. Dado que la mayoría de las especialidades y la mayoría de las profesiones que se desempeñan en el primer nivel no tiene ninguna formación para desempeñarse en el primer nivel ni recibe indicaciones específicas sobre su desempeño debe entenderse que reconstruyan en cada centro de salud un remedo de hospital o de consultorios desconcentrados de un hospital, lo que puede no ser un problema aunque claramente no contribuye a la construcción diferencial de lo que representa un “centro de salud”.

En referencia al modelo promotor misional y su estrecha relación con la perspectiva materno-infantil parece evidente tanto la persistencia como la renovación de esta perspectiva de la mano de la incorporación de la adolescencia como un grupo vulnerable sobre el que no se puede repetir los modelos preexistentes, con las perspectivas de género que ha replanteado problemas como embarazo adolescente, interrupción del embarazo, matrimonio igualitario y adopción. Los aportes de la perspectiva de resiliencia parece converger con este modelo basado en la detección y protección de grupos a quienes se considera, por algún motivo biológico o social, vulnerables o merecedores de alguna protección especial.

Parece estar por detrás de la diferencia entre el modelo epidemiológico-militar y el promotor misional la distinción entre agente y huésped que se encuentra en la tríada epidemiológica (ambiente, agente y huésped).

Otra cuestión lo constituye aquellas especialidades y profesiones que surgen o se desempeñan en el primer nivel como parte de un programa de formación (residencias, concurrencias, becarios) que se encuentran frente a diferentes dilemas y que en ocasiones conscientemente o no tienden a reabsorber modelos que fueron inicialmente instalados por otros modelos.

Corresponde sin menoscabo utilizar aquí el concepto de medicalización que se aplica instrumentalmente a todos aquellos campos y desempeños que no eran parte de la práctica médica y luego pasan a serlo. Un país y una región con una fuerza laboral de profesionales de salud expansiva tiende a atravesar y a redefinir permanentemente fronteras entre lo que es y lo que no es una incumbencia profesional.

No cabe dudas que el cambio de escenario representa al mismo tiempo un cambio de prácticas pero eso no siempre ocurre o se lo reflexiona ni por parte de los formadores de grado y posgrado ni por parte de los propios profesionales.

Finalmente el modelo político participativo en salud de escaso desarrollo hoy en el país se contrasta con lo que ocurre en otros sectores en donde la participación ha crecido ostensiblemente. En los escenarios investigados han existido en estos últimos treinta años expresiones políticas de resonancia nacional e internacional. La Villa 31 ubicada en terrenos de altísimo valor comercial que ha resistido exitosamente los diferentes

embates e intentos de erradicación que en sus 70 años de existencia han forjado una sólida organización comunitaria; General Güemes pionera de la resistencia a las políticas neoliberales de los 90, casi creadores de los piquetes y de los cortes de ruta como expresión política. En ambos casos se verifica que, a pesar de manifiestas insuficiencias la salud no se haya constituido o se haya constituido en forma periférica en tema de agenda social y política de estas comunidades.

El sector salud no ha encontrado o no ha querido encontrar al momento una forma de dialogo con las organizaciones sociales que les permita conocer sus derechos en salud y monitorear cuando estos están siendo individual y colectivamente vulnerados.

En definitiva esta investigación nos ha acercado a una redefinición de la APSI adecuada a las necesidades de diferentes regiones de nuestro país enraizada en los aportes de décadas de experiencias pocas veces rescatadas.

El concepto de derecho a la salud necesita ser operacionalizado e instrumentado a través de indicadores y traducciones comprensible desde la vida cotidiana de las poblaciones. Esto supone trabajar las dimensiones del acceso a servicios de la calidad requerida, entendiendo la calidad no solo como complejidad sino sobre todo como adecuación a las necesidades objetivas y subjetivas de los ciudadanos. Supone también trabajar sobre la protección o la no exposición a riesgos y sobre los determinantes conceptualizados que incluye pero excede la intersectorialidad. Medidas que pueden prevenir que el derecho a la salud se vulnere aun antes de tomar contacto con los servicios de salud y un profundo compromiso por la democratización del conocimiento pertinente y de las capacidades decisorias sobre la salud individual y colectiva de las propias comunidades.

Varias piezas de este rompecabezas están presentes en la historia y en la experiencia del país. Toca ahora ensamblar para recuperar un sentido de integralidad.

Finalmente esta investigación deja igualmente en claro, al menos para nosotros, tanto la importancia de los hallazgos como la necesidad de continuar investigando para brindar aportes y subsidio a nuevas iniciativas, mas democráticas, mas eficaces para el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Discusión en relación a la experiencia KTE

La relación de articulación necesaria que debe establecerse entre el proyecto de investigación y los decisores ha sido un tema de preocupación y debate permanente en las reuniones del equipo de investigadores.

Al ser un estudio que busca incidir en la formación de los trabajadores de salud, en pos de contribuir a la implementación e instalación de un modelo de APS Integral, nos ha inquietado profundamente pensar en los modos de poder establecer vínculos que faciliten el encuentro de quienes toman las decisiones en materia educativa en la formación de los trabajadores de la salud (funcionarios, docentes, coordinadores de

programas formativos, etc) con los resultados, hallazgos y análisis y perspectivas futuras a fin de posibilitar una transferencia de herramientas conceptuales y la aceptación y uso de resultados parciales y finales.

En este sentido la relación Usuario / investigador ha sido un elemento que ha facilitado la comunicación, más aún cuando esta relación se ha reproducido en cada miembro del equipo siendo a la vez que investigadores, usuarios de la misma. Esto concretamente ha posibilitado lazos concretos entre la gestión y la investigación, ya que se valora positivamente como un hecho que podría potenciar las posibilidades futuras de incidir o influir en transformar las políticas educativas del sector salud.

Asimismo es importante mencionar que la experiencia en la gestión que tienen los investigadores ha ayudado a sostener los vínculos con las diferentes gestiones, que han ido cambiando en este tiempo de trabajo.

Se han programado instancias de discusión conjunta de resultados (por ejemplo grupos focales con decisores) y otras actividades de transferencia de conocimientos en el entendido que la producción de evidencias es un elemento esencial para fortalecer el proceso de toma de decisiones de los gestores.

El modelo de interrelación al que se ha apuntado durante todo el proceso es el de Uso del proceso donde se ha intentado producir un código común entre investigadores y decisores y aumentar así su involucramiento (cuestiones que formarían parte de ese lenguaje común: el derecho a la salud, la participación de la población, la necesaria deconstrucción de las marcas y huellas que operaron en la cultura del sector salud, los aprendizajes y desaprendizajes que devienen de ello, etc.)

.

10. Ejercicio de trabajo en Tríadas.

a- Modo de trabajo conjunto de la tríada durante la investigación

El equipo está conformado por un médico, dos psicólogas, una comunicadora social y una fonoaudióloga. El grupo se constituyó casi exclusivamente sobre la base de tesistas que al mismo tiempo son funcionarios de instancias públicas de salud y por lo tanto se han convertido en usuarios de la investigación. Se ha trabajado en reuniones que se han sostenido por tres años con una frecuencia mínima semanal, a las que se sumaron otros encuentros, ya que los investigadores siempre han tenido a su vez otros motivos de reunión por su participación en otros proyectos de potencial sinérgico, en el marco de pertenencia a la institución. Las reuniones se han realizado en un día y horarios fijos, han tenido un carácter colaborativo, con intercambios polémicos, donde el grupo se ha equipado con una mecánica de toma

de decisiones y construcción de consensos con un flujo importante de información entre reunión y reunión.

b- Retos que se han presentado durante el tiempo que han trabajado juntos

La transferencia que los investigadores han podido realizar de lo vivenciado y trabajado en el campo hacia sus propios procesos de tesis y hacia sus ámbitos laborales, ha sido el reto más destacable.

Otro reto tiene relación con la aparición de otras investigaciones y proyectos que presentaron nuevos desafíos sobre todo de expansión. Esto ha requerido pensar como sostener la motivación entre las discontinuidades inherentes al proceso mismo.

c- Beneficios u obstáculos del trabajo en equipo de “investigador/usuario de investigación” durante la preparación de los protocolos de investigación

El protocolo fue evolucionando dentro de la misma dinámica del equipo, sin embargo, la riqueza de la heterogeneidad ha exigido la instalación de un dispositivo de articulación que, a pesar de ser dificultoso, permitió convertir una potencial debilidad -los diferentes marcos conceptuales de cada investigador- en una fortaleza.

d- Grado de involucramiento de los participantes en el desarrollo de los protocolos de investigación y recolección de datos

Se trabajó con un dispositivo de trabajo matricial, con una división de las tareas - cada investigador se involucró autoasignándose un eje de trabajo voluntariamente- que sirvió para afianzar el compromiso colectivo en relevamiento bibliográfico, la realización del trabajo de campo y el análisis de las entrevistas, hallazgos y resultados.

e- Recomendaciones para mejorar la relación investigador/usuario de investigación

Para mejorar esta relación creemos que es necesario explicitar claramente cuáles serán los usos de la producción colectiva; tener en cuenta el hecho que la díada Usuario/Investigador – donde cada polo de la díada U/I constituye el nodo de una red- conecta redes entre si, y también tener presente la incidencia concurrente de la investigación mientras la misma se realiza.

f- Principales obstáculos o beneficios surgidos en la relación investigador/usuario de investigación


La importancia de sostener una relación de estas características reside principalmente en la posibilidad sostenida de los intercambios generados durante el todo el proceso, los cuales han facilitado esta conexión de las redes de trabajo y han potenciado la posibilidad de generar cambios y transformaciones -siempre dificultosas y muy complejas- sobre todo en los marcos conceptuales y prácticas de cada uno.

Entre dichas transformaciones cabe destacar el hecho de que durante el proceso de la investigación, los investigadores se fueron convirtiendo en usuarios de la misma, lo que implicó que esta relación habitualmente pensada entre dos personas se reprodujera en cada uno por la índole del proceso generado.

g-Obstáculos u oportunidades de la fase de análisis de datos y presentación de los hallazgos

Para esta fase fue necesario pensar en cómo fortalecer los mecanismos de devolución de la información procesada del campo a partir de los grupos focales previstos para las distintas fases, a fin de profundizar el análisis de esta información con el resto de los actores involucrados en todo el estudio.

h-Cómo contribuye este tipo de relación a la asimilación de los hallazgos por los socios directos para el desarrollo de una atención primaria de salud más integral

 Dirección de Capacitación de la ciudad de Bs. As. :

-La construcción de conocimiento viene generando desde el inicio de la investigación, la posibilidad de reformular la currícula de la residencia de fonoaudiología de la ciudad de Bs As.

-Conformación de grupo de trabajo de “Salud y Migraciones” Resolución del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N°2515. Desarrolla funciones de formación en todos los efectores de la Ciudad de Buenos Aires vinculadas a la temática de interculturalidad como componente esencial en la implementación de la APS-I a la vez difunde las normativas que enmarcan y promueven el derecho a la salud de poblaciones migrantes, que rige en la Argentina.

-Curso semestral de “Interculturalidad y Salud” dirigido a equipo de salud de los tres niveles de atención del Área Metropolitana de Buenos Aires.

- ✚ En el Programa Pcial. de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las víctimas del Ministerio de Salud la Pcia. de Bs. As. se han creado dispositivos de capacitación y de registro para el abordaje de esta problemática en el Primer nivel de atención. Ellos son:

- Guía para trabajadores del Primer Nivel de Atención en el abordaje de la Violencia familiar y sexual
- Registro de consultas de Violencia familiar y sexual para el sistema de salud

- ✚ En el Programa Nacional Médicos Comunitarios- Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención- Ministerio de Salud de Nación se han elaborado materiales para la formación de los equipos comunitarios bajo programa. Estos documentos son:

- Módulo de Capacitación sobre el abordaje del Uso Nocivo de Alcohol en el primer nivel de atención
- Material de Apoyo para la tarea del Facilitador de Educación Permanente en Servicio.

i-Lecciones aprendidas hasta el momento, que puedan aplicar a la siguiente fase de su investigación para asegurar que la relación investigador/usuario de investigación sea la más efectiva posible en tomar acciones respecto a la atención primaria de salud integral

Hemos aprendido que la dinámica de la investigación es móvil por la dinámica misma del objeto y de los sujetos que lo analizan. Consideramos que existen condiciones de pasar de una dimensión exploratoria a una de mayor dimensionamiento o precisión. También hemos visualizado la importancia de pasar a una modalidad de registro cinematográfico.

11. Ejercicio de mapeo de resultados

La posibilidad de contar con esta metodología nos ha permitido organizar y planificar de un modo más óptimo las acciones y estrategias necesarias para llevar adelante el proyecto de investigación.

La etapa del Diseño intencional permitió trabajar en conjunto la visión y la misión de la organización identificando con precisión quienes son nuestros socios directos, teniendo

en cuenta las distintas categorías para ello, los alcances deseados en relación a cada uno de ellos, es decir los cambios más importantes tanto en las relaciones que se han establecido, como en las acciones generadas; las señales de progreso en relación a los cambios esperados –en profundidad y en calidad.- idear y planificar las estrategias pertinentes.

En función de esto último se procedió previamente al de las prácticas de la organización para determinar si respondían a los lineamientos propuestos para ponderar la posibilidad de realizar en una segunda etapa, un seguimiento de los alcances realizando los ajustes correspondientes a cada situación presentada y a cada caso en particular y diseñar finalmente un plan para evaluar todo el proceso.

12. Otras actividades de difusión de los resultados y acuerdos con usuarios de la investigación realizadas y previstas.

- Devolución de los resultados a los informantes de las dos jurisdicciones. (Salta y Villa 31).
- Sistematización de los aportes de otras investigaciones (políticas-tecnologías, etc).
- Organización de un grupo focal para consolidar las propuestas formativas de equipos de salud para una APS Integral.
- Difusión de los resultados en tomadores de decisión en formación de equipos de salud en APS. Inclusión de los resultados en las áreas de formación de recursos humanos en APS en: Dirección de Capacitación de CABA, Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs.As., Área de Gestión Educativa del Programa Médicos Comunitarios-ESPNA.
- Continuar difundiendo los resultados de la investigación en reuniones con los equipos de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) (Área Programática de Hospital Piñeiro: en el marco del convenio Instituto Lazarte de Rosario y Federación de Profesionales de la Salud de CABA).
- Retroalimentación de los resultados en los procesos formativos de los investigadores: tesis de maestría en el marco del Convenio El Agora-Instituto Lazarte-UNR. La producción de material audiovisual con grupo de trabajo documental El Agora.

- Producción de material educativo para examen de ingreso de residentes y concurrentes del ministerio de salud GCBA.
- Producción de un artículo para revista Interface Botucatu Brasil.
- Publicación de capitulo en un eventual libro colectivo Teasdale Corti.
- Publicación en la revista Posibles y en el sitio web de El Agora.
- Preparación de un libro orientado a la deconstrucción de la APS en Argentina de la editorial El Agora.
- Ponencias en los siguientes congresos y jornadas: Congreso Nacional e Internacional de Medicina General y del Equipo de Salud; Jornadas del Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires; Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos de la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo y Congreso conjunto de Salud Pública de Rosario y de la provincia de Santa Fe.

13. Indicación de cualquier absorción de resultados.

A la fecha y luego de la publicación del primer artículo generado a partir del primer año del proyecto en la Revista POSIBLES hemos encontrado una amplia repercusión que incluye la incorporación del artículo en programas de formación de grado y de posgrado en diferentes regiones del país.

Asimismo los resultados parciales de la investigación ya han sido incorporados por instancias gubernamentales responsables de la formación de profesionales a nivel del posgrado, a los que ya hemos aludido en el ejercicio de tríadas, a saber:

- Reforma de la Currícula de la Residencia de Fonoaudiología de la Dirección de Capacitación Ciudad de Buenos Aires (nivel de posgrado)
- Curso “Interculturalidad y Salud” de la Dirección de Capacitación Ciudad de Buenos Aires para equipos de salud de los tres niveles de atención del Área Metropolitana de Buenos Aires.
- Diseño de dispositivos de capacitación y de registro para el abordaje de la Violencia Familiar y Sexual en el Primer nivel de atención del Programa Pcial. de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las víctimas del Ministerio de Salud la Pcia. de Bs. As. Estos dispositivos involucran a todos los trabajadores del sistema sanitario de la Pcia de Bs. As. que desarrollan tareas en el primer nivel de atención.

- Elaboración de materiales para la formación de los equipos comunitarios y para el desempeño de los facilitadores docentes en terreno bajo el Programa Nacional Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención- Ministerio de Salud de Nación. (nivel posgrado)

14. Reflexión acerca de las capacidades del proyecto, entrenamiento, dentro del equipo, con la región.

El proyecto posibilitó visualizar el conjunto de condiciones insoslayables para hacer posible la adopción de un modelo comprensivo de APS en Argentina.

Como hemos visto, existen innumerables obstáculos en Argentina para la implementación de un modelo de Atención Primaria Integral, pero también abundan los facilitadores y las oportunidades, desde aquellas vinculadas con el escenario signado por la revalorización de la apuesta a la intervención estatal hasta el complejo entramado de historias, experiencias, saberes acumulados en diferentes puntos de nuestra geografía que han podido rescatar al menos en parte los componentes políticos que los diferentes regímenes han intentado obstruir.

La formulación de propuestas formativas orientadas a los trabajadores del primer nivel de atención sin duda debe inspirarse en los aprendizajes que hemos podido reconstruir como la generación de contenidos transversales a los diferentes profesionales de la salud, la integración teoría- práctica, la inclusión de abordajes que reconozcan los complejos perfiles epidemiológicos y las demandas sociales que en materia de salud plantea la población, pero también es esencial que los dispositivos educativos que se desplieguen, no soslayen la deconstrucción de las marcas y huellas que han operado - y cómo hemos podido constatar en el trabajo de campo-, aún se mantienen en nuestros días.

Pero además para comenzar a transitar un sendero que nos acerque a la posibilidad cierta de construir un nuevo paradigma de APS es imprescindible romper con la endogamia característica del sector salud. Sembrar espacios en los que se pueda recuperar concretamente la voz y el sentir de la población tomando como horizonte prioritario la efectivización plena del derecho a la salud, es una de las iniciativas que sin duda debemos fertilizar.

15. ¿Cómo los hallazgos contribuyen a una mejor comprensión y avance de la atención primaria de la salud comprensiva?

Síntesis Superadora.

Resignificando la historia de la APS en la Argentina y comprendiendo la complejidad que caracteriza al derecho a la salud como una integralidad de derechos, a saber: La satisfacción de las necesidades sanitarias socialmente construidas; la posibilidad de demandar por acceso y calidad en salud, y la obligación de preveer y proveer respuestas a estas demandas; más la democratización del conocimiento y del poder que este derecho implica; podemos concluir que sólo parcialmente cada uno de estos modelos viene contribuyendo al derecho a la salud en nuestro país.

Entendemos que, llegado al punto en que los modelos entran en conflicto, sus contradicciones no pueden resolverse sino desde la mediación de la propia población interpelando al sector y a las instancias políticas y académicas para que garanticen el pleno ejercicio de este derecho.

Así, si integráramos la equidad en la protección de los riesgos implícitos, presente esencialmente en el modelo Epidemiológico Militar y Promotor Misional; la equidad en la atención ofertada por el modelo Hospitalario-Satelital; la equidad en la distribución del saber sostenido fundamentalmente por el modelo Promotor-Misional, y la equidad en la distribución del poder claramente inherente al modelo Político Participativo, podría conformarse un dispositivo sostenido en la complejidad que entraña asistir, prevenir, rehabilitar y, especialmente, promover integralmente la salud para todos; de forma que se respete la 'la igualdad de derechos en situaciones socioeconómicas diferentes, y las diferencias culturales, de género y de etnias, en el mismo territorio'

17. ¿Cómo sigue el proyecto de aquí en adelante?

El proyecto continúa esencialmente con la concreción del plan de publicaciones, en congresos, en revistas y un libro incluyendo las entrevistas así como la devolución de resultados a la totalidad de las personas que hemos entrevistado a lo largo del trabajo de campo y a las instancias institucionales que representan.

El Agora ha asumido esta línea de trabajo como uno de sus ejes de desarrollo y resulta evidente que una investigación de mayor escala en el país con las mismas y nuevas preguntas que surgen de la investigación puede resultar de interés. Por otro lado la difusión de los resultados apoyando algunas líneas específicas de trabajo de los procesos de capacitación en curso en el país permitirán incidir en el cambio de ejes del modelo de atención.

Por ende y en base a esta investigación y las investigaciones conectadas a que ha dado origen en conjunto con el Instituto de la Salud "Juan Lazarte" de la Universidad Nacional de Rosario se ha acordado crear un Centro de investigación sobre Atención Primaria Integral tripartito (Universidad-Servicios-Organizaciones de la Sociedad Civil) con al menos los siguientes ejes de trabajo:

- Mecanismos de facilitación y monitoreo de la participación social en salud

- Nuevas herramientas de comunicación social y gobernanza para la promoción de la salud.
- Evaluación y desarrollo de tecnologías (físicas, simbólicas, centrales y de gestión) apropiadas para el primer nivel de atención.
- Dispositivos concretos para una atención primaria intercultural orientada a brindar servicios de salud de calidad centrada en las necesidades y percepciones de la población.
- Herramientas para la acción concertada intersectorial estabilizando alianzas con sectores estratégicos como educación, ambiente, políticas sociales, y desarrollo local.
- Conformación de equipos de salud adecuados a diferentes realidades sociosanitarias; investigando criterios de dotación reclutamiento combinación y formación.
- Redes con otros centros e institutos de la misma naturaleza que compartan una preocupación por la APSI a nivel nacional e internacional.

18. Anexos

El material de fuente primaria producido se encuentra disponible.

- Reporte de reuniones:

Grupo focal: con expertos en formación de profesionales de la salud, a efectos de incluir precozmente la perspectiva de los “futuros usuarios” de los resultados de la investigación, reflexionando sobre las dificultades y obstáculos que ya se visualizaban en los procesos de formación, especialmente en las residencias de diferentes profesionales del equipo de salud que se desarrollan parcial o integralmente en escenarios comunitarios.

Observación participante: taller con las instituciones responsables de la formación de los trabajadores del primer nivel de atención: Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud de la Nación, universidades y referentes de municipios y provincias a fin de evaluar el proceso de formación del personal de salud en APS y formular propuestas.

Talleres: sobre APS con trabajadores de un Centro de Salud de Ciudad de Buenos Aires. Con el objeto de identificar los problemas de las prácticas cotidianas en APS, su relación con los determinantes sociales y las dificultades que impiden el pleno desarrollo de una APSI.

- Informe de viaje a Gral Guemes Provincia de Salta.
- Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas con informantes-clave:

Durante la primera etapa se realizaron 23 entrevistas.

Durante la tercera etapa se realizaron 15 entrevistas.

Anexo 1

Trabajo de campo: Salta-Güemes / Villa 31 Ciudad de Bs. As.

Protocolo de entrevistas en profundidad.

Lugar:

Fecha y hora:

Entrevistado:

Entrevistador:

Duración de la entrevista:

Presentación: individual, pertenencia institucional, objetivos y finalidad del proyecto. Garantizar el anonimato, la confidencialidad y la posibilidad de revisar la desgrabaciones y registros.

Guía de pautas:

Historia de vida

- ¿Cómo llega a trabajar en APS? (razones, motivaciones)
- ¿Cuántos años hace que trabaja en este nivel?

Historia institucional

- ¿Cuál es el origen o momento fundacional del centro del salud/programa? ¿Cómo fue ese momento inicial?
- ¿Cómo está organizado el centro de salud?
- ¿Cómo puede caracterizar históricamente la relación de los centros de salud con el hospital?

Concepción de la APS

- La APS es un nivel de atención, un programa, una estrategia?
- ¿Cuáles son para Ud. las principales características que definen que una intervención tenga la perspectiva de atención primaria de la salud?
- ¿Han cambiado desde que su equipo comenzó a trabajar desde esta estrategia?
- ¿Cuáles son las diferencias y similitudes de las prácticas de APS en zonas urbanas y rurales?

Descripción del equipo de salud: Interdisciplina

- ¿Cómo está integrado el equipo de salud del que forma parte? ¿Qué profesiones? ¿Qué roles desarrolla cada uno de ellos?
- ¿Hay voluntarios en el equipo? ¿Siempre hubo?
- ¿Cuál es la proporción entre hombres y mujeres?
- ¿Cómo estaba conformado el equipo cuándo ud. comenzó?
- ¿Existen acciones deliberadas para promover el intercambio de saberes entre los distintos profesionales del equipo?

Formación de recursos humanos

- ¿Existen espacios de capacitación en su equipo? ¿Qué temáticas son las prioritarias y por qué? ¿Siempre existieron?
- ¿Qué demandas respecto de la capacitación han surgido en su equipo?
- ¿Qué lugar tiene la formación específica en APS en dichos espacios?
- ¿En qué medida han sido tenidas en cuenta?

Organización del trabajo

- ¿Existen espacios para la planificación anual, mensual, semanal del trabajo?
- ¿Cómo inciden las indicaciones del nivel central (nacional y provincial) en esa programación?
¿Cambiaron estas relaciones a lo largo del tiempo?
- ¿Conoce cuál es la fuente de financiamiento de los recursos que se utilizan en el centro de salud (humanos, materiales, etc.)? ¿Cambiaron las fuentes de financiamiento a lo largo del tiempo?
- ¿Cuál cree que es la misión, el objetivo del centro de salud?
- ¿Cómo realiza su tarea para alcanzarlo?

Evaluación

- ¿Existen espacios para la evaluación de las prácticas de APS? ¿Siempre existieron?
- ¿Qué aspectos del trabajo en APS se evalúan?
- ¿Cuáles son los obstáculos para evaluar las prácticas de APS en el escenario donde trabaja?
- ¿Cuáles son las fragilidades, contradicciones y potencialidades más notables de las prácticas de su equipo?

Intersectorialidad

- ¿Cuáles son los principales programas e intervenciones en los que trabaja dicho equipo?
- ¿A partir de qué criterios se definen las líneas de acción a desarrollar y por qué?
- ¿Existen programas, acciones, etc que se desarrollan en articulación con otros sectores como educación, vivienda, desarrollo social?

Descripción de la población

- ¿Cómo caracterizaría la población con la que trabaja?
- ¿Cuáles cree que son las demandas de la población a los equipos de salud y en qué medida dichas demandas son abordadas?

- ¿Cómo caracterizaría a la población al momento en que ud. ingreso al centro/programa?

Interculturalidad

- ¿Cuáles son los principales problemas sanitarios?
- ¿Qué puede aportar el trabajo en prevención y promoción a dichas problemáticas?
- ¿Qué podría plantear en relación a la accesibilidad horaria, geográfica y cultural de esa población al sistema de salud?
- ¿Cómo puede caracterizar la relación entre equipos de salud y población?
- ¿Qué debilidades y fortalezas puede identificar respecto de esta relación?
- ¿En qué medida discuten, ensayan, ponen en práctica estrategias que faciliten la llegada a la población? Teniendo en cuenta las creencias, saberes, prácticas que ésta tiene en relación al cuidado de la salud.

Participación social

- ¿Existen espacios para la formulación de propuestas por parte de la comunidad?
- ¿El acercamiento de la comunidad está mediado por alguna organización o alguna institución? ¿En todos los casos?
- ¿Los grupos de la comunidad participan en la gestión de algún programa o de alguna actividad?
- ¿Siempre se dieron las mismas formas de participación? ¿Recuerda cómo era antes?
- ¿Se crearon grupos comunitarios u organizaciones no gubernamentales demandar respuesta a problemas puntuales?
- ¿Se crearon grupos comunitarios u organizaciones no gubernamentales para dar respuesta por sí mismo a problemas puntuales?

Marcas

- ¿Qué aprendizajes considera han sido los más significativos de su equipo en relación con la APS a lo largo de los años de trabajo?

- El objeto de nuestro estudio es el análisis de los aprendizajes y deficiencias en el desarrollo de la APS a lo largo del periodo 1978-2001. ¿Reconoce algún punto de inflexión o momento de cambio a lo largo del período?
- ¿Considera que existen hechos que históricamente han influido en la impronta que ha asumido la APS en la provincia y específicamente en Güemes?
- ¿El equipo de salud reconoce estos hechos como marcas en su trabajo?
- En el primer período (la dictadura militar de 1976-1983) ¿Cuáles fueron los hechos más significativos en el campo de la salud en general y específicamente en las prácticas de los equipos de APS en esos años?
- Respecto del regreso de la democracia en 1983, ¿Cuáles fueron los hechos más significativos en el campo de la salud en general y en las prácticas de los equipos de salud de APS de esos años?
- Y respecto del escenario de los 90?
- ¿Qué ha cambiado en ud. y en su equipo en la forma de concebir la APS desde entonces y por qué?

Para finalizar: descripción de un día de trabajo

- Solicitar al entrevistado que describa un día (común y corriente) de trabajo. *Dejar que arme un relato continuado sin repreguntas.*
- Solicitar que recuerde un día de trabajo hace 20 (o 30) años atrás ¿en qué cambió?

Ver auto-percepción de la práctica diaria

Ver grado de rutinización o flexibilidad de las tareas

Ver modos de resolución de conflictos o problemas. Ver dispensarización

Tarjeta

¿Cuál fue la presencia de los siguientes componentes a lo largo del período que nos hemos referido? Complete con ALTA-MEDIA-BAJA

	1978-1983	1983-1989	1990-2001
Participación comunitaria			
Interculturalidad			

Anexo

2

INSTRUCTIVO PARA ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS.

Cada una de las investigadoras tiene asignadas dos o tres entrevistas.

Villa 31

Salta

PASO 1

Se sugiere “peinar” la entrevista resaltando frases que consideren relevante para la investigación en alguna de las siguientes categorías.

- Definición de APS (DEF)
- Marcas o huellas (MH)
- Modelo epidemiológico militar (MIL)
- Modelo promotor misional (MIS)
- Modelo satelital hospitalario (SAT)
- Modelo Político Participativo (MPP)
- Participación social (PS)
- Intersectorialidad (IS)
- Interculturalidad (IC)
- Interdisciplina (ID)
- Tecnologías apropiadas (TA)
- Dispensarización (DIS)

La idea es resaltar la frase, y colocar un pie de pagina con la/s categoría/s correspondientes. En el pie de página se pueden realizar algunos comentarios u observaciones.

PASO 2

Listar todas las citas según las categorías establecidas, de acuerdo al siguiente ejemplo:

SAT: A1, A7, A14.

ID: A3, B4

PASO 3

Enviar para hacer un consolidado al mail de El Agora (elaboraba@speedy.com.ar). En el asunto colocar: ALCUEH y nombre remitente.

Nombrar el archivo: Análisis entrevistas ALCUEH y nombre remitente.

PASO 4

Cada investigador se hará cargo de una o dos categorías para consolidar los aportes de todas las entrevistas.

Anexo 3

Matriz de Modelos de APS



Anexo 4

Protocolo para indagar experiencias desmarcadas en APS

El objeto de nuestro estudio es el análisis de los aprendizajes y deficiencias en el desarrollo de la APS a lo largo del periodo 1978-2008, tomando ciertos hitos (la dictadura de 1976-1983, la socialdemocracia, 1983-1989 y las políticas neoliberales de los 90) a partir del supuesto de que esos diferentes regimenes políticos han influido sobre las concepciones y prácticas de los equipos de salud respecto de la APS, dejando marcas y huellas que obstaculizan la implementación integral de esta estrategia.

Sin duda, el desarrollo de una APS integral requiere de un recurso humano transformado y transformador y de cambios profundos en la formación y capacitación, en los procesos de trabajo, en las relaciones con las poblaciones. Por ello, el propósito de la última etapa de la investigación es la indagación de experiencias que se han desmarcado de los moldes que impuso la APS Selectiva (haciendo énfasis en estrategias de formación de los trabajadores que la implementan), que pueden aportar al diseño de procesos formativos del personal de salud.

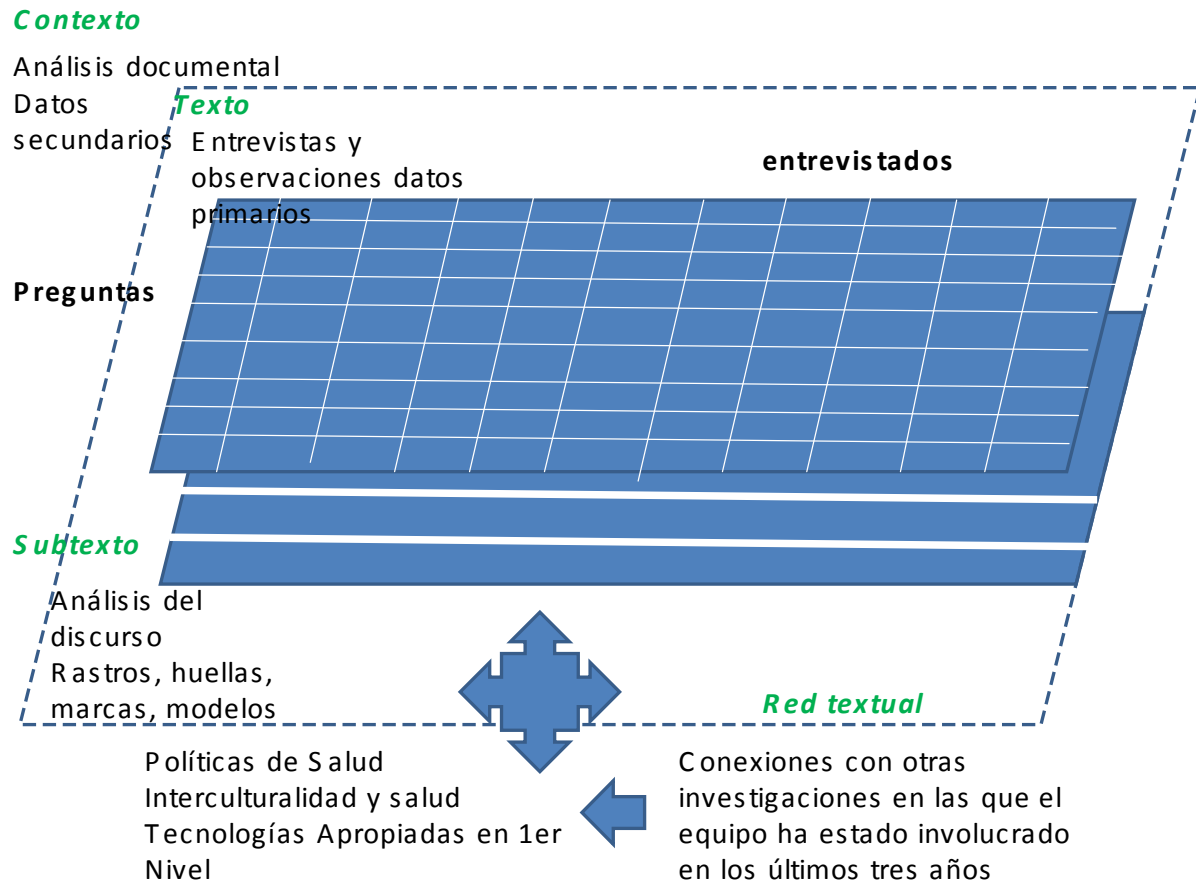
Aspectos a indagar:

- ¿Podría describir el modelo de trabajo, o experiencia de la que forma parte?
¿Que factores fueron los que le dieron origen o desencadenaron esta experiencia o modalidad de trabajo? y situación problemática que les dio origen.
- ¿En qué medida la intersectorialidad, interdisciplinar, interculturalidad, participación social, dispensarización, tecnologías apropiadas estuvieron y/o están presentes en vuestra experiencia?
- ¿Cuales son las Fragilidades y logros que ha posibilitado?
- ¿Cuáles han sido los aprendizajes más significativos a lo largo de los años de trabajo?
- ¿Cuales son las modificaciones que le imprimiría?

- ¿Qué aportes puede generar la experiencia, a la hora de pensar dispositivos de formación de equipos sanitarios tendientes a una APS integral?
- ¿Cómo protegerse de las experiencias educacionales reproductoras de prácticas no deseadas, desarrollar nuevas competencias en el proceso de trabajo y hasta que punto se puede tensar las expectativas del propio mercado de trabajo?
- ¿Cuál podría ser el rol de la población en el rediseño el desarrollo y/o la evaluación de las currícula?
- Según su experiencia, ¿Qué propuestas generales podría formular para transformar la formación de equipos de salud en la implementación de APS integral? Contenidos pertinentes, metodología de formación del recurso humano, particularidades en zonas urbanas y rurales.
- De acuerdo a su experiencia ¿Cuáles son los límites de transformación de la realidad cuando uno interviene desde la educación?

Anexo 5

Esquema de análisis de las entrevistas de la última etapa



Anexo 6

Mapa de Experiencias Atípicas.

