

Título: Atención Primaria de la Salud en los Centros de Atención Primaria de la Salud n°41 y n° 42 de la ciudad de a Plata.

Integrantes: Demozzi, Renso demozzi_reno@hotmail.com
Novillo, Mercedes merno_24@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo se enmarca en la cátedra de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Nos centraremos en la Atención Primaria de la Salud, haciendohincapie en los principios de accesibilidad, insectorialidad, integralidad y derechos, a partir de las experiencias en los Centros de Atención Primaria de la Salud n° 41 y n° 42 dela ciudad de La Plata en nuestras prácticas pre-profesionales.

Tomaremos situaciones específicas en las que se observan dificultades en la accesibilidad para ejemplificar y analizar los problemas con los que se tienen que enfrentar ciertos grupos de población a la hora de ejercer su derecho a la salud.

Nos posicionamos desde la perspectiva de la salud como un derecho universal que debe ser garantizado por el Estado para todos los ciudadanos y del concepto de Atención Primaria de la Salud de la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978).

A través del análisis de entrevistas y otros instrumentos utilizados en el Centro de Atención Primaria de la Salud N°41 del barrio Altos de San Lorenzo y el Centro de Atención Primaria de la Salud N°42 del barrio Malvinas realizaremos un contraste entre la definición de APS de la Organización Mundial de la Salud y el funcionamiento real de estas instituciones en base a la insuficiencia de recursos económicos, materiales y humanos que harían que se brinde una atención asistencial que no logra alcanzar los principios de la APS.

Palabras claves: derecho a la salud/accesibilidad/APS/CAPS

Fecha: 3 de Noviembre de 2015

Presentación del tema

En el presente trabajo se intentará abordar el tema de la APS en los centros de salud, con el objetivo de evidenciar las contradicciones en las cuales se encuentran tanto los trabajadores como la población al momento de ejercer su derecho a la salud. Para esto partiremos de definir qué entendemos por el proceso de salud-enfermedad-atención, los determinantes sociales de la salud, los principios de la Atención Primaria de la Salud según la conferencia de Alma Ata y el concepto de accesibilidad. Luego de este aspecto más teórico, vamos a particularizar estos conceptos en el análisis del modo en el que se presentan en instituciones concretas de atención primaria de la salud.

Desarrollo

En cuanto a la categoría de Salud, vamos a considerarla desde la perspectiva de derechos, en el sentido de que es obligación y responsabilidad del Estado y de sus instituciones garantizar el acceso y circulación por el sistema de salud a todos los ciudadanos. Tomamos los aportes de Weinstein (1988:24) quien cita a Floreal Ferrara que considera que

“la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.”

En este sentido, no es el conflicto el que define la patología sino el no poder resolver esos conflictos. En relación con la definición planteada podemos pensar la salud más allá de la definición meramente biológica y entenderla como un proceso que abarca diferentes dimensiones de los sujetos, no solo individuales sino también sociales.

En cuanto a la dimensión social de la salud y la enfermedad, entendemos que no todos vivimos, enfermamos y morimos en las mismas condiciones, sino que tiene que ver con la desigual forma en que vivimos, nos alimentamos y trabajamos. Tomamos a

los autores Benach y Muntaner (2009:23) que plantean la existencia de un gradiente social de desigualdad según el cual a peores situaciones sociales corresponden peores situaciones de salud. Estos autores sostienen que

“Podemos definir la desigualdad en salud como aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural, y que son injustas, puesto que se generan a través de situaciones inaceptables que se deben y pueden evitar. La desigualdad en salud afecta sobre todo a los grupos más oprimidos y explotados de la sociedad, tiene también un importante componente geográfico ya que estas clases sociales viven muchas veces en barrios ‘marginados’ y sufren una explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos, menos poder político, peor atención sanitaria y servicios sociales, están más expuestos a factores de riesgo dañinos para la salud, ya sean estos de tipo social, laboral o ambiental.”

Al abordar el tema de la salud pública nos parece importante considerar la declaración de Alma Ata sobre “Atención Primaria de la Salud” en 1978, siendo esta uno de los mayores consensos a nivel internacional pero que, a la hora de implementarse en los diferentes países se diluye y se transforma en atención primitiva, selectiva y focalizada en los sectores más desfavorecidos. Los autores Istúriz, Acevedo y Jiménez (2012:607) señalan que en Alma Ata

“se dio origen a una singular declaración, que clamaba por un nuevo orden mundial, que permitiera salud para todos a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (...) como estrategia que involucraba al menos los siguientes componentes fundamentales: acceso y cobertura universal al cuidado de la salud, educación organización y participación de la comunidad, integralidad de la atención, acción intersectorial para la salud, financiamiento adecuado, formación de recursos humanos apropiados, tecnologías suficientes. Este planteamiento fue drásticamente reducido. En muchos países se limitó al primer nivel de atención, y lo que fue peor, bajo influencia de algunos organismos internacionales devino en ‘acción selectiva’ que terminó convirtiéndose en ‘atención primitiva’ para pobres.”

En la ciudad de La Plata, los Centros de Atención Primaria de la Salud funcionan dirigidos a los sectores más vulnerables de la población, efectivizándose esa atención

selectiva de la que hablan los autores. Por otro lado, se dificulta realizar un abordaje integral de las situaciones, quedando éste por parte de estrategias de algunos de los trabajadores de las instituciones, buscando abordar intersectorialmente las situaciones, superando el espacio de los CAPS, en el caso del CAPS N°42, mediante la participación de la psicóloga y la trabajadora social en la mesa técnica del barrio Malvinas, articulando con otras instituciones y actores claves del territorio para trabajar en conjunto sobre los diferentes aspectos de la vida de los sujetos. De la misma manera, en el CAPS N°41 también se participa en la mesa técnica y la mesa barrial coordinando con otras instituciones, organizaciones políticas, proyectos de extensión de la UNLP y referentes claves del barrio Altos de San Lorenzo. Consideramos estas estrategias acordes con la APS, que tiene como uno de sus elementos la intersectorialidad, logrando involucrar a los diferentes actores de la sociedad en la resolución de problemáticas propias de un territorio en particular, abordando la problemática de la salud no de manera aislada, sino teniendo en cuenta los diferentes determinantes.

No se realiza una cobertura universal de la salud ya que los CAPS funcionan con pocos recursos materiales, económicos y tecnológicos, pudiendo enfocar la atención a ciertas problemáticas básicas y las demandas que reciben sobrepasan sus capacidades de acción, debiendo derivar a otras instituciones de mayor nivel de complejidad. Muchas veces esas derivaciones generan complicaciones en el acceso a la salud, por las distancias geográficas, los mecanismos para sacar turnos, etc. Estas dificultades forman parte de las barreras que se plantean como obstaculizadores para la atención, barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales. Entendemos que esta imposibilidad de generar el encuentro entre las instituciones de salud y la población tienen que ver con el concepto de accesibilidad que plantea Stolkiner, que se opone a la mirada tradicional que se enfoca solo en la oferta, es decir en el modo en que los servicios de salud se acercan a la población. La autora plantea que se trata de una categoría relacional entre los servicios y los usuarios en donde tanto unos como los otros tendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Stolkiner (2013:203) plantea que

“el vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las condiciones y recursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.”

Las mencionadas barreras se presentan en la relación entre los usuarios y los CAPS de diferentes maneras. En cuanto a las barreras geográficas, los dos centros que seleccionamos para realizar este artículo se encuentran a una distancia considerable de los hospitales más cercanos y, si bien existen líneas de colectivos que facilitan el traslado, muchas veces los usuarios deben caminar varias cuadras para llegar a las paradas de colectivos. Por otra parte, ambos centros se encuentran en zonas no pavimentadas, que son propensas a inundarse cuando llueve, dificultando aún más el traslado, tanto de vehículos como de peatones.

Si bien ante una urgencia de internación en condiciones o con instrumentos no presentes en los CAPS existen servicios de traslado gratuitos a las unidades de salud de mayor nivel de complejidad (ambulancia); en otras situaciones en que los controles, análisis o estudios pertinentes no son considerados una "urgencia", los usuarios deben utilizar sus propios medios para trasladarse largas distancias y, muchas veces, esperar varias horas para conseguir turnos. Esta situación se relaciona con la perspectiva de APS y accesibilidad no sólo como la entrada al sistema de salud, sino también la circulación en el mismo con un sistema organizado de referencia y contrarreferencia.

La barrera económica se presenta como una dificultad en el acceso a los servicios de salud para los destinatarios de la atención, tiene que ver con las condiciones de trabajo precarias que atraviesan las familias o la falta de empleo que imposibilita en muchas ocasiones el real acceso a la salud.

La barrera administrativa tiene su fundamento en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, que al estar bajo la forma de contratos temporales, su continuidad laboral depende de la renovación del mismo, y en caso de no ser renovado queda un espacio de atención que no se reemplaza con agilidad, lo que conlleva que la población encuentre una negativa en el momento de solicitar turnos para realizar consultas. Además de visualizarse en la rotación de los profesionales en diversos CAPS, resultando insuficientes los días destinados a la atención.

Por último, la barrera simbólica se constituye a partir de las diversas representaciones e imaginarios sociales que poseen tanto los profesionales de la salud como la población que asiste al centro, es decir, según la información recabada en las entrevistas notamos que en algunos casos prevalece el ideario de la salud como una responsabilidad individual, un discurso que enmarca a la salud como la falta de una adecuada higiene por parte de los sujetos, lo que trae consecuencias en el momento de acceder a la salud. Al mismo tiempo, los barrios Altos de San Lorenzo y Malvinas se caracterizan por la presencia de gran cantidad de población extranjera cuyas concepciones de salud y costumbres puede resultar contradictorias a las del personal

de los CAPS, llevando a prejuicios, malas interpretaciones y problemas de comunicación.

En este sentido, es necesario, como plantea Stolkiner tener en cuenta la población que asiste a los CAPS, sus prácticas de vida y salud, ya que la accesibilidad es un concepto relacional que no se centra solo en la oferta sino en la relación entre los servicios y la población. La población que asiste a los CAPS n°41 y n°42 son en su mayoría mujeres y niños, muchos de ellos de nacionalidad extranjera. En las prácticas concretas en estas instituciones se ponen en tensión diferentes formas de entender la salud que, de no ser tenidas en cuenta por el personal de las instituciones puede llevar al desencuentro entre las partes, constituyéndose en una dificultad para la atención.

En cuanto a la última barrera, también podemos mencionar las significaciones a las que el vaciamiento y la descentralización de los servicios de salud han contribuido acerca de los Centros de Atención Primaria de la Salud, tanto por parte de los trabajadores de la salud como de los usuarios; los CAPS tienen una connotación en general negativa, que provoca que no sea de las opciones privilegiadas para los trabajadores, trasladándose a hospitales y centros de mayor complejidad cuando tienen la posibilidad, y tampoco de los usuarios que, cuando tienen las posibilidades y herramientas económicas y de servicios sociales optan por otras opciones de atención, quedando los CAPS mayormente al servicio de las poblaciones más vulnerables, transformándose la Atención Primaria de la Salud, como plantea Testa (1985:3) en Atención Primitiva de la Salud, un servicio de segunda categoría para poblaciones de segunda categoría.

Este autor también afirma, en referencia a la APS, que

“El personal que se destina a prestar este servicio, en los países capitalistas dependientes es, en general, el de menor nivel de capacitación: estudiantes o médicos recién graduados, sin la necesaria experiencia para desempeñar la función que tiene la mayor responsabilidad en el funcionamiento del sistema.”

Esta situación podemos observarla en el CAPS N°41 donde la trabajadora social se encuentra en un marco de precarización laboral, ya que en primer lugar no cuenta con un espacio físico para realizar su trabajo; si bien realiza mucho trabajo de campo, precisa continuamente tener un espacio donde poder realizar su práctica cotidiana, teniendo que desarrollarla muchas veces en la cocina, o en algún consultorio que se encuentre momentáneamente libre. A su vez, se encuentra contratada a través del Programa Nacional Médicos Comunitarios, por el cual los trabajadores perciben muy bajos salarios, y contratos muy inestables que imposibilitan una intervención

multidisciplinaria con los demás profesionales del centro de salud. Además según nos mencionó su contrato establece solo dos días de trabajo en el centro, lo cual restringe la posibilidad de realizar abordajes que requieran mayor dedicación y dificultades a la hora de profundizar un trabajo más territorial de coordinación con las instituciones y organizaciones sociales presentes, debido a que los trabajadores sociales del Municipio de La Plata están divididos en dos centros de salud.

Según la información que pudimos obtener a través de entrevistas, entendemos que las respuestas que se brindan desde los centros de salud a las problemáticas de los vecinos se encuentra fuertemente determinada por las condiciones en las cuales los trabajadores se encuentran desarrollándose en el centro, entendiendo a la precarización laboral como un componente importante, que delimita y condiciona las intervenciones. Esto se da al momento de una planificación, o definición de estrategias, donde se tiene que tener en cuenta varios factores, como por ejemplo la modalidad de contratación, bajo la condición de becado en proceso de formación, lo que implica que se cuenta con plazos ya estipulados. Un factor que hace a no poder construir una continuidad de las intervenciones, debido a que los trabajadores se encuentran constantemente rotando entre diferentes CAPS para cubrir la demanda de otro sector de la población. Asimismo, estas instituciones se caracterizan por emplear a sus profesionales mediante contratos temporales, lo que conlleva que en el caso de no ser renovados, dejan espacios de atención vacíos que no son cubiertos en la inmediatez.

Como mencionamos con anterioridad, existe en la actualidad un vaciamiento de recursos materiales destinados a la promoción, prevención y atención de la salud que se visualiza en la insuficiencia de recursos e instrumentos. En el CAPS N°41 se visualiza la escases de insumos médicos para poder dar respuestas concretas a los vecinos, como también un estado rudimentario en las formas en que los profesionales deben atender a sus pacientes: no hay insumos tecnológicos, no poseen computadoras al momento de realizar la historia clínica, utilizándose papel y lápiz; también insuficiencia de profesionales que puedan ejercer la profesión con sus derechos laborales reconocidos, atravesados por la inestabilidad e incertidumbre que provoca el tener contratos temporales; falta de financiamiento de las necesidades edilicias y de infraestructura, que al no contar con un mantenimiento continuo, las mejoras que se le puedan realizar son momentáneas; políticas focalizadas, entre otros, que imposibilitan el acceso real de los sujetos a la salud y deja entrever que los objetivos que desde el Municipio se proponen en materia de política de salud no son alcanzados plenamente.

Resulta necesario aclarar que estas problemáticas no surgen de la nada, sino que son producto de transformaciones en el sistema de salud argentino a lo largo de la historia. El mayor crecimiento del sistema público de salud se dio en la gestión de Ramón Carrillo, buscando una regulación por parte del Estado que permitiera el acceso a los sectores menos favorecidos. Pero, desde la caída de Perón comenzó un cambio de modelo hacia uno más excluyente y descentralizado.

Después del golpe de Estado de 1976, el Estado fue transfiriendo la responsabilidad de los establecimientos de salud hacia las provincias y municipios, llegando a la década de 1990 con un Estado casi ausente.

Es necesario remarcar que estas transformaciones en el sistema de salud son parte de una reforma del Estado en general, reformas impulsadas por organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Se trata de medidas de recorte administrativo financiero, descentralización, privatización y programas focalizados que se expresan en la situación desarrollada anteriormente del CAPS n°41.

Como plantea Florencia Cendali, el sistema de salud argentino quedó, luego de las reformas neoliberales, fragmentado: por un lado, el subsistema de las obras sociales que presta servicios para los trabajadores formales; por otro lado, el subsistema privado, dirigido a los sectores de más altos recursos, que presta servicios de manera privada-particular; por último, el subsistema público, que mantiene la universalidad en la cobertura pero que presta servicios sobre todo a los sectores de la población que no pueden integrarse por medio de los otros subsistemas. Como una parte de este último subsistema ubicamos a los CAPS, enmarcado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Reflexión final

Como ya mencionamos en el desarrollo del trabajo, buscamos contrastar lo que debería ser la estrategia de la Atención Primaria de la Salud partiendo de la declaración de Alma Ata, haciendo hincapié en algunos de sus aspectos como lo son la accesibilidad, la salud como un derecho y la intersectorialidad en los abordajes en problemáticas de salud.

Consideramos, siguiendo la postura de los autores presentados por la cátedra, que la estrategia de la APS para poder efectivizarse en su plenitud para todos los ciudadanos de un país precisa de la voluntad política para hacerlo. Precisa también de un sistema único de salud, integrado y articulado, con un sistema de referencia y contrarreferencia óptimo que permita la circulación de todos por los diferentes servicios sin diferenciación de ningún tipo, principalmente económica que es la principal desigualdad que determina quiénes pueden y quiénes no acceder a determinados servicios.

Creemos que las intervenciones que deben darse en los CAPS deben tener un sentido integral, dentro de lo posible en base a los recursos con que se cuenten. Por integral entendemos que una adecuada atención de la salud debe abarcar todos los determinantes sociales, económicos, culturales que atraviesan y traen consigo los sujetos destinatarios de la intervención, no debiendo relegarse el proceso salud-enfermedad a antiguas concepciones que establecían que la salud dependía del aseo de los sujetos, responsabilizándolos y culpabilizándolos por su condición de no tener un óptimo estado de salud.

En base a esta visión integral del proceso salud-enfermedad y de la concepción de accesibilidad como una relación entre los usuarios y los servicios y no sólo de estos últimos hacia los primeros; consideramos fundamental el trabajo intersectorial, que es uno de los ejes de la APS, como una articulación y trabajo en conjunto de las instituciones de salud con otras instituciones del territorio en que estén insertos, organizaciones políticas, actores comunitarios y con los propios usuarios, permitiendo un acercamiento de los servicios de salud a la comunidad y la participación activa de los propios vecinos en cuestiones referidas a la salud y otras problemáticas sociales.

Por otro lado, como futuros trabajadores sociales consideramos necesario problematizar y preguntarnos, con el fin de repensar colectivamente ciertas cuestiones como por ejemplo cómo incide en la posibilidad o imposibilidad de acceder a la salud el actual financiamiento y administración de los CAPS; poder pensar las condiciones reales en que los profesionales intervienen, y cómo se condicen con lo estipulado en los Programas que enmarcan sus contratos de trabajo; poder problematizar la

condición de “becario” en proceso de formación, desconociendo y despojando al profesional como trabajador asalariado.

A su vez, es necesario repensar las construcciones simbólicas que tanto los sujetos como los profesionales construyen, las cuales determinan concretamente la accesibilidad a la salud; poder cuestionar la postura que toma el Municipio, ante el financiamiento co-participativo de los CAPS, y cómo influye esto en la administración concreta; poder pensar qué intereses están en juego detrás de los Programas financiados por Organismos y Bancos internacionales; poder cuestionar por qué la política de Salud de la Argentina se basa en Planes y Programas, sin poder tener una construcción del sistema de salud mas sólido; problematizar qué lugar se le da a la prevención y promoción en la atención de los CAPS, pensándolo en relación al destino de los recursos materiales, y su real incidencia en la resolución de las problemáticas de salud.

Bibliografía:

- Benach, Joan; Muntaner, Carles. La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo. En *Ecología Política* N°37, 2009, Barcelona.
- Cendali, Florencia. Políticas de salud en tres peronismos. En *Cuadernos para la emancipación. Salud y Educación*. Año 5, N°5, abril 2009. Córdoba.
- Feo Istúriz, Oscar; Feo Acevedo, Carlos; Jiménez, Patricia. Pensamiento contrahegemónico en salud. En *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 38, 2012, pp. 602-614, Cuba.
- López, Susan. El sistema de salud argentino. Ficha de cátedra. 2006.
- Testa, Mario. Atención primaria o primitiva de salud. En *Cuadernos Médico Sociales* N°46, pp. 3-13, 1985, Rosario.
- Stolkiner, Alicia. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología, UBA Vol.XIV*, 2006, pp. 201-209, Buenos Aires.
- Weinstein, Luis. El concepto de salud. Capítulo 1. En *Salud y autogestión*. Ed. Nordan, 1988, Montevideo.