

Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan.

María Julieta Chaloum y Natalia Isabel Varas.

Cita:

María Julieta Chaloum y Natalia Isabel Varas (2016). *Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-046/35>

Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan. Lic. María Julieta Chaloum y Lic. Natalia Isabel Varas (Ministerio de Salud de la Provincia de San Juan)

La investigación analiza la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, donde la Argentina puso en marcha mecanismos muy heterogéneos para la implementación de la misma. Es un Estudio de caso, exploratorio- descriptivo que se centra en analizar los servicios de APS –de los CAPs Di Stefano y Búbica entre 2012-2014, ubicados en la zona sanitaria V de San Juan- y sus diferentes componentes según la normativa vigente y la mirada del equipo de salud y la población destinataria de los mismos. La salud se constituye en un proceso de construcción social, lejos de enfoques “patologistas”. Esta posición teórica es la asumida desde el aporte de distintos teóricos como Menéndez, Tobar y otros que se acercan a los fenómenos de salud/enfermedad/atención desde una mirada interaccionista. En nuestra investigación incluimos la perspectiva de la salud como Derecho que: “subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos (...) que logre mejoras en la equidad en salud, desde el desarrollo de políticas inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.” (OMS/OPS,2005: 3)

Recuperamos el papel de la participación social en este derecho a la salud y su implementación. Analizamos la accesibilidad de la población a los servicios de salud desde la perspectiva de la APS. La sociedad necesita que la atención primaria de la salud no tenga sólo un compromiso curativo, sino también preventivo y social, que apunte a la promoción de estilos de vida saludables, el autocuidado, la educación para la salud y la atención de la comunidad.

Nos parece relevante fortalecer un primer nivel de atención competente, con mejor capacidad resolutive y compuesto por un equipo interdisciplinario integrado con médicos generalistas o de familia y especialistas básicos como enfermeros, psicólogos, sociólogos y trabajadores sociales.

Palabras claves: salud como construcción social, APS, CAPs, organización y funcionamiento, cobertura, accesibilidad, participación social, enfoque de derecho, capacidad competente y resolutive del primer nivel de atención de salud.

Implementación de la estrategia de APS

"La Atención Primaria comienza con la gente y sus problemas..." (OMS). "La diferencia esencial entre la Atención Primaria y la Atención Médica es el compromiso activo de la población" (OMS)

La temática de Investigación que presentamos a continuación versa sobre la Atención Primaria de la Salud, que se brinda en CAPs (Centros de Atención Primaria de la Salud) ubicados bajo la tutela de Salud Pública de la provincia de San Juan en un marco nacional.

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud, (APS), desde una visión general hasta su aplicación territorial específica, se ha transformado, desde su propuesta en 1978 -en la Conferencia Mundial realizada en Alma-Ata- es una de las políticas con mayor nivel de consenso a nivel mundial. Entendemos dicha estrategia como un enfoque integral comunitario basado en los principios de equidad y solidaridad y orientado a resolver las necesidades básicas de salud de un grupo de población. Para ello, deben promoverse procesos de accesibilidad, cobertura efectiva de los programas y participación comunitaria. *“El resultado de un modelo de atención de esta naturaleza, será el nivel de salud más alto posible, promoviendo la equidad mediante la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población”* (OMS, 1978: 2)

En líneas generales, en el campo de la salud, Argentina puso en marcha mecanismos muy heterogéneos para la implementación de la estrategia de APS.

Lo cual tiene relación con múltiples factores, entre ellos la crisis socio-económica sostenida, a partir de los años de la década de 1980 (a la cual suele llamarse la década perdida para América Latina) el incremento de los sectores sociales en situación de pobreza y de extrema pobreza, el desfinanciamiento del sector salud. Las políticas económicas neoliberales imperantes en los años de 1990 asociadas a la revolución de las tecnologías de la comunicación y la aplicación de nuevas tecnologías a la producción, significó mano de obra desocupada o subocupada, seguido por un crecimiento de la hegemonía del capital financiero internacional, donde perdió soberanía el Estado-Nación. Todo ello, en un contexto de mercado global altamente competitivo que necesitó apertura económica y financiera, con una desregulación comercial.

En nuestro país como en otros de la región se extrema el peso de la deuda externa. Y las políticas provinciales se descompensan económicamente, experimentándose a la deriva. La firma con los acreedores externos requiere la reducción del gasto público en salud, como en otros sectores. Esto hace que se transfieran las instituciones a cargo de la salud a las provincias. Mientras que la coparticipación no llega a cubrir los gastos de las transferencias.

Después de la crisis político-institucional por un lado y económica- social por otro del año 2000-2001, la nueva política nacional pretende un proceso de reconstrucción y recomposición del Estado, ampliando el acceso a los servicios desde diferentes programas, hasta el actual Plan Federal de Salud (en adelante PFS) del año 2003. La puesta en práctica de la estrategia de APS en este contexto se ha caracterizado por su heterogeneidad y discontinuidad, coexistiendo modelos centrados en la

comunidad, el individuo y la familia, con el modelo asistencial tradicional del ámbito hospitalario con grados variables de inserción, eficiencia e impacto social.

Aparece desde el último decenio el fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs) para favorecer las vías de acceso de la población a los servicios de salud, y al mismo tiempo descomprimir niveles superiores de atención, como son los hospitales públicos y los de mayor complejidad.

Creemos que la APS puede contribuir a afrontar los nuevos desafíos y necesidades de los procesos salud/enfermedad/atención.

Las inequidades en el acceso a la atención y en los resultados sanitarios son mayores cuando la salud se trata como si fuera una mercancía y la atención se orienta en función de los beneficios que rinden. Las inequidades mencionadas se referencian con procedimientos innecesarios de atención, con hospitales sobre demandados de pacientes, con el aumento de los costos y exclusión de las personas que no pueden pagar la atención/los medicamentos/los procesos tecnológicos de diagnósticos. Es entonces donde la salud se transforma en un “bien económico” (Katz, J. y Muñoz, A, 1988: 78) donde no puede alejarse de la lógica del intercambio en el marco de sociedades atravesadas por el principio de maximización de la ganancia.

Sostenemos que la sociedad necesita que la atención primaria no tenga sólo un compromiso curativo, sino también preventivo y social, que apunte a la promoción de estilos de vida saludables, el autocuidado, la educación para la salud y la atención de la comunidad.

La salud se constituye como un proceso de construcción social, lejos de enfoques que intentan “patologizar” los procesos sociales en los cuales los usuarios demandan atención.

Recordemos que los Centros de Salud¹ públicos en Argentina trabajan en relación con los hospitales zonales de alta complejidad y proporcionan la atención básica a la salud y la prevención en áreas de acción determinadas. Al ser de carácter público, están llamados a atender a cualquier persona gratuitamente. Sin embargo, dedican especial atención a la población más vulnerable como se comprobó en la investigación.

En la misma incluimos también la perspectiva de la salud como Derecho que: *“subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud, éste debe orientarse más hacia el desarrollo de las políticas inclusivas,*

¹ Los términos centro de salud (CS) o centro de atención primaria (CAPs.) se refieren al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario.

dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.” (OMS/OPS, 2005: 3)

Atendemos al fundamento de que todo ser humano por el solo hecho de existir posee el derecho a la salud, lo cual implica también considerar las normativas vigentes que reglamentan la APS en su aplicación en un espacio y tiempo concreto: San Juan, Argentina, en el período 2012-2014, en que se realizó el estudio.

Nos parece oportuno mencionar que el conjunto de pactos, tratados y acuerdos internacionales sobre derechos humanos, a los cuales Argentina adhirió con la reforma de la Constitución del año 1994, pueden actuar como un marco normativo a partir del cual los actores del sector salud comienzan a construir consensos para la atención de los procesos: salud/enfermedad/atención.

Actualmente la reglamentación en salud a nivel nacional remite al decreto N° 939/2000 sancionado el 19 de octubre del año 2000. En nuestra Provincia el ámbito de la Salud Pública está normativizado por la Ley 7573, sancionada el 22 de diciembre del año 2004, por la cual se crea y se regula el Programa de Descentralización de Centros de Atención de la Salud de Gestión Pública.

Este enmarque normativo institucional es retomado en el estudio para explorar y describir el funcionamiento de los CAPs estudiados.

Por otra parte, abordamos complementariamente la descripción y análisis del papel de la participación social en este derecho a la salud y su implementación.

Analizamos también en cada área de cobertura como el acceso universal tiene que ver con la eliminación de las barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud de los individuos, la familia y la comunidad.

Nuestro estudio versa entonces sobre los servicios de APS –de los CAPs Di Stefano y Búbica- y sus diferentes componentes según la normativa vigente y la mirada del equipo de salud y de la población destinataria de los mismos.

Nuestro estudio es del tipo exploratorio descriptivo, con el uso de estrategias cualitativas, entrevistas en profundidad y observación participante, descriptas en el apartado sobre la Estrategia Metodológica.

La Unidad Espacio Temporal es el departamento Rawson, que pertenece a la Zona Sanitaria V Sur, que abarca los departamentos de Rawson, Pocito y Sarmiento. En esta zona sanitaria reconocemos la existencia de un total de 33 CAPs de los cuales 12 CAPS pertenecen al departamento Rawson. De ellos estudiaremos dos, los CAPs Di Stefano en la zona urbana y Búbica en zona rural.

Nos planteamos las siguientes preguntas al objeto de estudio:

- ¿Cuáles son las características de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que presentan los CAPs, en los aspectos estudiados (organización y funcionamiento de los CAPs, accesibilidad, cobertura y participación comunitaria)?
- ¿Está presente la visión del Modelo Médico Hegemónico en los servicios de salud de los CAPs en estudio?
- ¿Los CAPS Búbica y Di Stefano, rigen su funcionamiento y organización según las normativas vigentes?
- ¿Cuál es el alcance de la cobertura brindada en ambos CAPs desde la estrategia de APS?
- ¿Existen barreras en la accesibilidad a los servicios de salud de los CAPS estudiados?
- ¿Qué niveles y mecanismos de participación se presentan en los CAPS en estudio desde los equipos de salud y desde la población a cargo de los mismos?

Las dimensiones seleccionadas para el procesamiento de la información relevada son:

a. **organización y funcionamiento** de los centros de salud en estudio según los recursos humanos de los mismos, sus tareas específicas en el tratamiento de la población a cargo, conjuntamente con los roles y funciones que establece la normativa. En dicha dimensión afloraron otros aspectos que enriquecieron el análisis, fruto de las interacciones entre los miembros del equipo.

b. **accesibilidad** en sus variables geográficas, culturales y de servicios, a fin de que la población a cargo de cada centro tome contacto y utilice los medios sanitarios de su CAPs de referencia.

c. **cobertura** en función de los programas y planes ofrecidos a los usuarios de cada centro en relación con los determinantes de la salud y la normativa vigente.

d. **participación comunitaria** en los procesos de salud/enfermedad/atención integral desde la mirada del equipo y de los usuarios de cada CAPS y según la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Enfatizaremos como la resolución de los problemas de salud de cada comunidad, se potencian desde la autorresponsabilidad y la participación.

Finalizamos presentando las conclusiones de la investigación, retomando los objetivos propuestos y delineando desafíos. .

Sin embargo creemos que damos un paso cualificativo al dejar plasmado ciertas sugerencias para la más efectiva y eficiente implementación de la estrategia de APS en los CAPs estudiados.

Objetivo general

- Analizar los servicios de la APS (atención primaria de la salud), en los CAPs (Centros de Atención Primaria de la Salud), de zona urbana Di Stefano y de zona rural Búbica del departamento Rawson, en relación con el marco normativo vigente y desde la mirada del equipo de salud y la población destinataria de los mismos.

Objetivos específicos para la Investigación

- 1- Especificar las características de organización y funcionamiento que posee el CAPS Di Stefano y Bubica en relación con el marco normativo vigente.
- 2- Describir el Nivel de Cobertura de los Determinantes de Salud, (Inmunización, Atención de Materno Infancia, Enfermedades Endémicas...), referidos a los diferentes programas y proyectos implementados, que brinda el CAPS Di Stefano y Bubica a la población urbana destinataria, desde la mirada del equipo de salud y los usuarios
- 3- Indagar sobre la Accesibilidad geográfica, socio-económica y cultural respecto de la población a cargo del CAPS Di Stefano y Bubica.
- 4- Analizar las Acciones de Participación comunitaria urbana, que brinda el CAPS Di Stefano y Bubica, desde la mirada del equipo de salud y la población beneficiaria.

Una estrategia de salud

El recorrido realizado a lo largo de la Investigación nos ha permitido contar con una visión panorámica de la situación de la APS en los centros estudiados y extraer algunas conclusiones y aprendizajes que surgen del análisis de casos realizado

Una de las primeras constataciones que vale la pena destacar tiene que ver con la relevancia que tiene el enfoque de APS -más allá de los sucesivos cambios ocurridos desde la Conferencia de Alma Ata a la actualidad- como una estrategia de salud con potencialidades en las funciones de educación, prevención y asistencia temprana de problemas sanitarios que pueden diagnosticarse y tratarse en el marco de una relación de proximidad entre el equipo de salud y la población destinataria de los servicios.

Este potencial se advierte con claridad en los centros estudiados, más allá de una serie de dificultades que hemos advertido a lo largo de la investigación y que requerirán de ajustes a nivel de las políticas, estrategias y modalidades de intervención. Respecto de las modalidades nos referimos a alejarnos mas claramente del MMH centrado en la medicalización y el tratamiento del usuario como paciente sujeto a asistencialismo a un modelo centrado en la Atención Primaria de la Salud basado en la comunidad y el autocuidado desde un enfoque de derecho.

La salud pública, tanto en términos de su saber acumulado como sector político-técnico, debería poner un mayor énfasis en la importancia de la dimensión social de la salud. La significación del campo social desde donde se entiende la salud como construcción social nos permite hacer evidentes buena parte de las contradicciones y limitaciones de los servicios de salud en todos sus niveles expresadas a través de las condiciones de salud/enfermedad y las estrategias de atención de la población.

Hemos analizado que el modelo de atención gira en torno de la medicalización. Esta situación atraviesa un proceso de transición desde la promoción de terapias farmacológicas como fundamentales paliativos de la enfermedad a la incorporación de estrategias que abordan los diferentes determinantes sociales de la salud.

El interés por la promoción de estilos de vida saludables, el autocuidado, la educación para la salud y la participación comunitaria son claros en la normativa y en el discurso de los equipos, pero difícilmente se traduce en los hechos sanitarios y en la planificación de los CAPs estudiados.

Desde la mirada sociológica, los procesos de salud/enfermedad están condicionados por aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en los modos de vida. Cada comunidad evidencia sus conceptos de salud/enfermedad y construye sistemas diferentes de sanidad y tratamiento determinando perfiles epidemiológicos específicos.

La Atención Primaria de Salud necesita generar resultados e impactos sostenibles. Para ello hay que mejorar la efectividad, implementando estrategias tendientes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, mejorando la formación de los profesionales y la accesibilidad de los usuarios al sistema.

El análisis del estudio de caso realizado nos permite proponer el fortalecimiento de un primer nivel de atención competente, con buena capacidad resolutive y compuesto por un equipo interdisciplinario integrado con médicos generalistas o de familia formados en APS y especialistas básicos como enfermeros, psicólogos, sociólogos y trabajadores sociales para así resolver con mayor eficacia los problemas que se presentan, especialmente aquellos derivados de las nuevas realidades de exclusión social. Esto no obsta señalar la actitud de compromiso y responsabilidad con la tarea que en general hemos observado en los integrantes de los equipos de salud en los CAPs estudiados. Este es un capital a preservar y potenciar.

1. **Organización y funcionamiento**

Destacamos que en la situación del primer nivel de atención coexisten realidades y modalidades diferenciadas que ponen de manifiesto:

a) La necesidad de trabajar en fortalecer la organización de cada centro de salud, especificar las funciones de los integrantes del equipo de salud y sus autoridades. Definir el rol formalizado de Coordinador o Director del Centro y la necesidad de que exista un reconocimiento claro de las autoridades de ese rol, porque los problemas son complejos y requieren tiempo, continuidad y capacidad de liderazgo para enfrentarlos, apostando a un equipo que funcione como tal y con vocación de permanencia. En el CAPs Búbrica específicamente, además, esta carencia ocasiona conflictos personales. Estas limitaciones organizativas a nivel del CAPs se traduce en situaciones de conflicto que repercuten en la atención de la población.

b) La fragmentación intra-sectorial; la estructuración por niveles de complejidad en la salud aún es incipiente en el sistema sanitario argentino, por lo que aún no se ha logrado trabajar con procesos en red y alcanzar consensos sobre los criterios de manejo de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Esto se evidencia en ambos centros.

c) El análisis pone en evidencia la desarticulación, que se deriva de su fragmentación. Los CAPs de una misma área carecen de integración para la creación de un escenario propicio para la construcción de redes (por ejemplo, en la derivación de pacientes). El personal de cada centro se ve obligado a buscar soluciones desde su compromiso vocacional y la integración que puedan desarrollar como miembros de un Equipo de Atención Primaria de la Salud. En el CAPs Búbica se evidencia una mayor complejidad en la derivación de sus pacientes por la lejanía territorial a los centros de referencia sanitaria, mientras en el CAPs Di Stefano las personas buscan otras ofertas de asistencia sanitaria.

d) Se observó una escasa planificación de la oferta de servicios brindada por los CAPs (Búbica o Di Stefano), sobre todo vinculadas a las nuevas necesidades que van surgiendo en la población a cargo. Más bien predomina la atención como respuesta espontánea a la demanda, actuando sobre realidades consumadas y con poca capacidad de afrontarlas. Es el caso de las problemáticas de violencia intrafamiliar y comunitaria, adicciones, etc. A lo que se le suma un limitado conocimiento e información sistematizada previamente que permita abordar con mayor profundidad problemáticas complejas.

e) Por otra parte, el recurso humano es en ocasiones inapropiado y escaso en relación a la complejidad de los problemas de salud. Estos desajustes se evidencian en el CAPs Búbica ante la escasez de personal clínico y social especializado y en el CAPs Di Stefano en la respuesta a las problemáticas acentuadamente sociales o dependientes del área de salud social.

f) Los Centros de Salud no trabajan en función de la población, asignada o a cargo, ya que su área programática presenta obstáculos para la accesibilidad geográfica -marcadamente visible en el CAPs Búbica. Mientras que es un obstáculo de accesibilidad para el CAPs Di Stefano, el etiquetamiento socio-cultural de la población del Barrio La Estación donde se encuentra.

En los CAPs estudiados no existe una población a cargo homogénea. Existen diferentes comunidades ubicadas geográficamente mas o menos cerca del centro y con problemáticas de salud/ enfermedad específicas que condicionan perfiles epidemiológicos y aspectos socio-culturales definidos para cada grupo poblacional. Esto genera problemas a la accesibilidad que puede subsanarse con actividades periféricas o extramuros del EAP de cada centro.

En lo que hace a la accesibilidad económica, siguiendo a Menéndez, observamos que la Atención Primaria de la Salud brindada en el CAPs Di Stefano y Búbica adquiere características de Atención

Primaria Selectiva, volcada principalmente a sectores socioeconómicos más desfavorecidos y con programas específicos.

g) La atención primaria y los médicos generalistas en particular, enfrentan importantes retos para cumplir su papel y función, ya sea en su reconocimiento, capacidad de proporcionar atención integral o en la integración con el resto del sistema de salud. Uno de estos retos pasa por comprender que los cuidados son multidisciplinarios, que están supervisados por el médico generalista o de familia, pero también los usuarios requieren de cuidados especializados, su continuidad e integralidad en la atención. Es necesario avanzar en la formación de recursos humanos, inversión en capacitación y mejoras en la infraestructura de los centros. En el CAPs Búbrica el único profesional médico es el de familia a diferencia del centro Di Stefano donde existe mayor oferta de especialidades médicas.

2. Cobertura:

a) Debería procurarse la atención ininterrumpida desde el comienzo hasta el fin de cada episodio de enfermedad o de riesgo de los pacientes, sus familias y del conjunto de necesidades de salud de la población a cargo de cada centro.

b) En la interacción entre el Equipo de Atención Primaria (EAP) y los usuarios en el proceso salud/enfermedad/atención, el EAP es poseedor de conocimiento y experiencia en su saber técnico-profesional. El profesional médico brinda información y educación al paciente y su familia para el cuidado. Debe conjugar expresiones de interés, sensibilidad, respeto, demostrado en las palabras, el tono de voz, postura, gestos... Este es un proceso fuertemente significativo donde el usuario experimenta una modificación de su “sí mismo” al atribuírsele categorías “indeseables” de enfermedad. Se interpretan símbolos y signos que diagnostican la enfermedad, también se interpretan los signos del propio cuerpo, los que se comunican y significan. Este proceso se da en una relación fuertemente desigual entre médico y enfermo. Al diagnóstico le siguen pautas de cuidados que deben ser incorporadas en la vida de los usuarios. El mundo de la vida cotidiana de estos se ve trastocada, donde se requiere el apoyo de la familia y/o de la comunidad a la que pertenece el enfermo para recobrar su salud, según el diagnóstico o las implicancias de la enfermedad.

Así, entonces la “expresión” de la cobertura universal se podría definir como arte y ciencia. Esto último en especial en los contextos como los del CAPs Di Stefano que requieren de una acogida en relación con las problemáticas socio-culturales analizadas en el estudio. Y en el CAPs Búbrica en relación a las características rurales y de comunidades inmigrantes de la población a cargo.

c) Se observa en ambos CAPs, como carencia, un diagnóstico comunitario integral y multidimensional que se desarrolle como resultado de la interacción y el diálogo entre el personal de salud y la población y del análisis de la información provisto por el sistema de información sanitaria que a su vez tenga en cuenta las nuevas problemáticas y demandas comunitarias. A partir de este

diagnóstico, se podría desarrollar una estrategia de intervención coherente con los postulados señalados

d) El cuidado está mayoritariamente orientado hacia los aspectos biológicos del ser humano, sin interacción con los aspectos emocionales, sociales y culturales de manera efectiva y eficiente, planificada y organizada. El modelo biomédico predominante en los CAPs estudiados, tiende a la separación entre mente y cuerpo, y entre individuo y comunidad limitándose a comprender los mecanismos biológicos, sin adoptar un abordaje holístico de la salud. El conocimiento sociocultural sobre la vivencia de un padecimiento, basado en la experiencia del paciente, sus prácticas y creencias en salud, y el significado simbólico atribuido a él, contribuye a desarrollar una consulta cualificada y contextualizada del mismo. Aproximarse al otro, respetando su individualidad y permitiendo el ejercicio de su autonomía y ciudadanía debe ser el accionar ideal al ofrecer cuidados desde la APS.

e) Las actividades de promoción, prevención y educación para la salud son complementarias de las actividades curativas y en conjunto forman parte del desarrollo socioeconómico y de la cobertura universal según determinantes de salud. Estas actividades deberían ser reforzadas en los centros de salud estudiados, por ser la principal vía para que la cobertura sanitaria universal sea componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales.

3. Participación

Es el aspecto más débil de la APS y la que presenta mayores desafíos.

a) La participación en el diseño de proyectos, en la ejecución y en la evaluación, implica distintos niveles de involucramiento en la toma de decisiones y depende de diversos factores, desde la apertura y promoción de canales de participación por parte del EAP, hasta la capacidad de negociación con las organizaciones sociales de cada contexto estudiado específicamente aprovechando el espacio que brinda la Mesa Intersectorial, a través del programa municipio y comunidades saludables.

b) El carácter múltiple de los factores que condicionan y determinan la salud de las personas y las comunidades exige una respuesta desde todos los sectores. Se habla de articular, desde la estrategia de APS y desde el discurso de los jefes de zona y de los referentes del programa municipios saludables y en general los EAP. Pero cada sector funciona por separado y no se contribuye en la optimización de la calidad de las redes de Atención Primaria. Esto involucra a las distintas áreas del Estado en sus distintos niveles territoriales, al sector privado empresarial y a las organizaciones de la sociedad civil. Todo esto lleva a la necesaria definición de estrategias de salud intersectoriales que se traduzcan en oportunidades de salud y calidad de vida, lo que implica trascender los límites de la

simple coordinación y lograr que se potencien los esfuerzos y recursos disponibles de cada centro estudiado. Implica cosas simples: trabajo conjunto, colaboración y beneficio para todos los partícipes que entre otros efectos, produzca mejoras en la salud. Por supuesto, requiere una voluntad expresa, actitud dispuesta y abierta y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas. Aspectos que nos parecen importantes a tener en cuenta como desafíos:

a) En nuestro estudio hemos indagado sobre el marco normativo de la APS. Según el Decreto Provincial del año 1983 que regula la atención en los CAPs, en su artículo 1 y 2 los CAPs tienen como objetivo social ofrecer la atención médica y social del primer nivel de atención debe ser global, integrada y continua. Por lo tanto, implica considerar todas las dimensiones de los individuos (psicológicas, culturales y sociales), sin limitarse a la enfermedad concreta que padece. Esto requiere de una atención a cargo de un equipo multidisciplinario que integre su acción médica, social y paramédica con una coordinación de acciones, curativas, preventivas y de educación para la salud, en beneficio de los pacientes y la población que utiliza los servicios.

b) La Salud Pública debe fortalecerse con una apuesta clara por la APS como pivot del Sistema de Salud. Se sabe que los recursos financieros no son infinitos. La APS implica privilegiar la asignación de los recursos estratégicamente donde están las necesidades, donde están los problemas de salud. Este componente está claramente relacionado con las decisiones de los gobiernos y la política pública a nivel nacional, provincial y local.

c) Consideramos relevante la inversión económica en la formación de recursos humanos, en consonancia con los objetivos y aspiraciones de la APS. Mejorar el acceso al conocimiento de los médicos y demás integrantes del equipo de salud a través del desarrollo de actividades conjuntas de formación a nivel de grado y de especialización, impulsando procesos de educación formal permanente y continua como el programa de médicos comunitarios coordinado con los centros de formación universitaria.

d) Importa además, regular y fortalecer el desarrollo profesional a través de incentivos oportunos, creativos y orientados al CAPs donde se desempeña cada miembro del EAP. Los beneficios del sistema de salud al EAP, deben ser lo suficientemente claros, prácticos y motivadores para potenciar las acciones de APS.

e) Adecuar la infraestructura de los CAPs, para generar espacios aptos y funcionales para la atención de los usuarios y las necesidades del EAP.

f) Apostar por una atención centrada en el ciudadano, que permita salvar los obstáculos en la accesibilidad y garantice la continuidad y coordinación de los servicios de APS.

g) Implementar un sistema operativo e informático de nominalización de pacientes que facilite el sistema de referencia y contrarreferencia. Con la necesaria participación y formación del EAP y las

comunidades en dichos mecanismos. Esto requiere de un proceso fuerte de formación y aprendizaje en este aspecto. Los registros en los cuales se sustentan estos procedimientos si bien están mejorando, aun no se llega a completar la información necesaria, actualizada y clara que favorezca la nominalización y el control práctico que brindan por ejemplo las historias clínicas.

h) Favorecer la continuidad asistencial y la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios, especialmente entre la atención primaria de salud y la atención especializada, del segundo y tercer nivel de atención. Estos son objetivos esenciales siempre enunciados y no siempre bien resueltos. Para lo cual es imprescindible lo anterior.

i) Optar por un enfoque claro y eficaz de salud social y comunitaria que implique incorporar en los equipos de salud la educación social, sanitaria y de gestión, ya que deben hacerse responsables y copartícipes de su sistema sanitario, evitando abusos y/o desfavorables inversiones.

j) La APS debe convertirse en el principal ingreso al sistema sanitario, que funcione como la “puerta de entrada” para que los usuarios puedan ingresar y encontrar a su vez una vía que les permita transitar por el resto del sistema, y responda a las necesidades concretas que presenta. Es un camino, que requiere decisiones conjuntas y coordinadas, generando una asignación eficiente del gasto orientada a la mejora de la calidad de vida de la población.

Propuestas

Orientadas a la mejora de los servicios prestados por los CAPs analizados, considerando que promueve y propone un cambio en el modelo de gestión y atención sanitaria.

El propósito de ese cambio es mejorar la respuesta a las necesidades de las personas y las comunidades. Pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de las personas.

Para establecer un buen nivel de relacionamiento con la población que estimule la participación, la atención médica brindada desde los CAPs debería considerar a las comunidades a cargo en todas sus dimensiones; (socioeconómicas, culturales, etc.) y no sólo como clientes o usuarios estatales de atención médica afectados por enfermedades. Esto requiere de parte del EAP de los centros estudiados profundizar un enfoque comprensivo tanto en el plano individual como comunitario, desarrollando la capacidad de ponerse en el lugar del otro y ver las cosas desde su punto de vista. Es la participación la que hace la diferencia entre una estrategia de Atención Primaria de la Salud y una asistencia médica.

El desarrollo de estrategias locales de prevención y promoción de la salud, deberían promover la participación comunitaria facilitando la formación de espacios de discusión que viabilicen que los

individuos, los grupos sociales, instituciones u organizaciones, sean capaces de expresar sus necesidades, plantear las preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales, culturales para hacer frente a sus necesidades

Organización y gestión:

- Rever organigramas y referencias de autoridad en el sistema de salud pública.
- Comunidad y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades para determinar la oferta de servicios.
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico/informático.
- RRHH suficiente, competente, comprometido y valorado por la red.
- Sistema de información integrado con toda la red.
- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red de salud en el marco de APS.

Cobertura/ accesibilidad:

- Red de establecimientos de salud que presten servicios de promoción prevención, diagnóstico, tratamientos, gestión, rehabilitación, que integren todos sus programas para su población específica.
- Abordaje desde los determinantes de la salud.
- Atención multidisciplinaria para la cobertura de la población, como "puerta de entrada al sistema", integrando y coordinando las necesidades de salud de la comunidad.
- Prestar servicios especializados en el lugar más apropiado.
- Atención de salud centrada en las personas, familia y la comunidad, teniendo en cuenta sus particularidades culturales, de género y la diversidad de su población a cargo.

Participación:

- Participación social amplia, basada en un enfoque de derechos.
- Acción intersectorial desde los determinantes de salud.

Bibliografía

AGUILAR IBÁÑEZ, M. J. (2001) *La Participación Comunitaria en Salud, mito o realidad*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid

ASE Iván, BURIJOVICH Jacinta. *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* *En SALUD COLECTIVA*. (Enero – Abril 2009) 5 (1) Buenos Aires. pp. 27-47.

BELMARTINO, Susana “Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica” *En: Cuadernos Médico Sociales* n° 55 (1991) pp13-33

- BLOCH, C. (1988) Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual. [Mesa Redonda]. En: II Jornadas de APS; Buenos Aires; 1988, pp13-47.
- CARTA COMPROMISO CON EL CIUDADANO*, zona sanitaria V sur, Área Programática Rawson Área Programática Pocito, Área Programática Sarmiento. Gobierno de San Juan - Ministerio de Salud Pública .DICIEMBRE DE 2014.
- DE PIETRI D, DIETRICH P, MAYO P, CARCAGNO A, DE TITTO E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev. Panam Salud Publica*. 2013;34(6) pp 452–60
- ENCUENTRO DE AGENTES SANITARIOS, 2013 “Repensando el rol del agente sanitario en función de las nuevas dinámicas comunitarias”, Material orientador para el trabajo de los coordinadores de las mesas
Zona Sanitaria V San Juan. octubre de 2013. San Juan.
- KATZ –MUÑOZ. (1988). Organización del sector salud y puja distributiva. De centro Editor de América Latina. Argentina.
- LALONDE, M (1996) “El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense”. En: “Promoción de la salud: una antología, OPS- OMS,(1996) Publicación científica N° 557, Washington, DC
- MENÉNDEZ, E. L. (1987). Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo. Editorial Casa Chata. México:
- MENÉNDEZ, E. L. (1981). Poder, estatificación y salud. Ediciones Casa Chata. México
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1983). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención en salud. En Cuadernos De la Casa Chata , CIESAS. México
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. En Cuadernos de la Casa Chata, p 179, CIESAS. México.
- MENÉNDEZ, Eduardo. 2005 El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Revista Salud Colectiva. Enero- Abril. La Plata.
- MENÉNDEZ, E Salud publica: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf>
- MERCENIER, P- ADAPTADO POR ZURITA, A. El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en La estrategia de atención primaria. Disponible en: <http://es.slideshare.net/albertososa/el-rol-de-los-centros-de-salud-en-el-sistema-local-de-atencion>
- MINTZBERG, H (1989) Diseño de organizaciones eficientes. Ed El Ateneo. Argentina.
- MSAL. 2000. PLAN FEDERAL DE SALUD. Argentina

- MSAL. 2003. PLAN FEDERAL DE SALUD. Argentina
- MSAL. 2008. PLAN FEDERAL DE SALUD. Argentina
- MSAL. 2010-2016. PLAN FEDERAL DE SALUD. Argentina
- OMS. (1978) Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1997). Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. OPS/OMS. Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2008) “Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” 2008. Washington, DC.: OPS, ©
- OMS. (2005) Renovación de Atención Primaria de la salud en las Américas
- RED DE SERVICIOS DE SALUD. División de atención primaria de la salud. Ministerio de salud pública de San Juan. 2014.
- RÓVERE, M.2003 Foro Ciudadano “Salud, ¿una responsabilidad ciudadana?” Hacia una construcción participativa de soluciones. Córdoba, noviembre 2003.
- SCHUTZ, Alfred (1932) Fenomenología del mundo social, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- OPS. (2008)La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS Washington, D.C.
- TOBAR, Federico. (2006) La red pública de atención primaria de la salud en Argentina, Diagnóstico y desafíos. Disponible en: www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf
- TESTA, M. (1988)Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988.
- VALLES, Miguel. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Ed. Síntesis. España.