

Nuevos y viejos problemas para APS en contexto de pandemia. Aproximación a un caso local (Municipio de La Plata).

Licia Pagnamento y Diana Weingast.

Cita:

Licia Pagnamento y Diana Weingast (2021). *Nuevos y viejos problemas para APS en contexto de pandemia. Aproximación a un caso local (Municipio de La Plata)*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/597>

XIV Jornadas de Sociología de la UBA. Sur, pandemia y después. (1-5 de noviembre de 2021)

Mesa 239 "La cuestión social en tiempos de pandemia y pospandemia. El Estado frente a las desigualdades." (Eje 5 "Estado y Políticas Públicas")

Coordinadores: Ana Ariovich; María Ignacia Costa; María Crojethovic

Nuevos y viejos problemas para APS en contexto de pandemia. Aproximación a un caso local (Municipio de La Plata)¹

Pagnamento, Licia² y Weingast, Diana³

Las incontables transformaciones producidas por la pandemia de COVID19 en la vida social, incluyen diversas respuestas por parte del Estado en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal), en particular en el ámbito de la provisión de servicios de salud. En este sentido, las políticas en salud manifestaron adecuaciones orientadas a promover protecciones básicas para la población, a la vez que se hicieron visibles tanto potencialidades como limitaciones que pueden ser asociadas a las directrices de las políticas previas en el área.

La propuesta de este trabajo consiste en ubicar en contexto y aproximarnos, mediante un incipiente análisis de caso, a algunas de las respuestas concretas que se desplegaron frente a la pandemia considerando su relación respecto de la definición y ejecución de políticas locales de salud en el primer nivel de atención en el Municipio de La Plata (Provincia de Buenos Aires). Es por esto que primeramente buscamos reconstruir un marco más amplio en el cual ubicar las estrategias y lineamientos de las políticas de salud que se desarrollan a nivel local lo cual nos permitirá reconstruir el devenir de las políticas locales en salud en el Municipio de La Plata que registraron un giro significativo a partir de 2016, momento en el que la estrategia de fortalecimiento de la APS pareciera haberse debilitado (al menos en los términos en que se desarrolló desde 2008). La mirada sobre estos procesos permiten abrir algunos interrogantes respecto de las respuestas del sector

¹ Este trabajo es producto del proyecto "Representaciones y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados". Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP IDHICS- CIMECS. Código PID/ H880

² CIMECS – FAHCE - UNLP

³ CIMECS – FAHCE - UNLP

salud a nivel local especialmente en el contexto de la pandemia de COVID19 en que las acciones de prevención y promoción de la salud resultan fundamentales.

El material empírico con el que trabajamos combina análisis de documentos, información de carácter público (reportes de investigaciones, artículos periodísticos, sitios de divulgación de información) y entrevistas a trabajadoras de salud que desarrollan sus actividades profesionales en La Plata. El material empírico y las posibilidades concretas de acceder a él, se encuentran atravesados por la situación de pandemia y las medidas de aislamiento que en sus distintos grados nos han acompañado hasta la actualidad⁴.

1. La respuesta del sector salud a la pandemia puesta en contexto

1.1 Revisión histórica

La pandemia de la COVID-19 se desarrolla en un contexto general marcado por una historia que ha cementado un campo –el campo de la salud- fragmentado, desfinanciado y atravesado por intereses de diferentes actores y/o corporaciones que pugnan por instalar (instituir) políticas que se construyen en torno a concepciones más generales respecto de la relación estado-mercado. En el núcleo de este conflicto se suceden momentos en los que las distintas correlaciones en las relaciones de fuerza van marcando diversas restricciones al accionar del Estado en materia de salud colectiva acompañadas por el avance y fortalecimiento del subsector privado y/o de las obras sociales.

En este sentido, conviene restituir una perspectiva histórica que permita comprender las tensiones que se desenvuelven en el campo de la salud en nuestro país y que, lógicamente, atraviesan las realidades locales. Los vaivenes o las tensiones manifiestas en la relación estado/mercado pueden rastrearse a lo largo plazo. Si nos concentramos en la década de los 1950 la propuesta del desarrollismo promovió una medicina privada orientada a una demanda compuesta por los sectores sociales más acomodados mientras que el Estado se limitaba a la cobertura del "indigente médico". Esta orientación claramente contrastaba con el modelo previo en el que sin embargo convivieron contradicciones entre la propuesta de Carrillo de un sistema centrado en servicios de salud en manos del Estado y la lucha sindical que tendía a adoptar el modelo de atención

⁴ Reconocemos que la lengua es "sexista" y que el masculino presenta mayor "extensión" que el femenino. En este texto mantendremos el uso más extenso y reconocemos la legitimidad de las expresiones y manifestaciones que cuestionan los supuestos sexistas o discriminatorios implícitos en las convenciones o normativas actualmente vigentes.

médica de las clases privilegiadas. Para 1970, la ley de Obras Sociales instituyó un modelo de cobertura de salud organizado a partir de un sistema profesional múltiple bajo el control de los sindicatos que proveyó una demanda solvente al sistema privado. A partir del golpe cívico-militar de 1976 los servicios estatales de salud debieron hacer frente con recursos disminuidos a una demanda creciente dada por la transformación del aparato productivo y la crisis de la seguridad social (las obras sociales fueron intervenidas y parte de sus recursos canalizados a otras áreas) a la vez que se consolidaba y expandía la medicina privada (Belmartino y Bloch: 1985). A partir de la década del '80 se acentuó el desfinanciamiento del sector estatal y se cuestionó especialmente el papel subsidiario del Estado respecto de las obras sociales así como la capacidad financiera de éstas para cubrir la atención de sus afiliados. Esta fue la antesala a las reformas del sistema de salud de la década de los 90 que se sucedieron a lo largo del continente latinoamericano y que, como señalan Acuña y Chudnovsky (2002), en el caso de nuestro país representaron cambios puntuales y desarticulados. Entre las medidas más visibles se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales (la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión -decreto 578/93 PEN-), la profundización de la descentralización hospitalaria (reinicio de la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales que había iniciado en la década de los 70) y la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud. Persistió la situación de escasez de materiales sanitarios y medicamentos, así como el estancamiento de los salarios del personal profesional y técnico. Paralelamente creció la demanda de los servicios públicos en un contexto el incremento del desempleo, aumento de la pobreza y empobrecimiento. Asimismo durante esta década avanzó un proyecto de desregulación de las obras sociales que estableció su libre elección, hecho que favoreció a las empresas de medicina Prepaga.

Este esbozo permite reconocer que la conformación de nuestro sistema de salud “tripartito” se explica por procesos sociales que no han estado exentos de pujas y conflictos entre diferentes sectores e intereses. Como señalan Acuña y Chudnovsky (2002) tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que concentra mayormente a los sectores más carenciados y que constituye la única opción para los desempleados y los trabajadores informales, un subsector de obras sociales que da cobertura a los trabajadores formales, y un subsector privado que apunta a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que está logrando una mayor inserción como prestador del subsector de obras sociales. Si bien la primera década del 2000

implicó un cambio respecto del período previo de auge neoliberal, no significó un giro drástico. Para Kessler (2014), esta etapa mostró un aumento de la cantidad de población con cobertura de alguna obra social (debido principalmente a la extensión de la cobertura jubilatoria, del trabajo registrado con aportes a obras sociales y por las reglamentaciones para formalizar el empleo doméstico) y se consolidó el avance de la medicina privada absorbiendo a los aportantes de mayores ingresos. A su vez, el gasto en salud alcanzó valores altos pero existen importantes diferencias entre las provincias (recordemos que como resultado de las políticas de descentralización la mayor parte del gasto es provincial), y las desigualdades también se manifiestan en la provisión de servicios médicos (número de camas de internación o cantidad de médicos, por ejemplo).

1.2 El período 2015-2019: entre una reforma neoliberal (Cobertura Universal de Salud) y las recomendaciones de la OPS/OMS

La gestión 2015-2019 a nivel nacional propuso la Cobertura Universal de Salud (CUS), que si bien fue tempranamente cuestionada como un intento de reforma neoliberal del sistema de salud, se enunció (en una sucesión de eventos públicos) de tal manera que resuena a la propuesta de la OPS/OMS delineada hacia 2014.

Vamos a detenernos brevemente en este tema, porque el período en cuestión recogió, en términos discursivos, una meta política en el área de la salud que potencialmente entraba en tensión con la posición de la OPS/OMS (al menos con la que asumiera con posterioridad a la década de los '90). Si bien debemos reconocer que el organismo internacional no tiene una posición monolítica, también es cierto que las variaciones de posiciones y sus recomendaciones, no son menores y contribuyen (en mayor o menor medida) a las agendas regionales en el área de salud y las discusiones que de ellas se desprenden. Pero, así como en la década de las reformas neoliberales de los noventa, la APS formó parte de las agendas nacionales y las recomendaciones de la OPS/OMS no se ubicaban en sus antípodas, también es cierto que el legado de Alma Ata ha formado y forma parte de posiciones en el contexto de las luchas que enfrentan los experimentos neoliberales, al menos en Latinoamérica.

La primera consideración que debemos realizar, refiere al término Cobertura Universal de Salud (CUS). Localmente, el término es el utilizado en agosto de 2016, momento en el que el entonces presidente argentino anunció medidas en el área de salud que se implementarían un año después. Se entiende entonces que para esa gestión, la CUS se

constituía a partir de un conjunto de medidas: la creación de una “credencial” para la población que no posee obra social y que aseguraba “descuentos” en medicamentos (huelga decir que esta población a la que se alude es la que, históricamente en nuestro país, recibe atención en el sistema público); la modificación de -un problema fuertemente debatido en los intentos de reforma del sistema de salud de la década de los 90- la dilación en el tiempo de cobro de los servicios provistos en los hospitales a las obras sociales (la propuesta se denominó “Pronto Pago”). Se anunció detalladamente la transferencia de fondos a las obras sociales, la reformulación del Fondo Solidario de Redistribución (fondo creado en 1980 que permite reintegros a las obras sociales por tratamientos complejos y costosos, y asegura que todas las obras sociales puedan cumplir con el PMO -Programa Médico Obligatorio⁵-) y la readecuación del financiamiento a la atención a las personas con discapacidad que dejaría de ser pagado por las obras sociales a la espera del reintegro del Ministerio de Salud, y pasaría a ser pagado por este último). Finalmente se informó sobre la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud encargada de evaluar medicamentos, dispositivos e instrumentos y procedimientos médicos, y que pasaría a operar como una guía de adecuaciones que permitiría bajar costos y evitar sobrepagos.

La reacción más inmediata fue denunciar el avance del neoliberalismo sobre el sistema de salud. Esta vez, a diferencia del intento de recortar poder a las obras sociales de la década de los 90⁶, parecía que el avance reformista transitaba hacia la consabida receta de “privatización y tercerización” del sistema público. Las medidas neoliberales de los noventa volvieron a estar en agenda y, con razón, se temió por el desfinanciamiento del sector público de la salud, por la probable eliminación o discontinuidad de los programas de prevención y promoción de la salud y por la reedición de las discusiones sobre programas básicos de atención más allá de las cuales los gastos quedan a cuenta de las personas.

⁵ El PMO establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y Agentes de Seguro a toda la población beneficiaria.

⁶ Acuña y Chudnovsky (2020) sostienen que la desregulación de las Obras Sociales ha funcionado como pieza de intercambio en el logro de distintos objetivos. En este sentido, se construye un escenario de concesiones y reacomodamientos respecto del subsector privado, que pareciera reeditarse en este momento recordando que, en la década de los 90, si bien el sindicalismo resistió el sentido original de la reforma, igualmente se amplió la participación del sector privado en lo que hace a la cobertura de los asalariados.

Para sumar confusión, en el mapa de lo que crudamente se delineaba como una reforma inspirada por la reducción de costos especialmente en el sector de la salud pública y la ampliación de beneficios para el sector privado y de obras sociales, se incorpora tenuemente el problema de la orientación propiamente política de la reforma propuesta (hay que recordar que en este período sistemáticamente se eludía o simplemente se ignoraba el debate en profundidad, reemplazando la discusión pública por slogans).

Para diciembre de 2018, en una reunión entre representantes de la OPS/OMS y autoridades nacionales realizada en nuestro país (a cuarenta años de la Declaración de Alma Ata) se propuso analizar los desafíos en materia sanitaria⁷. Se remarcó el pedido de un “cambio hacia un modelo de atención centrado en las personas y en la comunidad en lugar de centrarse en las enfermedades”; se destacó el potencial de la tecnología y la importancia de “implementar sistemas de información para la salud que aseguren el monitoreo de datos desagregados de calidad, accesibles, oportunos y confiables”; y la necesidad de intervenciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud.

Por su parte, en ese mismo evento, el entonces Ministro de Salud manifestó “la necesidad de volver a conceptualizar el concepto de atención primaria de la salud, partiendo de la base de que no se puede concebir la CUS sin la APS” y recordó la participación en la Declaración de Astaná⁸, donde se abogó por el fortalecimiento de los sistemas de APS como paso esencial para lograr el acceso y la CUS. Más allá del malentendido (cuesta considerar que se trata de desconocimiento del ministro sobre la atención primaria de la salud), resultó una oportunidad para que se asumiera públicamente la estrategia gubernamental de implementación de la CUS en Argentina, y que explicita la vinculación con la APS, esto por supuesto en clara discordancia con los lineamientos anunciados en 2016, al menos si se consideran la presentación pública del CUS argentino⁹.

⁷ Jornada “Avanzando hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS) en Argentina”, organizada por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación; diciembre de 2018. Argentina. Ver: <https://www.paho.org/es>

⁸<https://www.who.int/es/news/item/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>

⁹ Un informe de difusión de la OPS/OMS (Vargas, 2014), se encarga de listar qué no es Cobertura Universal de Salud (CUS) para la OPS/OMS: no se trata de paquetes de servicios pobres para pobres, ni para limitar las atenciones y tratamientos; no es sólo acerca de la protección financiera (transferencias); no es una estrategia que excluya programas de salud verticales prioritarios; no es una estrategia para “privatizar” el sistema de salud; no es lo mismo que seguro universal de salud (<https://www.who>)

Propiamente hablando, la estrategia de *Acceso y Cobertura Universal de la Salud de la OPS/OMS*, claramente ingresó en el escenario de discusión de las políticas en salud al cumplirse el aniversario número cuarenta de la declaración de Alma Ata y, aunque hay que destacar que el planteo del organismo internacional en parte recogía la tradición de ese período, también manifiesta algunos matices si se compara la dinámica posición del organismo a lo largo de esos años¹⁰.

Para la época del aniversario, la estrategia de la OPS/OMS propone que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. Si consideramos la perspectiva del organismo sobre el acceso a la salud, esta primera afirmación claramente entra en línea con las recomendaciones de Alma Ata de 1978, también con la redefinición de 1990 en la que adquieren protagonismo los SILOS, y con la perspectiva expresada para 2007 (se destaca aquí la consideración de los derechos, un aspecto que si bien se mencionaba para 1978, adquiere renovado protagonismo). En particular, la OPS/OMS para este último año, señala que la APS se centra en el sistema de salud aunque se subraya que ésta es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto, y enuncia que su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales. Para la conformación de un sistema de salud basado en la APS se pregona, entonces, una organización integrada del propio sistema de salud a la vez que articulado con otros sectores (lo cual superaría la sectorización de propuestas para enfrentar los problemas de salud de la población); el acceso universal a los servicios (garantizando el acceso de todos al sistema independientemente de su capacidad individual de pago); y marcos normativos, procesos de gestión y recursos adecuados.

Las recomendaciones del organismo en el último tiempo, plantean además que el *acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* requieren de la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. También se definen cuatro líneas estratégicas¹¹ que

¹⁰ Al respecto ver Pagnamento (2018)

¹¹ Esas cuatro líneas son: 1) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, 2) fortalecer la rectoría y gobernanza, 3) aumentar y mejorar el financiamiento y avanzar hacia la eliminación del

recogen lo que podríamos calificar como “propuesta tradicional” a la que se suman variaciones construidas en el contexto de las dinámicas propias de los procesos sociales. Dos temas clarifican esta última afirmación: la equidad y las nuevas tecnologías (TIC).

La discusión sobre la equidad (incluida en la primera línea estratégica) podemos ubicarla en la década de los ´90 en pleno auge de las políticas neoliberales y conservadoras desplegadas en Latinoamérica, con una marcada preocupación en el tema del gasto, caracterizado como excesivo e ineficaz. Sin embargo y a diferencia de ese momento, la discusión en torno a la equidad tiene hoy un amplio recorrido y ha dejado atrás las perspectivas economicistas iniciales que recortaron y redujeron el fenómeno implicado en la salud colectiva. Tal como sostienen Cid, Báscolo y Morales (2016) la estrategia de *Acceso y Cobertura Universal de la Salud de la OPS/OMS*, implican consecuencias institucionales y de funcionamiento en diferentes niveles en lo que refiere a la eficiencia, a la vez que se reconoce a la equidad como un pilar transversal, de acuerdo con el cual se procura garantizar el acceso a los servicios de salud en función de las necesidades de la población y no de sus capacidades contributivas o de pago, así como disminuir las desigualdades evitables en los resultados de salud que derivan del acceso inequitativo. De esta forma, reivindican la relación entre eficiencia y equidad en las intervenciones contempladas en la estrategia, que supera la limitada mirada de los análisis de evaluación económica y de rendimiento técnico de intervenciones de salud que se aplicaron en el pasado, y ubica el foco en intervenciones de carácter sistémico e intersectorial. Se trata de tener presente entonces, según estos autores, que la evaluación de eficiencia en salud depende de la relación entre los recursos invertidos y las ganancias en bienestar social y, especialmente, de las mejoras en el estado de salud de la población. Queda claro entonces que lejos de buscar una ecuación económica, lo que se incluye en la discusión es el horizonte más amplio del bienestar que, si bien no está exento de discusiones de diverso tipo, claramente abre el escenario de la discusión.

Respecto de las oportunidades ofrecidas por la tecnología de comunicación e información (TIC), en un documento reciente de la OPS/OMS (2020) se repasa en la importancia de la disponibilidad, análisis y uso de información. De indudable relevancia para la toma de decisiones de las autoridades sanitarias, se menciona la necesidad de implementar procesos de seguimiento y evaluación, incluido el uso de información, tecnologías, gestión

pago directo, y 4) fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (OPS/OMS, 2014).

de datos, así como el análisis de esta información en la formulación de políticas de salud, a la vez que se denuncia el alcance limitado de los sistemas de información¹² y se señala la necesidad de contar con sistemas de información integrados. En esta línea, la OPS/OMS propone en 2019, un “Plan de acción regional para el fortalecimiento de la información de los Sistemas de Salud 2019-2023” con recomendaciones que incluyen el desarrollo de sistemas de información interconectados e interoperables y la producción e intercambio de información técnica y científica. El tema de la información, si bien se encuentra en la posición del organismo desde hace décadas, incorpora la centralidad de las TICs y avanza en relación a las innovaciones que atraviesan desde las capacidades de gestión hasta el propio ejercicio de la práctica médica, las formas y variaciones de las interconsultas entre servicios de salud y profesionales, la gestión de las historias clínicas, la relación entre médicos y pacientes mediada por la tecnología, etc. Sin dudas este aspecto ha tomado una importancia mayor con la experiencia de la pandemia de COVID de 2019.

Las recomendaciones del organismo no constituyen meras expresiones abstractas sin peso alguno a nivel de la política en salud de los distintos países, por el contrario se inscriben en contextos en el que distintos actores sociales construyen estrategias asociadas a intereses específicos, de tal manera que las recuperan, redefinen o soslayan. En todo caso con frecuencia forman parte, en mayor o menor medida, de la justificación de líneas de acción en materia de salud a nivel colectivo. Conviene recordar que el contexto de disputas y acuerdos remite a fenómenos socio históricos y por ende no puede desligarse de los procesos de producción y reproducción social.

En un reciente trabajo, Almeida Filho (2020), señala que los intentos de dar respuestas, de la mano de políticas públicas de modo eficiente y viable, a problemas y contradicciones que se generan en el propio sistema económico y social, lógicamente enfrentan un límite certero. El proceso histórico global del capitalismo contemporáneo se articula con la salud en distintos planos de la realidad desde diferentes políticas y acciones (programas de austeridad, comercio internacional, inversiones en salud, industria farmacéutica y de equipamientos, seguridad alimentaria y consumo de productos ultraprocesados, etc) de tal

¹² En este informe de la OPS/OMS (2020) se critica el enfoque centrado en los datos del sector público, la falta de capacidad para el análisis de datos, el sesgo hacia los datos cuantitativos, las irregularidades en las encuestas de población, la dificultad para abordar las necesidades de las autoridades sanitarias, en gran medida debido a la falta de interoperabilidad y de procedimientos institucionalizados para compartir información y gestión, entre otros.

manera que el capitalismo “como estructuralmente patogénico, con impactos negativos en la salud humana” (Sell & Williams, citado en Almeida-Filho, 2020) es generador (y resultante) de desigualdades económicas, inequidades sociales e iniquidades en salud, a pesar de que en paralelo aumenta la capacidad resolutive de las tecnologías en salud disponibles o se amplía la cobertura formal del sistema de salud.

Siguiendo esta línea argumental, podemos considerar que la APS en distintos contextos socio históricos actúa de la mano de distintos actores sociales, sea como inspiración o como centro de ataques, pero en todo caso, ofrece la posibilidad de reabrir una discusión política que se encuentra en la base del abordaje de los problemas de salud colectiva y que según los contextos de que se trate, posibilitan discusiones más o menos amplias. Impulsada desde la década de los ´60, ha constituido una respuesta frente al impacto negativo de las condiciones de vida y de trabajo en los procesos de salud-enfermedad-atención de los conjuntos sociales. Ha suscitado adhesiones tanto desde espectros político-ideológicos progresistas como desde el conservadurismo neoliberal. Desde la década de los ´80 y principalmente en los ´90 ha formado parte de la propuesta del neoliberalismo para abordar la relación costo-beneficio frente al incremento constante de la orientación curativa del modelo hegemónico de la medicina occidental, como también ha formado parte de las justificaciones de la retracción del Estado en relación a la salud pública. También ha estado presente en la primera década de 2000 en contextos en los que, como en varios países latinoamericanos, se articularon respuestas que procuraron una disminución de la desigualdad y la ampliación de derechos (Pagnamento, 2018). Esta dinámica se expresa de diferentes formas entre las que podemos incluir los documentos que revisamos y que forman parte de la discusión ideológica y las disputas de intereses que se manifiestan. Parte de esta dimensión lógicamente se imbrica en las estrategias enmarcadas en los conflictos y las acciones de sujetos sociales concretos.

2. El sector salud en la Provincia de Buenos Aires y el municipio de La Plata: respuestas en época de pandemia situadas en contexto.

Construido este marco general, podemos trazar un panorama inicial sobre las respuestas del sector salud frente a la Pandemia de Covid-19, un evento claramente disruptivo pero que transita en un contexto en el que sistema de salud acusaba el impacto de la gestión de orientación neoliberal desplegada entre 2015-2019. El giro neoliberal a partir de 2015

afectó significativamente la provisión de servicios de salud del subsector público de tal manera que sus recursos para enfrentar la pandemia cargaban la huella de la sub-ejecución presupuestaria, el desfinanciamiento de programas e instituciones prestadoras de servicios conjuntamente con la caída de salarios del personal de salud, y la redefinición de objetivos y prioridades en el área. Mientras a nivel nacional se proponía a nivel declamatorio la CUS (punto 43 entre las prioridades explicitadas por la gestión del período 2015-19) partiendo de un diagnóstico que justificaba y definía metas que apuntaban al fortalecimiento del subsector privado¹³, a la vez perdían peso las acciones de política pública referidas a la prevención y la promoción de la salud.

En clara sintonía con la orientación del gobierno nacional en esa época, la Provincia de Buenos Aires modificó la asignación de recursos del área de salud. Las denuncias respecto de los resultados y consecuencias de la gestión en la provincia de Buenos Aires entre 2015-2019 en el sector, como es de esperar, emergieron de sectores críticos a un modelo que desarticuló líneas de acción construidas a lo largo de varios años (incluso décadas)¹⁴. En 2020 un informe generado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Universidad Nacional de La Plata¹⁵, indicaba que en ese período se produjo un recorte del presupuesto nacional destinado a salud y que en la provincia el gasto también había caído.

En forma paralela al recorte en el financiamiento de los servicios del subsector público, la información de la página del Ministerio de Salud provincial permitía identificar persistencias en orientaciones de política pública a la vez que surgían otras. En un ingreso a la página oficial en agosto de 2018, se identificaron continuidades en los programas referenciados como de atención de la salud mientras que se incorporaron

¹³ En los “objetivos de gobierno” para el período 2015-19 se señala que 15 millones de argentinos no tienen “cobertura de salud formal”. Este curioso giro lingüístico, se complementa con la mención de que estas personas tienen acceso al sistema de salud público pero no tienen un “médico de cabecera”, acceso a turnos programados o a medicamentos. Respecto del acceso a medicamentos baste recordar el conocido Programa Remediar (podrá señalarse que es incompleto pero no se puede afirmar que no se contemplaba un acceso a medicamentos esenciales) y la alusión al “médico de cabecera” carece de mayores precisiones cuando es un término que puede asumir diferentes sentidos. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/objetivos-de-gobierno-de-la-argentina-2015-2019>.

¹⁴ En los primeros años de gestión de la coalición Cambiemos, más que textos elaborados en el ámbito académico referidos al ámbito de la Provincia de Buenos Aires y la zona de La Plata en particular, encontramos artículos periodísticos. Ver por ejemplo las publicaciones en <https://www.diariocontexto.com.ar/>; <https://diariohoy.net/>

¹⁵ Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, la Secretaría de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social.

otros como el de “Hospitales libres de violencia” o el Programa denominado “Ámbito Religioso”.

Hay que destacar también el estancamiento y desfinanciamiento de líneas de acción recientes y otras de larga data. Entre las primeras podemos ubicar las UPA (Unidades de Pronta Atención) que se construyeron durante la gestión anterior¹⁶ como centros de atención intermedios entre el sistema de atención primaria y los servicios hospitalarios (las UPA se instalaron en zonas y municipios con gran extensión territorial, aislamiento geográfico de comunidades y déficit de servicios, particularmente en el segundo nivel). Entre las segundas podemos ubicar líneas de acción cuya presencia y expansión se mantuvo (con vaivenes) al menos desde el retorno de la democracia, como es el caso de las estrategias de fortalecimiento de la APS. Si bien puede cuestionarse la idea de cierta continuidad en su impulso, no es menos cierto que continuó en agenda especialmente desde 2004 con la formulación del Plan Federal de Salud. Así, entre 2007 y 2015 se registró un leve incremento en la cantidad de Centros de Atención Primaria de la Salud en los municipios de la provincia (cercano al 7%) y se avanzó en la formación de promotores de salud¹⁷. Para 2006 el Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios en Salud y el Programa Salud en Movimiento constituyeron líneas de acción específicas para fortalecer la estrategia de la atención primaria de la salud (Pagnamento, 2017).

Sin embargo, hacia 2015 en la provincia comenzó a desplegarse una nueva orientación política en el sector salud. Junto al manifiesto proceso de desfinanciamiento¹⁸ que repercutió en la calidad de los servicios y las condiciones de trabajo del personal, se impulsaron acciones referidas a la atención de emergencias médicas. Se puso en práctica un servicio de traslado en ambulancias conocido como SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias) y, frente a los cuestionamientos sobre la falta de adecuado financiamiento del sector, a partir de 2017 se anunció un plan para remodelar las guardias

¹⁶ Como señala Jiménez (2018) a partir del 2010, las UPA constituyen un dispositivo de política sanitaria inspirado en la experiencia creada en Brasil, y que buscaba ampliar la atención de la “urgencia” y la “emergencia” de modo más cercano a la población.

¹⁷ En las llamadas “Primeras jornadas de reflexión sobre salud pueblo y estado” del 12 de junio 2004 realizadas en Bs As, el entonces gobernador de la provincia anunció la formación de 10.000 agentes, y en los informes de gestión de 2015 se indica la formación de 4500 promotores de salud (Informe “100 logros de gestión- 2015” publicado en el portal web del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)

¹⁸ Diversas han sido las denuncias de los trabajadores del sector salud en estos años: caída de la inversión, estancamiento de los salarios, precarización laboral, subejecución presupuestaria en obras y mantenimiento, entre otros. El presupuesto provincial en salud pasó de un 6,3% en 2015 al 5,5% del total en 2019.

de 58 hospitales públicos. Estas acciones concitaron no pocas críticas a la gestión, que en su momento fueron respondidas aludiendo a montos invertidos, estrategia que no dejaba en claro los porcentajes cubiertos ni el diagnóstico inicial que guiaba los desembolsos. Por su parte, las reivindicaciones salariales fueron una constante al igual que sucedía con los trabajadores de distintas actividades, especialmente las de la órbita estatal y pública. El SAME continúa vigente en la actualidad aunque se desarrollaron otras estrategias que reeditan líneas de intervención del período previo a 2015-2019.

Para 2021 se presentó oficialmente un servicio que buscaba favorecer una nueva articulación entre los efectores del sistema público de salud. En primer término, se recuperó el sistema de las UPA (en el contexto de la pandemia de COVID-19 estos efectores resultaron cruciales en la atención de las personas afectadas), y en relación a estas se generó el Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) que busca fortalecer el nexo entre los hospitales y distintas instituciones locales como Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), escuelas, comedores, clubes y centros culturales. Hacia fines de 2020 cerca de 15 establecimientos provinciales¹⁹ se sumaban a esta estrategia. Al momento la Provincia de Buenos Aires incluye en agenda la apertura de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en algunas localidades aunque no queda claro si su financiamiento corresponderá a la provincia o a los municipios (los ciclos de falta o merma de recursos de todo tipo en los CAPS municipales son un dato concreto y no novedoso).

La propuesta de los SAPS toma a los hospitales como uno de los ejes del sistema de atención primaria, en otras palabras los ubica de lleno en acciones de prevención y promoción de la salud, bajo el argumento de garantizar la continuidad asistencial y fortalecer la atención integral en el territorio. Esta propuesta es “novedosa” tanto en relación con las consecuencias del experimento neoliberal que asestó un fuerte golpe al

¹⁹ Los primeros SAPS tomaron como referencia a los hospitales “Mariano y Luciano de la Vega” (Moreno), “Casa del Niño” (General Pueyrredón), Servicio de Neumotisiología (Tandil), H.Z.G.A. “Dr. Narciso López” (Lanús Este), H.Z.G.A. “Dr. Carlos A. Bocalandro” (Tres de Febrero), H.Z.G.A. “Dr. Ricardo Gutierrez” (La Plata), H.I.G.A. “San Roque” (Gonnet - La Plata), H.Z.G.A. “Dr. Mario Victor Larraín” (Berisso), H.Z.G.A. “Magdalena V. de Martínez” (General Pacheco), Jose Ingenieros (La Plata), H.I.E.A.C. Neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn” (Melchor Romero - La Plata), UPA 24hs N°6 (Los Hornos - La Plata), H.Z.G.A. “Dr. Horacio Cestino” (Ensenada), HIGA Gandulfo (Lomas de Zamora) y H.Z.G.A. “Dr. Alberto Balestrini” (La Matanza). Información disponible en la página web del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires.

primer nivel de atención²⁰, como respecto a algunos de los lineamientos de las políticas de salud que buscaban otorgarle prioridad. Respecto de la primera, porque la política de desestructuración de la estrategia de APS previa a 2015 y el corrimiento del centro de las acciones de prevención y promoción de la salud ubicadas a nivel local con efectores de primer nivel (CAPS o “salitas”) hacia un sistema de prestación de servicios de salud centrado en la atención en los efectores de segundo y tercer nivel, dejó un sistema fragilizado y con un margen de acción comprometido. Por otra parte, y no solo como resultado del impacto de la pandemia de COVID-19, se está desplegando una estrategia que si bien menciona la importancia de la articulación entre efectores de distintos niveles con la comunidad en la atención primaria de la salud, reubica en un lugar de centralidad a los efectores de mayor complejidad, lo cual lleva a preguntar por las características que asuman las acciones orientadas a la prevención y promoción de la salud en esta propuesta, es decir, el sentido o el significado que asuma. Uno de los datos históricos en relación a la APS es que las instituciones de mayores niveles de complejidad no han favorecido la prevención y promoción de la salud ni la estrategia de participación comunitaria que forma parte de ella, al menos tal como se entiende desde la OPS/OMS (organismo que ha marcado líneas de reflexión e intervención en esta materia). Se entiende que la clave de la propuesta gira en relación a la articulación entre efectores y niveles, para lo cual la tecnología de comunicación e información (TIC), en la línea que plantea la OPS/OMS, podría ofrecer nuevas oportunidades.

En el Municipio de La Plata, se manifestó un cambio de rumbo en el ámbito de la provisión del servicio de salud en los centros barriales (CAPS) a partir del cambio de gestión en 2015, de tal manera que se redefinió la política de Atención Primaria de la Salud local que se venía desarrollando desde, al menos, 2008.

Una parte de los cambios abarcó la información pública que se concentraba en su sitio web. Los lineamientos de las políticas en el área local, fueron reemplazados por un organigrama con los nombres de los y las funcionarios/as y se incluyó un segmento de noticias. Se mantuvo el listado con la información sobre la localización y formas de

²⁰ Más allá de las diferencias territoriales dentro de la Pcia de Bs As, los efectores del primer nivel de atención (CAPS) no se caracterizaron por formar parte de un sistema de interconexión fluido con los efectores de mayor complejidad (Hospitales).

contacto de los centros municipales de salud²¹. Podríamos señalar que esta modificación no es menor en términos del tipo de información que se considera debe incluirse en espacios de carácter público y por tanto pueden ser sometidas al debate o a la revisión colectiva.

Pero sin dudas una de las esferas en las que se hace evidente la nueva orientación política corresponde a los recursos humanos del primer nivel de atención. Los CAPS municipales incluyen una diversidad de trabajadores (médicos de distintas especialidades, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y promotores de salud). La cantidad y la conformación interna de los equipos de los CAPS es disímil, y esto, como se verá más adelante, se visibilizó en las decisiones, contra-indicaciones y tensiones generadas ante el contexto de la Pandemia.

Entre los cambios suscitados a partir de 2006, una de las figuras que se vio más fuertemente comprometida es la de los Promotores. Para esa época, trabajadores de los centros de salud denunciaban la desarticulación del programa de Promotores Municipales de Salud que se había desarrollado hacia 2008 y que capacitó a agentes residentes en los barrios que realizaban distintas actividades de prevención y promoción de la salud en el marco de las tareas de los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) municipales. No sólo no se incorporaron más promotores de salud sino que sus salarios (magros desde el inicio) sufrieron una fuerte caída. A este panorama se suma la heterogeneidad de jurisdicciones administrativas de estos agentes de salud ya que no todos los Promotores dependían del municipio, sino que compartían su área de acción con promotores de salud provinciales.

Si bien se mantuvo el programa “Promotores en salud” a nivel provincial, en los hechos no reportó recursos para el área de atención primaria de la salud del municipio. Pero por otra parte, el programa provincial recibió un ajuste en términos económicos. Es interesante destacar la puja que se sucedió en torno al reconocimiento de estos agentes y a los recursos que el estado provincial destinaría. Como señala Logroño (2018), la Ley Provincial 14882 sancionada en 2016 por la cámara de Diputados de la Pcia de Buenos Aires, creó formalmente la figura de “Promotor Comunitario en Salud”. Esta ley recupera

²¹ De hecho no se trata sólo de que la información sobre los lineamientos de la política municipal de salud literalmente desapareció de un canal que garantizó el acceso público, sino que los canales para obtener ese tipo de información se volvieron absolutamente engorrosos. Los reiterados intentos por relevar datos sobre las políticas municipales en los primeros años de la gestión iniciada en 2015 fueron infructuosos para las autoras de este trabajo.

la aproximación general de organismos internacionales y consensos del campo de salud sobre la figura de los “*promotores*”²². Sin embargo, al momento de la promulgación en 2017, tres artículos fueron vetados por la gobernadora bajo el argumento del elevado costo de incorporar a cerca de 5000 agentes a la planta permanente del Ministerio de Salud provincial.

Hay que considerar que la situación respecto de las actividades y los recursos en los CAPS es en mayor parte resultado de las políticas locales. Abarca al conjunto del equipo de salud, e implica una propuesta y una organización de trabajo orientado desde la perspectiva de la prevención y la promoción de la salud. Variadas son las críticas que pueden hacerse a la orientación de las actividades de los CAPS desde hace tiempo, pero claramente a partir de 2015 las decisiones tomadas en relación a los recursos humanos de estos centros de salud dejaban en claro la poca importancia que se prestaba al primer nivel de atención.

Un relevamiento reciente sobre el impacto de las medidas de aislamiento a inicios de 2020 en la región (Kessler y colab, 2020) dejaba al descubierto los resultados de las políticas llevadas adelante en el ámbito de la atención primaria. Según se indica en este informe, los/as referentes de organizaciones populares y comunitarias de la zona carecían de contacto con áreas sociales y de salud de nivel local que los orientaran. Asimismo se señala la falta de presencia de agentes de salud en el territorio sosteniendo o colaborando en sostener la medida de aislamiento (el único agente estatal con presencia en los barrios eran los agentes policiales o de control urbano). Por otra parte, los agentes de prevención y promoción de la salud entrevistados en ese relevamiento, informaban que no contaban con los elementos ni la orientación suficiente para hacer frente a la tarea, tanto en las zonas periféricas urbanas como en las rural-urbanas (Barrio Aeropuerto en Villa Elvira en La Plata, Barrio Altos de San Lorenzo en La Plata; Barrio Las Quintas en San Carlos en La Plata).

²² Como señala Longroño (2018), el artículo 2º de la ley incluye la definición del promotor de salud como la persona de la comunidad, designada con este cargo por la autoridad competente, que se forma para promover la participación y la organización popular, fomentar acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, adecuar los programas del sistema y generar nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población. Asimismo algunos de los objetivos de la ley son: mejorar el Sistema de Salud a través del desarrollo de mecanismos de participación comunitaria que respondan a las necesidades de Salud de la población; fomentar a partir de los PCS la inclusión de las características culturales de las poblaciones, en la planificación y ejecución de proyectos, programas sanitarios, en los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud.

Asimismo, para 2020, un grupo de investigadores de la UNLP²³ elaboró un informe a partir de un relevamiento para analizar la situación de los trabajadores y las trabajadoras del subsector público de la región (La Plata, Berisso y Ensenada), que ponía en evidencia la fragilidad del sistema local para afrontar la pandemia. El informe señala la complejidad de un subsector público en el que se conjugan efectores de gestión municipal y provincial, con recursos económicos diferenciales y con lineamientos político-administrativos no siempre coincidentes. En los diversos efectores de salud ubicados en La Plata se desempeñan cerca de 12 mil trabajadores/as en relación de dependencia con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y cerca de 1000 personas poseen algún vínculo contractual con el municipio.

Si consideramos la situación en torno a los recursos humanos de los centros de salud, encontramos un conjunto de problemáticas que abarcan tanto la composición de los equipos (en número y profesiones/especializaciones), las diversas condiciones de contratación y jurisdicciones de las que dependen, y las condiciones de trabajo (horarios, salarios, tipos de tareas).

Dentro del mismo espacio de trabajo coexisten diversas formas de contratación para distintos agentes de salud. Por ejemplo, personal administrativo/a o de maestranza y técnicos/as o profesionales (con carga horaria de 24 o 36 horas) en relación laboral con el municipio, pero también se encuentran otras formas de contratación precarias - tercerizados-, con contrato a tiempo parcial, no registrados, etc.- a través de convenios efectuados con distintos programas nacionales (por ejemplo, el Programa Médicos Comunitarios), con cooperativas de trabajo (de promotores de salud, de enfermeros/as, de maestranza) y/o mediante becas de distinto tipo.

Esta situación sin embargo no es novedosa. Tal como señalan Colangelo y Weingast (2018), la pluralidad de jurisdicciones y situaciones de contratación de los agentes de salud en el primer nivel de atención es un rasgo de larga data. Las autoras han relevado que, al menos desde 2010:

“Al interior de los equipos se encontró que sus integrantes presentaban una variedad y disparidad de inserciones laborales (empleados de planta de la Municipalidad, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, cooperativistas, becarios del

²³ Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, junto a la Secretaria de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social, UNLP.

programa Médicos Comunitarios), así como en sus formaciones y motivaciones. Esta heterogeneidad está atravesada por salarios muy bajos en relación con funciones equivalentes en otros ámbitos, aspecto que constituye una constante a lo largo del tiempo considerado (2010-2015 y 2017-2018).

Sin embargo, la mencionada precariedad salarial y en los vínculos laborales, ha generado una falta de profesionales en los equipos, que nunca están completos. Hay profesionales que son “prestados” de un centro a otro, o que comparten sus horas de trabajo entre dos CAPS o que, por la necesidad de tener otro trabajo o en acuerdo con los funcionarios municipales reducen los días o las horas de atención en los centros. Estas situaciones impactan en las familias usuarias, al generar, falta o frecuentes cambios de profesionales, discontinuidades en los días y horarios de atención, etc.” (Colangelo, A.; Weingast, D.; 2018)

Las dificultades en torno a los recursos humanos de los centros de salud municipales abarcan también las características de su conformación. Los equipos de salud de los CAPS no tienen composiciones equivalentes, de tal manera que varían tanto las profesiones representadas como la cantidad de profesionales y personal auxiliar en cada uno de ellos. Con la Pandemia se produjo una merma importante del personal, principalmente médico, ya sea por las licencias especiales de diversos trabajadores en función de la edad, por algún padecimiento que los ha convertido en parte de un “grupo de riesgo” o por las renunciaciones de algunos profesionales (en especial médicas) que encontraron otras oportunidades laborales motivados por mejores condiciones laborales y salariales. Lógicamente estas mermas afectaron en forma diferente a los centros de acuerdo a la composición de los equipos y en el marco de la emergencia sanitaria, llevó a que en distintos niveles de gestión de la salud pública se implementen convocatorias para la incorporación de médicos/as. Como lo ha expresado uno de los profesionales del CAPS:

“Si, era necesario porque había salitas que todos los médicos, las médicas; porque todos los centros de salud generalmente tienen 2 o 3 médicos, tampoco es que pululan, y algunos eran gente grande, mayores de 70, con enfermedades crónicas y la mar en coche, entonces se quedaron con uno o sin ninguno. Entonces ahí empezaron a buscar para poder cubrir esos lugares que quedaron vacantes. La convocatoria se abrió, se abrió una convocatoria en general, pero por los sueldos. No era sólo para extranjeros, era la convocatoria en general pero el tema es que no se anotó mucha gente. En provincia había otra convocatoria que pagaba mucho más, entonces nada. La gente en el municipio no se anotó tanto.” (Entrevista Médica CAPS)

Además, en parte por las condiciones de trabajo pero especialmente los bajos salarios hacen que los profesionales no solo se desempeñen en diversas instituciones sino que los impulsa a la construcción de estrategias diversas en la búsqueda de mejores oportunidades.

Sea por la búsqueda de nuevas oportunidades, o por la necesidad de ocupar los puestos vacantes, estos movimientos de profesionales médicos constituyeron para otros una oportunidad laboral:

“A raíz de la emergencia sanitaria, se hizo una contratación de médicos y médicas de otros países, con títulos de otros países, pasando. Hay países que tienen homologación directa, que vos haces la carrera, hay algunas facultades de Brasil, universidades de Brasil que haces la carrera allá y vos venís acá y tenés la homologación del título directo; otras que tenés que rendir algunos exámenes y otras que no están reconocidos para nada por lo que tenés que revalidar. Lo que se hizo fue una excepción para esas personas. Mi compañero estudio en Venezuela, es venezolano, no había hecho la reválida del título y bueno, se hizo una excepción. Fue un acuerdo con el colegio de médicos por la pandemia, entonces se les hicieron contratos trimestrales, en principio, con una matrícula provisoria; una cosa así. Él entró a nuestra salita y después lo pasaron a otra salita que se habían quedado sin médico.” (Entrevista médica CAPS)

Si nos concentramos en los servicios prestados por los CAPS en contexto de pandemia, de acuerdo a los testimonios recogidos, se produjo un fuerte desajuste a nivel de las pautas de organización general de las tareas. Al sentir de algunos profesionales los lineamientos sobre cómo actuar y/u organizar los espacios y rutinas laborales en los centros no contaban con directivas claras y oportunas desde la gestión de salud municipal, reflejándose en la falta de protocolos propios y adecuados a las realidades estructurales de los CAPS, y/o la demora de los lineamientos de actuación, quedando en los equipos y/o directores de los mismos las decisiones sobre la “nueva” organización.

Esta situación que en el contexto de pandemia podría asociarse a la emergencia, sin embargo forma parte de los reclamos que se han sucedido también en otras épocas en las que las gestiones municipales desatendieron el primer nivel de atención, especialmente en los efectores ubicados en los barrios de las zonas más alejadas del casco urbano (Pagnamento, 2007), lo que llevaba a la construcción de estrategias relativamente autónomas en los centros de salud para organizar sus actividades. En contexto de pandemia esta situación puso a prueba la capacidad de los equipos para

organizarse de y con lo que pudieran, especialmente en las primeras etapas, situación que lentamente se fue revirtiendo.

“(…) nos organizamos enseguida, lo pensamos y nos organizamos y después bueno, Secretaria chau, chau, fue medio así. (...) nos empezamos a organizar según los protocolos nacionales y provinciales porque la municipalidad no hizo protocolo. Después, separaron esos centros de salud, que unos iban hacer respiratorios otros no respiratorios, no sintomáticos COVID, otros más grandes y que se pudieran organizar de otra manera, iban atender las dos cosas. Siempre y cuando se pudieran hacer, que tuvieran dos entradas, bueno para que por un lado entraran los sintomáticos por otro lado la otra gente. Se dividió eso. Nos llegaron las carpetas, nos llegaron unas carpetas, el centro de salud X tocaba las dos cosas. En otro CAPS le tocaba una sola, lo sé porque trabajé un tiempo... Entonces, iba a hacer respiratorio, pero al final nunca nada. Tiraron eso y listo... (...) la Secretaría de Salud mando la directiva que no teníamos que cruzarnos. Que un grupo a la mañana, que el grupo de la mañana siempre fueran las mismas personas, y que los grupos de la tarde siempre fueran las mismas personas. Nosotros no lo cumplimos porque era imposible no cruzarnos y no podíamos modificar nuestros horarios. Cades tenía otros trabajos, yo tenía 3 trabajos, mi otra compañera tenía 2 trabajos, el otro médico también, todos trabajabamos en otros lugares y no podíamos modificar los otros horarios. Porque para mí ir todos los días a la mañana significaba modificar los horarios en los otros trabajos y nada, no se podía. Pero sí nos manejábamos dentro de la unidad sanitaria respetando mucho los protocolos.” (Entrevista médica CAPS)

Las posiciones críticas respecto del accionar de la gestión municipal en salud, por supuesto implican posiciones político-ideológicas puesto que la gestión y organización de actividades atinentes a la salud colectiva constituyen un campo de disputas en las que se presentan diversos tipos de conflictos: las orientaciones de la propia política local en salud, los recursos humanos y materiales junto con su gestión y organización, las metas y actividades que se desarrollan, las formas de trabajo, la composición y conformación de los equipos, etc. El ámbito de las prestaciones y el ejercicio de las profesiones vinculadas a la salud no constituyen ámbitos asépticos, neutrales en términos valorativos o apolíticos, sino que producen y/o reproducen disputas más generales que atraviesan las propias prácticas y sus representaciones sociales. Es por esto que encontraremos posiciones más o menos críticas a las gestiones de turno no en un único momento en específico.

Por otra parte, son los propios agentes de salud quienes construyen con su actividad cotidiana la política de salud local, en el sentido de que más allá de los lineamientos concretos de una gestión, al momento de su desarrollo concreto se constituyen como tales. Puede que haya lineamientos claros y sólo se cumplan en parte, o que no sean

claros y se continúen realizando ciertas actividades pautadas de antemano, o que emerjan prácticas novedosas y que no sean neutralizadas o, por el contrario, sean recuperadas. Las situaciones serán diversas, sin embargo los trabajadores de la salud al menos en los CAPS del Municipio que estamos tomando en nuestro análisis, cuentan con una historia en la que no son infrecuentes ciertos márgenes de acción, siempre claro está, en relación con los recursos disponibles.

Si bien, sobre todo al inicio de la pandemia, la reorganización quedó en manos de los equipos y/o directores de los CAPS municipales y en relación además a disponibilidades de infraestructura y de personal, diversos relatos muestran algunas constantes: 1) la espera se traslada fuera de la institución (deja de usarse sala de espera interna); 2) organización de la atención a través de turnos programados; 3) reorganización de los horarios del personal de salud para controlar la circulación al interior de la institución, cuestión que influye además en el trabajo interprofesional que se realizaba (por ejemplo articulación psicóloga/trabajadora social o pediatra/trabajadora social); 4) reducción de la cantidad de citas para el control de menores de 1 año aunque manteniendo la continuidad de la actividad (previo a la pandemia se realizaban 30 controles, en pandemia se realiza entre 5 o 10, según el profesional).

El funcionamiento de los centros también requirió contar con algunos insumos básicos, que no eran habituales en estas instituciones, y que garantizaran la protección del personal y de los usuarios. La provisión de este tipo de elementos, como por ejemplo los barbijos quirúrgicos y/o camisolines, cofias, materiales descartables, sucedió a destiempo (aproximadamente un mes y medio después) y de forma insuficiente. Esta situación hizo que los propios trabajadores recurrieran a diferentes estrategias para su obtención en especial el recurso de contactos con personas o instituciones con capacidad para proveerlos (donaciones y pedidos a organizaciones gremiales por ejemplo). En palabras de algunos trabajadores:

“.. se fueron haciendo, igual de a poco se fueron cubriendo ellos sus propias necesidades, ahí en la salita, para poder trabajar. (...) “... Entonces eso llevó a que muchos trabajadores y trabajadoras no quisieran atender, entonces más caos todavía porque la gente se tenía que seguir atendiendo, aunque sea cuestiones más agudas. Y bueno, y cada salita se empezó a organizar como mejor le parecía”. (Entrevista médica CAPS)

Una parte de estas estrategias permiten una administración racional de la escasez, que se torna especialmente crítica en el caso de las irregularidades y/o faltantes de algunos de los medicamentos mayormente procedentes del programa Remediar. En los primeros meses de la Pandemia esa situación persistió por lo que nuevamente las estrategias del personal fueron claves (por ejemplo buscaron apoyo entre quienes podían aportar algún recurso económico, se utilizó el recetario solidario, se distribuyó lo existente de manera tal que al menos cubriera la mitad del tratamiento) para encontrar otras fuentes de suministros (muestras gratis de visitadores médicos, “donaciones”, etc.), así como también fue fundamental la solidaridad entre vecinos, amigos y/o familiares.

3. A modo de cierre.

Al inicio de este trabajo señalamos que al considerar las estrategias desplegadas en contexto de pandemia en el primer nivel de atención en el Municipio de La Plata (Provincia de Buenos Aires), era necesario reconstruir un marco más amplio en el cual ubicarlas.

Señalamos que las políticas locales en salud en el Municipio de La Plata registraron un giro a partir de 2016, momento en el que la estrategia de fortalecimiento de la APS pareciera haberse debilitado (al menos en los términos en que se desarrolló desde 2008), y no solo a nivel local, sino que entró en consonancia con la orientación del área de salud a nivel provincial y nacional de esa época. Los equipos de salud municipales y las actividades desarrolladas en los centros en épocas inmediatamente previas a la pandemia sufrieron un recorte en la asignación de recursos de todo tipo (salarios, contrataciones, mantenimiento edilicio, provisión de insumos), e impactaron en las actividades que se replegaron concentrándose en la atención médica a la par que perdían relevancia las actividades orientadas a la prevención y promoción de la salud, aún cuando éstas tuvieran un despliegue muy acotado.

Por otra parte, el primer nivel de atención a nivel local no tuvo un papel relevante frente al tratamiento de los casos COVID ya que en virtud de la gravedad de los cuadros clínicos, estos se atendían en los centros de atención hospitalarios. Las funciones vinculadas a la prevención, entre las que podemos ubicar la difusión de información, los hisopados y la vacunación, correspondieron a jurisdicciones provinciales y/o nacionales de tal manera que las actividades desarrolladas por el área de salud en el ámbito local se limitaron al seguimiento –telefónico- de aquellas personas positivas COVID residentes en zonas

aledañas a los CAPS, más allá de que parte de su personal fue convocado a la campaña de inmunización.

En este contexto, al igual que en tiempos pasados, las actividades desarrolladas de manera generalizada aunque con sus particularidades (según los CAPS), se centraron mayormente en la atención médica asistencial focalizando en ciertos grupos poblacionales y/o ciertas patologías crónicas (hipertensión, diabetes) ya sea por demanda de los usuarios o por búsqueda y seguimiento de los profesionales. Las respuestas institucionales de los CAPS quedaron mayormente circunscritas a las estrategias construidas por sus trabajadores.

En cierta medida a nivel local, en el sistema de APS del municipio de La Plata, la pandemia de COVID-19 terminó reforzando la tendencia previa de repliegue hacia la atención médica realizada en consultorio.

Queda recordar que el sentido más generalizado de la atención primaria de la salud (APS) incluye al menos ocho componentes fundamentales de acuerdo con los planteamientos de la OPS/OMS: la educación para la salud y prevención; la provisión de alimentos y nutrición apropiada; el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil y planificación familiar; la inmunización contra enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. La provisión de asistencia sanitaria esencial, constituye un eje central aunque ésta implica algo más: participación de la comunidad, primer nivel de contacto con el sistema de salud, se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad y provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, etc.

El listado de los ocho componentes y la enumeración de actividades dejan en claro que las acciones y estrategias desplegadas en materia de APS requieren de una articulación compleja con otros niveles, la provisión regular y sostenida de recursos, la construcción de respuestas a diversos problemas de salud con equipos compuestos por profesionales formados en diversas problemáticas, etc.

Se abren no pocos interrogantes respecto de las características que asumirá la APS a nivel local luego de la Pandemia, particularmente en lo que refiere al alcance que ésta asuma y si el repliegue a la oferta de atención médica en consultorio, junto con la

incorporación de nuevas tecnologías de información para el seguimiento y contacto con los pacientes, no estará delineando un nuevo contenido para un área que desde sus inicios estuvo plagada de contradicciones y conflictos.

4. Bibliografía

- UNLP (2020) “Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (covid-19). Relevamiento de la situación en La Plata, Berisso y Ensenada”. Informe elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, la Secretaria de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social. Disponible en: <http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/news/43-generales/gen-home/2453-los-trabajadores-y-trabajadoras-de-la-salud-en-tiempos-de-pandemia>
- Kessler, G. y Colab (2020) “Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN Marzo”. Informe de la Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 (MINCYT-CONICET-AGENCIA) para el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación.
- Pagnamento, L. (2018) “La atención primaria de la salud desde la perspectiva de la OPS/OMS: consideraciones a partir de la lectura de algunos de sus documentos (1978; 1990 y 2007)”; X Jornadas de Sociología. FaHCE-UNLP. La Plata 5, 6 y 7 de diciembre.
- Pagnamento, L. (2007) "La Atención primaria de la salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso: el punto de vista del personal de los Centros de Salud de La Plata". Tesis de Maestría CEDES/FLACSO Argentina.
- Cid, C; Báscolo, E. y Morales, C. (1916) “La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas”. Rev. Salud pública de méxico / vol. 58, no. 5, septiembre-octubre.
- PHAO (2020) THE ESSENTIAL PUBLIC HEALTH FUNCTIONS IN THE AMERICAS. A RENEWAL FOR THE 21st CENTURY Conceptual Framework and Description.
- Vargas, G (2014) “Cobertura Universal de Salud. Significado y hoja de ruta.” OPS/OMS. Oficina para las Américas. Peru Lima, Septiembre 12.
- de Almeida-Filho, N. (2020) “Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas”; Rev Salud Colectiva. UNL
- Acuña, C.H y Chudnovsky, M (2002) El Sistema de Salud en Argentina. Disponible en: www.bibleduc.gov.ar

- Jiménez, C. A. (2018) “Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires: un nuevo servicio del subsector público de salud entre los años 2010 – 2015”. Tesis Maestría. UNR.
- Longroño, S (2018) “Biopolítica y promoción de la salud desde la periferia urbana”. X Jornadas de Sociología de la UNLP.
- Colangelo, A.; Weingast, D. (2018) “Compartiendo experiencias de campo en centros de atención primaria....” Ponencia presentada en las Primeras Jornadas Nacionales de Antropología de la Salud. Red de Antropología y Salud de Argentina - RedASA-.