

Hacer APS en un contexto de crisis: experiencias de un equipo de salud del conurbano de Buenos Aires.

Betina Freidin y Matías Ballesteros.

Cita:

Betina Freidin y Matías Ballesteros (2019). *Hacer APS en un contexto de crisis: experiencias de un equipo de salud del conurbano de Buenos Aires. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/195>

XIII Jornadas de Sociología-UBA
26-30 de agosto de 2019

**Hacer APS en un contexto de crisis:
experiencias de un equipo de salud del conurbano de Buenos Aires ***

Autores:

Betina Freidin, FSOC, IIGG, UBA-CONICET

Matías S.Ballesteros, FSOC, IIGG, UBA-CONICET

Mercedes Krause, FSOC, IIGG, UBA

Agustín Wilner, FSOC, IIGG, UBA-CONICET

Ana Vinitsky, FSOC, IIGG, UBA

Camila Mosteiro, FSOC, IIGG, UBA

Email: freidinbetina@gmail.com

Eje temático: Estructura social, demografía, población

Mesa: Desigualdades sociales en salud

Resumen

Damos cuenta en esta ponencia de cómo, desde las perspectivas y experiencias del equipo de salud de un Centro de Atención Primaria (CAPS) del conurbano norte de Buenos Aires, la crisis económica y social actual ha deteriorado las condiciones de vida de la población adulta bajo su área programática y de su impacto en el trabajo asistencial y comunitario que realizan en el CAPS y Postas sanitarias, en un contexto de limitada disponibilidad de recursos profesionales e insumos. Consideramos asimismo condiciones de más largo plazo referidas al trabajo en red de los servicios de salud en el territorio que, junto con los aspectos más coyunturales, condicionan el trabajo cotidiano del equipo de salud en el primer nivel de atención, y el acceso, la continuidad e integralidad de la atención de los pacientes. Los datos provienen de las primeras entrevistas cualitativas que realizamos desde marzo a julio de 2019.

Palabras clave: APS, equipo de salud, redes de servicios, conurbano

* Proyecto UBACyT (Programación 2018), *Experiencias de cuidado de la salud en la periferia de Buenos Aires: desigualdad social, territorio y cultura*, y Proyecto PICT1391, *Desigualdad social, cultura y salud en un barrio de la periferia de Buenos Aires*.

Introducción

Presentamos un avance de una investigación en curso. Se trata de un estudio de caso sobre el cuidado de la salud en un barrio de clase popular del segundo cordón del norte bonaerense, focalizado en las dificultades que encuentran los vecinos y las vecinas para el cuidado y en los recursos con los que cuentan en la zona en la que viven. La estrategia metodológica combina entrevistas en profundidad con observaciones y análisis documental.

Comenzamos este año el trabajo de campo con entrevistas al equipo de salud del CAPS del barrio con el objetivo de conocer las características de la demanda de atención, los aspectos organizativos para asignar los turnos programados y atender la demanda espontánea, los programas de atención primaria que implementan y las actividades comunitarias que desarrollan en su área programática, así como algunos inconvenientes que encuentran para llevarlas a cabo. Hasta la fecha realizamos entrevistas a siete integrantes del CAPS: la dirección, dos enfermeras, una médica y un médico generalistas, una obstétrica y la encargada de la farmacia. Cuatro fueron individuales y dos en pares. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas *verbatim*. Utilizamos una nota de consentimiento informado en la que garantizamos el anonimato y la confidencialidad de la información reunida, por lo que los nombres de los y las entrevistado/as han sido modificados y no damos a conocer el nombre del barrio ni de la localidad en el que se encuentra.

El barrio tiene una importante heterogeneidad socioterritorial. La información cuantitativa sobre las condiciones de vida y el perfil socioeconómico de los habitantes es escasa y parcial y proviene de encuestas con muestras probabilísticas realizadas en 2013 y 2014 por el CAPS. Se distinguen distintas áreas según el tipo de viviendas (la mayoría con paredes y pisos de material, pero algunas de ellas son precarias, tipo casilla), y el trazado urbano (unas pocas calles aún no están asfaltadas ni señalizadas, y algunas pequeñas áreas no cuentan con trazado de manzanas ni numeración postal de las viviendas). Algunos terrenos son inundables. Al barrio aun no llega la red de cloacas (carencia que afecta a casi la totalidad de las viviendas del Partido), mientras que la red de gas natural no alcanza al área del barrio que habitualmente concurre al CAPS.

El relevamiento realizado por el CAPS en el sector más relegado del barrio permite caracterizar a sus residentes en cuanto a su educación formal, inserción laboral y situación habitacional, y comparar estos indicadores con los del conjunto de los Partidos del Gran Buenos Aires según el Censo Nacional de Hogares, Población y Viviendas del año 2010¹. En este sector, un tercio de las personas encuestadas residen en viviendas con hacinamiento crítico y cerca del 10% de

las viviendas son casillas, ranchos o piezas en inquilinatos, frente al 7,5% y 3,9% respectivamente del conjunto del Gran Buenos Aires. Entre las personas de 25 años y más, alrededor del 20% no finalizó el nivel primario, y menos del 25% terminó estudios secundarios, mientras que en el conjunto de los partidos del Gran Buenos Aires esos porcentajes corresponden al 12,4% y 40,9%. La tasa de desocupación superaba para el año 2013 el 10% y el porcentaje de trabajadores en relación de dependencia y cuentapropistas sin aportes jubilatorios casi alcanzaba a la mitad, mientras que en el GBA los porcentajes correspondían al 6,9% y 36,1% respectivamente para el 2010. Estimamos un mayor aumento de la desocupación entre los habitantes del barrio, ya que según datos del ODSA (2019), la tasa de desocupación en el segundo trimestre de 2018 ascendió a 9,5 % para el total del conurbano bonaerense, a 12,2% para aquellos en condiciones residenciales de NSE bajo y de mayor vulnerabilidad, y a 19,5% en los hogares pobres.

Si bien el proyecto UBACyT está centrado en las experiencias los vecinos, dada la riqueza de las entrevistas con miembros del equipo de salud decidimos profundizar en su análisis. Damos cuenta en esta ponencia de cómo, desde sus perspectivas y experiencias, la crisis económica y social actual ha deteriorado las condiciones de vida de la población bajo su área programática y de su impacto en el trabajo asistencial y comunitario que realizan en el CAPS y en las Postas, en un contexto de limitada disponibilidad de recursos profesionales e insumos. Consideramos asimismo condiciones de más largo plazo referidas al trabajo en red de los servicios de salud en el territorio que, junto con los aspectos más coyunturales, condicionan el trabajo cotidiano del equipo de salud y el acceso, la continuidad e integralidad de la atención de los pacientes.

La atención primaria de la salud y el trabajo en red de los servicios

La lógica de funcionamiento del CAPS seleccionado se inscribe en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS) y las redes de atención, las que suponen centros del primer nivel que se encuentran articulados y complementados con centros de segundo y tercer nivel, y tienen como objetivo “cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad” (Ase y Burjovich, 2009: 34)ⁱⁱ. La estrategia de APS se difunde e institucionaliza con la “Declaración Alma-Ata” en 1978 con la meta de alcanzar la “Salud para todos” en el año 2000. Entre sus principales propuestas se destaca la concepción de “la salud como derecho fundamental del ser humano (...), la universalidad y la integralidad como elementos claves de la organización del cuidado (...), la organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud (...) [y] la necesidad de recursos humanos apropiados” (Feo, 2012: 353). Sin embargo, se destaca la polisemia que ha adquirido el término APS (Rovere, 2012).

El primer nivel de atención cobra particular importancia en la estrategia de APS ya que “debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos” (OPS, 2007: 12). Por lo anterior “han de estar lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia” a la vez que tienen “una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud” (OPS, 2007: 12). Los centros del primer nivel deberían ser el eje para asegurar la iniciación y continuación de la atención y los cuidados. Es por ello que para analizar el desempeño de los servicios de salud tomando como modelo sanitario la APS, Starfield (1992) propone estudiar al primer contacto y la amplitud o integralidad de la red (gama extensa y articulada de todos los servicios que la población necesita). También que la continuidad de la atención que implica que “se provea como una sucesión ininterrumpida de hechos”, esté centrada en la persona antes que en la enfermedad, y la coordinación entre proveedores y servicios (que incluye el seguimiento del usuario).

Con relación al estudio del funcionamiento de las redes de atención en el subsector público de Argentina, Stolkiner et al (2011: 2813) sostienen que, si bien la gran mayoría de los CAPS se encuentran en red con centros de mayor complejidad para la derivación de pacientes, en la práctica las formas de funcionamiento de esas redes varían fuertemente y no suelen estar “preestablecidos los tiempos de espera ni funcionalizadas las vías de operación que garanticen la continuidad de los cuidados”. A su vez, existen grandes heterogeneidades territoriales en la distribución de los efectores y en los recursos humanos disponibles en el primer nivel de atención del sector público con relación a la población potencialmente usuaria, particularmente en Buenos Aires (Maceira et al., 2010; Lago et al., 2013; Ballesteros, 2016). En gran medida ello se debe a que en la provincia hubo una descentralización total de los servicios del primer nivel hacia los Municipios, con una débil coordinación del sector y sin una definición provincial sobre las prestaciones que deben brindar los CAPSⁱⁱⁱ. Todo ello en el marco de una ley de coparticipación que desincentiva financieramente la atención en los centros del primer nivel y premia los modelos sanitarios basados en los centros de mayor complejidad (Barbieri, 2007; Chiara et al., 2010).

La estrategia de APS, como “puerta de entrada” al sistema, implica el trabajo en red con efectores de mayor complejidad para realizar derivaciones (Testa, 1988; Bianco y Grigaitis, 2005; Rovere, 2012). Sin embargo, la presencia variable de servicios profesionales en los CAPS da cuenta de la importancia que las distintas jurisdicciones le brindan a los mismos y condiciona fuertemente la accesibilidad (Yanko et al., 2012)^{iv}. Además, cuando no existe una posibilidad de referencia efectiva los establecimientos del primer nivel se transforman en el único servicio disponible para la

población con menos recursos. En estos casos, más que atención primaria, Testa (1988) plantea que se trata de una atención “primitiva” de la salud.

Hacer APS en el territorio: las “deudas” de la “sábana corta”

En el CAPS se observa un desborde asistencial producto de un considerable aumento de la demanda. La pérdida de obras sociales por desempleo o precarización laboral ha aumentado la cantidad de población que recurre al centro de salud del barrio: *“se mantiene lo que teníamos pero fue creciendo la demanda, viniendo más gente sin obra social, más gente que se quedó sin trabajo”*(Dirección del CAPS). Se suman fallas en el segundo nivel de atención, que en ocasiones sólo resuelve la urgencia y les vuelve a derivar a los pacientes cuando para su atención integral requieren de especialistas no disponibles allí, *“bueno, lo vas viendo, a veces lo reenviás de vuelta para allá con una nota aclarando que necesita otro tipo de atención”* (Dr. Bruno).

El incremento de la demanda espontánea va acaparando a los médicos generalistas dando como resultado una menor capacidad de trabajo preventivo en consultorio, para tareas de promoción mediante talleres interdisciplinarios y para desarrollar actividades extramurales, porque los recursos profesionales son limitados. La Dra. Teresa nos comenta que *“te come la atención”* por lo que se diluyen las horas de trabajo comunitario para los médicos generalistas. El trabajo extramural y las consultas colectivas se siguen realizando, pero las llevan a cabo los residentes como parte de su formación en medicina general (cuando realizamos el trabajo de campo había en el CAPS talleres semanales de métodos anticonceptivos e ILE), además de un taller de estimulación temprana a cargo de profesionales del Eje de niños.

La metáfora de la *“sábana corta”*, empleada por el Dr. Bruno, expresa la necesidad de administrar las horas de trabajo médico y de enfermería que resultan insuficientes, especialmente en los meses de mayo a setiembre cuando el Municipio exige que se enfoquen a cubrir la demanda estacional por enfermedades infecciosas respiratorias agudas (IRA): *“por la cantidad de población que tenés, te están faltando horas médico, horas de pediatría, entonces te dicen bueno, esto es como la sábana corta, sacás de un lado... o sea, te vas organizando en función de la demanda que haya en el momento”*. El recorte en estos meses implica “bloquear” la agenda para consultas de control de niño sano (mayores de 2 años con peso normal y sin patologías crónicas) en el CAPS, y también de adultos, que se derivan a las Postas (donde los turnos se asignan un día al mes de manera presencial): *“nos supera acá la demanda (...) esta época del año igual ya empieza peor todavía porque los que somos generalistas nos abocamos inclusive más a los niños, y al IRA (...) Inclusive hasta las consultas de niño sano se hacen a veces un poco más laxas porque todo se pone a la demanda de los casos respiratorios”*, agrega el Dr. Bruno. Natalia, enfermera del CAPS, lo

confirma: *“necesitamos más recurso humano de pediatra, generalista, enfermería. Entonces lo que es la atención en Posta se reduce, lo que es consultorio del adulto se reduce, pediatría se reduce para poner en la demanda espontánea, porque tenemos más chicos que vienen enfermos, que vienen con neumonía, bronquiolitis, crisis de asma... Y lo normal de todo el año... ¿no?”*.

El recorte del control del niño sano en el CAPS puede resultar en que un niño quizás termine no siendo controlado por varios años por falta de turnos, *“se los refiere a las Postas, entonces ahí uno después viene con la deuda de que el chico que pasan dos, tres años que no se controlan porque no consiguen turno”* (Dr. Bruno). La enfermera Natalia reflexiona sobre el incómodo lugar en el que se encuentran al tener que optar por un tipo de atención u otro debido a la falta de recursos humanos, *“estamos como entre la espada y la pared”*. En el caso de los adultos, la escasez de turnos programados para controles también genera un cuestionamiento del rol del médico generalista en el primer nivel de atención, la Dra. Teresa comenta, *“y vino al turno y ‘te tenés que hacer este laboratorio, y esta mamografía, y este pap, qué sé yo, y traé los resultados’. Y viene con un año de estos resultados, ‘el año pasado alguien me los pidió’. Es complejo, es como... es eso, sentís que como actor de salud no estás haciendo nada”*.

La disminución de las horas comunitarias de los médicos generalistas durante gran parte del año, lleva a una reflexión colectiva sobre la distorsión que implica para el enfoque de APS, al hacer trabajo clínico a “destajo” en detrimento del trabajo preventivo en el barrio. El Dr. Bruno sintetiza una charla que tuvo tiempo atrás con sus colegas del CAPS sobre este dilema profesional:

[¿Y si a] la tarde nos abocamos a hacer algo trabajo en el barrio (...) más medicina (general) que estar tapando, tapando, tapando baches de, demanda?, que no supe el hospital, que vos tampoco le vas a poder resolver mucho porque a veces no hay ni ibuprofeno para darle. Entonces es como que a vos no te sirve porque no estás haciendo medicina general, estás trabajando como clínico a destajo para tapar un malestar y quizás esas horas se pueden invertir en otro programa para hacer las otras charlas y quizás para que no venga el paciente todos los días por un episodio febril, quizás una charla de qué es la fiebre, ponelo, y le decís: un episodio febril no es grave, organizar... al paciente, “mire, cuando tenga estos parámetros de pautas de alarma es cuando vos tenés que consultar a la guardia. Lo otro, no vengas”. Como ordenar un poco más esas cosas a veces que en una charla, o como hacíamos en los talleres de diabetes” (Dr. Bruno).

Vacunas y certificaciones: estrategias de trabajo en el CAPS ante la ampliación de derechos

El trabajo de vacunación del CAPS se ha visto beneficiado por políticas nacionales de salud que buscan incrementar el acceso gratuito y universal a la vacunación como prioridad en APS, como la ampliación del Calendario Nacional de Vacunación entre 2003 y 2017, y su establecimiento como un requisito para trámites diversos no sólo de niños sino también de adultos. Desde el CAPS se busca facilitar el acceso a las vacunas y controles obligatorios, cumpliendo su rol como vehiculizadores de programas y políticas públicas. Por ejemplo, coordinan con el Polideportivo del

barrio jornadas de vacunación contra la neumonía y la gripe para personas de la tercera edad para que puedan vacunarse en el lugar donde realizan su rutina de actividad física.

En el CAPS y Postas también se organizan los llamados “operativos”, *“cuando empieza a hervir la demanda”* (Dra.Teresa) para la firma de los certificados escolares, aptos físicos y libretas para cobrar asignaciones no retributivas del ANSES (AUH y trabajadores de cooperativas). Consisten en días de controles y vacunación en los que a los chicos y adultos, *“se los pesa, se los mide, se les toma la presión, se ve si tienen algún problema en particular de salud tratar de darle las derivaciones correspondientes, y se les aclara que se les firma todos los papeles y que el próximo control sí o sí es por consultorio con un mayor detenimiento”* (Enfermera Úrsula). La agenda se va acomodando a las necesidades de la población, teniendo que reducir en muchos casos las horas de consultorio y/o planificación. Se realizan a demanda, es decir, una vez detectada la necesidad por la falta de turnos programados para control. Otras veces la iniciativa surge del Municipio y el centro de salud abre la agenda; en el último operativo que habían realizado atendieron 72 niños y adolescentes de entre 3 y 18 años sin una patología crónica.

Otro factor que ha mejorado el acceso a los servicios de vacunación es la historia clínica electrónica (HCE) y unificada implementada por el Municipio hace unos años. La HCE permite agilizar los controles del carnet de vacunación (sobre todo en instancias de alta demanda como son los operativos), y también en situaciones más cotidianas. Por ejemplo, cuando un adulto asmático que no es paciente del CAPS acude para aplicarse la vacuna antigripal, la HCE permite conocer su historial de atención en otros efectores y decidir su aplicación sin necesidad de una orden médica. A estas iniciativas implementadas desde el Municipio y el CAPS, se suman acciones individuales (habilitadas institucionalmente) que también agilizan los servicios de vacunación y la adherencia, como la adaptación de los carnets de vacunación para cada grupo poblacional.

“Una política de salud clara”: prioridades y sobrecarga ante la falta de vacunas

Si bien estas iniciativas han mejorado los servicios de vacunación del CAPS, los profesionales también identifican como una barrera en el acceso la falta de vacunas en el primer nivel de atención, la cual es responsabilidad de Estado Nacional que debe comprar y distribuir las dosis necesarias a través de las provincias. En el CAPS los faltantes son de la vacuna triple bacteriana acelular y, más aún, de la Menveo. De esta última, aseguran las dos enfermeras entrevistadas, que están recibiendo una vez por semana 5 a 10 dosis que resultan absolutamente insuficientes: *“en diez minutos se fueron”* (Úrsula). Ante la entrega por goteo, desde el CAPS animan a los pacientes a volver y completar la vacunación, pero buscando minimizar las pérdidas de tiempo y dinero que les implicaría volver una y otra vez. Les proveen un contacto telefónico, informan sobre los días de

entrega y se ven obligados a administrar las pocas dosis que entran, priorizando a los bebés que no tienen ninguna de las tres que les corresponden, y a quienes no tienen cobertura de obra social. A los pacientes sin prioridad, las enfermeras les explican la situación y los alientan a aplicarse la vacuna por otros medios^v. Si bien algunos pacientes responden favorablemente a estas dificultades para acceder a las vacunas, otros “se desesperan” al encontrarse con una negativa. Según Úrsula, en los últimos años la población del barrio ha visto su capacidad de subsistencia seriamente comprometida y por ello se manifiesta más violenta, lo que se expresa en la exigencia que ella recibe ante la falta de vacunas, pero también de leche y medicamentos:

“Ay, te duele el alma, les mostrás los remitos (...).Porque a veces la gente en la necesidad también, viste, se pone alterada en el sentido de ‘dame, me tenés que dar’, pero no tengo. Lo mismo pasa con la vacuna, hay faltantes en vacuna y te dice ‘¿cómo no me das, no me querés vacunar?’, no, no es que... Y entonces vos mostrás la fecha, los pedidos, lo que te resuelven ellos cuando te dan la medicación o la vacuna y no hay, entonces ese es un poco el amparo también de poder mostrarle a la gente que uno hace lo mejor que puede pero si no tenés el recurso...”

En el relato vemos que parte del tiempo que debería dedicar a la vacunación y sus otras tareas debe dedicarlo a justificar los faltantes, a mostrar los pedidos del centro de salud en comparación con los remitos de entrega y a “demostrar” su buena voluntad a pesar de la falta de recursos. También deben reorganizar el calendario de vacunación caso por caso, contemplando los retrasos y los intervalos entre dosis, junto con brindar apoyo emocional a las madres.

Según Natalia, la otra enfermera que entrevistamos, ante la falta de vacunas durante los días de operativos se ven en una disyuntiva de decidir cómo firmar la libreta de niños que no tienen el calendario de vacunación completo, pero sí han asistido al control de salud. Y, más allá de la falta de vacunas, en la práctica de los operativos los médicos se encuentran en un constante dilema entre firmar libretas sin ver con detenimiento a los pacientes o no hacerlo y perjudicar a la gente que necesita la asignación. En su reflexión se mezclan prescripciones normativas sobre el derecho a la salud con una idea de asistencia a las poblaciones objetivo (Ambort y Straschno, 2017). Así lo expone la Dra. Teresa cuestionando el rol burocrático que termina desempeñando frente a la exigencia de condicionalidad que impone el Estado:

“Ya que le exigen eso que les den el día y que vengan al control, y abordemos la problemática. ¿Y qué les vas a cambiar? No sé si le vamos a cambiar algo, pero si le firmo un papel, ¿para qué estudié? O sea, no entiendo, o sea, ¿para qué hacés APS? Es como... esta semana fue la discusión, entre ‘no hay turnos para libretas’, firmemos libretas, bueno, firmémoselas, la gente necesita los dos mangos. Ya sé que los necesita, y no soy yo quien deba poner la barrera, o sea, no, no te la firmo porque tus hijos no tienen control, entonces no cobran, entonces empeoró su vida. Bueno, te la firmo, andá y cobrá. ¿Y qué le mejoré? O sea yo, ¿para qué estoy ahí en el medio? Sacame del medio, que sea algo entre el Estado

y la gente. O sea, ¿para qué me ponés a mí como actor si no puedo cumplir con un trabajo? Solo te firmo y te sello pero no hice nada en realidad, no vale nada ese sello”

En definitiva, la implementación de planes y programas sin contar con los recursos suficientes sobrecargan a los profesionales y a las familias justamente en un contexto de crisis socioeconómica, pérdida de puestos de trabajo formal y obra social y disminución del poder adquisitivo de los salarios. Estos factores aumentan la demanda del sector público sin una correspondiente asignación de recursos profesionales e insumos, y reducen la capacidad de pago de bolsillo para completar tratamientos. En el caso de la vacuna Menveo, la dirección del CAPS considera que para la población del barrio es imposible pagarla de bolsillo y, por lo tanto, concluye irónicamente sobre la inequidad que generan los faltantes, insinuando que la disminución en las entregas significa una política de recorte en el derecho a la vacunación gratuita para las personas sin cobertura: “*es incomprable para un laburante que tiene 4 pibes... (...) Hablamos de 5 mil pesos, una mujer se fue a averiguar... No es algo accesible. Y claramente, es una política de salud clara, ¿no?*”.

Hacer “malabares” y pacientes “sobrecargados” cuando faltan medicamentos esenciales

El faltante de medicamentos es una problemática cotidiana que afrontan los médicos y médicas generalistas que trabajan en el CAPS. Los fármacos provienen de programas nacionales (Cobertura Universal de Salud-Medicamentos) y provinciales (PRODIABA, PROEPI, PROBAS, PROGEMA), las compras que hace el Municipio y las muestras que entregan los laboratorios. Los miembros del equipo de salud que entrevistamos, incluyendo a la dirección, coinciden en afirmar en que si bien siempre tuvieron faltantes y se trata de un problema de largo plazo en el sector público, se agudizó en los últimos años^{vi}.

Cuando tienen faltante de algunos medicamentos esenciales, hacen “malabares”, como lo indicó uno de ellos, logrando que casi ningún paciente quede sin medicación (y tenga que comprarla de su bolsillo), pero a costa de un tiempo adicional para resolver cada situación que resta tiempo de atención en consultorio. En el caso de pacientes de demanda espontánea que requieren tratamiento con antibióticos, el profesional en ocasiones tiene que ir a la farmacia para averiguar qué droga hay disponible y armar un esquema que podría ser más simple para el paciente si contaran con la de primera elección. También se simplificaría el trabajo médico en un contexto de recursos profesionales insuficientes para satisfacer la alta demanda de atención:

Yo dejo la demanda, me voy allá, empiezo a ver, bueno, junto este, junto este, junto este, bueno, tomate este, o tomate estos tres días, vemos si para el viernes, ponele, viene y completamos el esquema, o sea, uno va como armando el tratamiento. Pero bueno, te saca tiempo que vos podrías recetar, vaya a la farmacia, retire la medicación, haga el tratamiento y listo (Dr. Bruno).

A veces el faltante se suple con la provisión de la farmacia central del hospital municipal de referencia. En este caso, el tiempo y el esfuerzo extras recaen en el paciente que tiene que desplazarse hasta allí con la receta del CAPS para obtener la medicación^{vii}:

Por ejemplo yo cuando hice la demanda ahora el miércoles y jueves y la llamo [a la farmacéutica], [pregunto] qué hay, qué no hay, me dice 'bueno, ibuprofeno no hay, o sea, hacele la receta blanca, no la de Remediar, para que vayan a buscar al hospital. Difenhidramina no hay, tal antibiótico no, ese no hay...' -¿Entendés? - 'cefalexina no hay, mandalo al hospital' (Dra. Teresa).

Estas situaciones evidencian fallas en la implementación de políticas de APS orientadas a facilitar la accesibilidad a fármacos esenciales en el primer nivel de atención cuyo propósito es redirigir la atención desde el hospital hacia los CAPS, en este caso por recortes del Programa CUS-Medicamentos. Si bien los profesionales demuestran tener gran capacidad resolutive ante los inconvenientes, el costo es disminuir tiempo de atención. Para los pacientes, el faltante les implica tiempo y costos de traslado al hospital. Cuando tampoco la droga está en hospital, el paciente tiene que dirigirse a otro CAPS y, agotadas estas instancias, pagarla de su bolsillo si puede costearla.

Para los pacientes con patologías crónicas empadronados en el CAPS, los cambios del esquema que no dependen de criterios clínicos sino de déficits en el abastecimiento de fármacos pueden tener efectos negativos para la adherencia. Los médicos tienen que alternarles el esquema “según lo que haya” cuando van a buscar la medicación. Si bien se logra la meta de la continuidad del tratamiento, la alternancia genera desorientación y, si están polimedicados, resulta en una “sobrecarga” más allá de su buena voluntad para adaptarse a las nuevas indicaciones:

La adherencia se complica (...) Tenés pacientes que tienen un diurético, un antihipertensivo, un betabloqueante, y aparte tienen la metformina y la NPH, y para el colesterol y la Aspirineta, y dale algo para el estómago. [...] Y no hay enalapril y no hay hidroclo. Ah, pero tengo losartán con... o valsartán con otra cosa, combinado. Y vos decís 'bueno, es más o menos el mismo efecto' y se lo cambiás.(...)Es un quilombo, o sea, no es subestimarle al paciente, es sobrecargarlo... 'Ah, ¿pero usted no me dijo que este no lo tome?', 'no, ese era el más importante' (Dra. Teresa).

Limitantes para el tratamiento integral de los pacientes diabéticos

Las insulinas análogas escasean en el CAPS; su stock depende de las muestras de los laboratorios, de sobrantes que donan pacientes que dejan de utilizarlas y de envíos especiales del Municipio. La insulina que provee el PRODIABA es la NPH que son frasquitos con jeringas mucho menos precisas de la dosis a aplicar y con agujas más grandes y más dolorosas. Esto lleva a que algunos pacientes que tendrían que insulinizarse sean renuentes a usar la NPH, especialmente aquellos que perdieron su cobertura de salud por desempleo y antes disponían de lapiceras sin costo alguno, o

bien que corran riesgos de que la dosis no sea la correcta cuando se aplican la insulina. Para los médicos también implica un mayor trabajo de “convencimiento” y de “educación” en la administración precisa de la dosis, restando tiempo para brindarle una atención más integral en la consulta: *“es el doble de trabajo: la educación y sacarle los miedos, y empezar a trabajar con el paciente de lo que realmente le atendés la patología”* (Dr. Bruno).

No sólo el tratamiento disponible para el paciente no es el más seguro ni amigable, sino que a veces no hay insulina en el CAPS. El déficit tiene efectos para el seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo, que es una de las principales metas de APS, siendo parte de un engranaje de falta de recursos que afecta la calidad de la atención y limita asimismo la capacidad de acciones de promoción. La Dra. Teresa comenta que puede perder sentido la indicación de que realicen las consultas de control, *“tenés que venir a los controles de tu diabetes porque si no, no te podemos dar la insulina”*. *‘Pero igual cuando vengo no hay insulina’. ‘Tenés razón’*. La capacidad para realizar trabajo preventivo se ve limitada no solo por los faltantes de insumos, sino también por la política del Municipio de contratación de recursos profesionales y de su capacitación para el cuidado integral del paciente diabético. Por ejemplo, hay un solo podólogo en todo el Municipio, lo que restringe la posibilidad de hacer talleres y también la consulta clínica de seguimiento con el podólogo que debe realizarse fuera del barrio en un centro asistencial municipal de segundo nivel (siempre que haya cupo). Estas condiciones restrictivas operan en un contexto de gran demanda asistencial, por lo que el equipo de salud se encuentra ante la disyuntiva de optar por racionar las horas de trabajo clínico o las de trabajo de promoción y prevención:

La parte más preventiva y de promoción de salud con los diabéticos es super importante. Entonces decís, de las seis horas comunitarias tres horas me las dejo para hacer un taller de pie diabético. (...) Pero después tenés cuarenta personas pidiendo turno (...). Entonces empezás a disminuir la franja de taller y empezás a aumentar la franja de atención. Y de repente la asistencia te come.(...) Si hubiera una política como más municipal de decir... pongamos el recurso de todos los lunes hacer un podólogo, una enfermera y un médico a hacer talleres de pie diabético con atención integral dentro del taller...(Dra. Teresa).

La prevención secundaria a través de la alimentación es fundamental, pero muchos de los pacientes diabéticos adultos que acuden al CAPS carecen de los recursos para acceder a una alimentación adecuada. Los alimentos frescos *“son tesoros”*, se lamenta la Dra. Teresa al referirse a la dificultad de acceso a través del subsidio municipal a una alimentación acorde a sus necesidades de salud. Es en el marco de estas múltiples restricciones que los médicos generalistas reflexionan sobre su rol como agentes de salud en el primer nivel. La Dra. Teresa explica que se encuentra actualmente desprovista de herramientas para realizar trabajo comunitario frente a una realidad social muy

compleja, apuntando a entender las patologías, la intervención del equipo de salud y el cuidado personal desde su determinación social:

¿Qué quiero hacer? Y, quiero que el Estado solucione las necesidades básicas del paciente para poder sentarme con él a debatir su enfermedad, eso sería lo ideal.(...)¿Cómo hago para ir al barrio y decirle ‘bueno, vamos a hacer un taller de alimentación’? ‘Ah, ¿dónde está la comida?’ , te van a preguntar. Lo primero, a vos te quema todo esto.

Se desprende del relato el sentimiento de frustración para realizar el trabajo de prevención y promoción con una población que además de sufrir una enfermedad crónica de riesgo, tiene múltiples privaciones y vulneraciones en su derecho al acceso a recursos de salud concebida en su integralidad. En el ámbito del consultorio, los médicos también enfrentan la dificultad de tener que informar una dieta adecuada sabiendo que muchos y muchas pacientes tienen escasa capacidad para seguirla. Resuelven esta contradicción acompañándolos para que puedan hacer algunos pequeños cambios que los ayuden a mejorar su condición de salud.

TBC: las condiciones para crear ambientes de atención “amigables”

En el CAPS pueden resolver las necesidades de atención del paciente con TBC porque confluyen varios factores: además de no tener faltantes de medicación^{viii}, cuentan con turnos asegurados para el seguimiento médico, e incluso con visitas domiciliarias. Mediante estos facilitadores ofrecen “*un círculo amigable*” para que el paciente pueda completar el tratamiento:

La adherencia muchas veces también depende del vínculo que tengas con el paciente, o sea, depende cómo vos te manejes, qué accesibilidad le des cuando viene a buscar la medicación (...) el paciente de TBC viene, retira la medicación en tiempo y forma, se lo ve en cualquier momento del día si yo estoy, si no yo tengo la agenda de los lunes para verlos (...) los vamos a ver a la casa...(Dra. Teresa).

Este escenario, contrapuesto al que suele encontrar el paciente diabético, estaría favorecido por lo que la Dra. Teresa considera que es una situación de infradiagnóstico. En el CAPS diagnostican unos 10 pacientes por año, una cifra que considera bajísima cuando la compara con la cantidad diaria de pacientes que diagnosticaban en el CAPS donde hizo su residencia diez años atrás, en el oeste del conurbano bonaerense. Evalúa que hay una falta de diagnóstico temprano por la falta de personal con mayor capacitación en la patología y por la ausencia de un bioquímico en el CAPS que pueda hacer la prueba de esputo en el momento en que reciben al paciente con el cuadro sintomatológico. A estos factores se suma una falla en la coordinación desde la Secretaría de Salud del Municipio que no informa a todos los CAPS los casos registrados en el hospital de referencia para que puedan hacer su seguimiento en el nivel territorial y el de sus familias, “*siempre que hay un caso va a haber otro, seguro*”.

Fallas en la red: articulación deficiente y búsqueda de alternativas para los pacientes

El CAPS tiene como efectores de segundo nivel de referencia a un hospital general provincial localizado en el Municipio y uno municipal de atención materno-infantil. Para algunos servicios la derivación es a otros establecimientos municipales. En algunos casos, cuando no se puede resolver la derivación, también se articula con la región sanitaria V de la provincia a la que pertenece el partido. Las dificultades y falta de coordinación del CAPS con los efectores fue mencionada por los profesionales entrevistados en relación a situaciones diversas: el seguimiento de pacientes con TBC, problemáticas de salud mental que requieren atención psiquiátrica, la consulta con especialistas, la realización de estudios diagnósticos, tratamientos de mayor complejidad y cirugías. También influye que el hospital de referencia provincial no utilice la historia clínica electrónica (HCE) y unificada implementada por el Municipio, desperdiciando recursos y tiempo del personal y los usuarios debido a la ineficacia de trámites y procedimientos burocráticos.

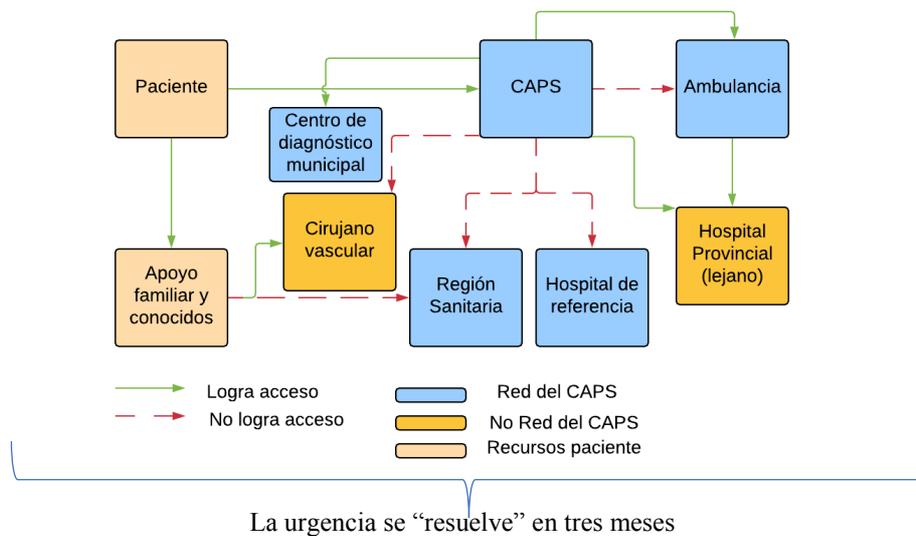
Las fallas en la articulación y la coordinación con otros efectores se superponen con el incremento de la demanda a la que el CAPS debe dar solución, agravada por la escasez de determinados recursos profesionales en el primer nivel de atención o en el municipio, que dificulta o impide la derivación. Los problemas de coordinación entre efectores pueden tener consecuencias dramáticas para los usuarios, y en casos extremos pueden implicar su muerte. A continuación, presentamos algunos casos testigos en los que se visibilizan varios de los problemas mencionados.

Tomando como base el relato de la Dra. Teresa sobre un paciente que tenía TBC y que es diabético, atendido recientemente, armamos el Esquema 1. La TBC la pudieron tratar exitosamente. Sin embargo, a partir de un estudio de eco doppler realizado en otro centro municipal, identificaron que tenía dos arterias tapadas en las piernas, que tratándose de un diabético podría provocar una amputación. Por ello, necesitaba urgentemente una angiografía (estudio para examinar los vasos sanguíneos), para una posterior angioplastia. Ese estudio debe solicitarlo un cirujano vascular, recurso que no hay en el hospital provincial de referencia ni en los efectores municipales. Desde el CAPS la médica no pudo hacer ninguna derivación, pero como el paciente tenía un conocido que trabajaba en la limpieza de un hospital de un Municipio vecino en el que había cirujano vascular, pudo conseguirle el turno. Éste lo atendió y le dio una orden para realizarse el estudio (*“puso ‘angioplastia urgente’”*), pero sin gestionarle un turno. El paciente volvió al CAPS, y como la Dra. Teresa sabía de la urgencia de la intervención y que el paciente contaba con la ayuda de su hija (*“por suerte se movía mucho”*) le indicó que, mientras ella gestionaba la derivación a la región sanitaria provincial (queda en otro partido no vecino), pruebe ir directamente con la orden ya que la derivación se demoraría (*“Ese martes iba a ser feriado, recién hasta el otro martes iba a salir”*).

En la región sanitaria le contestaron *“de pacientes no recibimos nada”*, por lo que tuvieron que esperar quince días la respuesta al pedido del estudio. Aun sabiendo que la respuesta sería negativa, la necesitaban para solicitar que lo pague el Municipio. Ante la negativa, la Dra. Teresa se entera a través de la referente municipal del Eje adultos que un establecimiento provincial, ubicado en la otra punta del conurbano bonaerense (más de dos horas en automóvil y más de tres horas en transporte público), podría realizar el estudio, *“en el medio nos enteramos que [Hospital provincial] tenía un mail para sacar turnos y que funcionaba. Nos tiramos el lance, escribimos un mail, necesitamos una angiografía para este paciente”*. Este establecimiento acepta hacer el examen diagnóstico, pero a condición de que el paciente llegara en ambulancia. Como el miércoles siguiente salía una ambulancia por otro paciente, pidieron que la compartieran, pero no fue permitido, ya que por norma debe haber un paciente por ambulancia y debieron sacar turno para el día siguiente. Finalmente pudo hacerse el estudio y le dieron turno para la angioplastia (nuevamente debió ir con una ambulancia que le gestionaron desde el CAPS). Este proceso tomó tres meses, con riesgo de amputación de las piernas. La entrevistada considera que si ella, la referente de adultos del área de salud del partido y la familia no hubieran estado detrás del caso, *“el Municipio le dice al paciente ‘y bueno... yo qué sé, que te corten las piernas, te doy la silla de ruedas...’”*.

El relato evidencia cómo la falta de articulación entre los efectores pone en grave riesgo la salud del paciente. Si el paciente no lograba movilizar sus redes personales y conseguir el turno con el médico cirujano, desde el CAPS no había una vía formal para darle una solución, mostrando las falencias de la red de atención. Incluso, a pesar de la agencia del paciente y la iniciativa de la profesional, los tres meses transcurridos entre la detección del problema y su resolución, con la aparición de diversos canales no formales, también dan cuenta de fallas en la red. A su vez, refleja cómo la falta de articulación hace desperdiciar al paciente tiempo y recursos, ya que el mismo debió viajar por distintos efectores del conurbano para realizarse estudios y conseguir órdenes. También hace perder valiosos recursos al Estado a partir del tiempo invertido por la profesional en lograr la gestión del estudio con distintos efectores y conseguir las ambulancias, y del recurso que implica llevar a un paciente en ambulancia a un establecimiento ubicado a más de dos horas de distancia en dos ocasiones distintas (para el estudio y para la intervención).

Esquema 1. Acceso a servicios de salud del paciente diabético teniendo en cuenta red de derivación del CAPS.



Los problemas en la articulación con el hospital provincial de referencia son recurrentes, e implican que el equipo de salud del CAPS deba manejarse con un amplio margen de incertidumbre en torno a la resolución de las derivaciones. Por ejemplo, ese efector recibe la mayor cantidad de pedidos de tomografías y algunos de resonancias dentro del municipio, pero *“sólo ellos saben cuándo y cómo funciona”*. La Dra. Teresa señala que, incluso conociendo de antemano el resultado que tendrá el pedido de derivación, deben hacer los trámites correspondientes para que el Municipio autorice la realización del estudio en otro efector provincial ubicado en otro Municipio, perteneciente a la misma región sanitaria, *“Por ahí la respuesta llega al mes y te dice eso, entonces el Municipio te dice, bueno, ¿qué tan importante es que lo haga?, lo paga el Municipio. Pero tenés que justificar”*. El paciente, por su parte, *“se puede morir en el medio, obvio”*, u optar por el pago de bolsillo en un efector privado para acelerar los tiempos de espera. Estos trámites son procesados en su mayoría por las trabajadoras sociales del CAPS, que también atienden a pacientes que vienen de *“otros lados”*. La Dra. Teresa remarca en este caso la particularidad de verse en la situación de tener que estar *“firmando trámites de pacientes que no ves, que lo vio algún especialista en algún lado y que le pidió un estudio que no se hace acá. Y vos decís ¿por qué no se lo hizo el especialista directamente?, ¿por qué se lo tengo que hacer yo que ni lo conozco al paciente?”*. En estas frases puede observarse como la falta de respuesta de otros efectores de salud implican que el equipo de salud de este CAPS se vea en situaciones en las que funcionan como *gestores del acceso*.

Las dificultades de articulación también están presentes en situaciones más cotidianas. Un ejemplo son las consultas con especialistas. El hospital municipal de referencia presenta obstáculos para el acceso a pesar del mecanismo habilitado para el pedido de turnos desde el CAPS. La Dra.

Teresa es elocuente, *“a veces tenés que estar meses para sacar un turno”*. Para acelerar los tiempos de espera se piden turnos con carácter urgente, pero son rechazados por este efector, *“[...] no, ese no es un criterio para urgencia. Bueno, que espere un año más, que sé yo”*. Para la atención de los niños, algunos pacientes optan por trasladarse hacia hospitales pediátricos públicos ubicados en CABA, a instancias del equipo de salud del CAPS, quienes les recomiendan dirigirse hacia allí y les hacen un resumen clínico para facilitar la atención.

Las situaciones descritas muestran que, a pesar de la buena voluntad del equipo de salud del CAPS, las fallas en la articulación para la derivación de pacientes dejan a estos últimos en situaciones de gran vulnerabilidad. Si pueden afrontar el gasto que requiere el pago de un efector privado, o si disponen de los medios para trasladarse hacia otro efector público para autogestionarse el acceso entonces tendrán más chances de alcanzar la integralidad en la atención. Si estas opciones no están disponibles, los pacientes dependen entonces de los mecanismos formales e informales de articulación entre efectores, con las falencias y los tiempos que muestran las situaciones relatadas.

Conclusiones

Los relatos aquí reunidos muestran que el desborde asistencial y el faltante de recursos son parte de la escena cotidiana de trabajo del equipo de salud del CAPS. Para compensarlo los y las integrantes del equipo consumen tiempo y esfuerzo en la búsqueda de alternativas. Al mismo tiempo, la pérdida de horas comunitarias por el aumento de la demanda genera que la actividad de los médicos generalistas se aleje en parte de los lineamientos de la APS. En paralelo, cuando los efectores de referencia no responden adecuadamente esto resulta en una sobrecarga para el primer nivel de atención. Las fallas en la articulación y la divergencia de criterios en las prioridades implican que el trabajo del equipo se desarrolle en un contexto de incertidumbre, en la medida en que no pueden saber si sus pedidos de derivación tendrán resultados positivos, ni cuánto trabajo personalizado requerirán de su parte. Esta situación también implica que los pacientes corran riesgos innecesarios, que podrían agravar sus condiciones de salud. Finalmente, la coyuntura socioeconómica implica que la demanda por la firma y control de libretas sanitarias se incremente, poniendo a los integrantes del equipo en una situación contradictoria que lleva al cuestionamiento del trabajo médico en APS. También se plantean dilemas profesionales por el “trabajo a destajo” que implica el aumento de la demanda asistencial en detrimento del trabajo de medicina general en tareas de promoción en el barrio. Podemos concluir entonces que las situaciones relatadas reflejan no sólo un incremento de la vulnerabilidad de los pacientes por la falta de recursos y las fallas en la red de atención, sino que también dan cuenta del deterioro de las condiciones de trabajo del equipo de salud y que muestra sentimientos de desgaste profesional.

Bibliografía

- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.
- Ambort, M. L. y Straschnoy, M. (2018). Burocracias escolar y sanitaria, ¿facilitadores u obstaculizadores del acceso a la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo para la Protección Social? *Horizontes Sociológicos*, (10), 139-161.
- Ballesteros, M. S. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12 (2), 1-14.
- Barbieri, N. C. (2007). Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. *Salud colectiva*, 3(1), 49-61.
- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención Primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. En *Salud y Población- Cuadernos de Capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud*, 4,14-21. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/rriepps.pdf>
- Chiara, M., Di Virgilio, M. M., y Moro, J. (2008). Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. En *XIII Congreso Internacional del CLAD*. Buenos Aires, Argentina.
- Chiara, M., Moro, J., Ariovich, A., y Jiménez, C. (2010a). La política sanitaria local en el Municipio de Malvinas. DOCUMENTOS DE TRABAJO de Diseño y Gestión de Políticas de Salud Nro. 1. Recuperado de: http://www.urbaed.ungs.edu.ar/pdf/pdf-salud/DT_DGPS_MA_set2011web.pdf
- Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo “atención Primaria de Salud en Debate”. *Saúde em Debate*, 36(94), 327-342.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2017). *El cierre del Programa REMEDIAR*, disponible en www.fundacionsoberaniasanitaria.com.ar.
- Kremer, P. (2007) *Programa Remediar: la voz de los profesionales en los centros de salud*. Buenos Aires: Reysa Ediciones.
- Lago, F. P., Elorza, M. E., Nebel-Moscoso, S., y Vanina-Ripari, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 40-54.
- Maceira, D., I. Apella, y E Barbieri (2005) *Análisis del Programa REMEDIAR: Notas sobre Evaluación y Seguimiento*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Maceira, D., Olaviaga, S., Kremer, P. y Cejas, C. (2010) Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. *Medicina y Sociedad*, 30(4).
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). *Salud garantiza todas las vacunas del Calendario Nacional*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-garantiza-todas-las-vacunas-del-calendario-nacional>
- ODSA (2019) *Empleo y trabajo no remunerado una mirada en profundidad sobre la distribución del trabajo no remunerado en el conurbano bonaerense 2017-2018*. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina.
- O.P.S. (2007). *Renovación de la atención primaria de la salud en las américas: documento de posición de la organización panamericana de la salud*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49660>
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327-342.

-Starfield, B. (1992). Medición de los logros de la Atención Primaria. En OPS Publicación - Científica (Vol. 534, No. 534, pp. 761-9), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Whashington: OPS.

-Stolkiner, A., Comes, Y., y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816.

-Testa, M. (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas, 75-90. Recuperado el 5 de mayo de 2015 de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>

-Yanko, D.; Gerlero, S. Augsburger, A.; Duarte, M.P. y Gómez, R. A. (2012). Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina. *Salud Mental y Comunidad*, 2(2): 20-38.

ⁱ Sin embargo, el partido en el que se encuentra el barrio, considerado en su totalidad, tiene mejores resultados en estos indicadores que el promedio de los partidos del Gran Buenos Aires.

ⁱⁱ El término niveles de atención “refiere a una forma escalonada de organización y prestación de los servicios de salud”. Así mientras el primer nivel tiene a cargo las acciones más elementales del sistema, el segundo y tercer nivel dan cuenta de un “grado de complejidad y especialización ascendente que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel” (Ase y Buriyovich, 2009: 33)

ⁱⁱⁱ Chiara et al. (2008: 7) muestran que la descentralización de los CAPS no estuvo acompañada por un “modelo prestacional que instituyera los niveles a ser garantizados por cada una de las unidades territoriales menores”. Las definiciones sobre qué prestaciones brindan los CAPS y bajo qué condiciones las realizan dependen de los municipios e incluso de los mismos establecimientos de salud en el marco de una escasa capacidad de control y regulación del estado provincial (Chiara et al., 2008: 10).

^{iv} Por ejemplo, si para utilizar servicios de salud mental la población debe trasladarse a hospitales de referencia, aumentan las barreras en el acceso debido a los mayores costos y tiempos generados por la necesidad de trasladarse a mayores distancias, a la vez que los centros no cuentan con esos profesionales para realizar actividades de promoción, prevención y educación sanitaria (Ballesteros, 2016).

^v Este es el caso de quienes tienen cobertura de obra social, la cual debe cubrir las vacunas hasta el primer año de vida, y de los niños de 11 años, cuya aplicación se pospuso informalmente en 2018 (MSYDS, 2018).

^{vi} Según información publicada por el ex Ministerio de Salud de la Nación en su sitio web (*Cobertura Universal de Salud - Medicamentos garantiza tu derecho a la salud brindando acceso gratuito a medicamentos esenciales en todo el país* –consultado el 21/6/2019), el Programa reemplaza y continúa las líneas de acción del anterior Programa Remediar, “brinda acceso gratuito a los medicamentos esenciales para el Primer Nivel de Atención en los establecimientos de salud de todo el país, con financiamiento en su mayor parte del Tesoro Nacional. A través de la adquisición y distribución de los medicamentos e insumos sanitarios en los Centros de Atención Primaria y Hospitales (cuando el tratamiento de pacientes crónicos lo requiera) se busca integrar diferentes niveles de atención, y contribuir a la eliminación de todo tipo de barreras que pudieran existir para acceder al tratamiento de calidad que necesiten. Se busca asimismo la capacitación de los profesionales de la salud y del recurso humano, con un enfoque en atención primaria, calidad, terapéutica racional y cuidado de medicamentos, y el fortalecimiento de las estructuras provinciales de gestión de medicamentos e insumos sanitarios, mediante la distribución de equipamiento informático y mobiliario”. El Programa Remediar se implementó en el año 2002 para enfrentar la emergencia sanitaria que atravesaba el país como un plan centralizado con financiamiento del BID. El objetivo fue garantizar el acceso gratuito de la población sin cobertura formal de salud a medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta. Se buscaba reducir el impacto del gasto de bolsillo en medicamentos en el presupuesto de las familias más pobres, reduciendo así la inequidad en el acceso a los fármacos esenciales (Kremer, 2007). A diferencia de otros Programas, el Remediar no tiene criterios de elegibilidad de los beneficiarios, quienes pueden acceder a los medicamentos en tanto acudan al CAPS de su lugar de residencia para buscar atención médica y se le prescriba un medicamento incluido en el botiquín, retirándolos de la farmacia del CAPS y firmando una receta específica. En el marco del Programa también se busca fortalecer el modelo de APS y la gestión participativa (Maceira, Apella y Barbieri, 2005:2). El Programa contempla el mecanismo del *clearing*, que consiste en la redistribución de medicamentos sobrantes entre los distintos centros de salud de la jurisdicción. La información sobre faltantes

o drogas agotadas es consignada por los médicos y odontólogos en cada una de las recetas prescriptas que se entregan mensualmente para retroalimentar la base nacional de datos del programa (Kremer, 2007). Desde el año 2009, el Remediador incorporó progresivamente el envío de medicamentos e insumos médicos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, de la Dirección Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, de Hepatitis, del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra, y del Programa Nacional de Chagas, entre otros (*Acceso gratuito de medicamentos del primer nivel de atención*, Boletín Virtual, Año 2, No.8, septiembre de 2015). La información publicada por el Ministerio de Salud de la Nación muestra un descenso progresivo a nivel nacional desde el año 2013 en la entrega de botiquines y tratamientos, agudizándose en el 2018 (<http://sir.medicamentos.msal.gov.ar>), evidenciándose además algunos faltantes de drogas de las incluidas en el vademécum del programa (Fundación Soberanía Sanitaria, 2017: 2). Los datos del Partido donde se encuentra el CAPS siguen esta tendencia: en el año 2013 se entregaron más de 1.300 botiquines mientras que para el año 2018 la cifra descendió a menos de 1.000 (<http://sir.medicamentos.msal.gov.ar>).

^{vii}El tiempo para desplazarse del CAPS al Hospital municipal es aproximadamente 40 minutos en colectivo.

^{viii} La medicación la provee el Programa Nacional de Tuberculosis.