

“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.
Mario Rovere - Andrea Jait - Analía Bertolotto - Ana Fuks - Eugenia Bagnasco

INTRODUCCIÓN

Se presenta a consideración una investigación orientada a develar las dimensiones políticas de la APS en Argentina a través de tres fenómenos: la proliferación desordenada de servicios y recursos humanos en el primer nivel de atención, un manifiesto conflicto de modelos y un conjunto de componentes de la propia APS expresamente reprimidos. Estos fenómenos se analizaron a partir de diferentes testimonios, huellas y marcas que para ser caracterizados requirieron una reconstrucción de cuarenta años de historia sanitaria en el país detectando en los pliegues y mediante comparaciones entre diferentes periodos los elementos que ayudaron a develar nuestro objeto de estudio. Conceptualizada como una investigación para la acción se organizó en dos momentos. En una primera etapa nos concentramos en relevar dos experiencias polares en la historia de la APS en la Argentina: una de origen semirural en el noroeste del país y una de carácter urbano marginal en una villa de emergencia de la Ciudad de Buenos Aires. A través de esta reconstrucción histórica surgieron claramente modelos o concepciones de atención primaria cuyos orígenes pudimos detectar en antecedentes que se remontan a casi un siglo antes de la declaración de Alma Ata. Como consecuencia pudimos identificar al menos cuatro modelos que pujan por dentro de las tensiones APS Selectiva vs. APS Comprensiva, y su interrelación con la historia política de la Argentina reflejada en las microescenas de lo local. En el entendido que las marcas y huellas generadas por estos modelos se han consolidado y se transmiten inter generacionalmente a través de los hábitos del personal de salud, en una segunda etapa nos concentramos en explorar la validez de estas hipótesis con los principales responsables de la formación de recursos humanos para la APS en el país. Dado que en nuestro caso las intervenciones sobre las que pensábamos incidir son de naturaleza educativa, esta etapa contribuyó, adicionalmente a sensibilizar a decisores sobre aspectos centrales de nuestra investigación.

Material y Métodos

Se aplicó una combinación heurística de herramientas de investigación con técnicas objetivantes (relevamiento documental y bibliográfico) con instrumentos de relevamiento intersubjetivo con entrevistas estructuradas, semiestructuradas y en profundidad; observación participante en los escenarios seleccionados, exposición de informes de avances en jornadas, congresos y encuentros sobre APS a fin de realizar ajustes y correcciones; grupos focales.

Secuencia de Actividades

Relevamiento bibliográfico y contrastación del primer marco teórico.
Primer grupo focal:
Entrevistas semi-estructuradas con informantes-clave:
Relevamiento de material documental y bibliográfico:
Construcción de instrumentos de análisis:
Actividad de Difusión de resultados parciales
Deconstrucción y nuevo modelo de formación para transformar los “hábitos tecnocráticos” del personal de salud en pos de la implementación de una APS Comprensiva.
Segundo grupo focal
Entrevistas en profundidad a informantes clave de tres jurisdicciones con alta capacidad de agencia por su influencia en el sistema de formación de recursos humanos. Ministerios de Salud 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.

Análisis del discurso:

- Texto: enunciados, principios, expectativas, logros, dificultades
- Contexto análisis documental de fuente secundaria
- Subtexto: campo discursivo: prodestinatarios-paradestinatarios y contradestinatarios
- Intertexto: referencias, contrareferencias y apoyaturas en otros textos, autores y autoridades.

Ubicación



Resultados

- En la Argentina la APS ha sido influyente aunque no ha constituido un eje prioritario en la agenda de la salud pública.
- En las experiencias analizadas se verifica una reducida presencia de los componentes más políticos de la APSC. Componentes 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.
- Tanto en la formación de los recursos humanos como en las prácticas cotidianas, la política sanitaria operó por treinta años contra esos componentes con dispositivos de represión -literal en la época de la dictadura-, disciplinamiento -a través de la flexibilidad laboral en periodos de socialdemocracia- y tecnocratismo -a través de la focalización en el período neoliberal-
- A pesar de ello se verifica una tendencia hacia un franco crecimiento del primer nivel de atención aunque en forma desordenada probablemente como consecuencia de una adhesión a la propuesta pero sobre la base de un conflicto de modelos que se mueve al compás de los intereses de las corporaciones profesionales involucradas.
- Detectamos al menos cuatro modelos que sin ánimo de caricaturizar denominamos.

- Modelo Epidemiológico Militar.
- Modelo Promotor Misional.
- Modelo Satelital Hospitalario.
- Modelo Político Autogestivo o Participativo.

- Un componente que permitió analizar hasta que punto la APS es una interfaz de encuentro y negociación con la población fue el de Interculturalidad.
- Los formadores entrevistados, referentes en explorar experiencias promisorias o “desmarcadas”, consideran que han contribuido a recuperar componentes reprimidos (interdisciplina e intersectorialidad), y proponen crear dispositivos para la promoción de la participación social que -reconocen- no ha logrado plasmarse genuinamente en sus prácticas y menos aun en el diseño de los programas de formación de los nuevos recursos humanos.
- Los principales obstáculos que señalan los referentes para una APSC son: en áreas urbanas la conjunción de una alta concentración poblacional y la caótica planificación urbana. El crecimiento poblacional que siempre supera la velocidad de incorporación de servicios y recursos humanos que se destinan al primer nivel de atención. La cultura de la organización por programas y proyectos del primer nivel con superposición de recursos y sin asignaciones presupuestarias por población.
- Una de las alternativas más destacadas por los educadores fue la promoción de espacios formativos transversales interdisciplinarios y la construcción de conocimiento a partir de la práctica. Igualmente se enfatiza la relevancia de procesos educativos en base a problemas detectados y socialmente construidos con la población.
- Las experiencias detectadas como “desmarcadas” (portadoras de futuro) en el espacio de formación no necesariamente cuentan con lineamientos políticos, inciden poco sobre el resto del personal de salud, sin embargo frente al vacío se proveen su propio eje de políticas al promover cambios o resistir formas tradicionales de práctica y de capacitación.

Agentes Sanitarios en Güemes Salta



Buenos Aires asentamiento urbano: Villa 31



Composición de los Equipos de Salud por Centro

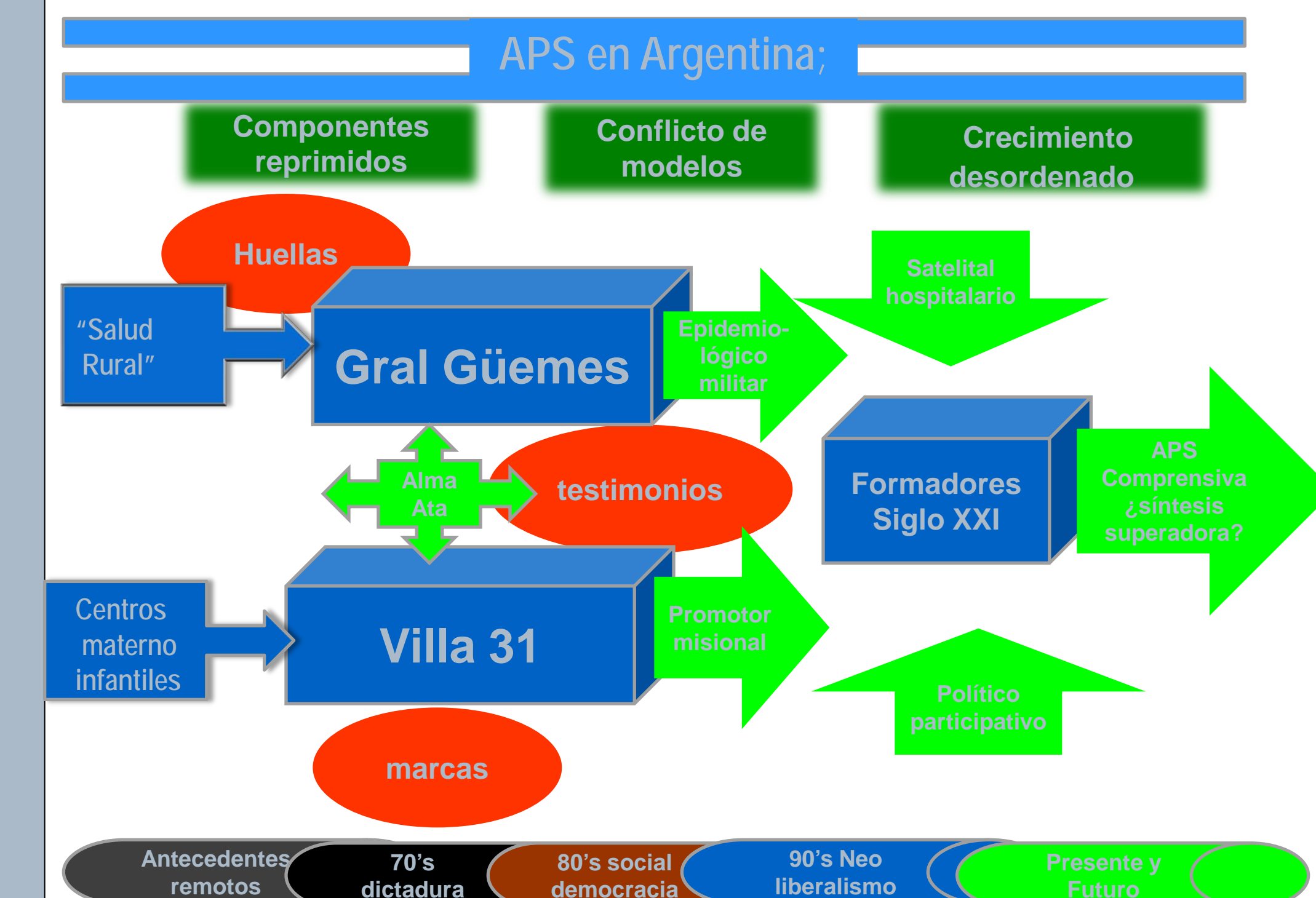
Comparación de recursos humanos promedio por categorías, sobre 5101 centros de salud relevados.
Ministerio de Salud Argentina 2005

	Médicos	otros profesionales	no profesionales	Total de personal por centro
Ciudad de Buenos Aires	13,5	13,4	6,1	33.0
Gral Güemes Salta	4,1	1	10,6	15.1
Promedio Nacional	4,2	2,1	8.3	13.3

Distrito	Médico Generalista o de Familia	Médico pediatra	Médico Clínico	Médico Toco Ginecólogo	Total médicos
Ciudad de Buenos Aires	1.9	4.8	3.4	2.9	13.5
Gral Güemes Salta	1.9	1.1	0	1	4.1
Promedio Nacional	1.2	0.9	0.8	0.6	4.2

Distrito	Enfermero (profesional, auxiliar)	Agente Sanitario	Administrativo	Director de Centro	Total cargos no profesionales
Ciudad de Buenos Aires	3.1	0.3	2.7	0.9	7.0
Gral Güemes Salta	3.1	6.1	0.8	0.6	10
Promedio País	3.2	0.9	1.6	0.6	8.3

Mapa conceptual de la investigación



Conclusiones

- La investigación reveló un conjunto de condiciones e intereses para hacer posible un modelo comprensivo de APS en Argentina.
- En 1978 el impacto de Alma Ata en el período de dictadura en Argentina acelera pero al mismo tiempo mitiga el concepto de APS.
- Los modelos históricos en oferta provenientes de la lucha contra las enfermedades tropicales o vectoriales (Modelo epidemiológico militar) los centros materno-infantiles urbanos (Modelo promotor misional) la atención médica primaria basada en la experiencia de los general practitioners (modelo satelital hospitalario) sufrieron diferentes suerte pero en todos los casos esterilizaron los componentes “políticos” de Alma Ata: participación social intersectorialidad tecnologías apropiadas interculturalidad.
- La democracia como en muchas otras cosas tardó demasiado en “desarmar” estas marcas que ni siquiera hoy, resultan totalmente conscientes.
- Las localidades seleccionadas ayudaron a develar el tratamiento diferencial que en los diferentes periodos de gobierno tuvieron dos territorios, polares pero unidos por un gran protagonismo comunitario.
- Sin embargo la marca ha sido tan fuerte que salud no ha sido a grandes rasgos parte central de la agenda reivindicativa de los movimientos sociales.
- La paradoja es que aun en ausencia de políticas expresas se constata un crecimiento desordenado del Primer Nivel de Atención en el subsector público a expensas del modelo satelital hospitalario, con alto involucramiento médico y de otras profesiones de salud -actualmente un 12% del total de la fuerza laboral de salud del país trabaja en el sector público en el primer nivel de atención.
- Identificando que el “hábitus” del personal de salud y de los formadores resulta hoy el principal vehículo para perpetuar el efecto de las marcas de diferentes autoritarismos consideramos que deben construirse experiencias significativas de aprendizaje para que el nuevo personal de salud redefiniendo su relación con una población activa se inscriba de lleno en una APSC.
- En síntesis, la investigación ha arrojado luz sobre varias piezas de este rompecabezas. Como hemos visto, existen obstáculos en Argentina para la implementación de un modelo de Atención Primaria Comprensiva, pero también abundan facilitadores y oportunidades, desde la revalorización de la intervención estatal, hasta el complejo entramado de historias, experiencias y saberes acumulados que, en parte hemos podido rescatar, componentes políticos que los diferentes regímenes han intentado suprimir.

Reconocimientos

Un especial agradecimiento a todos los entrevistados y facilitadores de esta investigación que con su propio interés nos ratificaron la importancia del tema que más allá de un “objeto de estudio” constituye un espacio de compromiso social y profesional para tantos trabajadores de salud.