

# **LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA ARGENTINA EN EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS NEOLIBERALES**

Dr. Juan Maximiliano Herrmann<sup>1</sup>

## **Introducción**

El presente trabajo fue elaborado como parte del material bibliográfico para la discusión en el Primer Seminario taller de Capacitación en Gestión para los Equipos de Salud de APS provincial de las ciudades de Rosario y Santa Fe<sup>2</sup>.

Los contenidos expuestos en el mismo surgen de una larga reflexión mediante la cual se intentará ubicar en el contexto general de la realidad Argentina actual, la situación de los servicios públicos de salud en general y del primer nivel y la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) en particular.

Para ello propongo hacer una revisión de los procesos sociales, políticos y económicos que guiaron la construcción de la actual sociedad, poniendo énfasis en los valores sociales que dieron sentido a las reformas impulsadas en las ultimas tres décadas, es decir a la llamada *ideología neoliberal*

La razón en abordar esta temática se justifica en que como fenómeno social e histórico posee una enorme responsabilidad en la configuración del orden social vigente en los últimos años, tanto a escala global como en nuestro país. Es más, por su relevancia considero que es un marco referencial clave para comprender los otros aspectos que se abordarán: el nuevo modelo de sociedad la Argentina (dual/fragmentada); el rol del Estado, en tanto responsable de la génesis de este modelo de sociedad y como actor encargado a través de las políticas sociales de contener y controlar las "secuelas" del modelo; la relación entre estos procesos de reproducción social y los procesos de salud-enfermedad-atención, para poder referirnos finalmente, a la situación de los servicios públicos de salud y la APS.

Es interesante señalar que la APS, como estrategia formal, apareció y se desarrolló en la escena mundial durante el mismo período que el avance neoliberal y que debido a la amplitud de su propuesta original, asumió diferentes formas según los lugares y actores que las impulsaron, al extremo de que muchas veces surge la siguiente pregunta cuando pensamos en la APS: ¿hablamos todos de lo mismo?, ¿existen más de una APS?

Soy conciente que centrar gran parte de la reflexión en esta compleja y vasta temática presenta grandes riesgos para quién no cuenta con una formación disciplinar en el campo de las Ciencias Sociales, pero sobre todo, el riesgo de quedar en una simple descripción de relatos y hechos fragmentados, no pudiendo rescatar la rica trama de relaciones entre ellos, o bien fruto de las mismas limitaciones e incapacidades, exponer situaciones que son obvias a simple vista. Por supuesto no desconozco que sobre el

---

<sup>1</sup> Medico especialista en Medicina General y Familiar (Universidad Nacional de Rosario). Co-coordinador del Programa de Capacitación de Equipos de Salud de la Dirección provincial de Salud Mental. Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe. Investigador del Instituto "Juan Lazarte". Rosario. Santa Fe.

<sup>2</sup> Seminario organizado por las Coordinaciones de APS norte y sur y el Programa de Capacitación de la Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe. Mayo de 2006.

tema hay una gran producción, y que muchos de sus autores seguramente cuentan con mejores recursos para esta empresa.

Sin embargo, considero que la reflexión teórica por quienes no nos dedicamos profesionalmente a ella, es muy importante no sólo en términos de la producción de conocimiento, sino además para romper de alguna manera con la infernal división del trabajo entre quienes "operan" y quienes "piensan", a la que nos han conducido muchos de los grandes relatos de la modernidad. Es interesante señalar además, que ésta es parte la propuesta pedagógica del seminario.

Los temas y áreas a desarrollar serán los siguientes:

1. El proceso salud-enfermedad-atención como un proceso social en sí mismo. La relevancia de asumirlo como tal y su relación con los procesos de la reproducción social.
2. Los cambios sociales y económicos de las últimas décadas a nivel global y el impacto que tuvieron en el nuevo orden social en la Argentina. Los valores que dieron sentido a la reforma. La ideología neoliberal
3. Las formas adoptadas por la APS en diversos escenarios mundiales y de la Argentina a la luz de las reformas sociales más amplias que tuvieron lugar en el mismo período. Los tipos o formas adoptadas por la APS desde Alma Atta.

### **El proceso de salud-enfermedad-atención como proceso social** **Su relación con los procesos históricos y sociales**

Una breve mirada sobre la situación de salud-enfermedad-atención de la población de nuestro país, nos muestra cuan lejos quedó de realizarse la meta propuesta en Alma Atta (1978) de "*Salud para todos en el año 2000*".

Si bien, varios autores señalan que durante este período, en la región de las Américas en general y en la Argentina en particular, se registraron cambios favorables en algunos de los indicadores generales de salud, tales como reducción en las tasas de mortalidad infantil, aumentos en la esperanza de vida y disminuciones notables en las tasas de enfermedades transmisibles (*Ahmad et al. 2000; OPS/OMS 2003*), la situación sanitaria de grandes grupos de la población argentina continúa siendo muy desfavorable.

Quién se proponga explicar los perfiles de morbilidad de manera verdaderamente científica no debe dejar de lado el contexto social e histórico concreto, con sus procesos económicos, políticos y sociales, en el que las poblaciones y sus diversas comunidades viven.

Desde hace mucho tiempo la Medicina Social reconoce que el *proceso de salud-enfermedad-atención* (en adelante *proceso s-e-a*) a nivel poblacional está determinado por procesos más amplios que guían la reproducción social de la población, como los económicos, políticos y culturales, procesos que condicionan también las *modalidades y posibilidades de atención de la enfermedad* (*Castellanos 1990; N. Almeida Filho 2000; Brehil 2002; Sthephens 2002; Samaja 2004*). Por ello es que un análisis epidemiológico correcto debe abarcar también lo que ocurre a nivel de la sociedad en general. Esto no es otra cosa que indagar acerca de "*el porque de la distribución desigual de los determinantes*" de la clásica definición de Epidemiología<sup>3</sup> y de

---

<sup>3</sup> Frost, W. H.: "*La Epidemiología nos proporciona en primer lugar una imagen de la frecuencia, distribución y tipos de enfermedades de la humanidad en distintas épocas y puntos de la superficie de la*

comprender que los *procesos de s-e-a* no ocurren al margen del resto de los procesos sociales, de la sociedad como un todo.

Reconocer que la *s-e-a* es un hecho social tiene las siguientes consecuencias: i) que cambia con el tiempo, como resultado de una historia, situación que fácilmente se pone en evidencia al comparar el cambio en los perfiles epidemiológicos de la actualidad con los de hace treinta años (enfermedades emergentes y reemergentes, nuevas formas de violencia y abuso de sustancias, etc., junto con las enfermedades crónico-degenerativas características de las sociedades industrializadas); ii) depende de condiciones materiales concretas<sup>4</sup>: no enferman de igual manera dos personas de la misma edad que viven en una misma ciudad y en un mismo momento temporal (como ejemplo, basta con pensar en las diferentes probabilidades de enfermar y morir entre una persona que vive en el centro de Rosario o Santa Fe, que posee un trabajo estable y tiene garantizados sus derechos ciudadanos (civiles, políticos y sociales), y la otra que (sobre)-vive en una *"villa miseria"* de la periferia, excluida de toda participación en los procesos de intercambio social (trabajo, educación formal, salud y consumo de bienes y servicios); iii) condiciones materiales que delimitan también el espacio de lo posible, como por ejemplo las serias dificultades con las que nos topamos como trabajadores de la salud cuando pretendemos producir *"cambios de aquellas conductas individuales poco saludables"*, no pudiendo comprender que éstas son mucho más que una elección individual; iv) y que también, dentro de los límites impuestos por las condiciones materiales, las personas y las comunidades poseen diferentes grados de autonomía, situación imprescindible al momento de trabajar en la promoción de la salud, entendida como la ganancia de grados crecientes de libertad, que permitan afrontar aquellas vicisitudes que limitan la vida.

Considerar a la enfermedad como un hecho social no significa desconocer la dimensión biológica de las personas, sino que obliga a asumir a la realidad humana como mucho más compleja que la histórica división mente-cuerpo.

Samaja (2004), nos dice que la *reproducción*<sup>5</sup> de las personas no ocurre solamente a nivel biológico. La *reproducción integral o social* ocurre en diferentes niveles o espacios: cultural o comunal, estatal y a nivel de la sociedad civil. En cualquiera de

---

*tierra y en segundo lugar nos explicará la relación existente entre ellas y las condiciones externas que rodean al individuo y determinan su modo de vida"* (Frost, 1915).

<sup>4</sup> En el presente escrito, la categoría conceptual *condiciones materiales* siguiendo a la sociología marxiana, incluye las *relaciones sociales*, no quedando restringida al medio ambiente físico. (Guiddens, A.: 1998)

<sup>5</sup> **Reproducción de la vida:** entendemos por *"reproducción de la vida"* al proceso de crecimiento y desarrollo integral de los seres humanos y las comunidades. La **reproducción social** de las personas y comunidades involucra a diferentes niveles de reproducción, organizados en una estructura jerárquica. Pueden mencionarse al menos cuatro niveles de reproducción de la vida: 1) el nivel de la *reproducción biológica* (crecimiento y desarrollo a nivel orgánico); 2) el nivel de *reproducción comunal o familiar* ("crecimiento y desarrollo" de las personas que comparten con un grupo valores, creencias, códigos y un lenguaje, en síntesis *una cultura*); 3) el nivel de *reproducción estatal* (posibilidad de "crecer y desarrollarse" en la vida política de la sociedad; goce efectivo de derechos sociales y políticos); 4) el nivel de la *reproducción societal* ("crecimiento y desarrollo" en el espacio de la sociedad civil, haciendo uso efectivo de los derechos civiles: libre asociación, libertad de opinión, libertad de creencias, etc.). Los limitante a la vida y a la salud, pueden aparecer en cualquiera de los niveles de reproducción. Es fácil deducir que el desarrollo de estos niveles no se produce independientemente el uno del otro. Si bien cada nivel presenta sus leyes y una relativa autonomía, existen relaciones de condicionamiento y determinación entre ellos (Samaja, J. 2004)

estos niveles pueden aparecer *limitantes* a la reproducción de la vida. Si bien estos limitantes son específicos de cada nivel, repercuten en los restantes.

En ese sentido, las instituciones ligadas a la salud, como los hospitales, las universidades, las asociaciones científicas y las corporaciones profesionales, tienen una larga tradición de explicar y actuar sobre *la enfermedad* como si fuese una entidad con existencia propia, que se desarrolla *independientemente* de los sujetos y comunidades que las padecen, donde las "*condiciones sociales*" son a lo sumo, un *factor de riesgo* más junto a los virus o el colesterol elevado, en la probabilidad de enfermar o morir. Aplicando al extremo el método de las ciencias positivas (*positivismo*), las estrategias desarrolladas por estas instituciones para producir conocimientos, proceden a aislar de la totalidad de la realidad social los fenómenos en cuestión (enfermedades), abstrayéndose del contexto donde se producen y excluyendo cualquier posibilidad de asumir la integralidad de la persona, con lo cual se desechan todos aquellos recursos y saberes que ésta posee para afrontar sus propios problemas. Se espera que se comporte como un ser pasivo, *un paciente*. Esta estrategia que en su afán por separar las partes a través de especialidades y disciplinas se vuelve incapaz de reconstruir la verdadera complejidad de la realidad en la que transcurre la *VIDA* de las personas.

Con igual argumento, un análisis de la APS y de los Sistemas de servicios de salud (en adelante *S. de s.s.*) en el que quede excluido el contexto histórico y social donde estos se producen, recaería en una abstracción formal que no permitiría evidenciar aquellos determinantes sustantivos del por qué estamos donde estamos, y lo que es más importante aun, dejaría inermes a aquellos trabajadores de la salud, en tanto actores sociales, que pretenden introducir cambios en la gestión de las prácticas y las políticas públicas en salud, comprometidos con la producción de cuidados en defensa de la vida de los sujetos y familias en tanto ciudadanos.

### **Los cambios sociales y económicos de las últimas décadas** **La reforma neoliberal**

Es frecuente escuchar y leer en diferentes medios acerca de los cambios sufridos por nuestro país en las últimas décadas, como consecuencia de reformas impulsadas desde diferentes sectores y lugares.

Por ello, argumentar acerca de las transformaciones, no dice mucho en tanto no se haga referencia a la profundidad, a las áreas que abarcó y por sobre todo, a la dirección que adoptaron.

Con respecto a la profundidad y amplitud de las reformas, los cambios sufridos por la sociedad Argentina resultaron ser profundos, *estructurales*, situación que resulta relativamente fácil de corroborar, por lo cual no será profundizada.

El sentido en que se hicieron los cambios es por lo general más borroso. Describirlos nos conduce a:

- i) Evidenciar el tipo de sociedad construida durante estos años
- ii) Identificar los valores e ideologías concretas de los grupos/actores sociales que vienen hegemonizando el proceso, lo que conduce a comprender que las reformas no son fenómenos naturales y
- iii) Reconocer la existencia de otras voces, que por diferentes motivos quedaron silenciadas y desplazadas, pero que pueden a través de un movimiento

contrahegemónico, democrático, incluyente y solidario, construir una sociedad más justa y equitativa.

#### Los valores ideológicos de la reforma neoliberal y el nuevo modelo de sociedad

El proceso de reforma que se viene desarrollando en las últimas décadas en la Argentina, es parte de un proceso más general, a escala mundial -fenómeno que ha dado en llamarse *globalización*-, y que tuvo su inicio a mediados de los 70', relacionado con la crisis económica que puso en jaque al modelo de acumulación capitalista vigente hasta ese momento (*Keynesiano*)<sup>6</sup>, permitiendo la reaparición en la arena política internacional -y nacional- de aquellos actores y discursos provenientes de los sectores más conservadores de la economía y la política, propuesta conocida como **neoliberalismo** (*Lo Vuolo y Barbeiro 1998; Boron 2000; Sader y Gentili 2003; Sevares 2005*).

*Anderson*<sup>7</sup>, define al neoliberalismo como una ideología que va más allá de la esfera económica. Si bien sus promotores lo planteaban como un modelo que permitiría el crecimiento económico luego del estancamiento producido por la crisis de los 70', la propuesta no se limitaba solamente a aquellos aspectos, sino que era extensiva al resto de las esferas de la vida social. Entre las medidas propuestas cabe mencionar: el estricto control de la inflación; la disminución del gasto social por el Estado; una menor intervención de este en los asuntos de la vida social; la liberalización total de la economía y de la sociedad; y la privatización de las empresas de estado. Detrás de estas propuestas subyace el marco ideológico-valorativo acerca de cómo se piensa la sociedad y por medio del cual se explicaba la crisis.

Según sus ideólogos, una de las principales causas de la crisis residía en el poder conferido a los trabajadores y sindicatos desde la segunda guerra. Esto producía una distribución más equitativa de las riquezas, situación valorada como inadmisible para la teoría económica clásica. Ésta plantea que la reproducción del capital tiene que ver con sostener ciertos grados de desigualdad social y que este es un valor positivo e imprescindible para el crecimiento económico. En tal sentido había que quebrar el poder de reclamo de los sindicatos y de todos aquellos actores sociales dispuestos a luchar por los derechos sociales, generando simultáneamente un gran *ejército de reserva de desocupados*, lo que garantiza una fuerza de trabajo barata. A su vez, la disminución de la intervención del Estado abriría el espacio para el incremento de las relaciones de mercado. Este, achicado y en su nuevo rol, asumiría por la vía de planes asistenciales, la contención de aquellos grupos que quedasen fuera de los circuitos de intercambio.

Es interesante marcar el retroceso conceptual sufrido en relación a los derechos. A partir de la nueva propuesta, la satisfacción de las necesidades sociales e individuales no son garantizadas en tanto derechos ciudadanos adquiridos, sino que dependen de

---

<sup>6</sup> Desde finales de los 40' la economía mundial, sobre todo en los países industrializados, sostenía las premisas de las propuestas *keynesianas*. Este modelo se caracterizó por una fuerte intervención y desarrollo estatal, estimulando el pleno empleo, las fronteras arancelarias, que coincidían con las fronteras nacionales y un riguroso control de los mercados, sobre todo financieros. Todo esto posibilitó el fortalecimiento de los Estados-nación, el crecimiento de las economías nacionales a niveles sin precedentes y el desarrollo de políticas sociales universales, conocidas como Estado de Bienestar (*Welfare State*), a través del cual se incrementaron y garantizaron de manera efectiva los derechos sociales (cobertura de salud, educación, jubilación, seguros de desempleo, vivienda, etc.) (*Esping-Andersen 1993; Bottomore y Marshall 1998*).

<sup>7</sup> *Anderson, Perry*: en "La trama del Neoliberalismo: mercado, crisis y exclusión social". Emir Sader y Pablo Gentili Compiladores. CLACSO. Eudeba. Segunda edición. 2003.

la asistencia, siempre arbitraria, de quien tenga la voluntad de hacerlo, sea éste el Estado u organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la beneficencia (ONG) (*Britos. 2003*).

Si bien se espera que el Estado intervenga lo menos posible en la esfera social, se le reclama de diferentes formas, un mayor control por la fuerza de aquellos “desequilibrios” producidos por el nuevo orden social, como las protestas y movimientos sociales y sindicales de quienes exigen ser incluidos. En el afán de hacer invisibles las causas estructurales que conducen las protestas y para legitimar el uso de la fuerza ante el resto de la Sociedad Civil, éstas son presentadas por los grupos que ocupan el poder como una parte de la violencia y la delincuencia creciente, las que también son consecuencia del nuevo modelo de sociedad.

La evidencia acumulada durante estos años, muestra que las reformas propuestas en esta dirección, no sólo no trajeron consigo el progreso esperado por sus defensores –el crecimiento económico de las sociedades- sino que durante ese período aumentó la pobreza y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres (*Ugalde et. al. 2002*).

Según *Therborn (2003)*<sup>8</sup> algunas de las causas que explican el fracaso estarían directamente relacionadas con la propuesta, pues la prohibición de la intervención estatal en los mercados y en la circulación global de capitales –una de las premisas neoliberales- hace que estos enormes flujos de divisas encuentren posibilidades más seductoras para multiplicarse en los circuitos financieros que en los sectores productivos de la economía real. Como es sabido, estos circuitos no generan trabajo genuino (contribuyendo a sostener la desocupación), están generalmente ligados a la especulación financiera (tampoco producen aumento en el PBI) y son altamente volátiles, generando profundas crisis económicas y sociales (el caso argentino del 2001 fue uno de los tantos ejemplos de los últimos tiempos).

#### ¿Qué paso en Argentina?

Las reformas no tuvieron el mismo alcance en los diferentes países. En este sentido resultó clave la oposición ejercida por aquellos grupos que no compartían los mismos valores.

Argentina, por el contrario, resulta ser un ejemplo paradigmático, tanto en lo que respecta a la magnitud de los cambios, como al sentido de estos. Es llamativo que todos estos cambios, extremadamente antidemocráticos y excluyentes, fueron impulsados por un gobierno elegido en las urnas y durante un régimen democrático y que pudo lograrlo casi sin oposición y sin pagar el menor costo político, situación que hubiese resultado impensable en los 70', cuando el gobierno era ocupado por la dictadura más brutal de la historia argentina<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> *Therborn, G.* en “La trama del Neoliberalismo: mercado, crisis y exclusión social”. Emir Sader y Pablo Gentili Compiladores. CLACSO. Eudeba. Segunda edición. 2003.

<sup>9</sup> Los primeros intentos de aplicar este tipo de reformas en la Argentina tuvieron lugar a mediados de los 70'. Uno, corresponde al gobierno de María Estela Martínez de Perón, a través de su ministro de economía Celestino Rodrigo, situación que generó grandes protestas y obligaron a dar marcha atrás, y luego, durante el gobierno de facto de Rafael Videla y su ministro Martínez de Hoz (*Restivo, Néstor y Raúl Dellatorre. 2005*). De la obra de estos autores surge un dato muy interesante: los equipos técnicos de ambos ministros fueron los mismos que acompañaron al equipo económico de Domingo Cavallo durante la presidencia de Carlos Menem en los 90'. Atilio Boron señala como virtud de los ideólogos internacionales del neoliberalismo durante el siglo XX, su perseverancia y obstinación durante décadas, independientemente de la impopularidad de sus propuestas. Podría decirse que en nuestro país ocurrió algo similar (*Boron. 2000*).

A continuación se hará mención a los procesos, a mi criterio más importantes, ocurridos en nuestro país en el periodo bajo estudio y que contribuyeron a configurar nuestra actual sociedad, la que se presenta altamente *fragmentada, inequitativa y excluyente*.

En la esfera del gobierno, uno de los hechos más significativos ocurrió con el cambio del régimen político. Hasta los 80', al igual que en la mayoría de los países de la región, y luego de medio siglo, Argentina recuperó el sistema parlamentario de gobierno. El nuevo régimen reinstaló, al menos en lo formal, parte de los *derechos de ciudadanía (civil, política y social)*<sup>10</sup> denegados por los anteriores gobiernos. Este hecho, de por sí auspicioso, no resultó suficiente para su pleno goce por parte de todos los ciudadanos. En este sentido, son derechos en *lo formal* y no en *lo sustantivo*<sup>11</sup> desde el momento en que no existen los mecanismos e instituciones para efectivizarlos. Además, el desarrollo desigual en la posibilidad de ejercer cada uno de los derechos, genera situaciones de desigualdad muy importantes, donde la participación real en lo político está limitada por las carencias concretas de autonomía a raíz de la gran exclusión en la que se encuentran muchos grupos e individuos de la sociedad. José Nun<sup>12</sup> sostiene que si no hay condiciones mínimas de *ciudadanía social* hablar de *ciudadanía política* es engañoso y en igual sentido Bottomore (1998) plantea que la ciudadanía real, tanto civil como política, no pueden ponerse en acto si no están garantizadas de manera efectiva los derechos otorgados por la ciudadanía social. Desde la recuperación de la democracia, la deuda pendiente en el desarrollo sustantivo de los derechos ciudadanos es enorme, al punto de poner en cuestión la legitimidad misma del sistema. A esto se agrega una situación contradictoria, señalada por Lo Vuolo (1998), y es que la expansión y/o relativa vigencia de la mayoría de los derechos sociales en nuestro país tuvieron lugar durante periodos donde muchos de los derechos civiles y todos los políticos estaban proscriptos.

En la esfera económica, el periodo estuvo signado a nivel macro, por diferentes crisis con estancamiento en el crecimiento y/o inflación. El estancamiento de las economías no fue un hecho privativo de la Argentina, sino mas bien una situación a nivel mundial, que cerró el ciclo de crecimiento económico propiciado por los esquemas propuestos para el desarrollo del capitalismo desde el final de la segunda guerra mundial (Anderson, 2003)<sup>13</sup>. A partir de los 80' y a escala global, comienzan a entrar en vigencia nuevos acuerdos en lo económico, caracterizados por la liberalización casi total de los flujos de capital, que no reconocen las fronteras de los Estados-nación, con una desviación importante de capitales desde los sectores de la producción (asociados a mayores tasas de empleo) a los sectores de servicios (los que ocupan menor mano

---

<sup>10</sup> Siguiendo a T. H. Marshall et. al. (1998), los *derechos ciudadanos* se dividen en: i) *derechos civiles*, asociados a las libertades individuales (circulación, contrato, credo, propiedad, igualdad ante la ley, justicia independiente, etc.); ii) *derechos políticos*, como elegir a los representantes y/o participar en calidad de elector o dirigente; iii) *derechos sociales* o atribución que posee una persona de recibir una adecuada educación, cuidados de salud, vivienda, seguridad social y trabajo, acordes a los estándares existentes en la comunidad a la que pertenece. Con respecto a los derechos de ciudadanía en general y a cada una de las categorías en particular, los autores señalan que el desarrollo y vigencia de cada uno no se da en forma unánime y para siempre en una misma sociedad. Surgen de la confrontación entre los diferentes actores sociales. En un mismo momento histórico, pueden estar vigentes algunos y no otros, vigencia que puede ser formal y/o sustantiva (los derechohabientes pueden hacer uso efectivo de estos desde el momento en que hay estructuras institucionales que garantizan su real cumplimiento)

<sup>12</sup> citado en Lo Vuolo: *op. cit.*

<sup>13</sup> Anderson, Perry: *op. cit.*

de obra) y fundamentalmente hacia los circuitos financieros (fuertemente ligados a la especulación) (Sevares, 2005). Tanto a nivel mundial, como en nuestro país, este nuevo orden trajo aparejado una creciente concentración de riquezas, con un aumento considerable de la brecha entre los sectores más ricos y los más pobres (cada vez más numerosos), una distribución del ingreso más regresiva, un aumento en las tasas de desocupación<sup>14</sup> y precarización laboral.

En la esfera estatal, los hechos más importantes de las últimas décadas, fueron aquellos que generaron el “*corrimiento*” del Estado de los múltiples espacios ocupados hasta ese momento en una forma prioritaria. Esto dio lugar a una mayor participación de sectores privados y de la sociedad civil (ONGs). Este nuevo ordenamiento abrió a las leyes del mercado muchas de las relaciones sociales construidas en el período anterior, donde el rol regulador del Estado era importante y que fueron, en parte, las condiciones para generar sociedades más integradas y equitativas. Una de las construcciones sociales más importantes que caracterizó al período anterior fue el Estado de Bienestar. Como tal, asumía la responsabilidad de garantizar los derechos sociales a sus ciudadanos (educación, salud, jubilación, pensiones de diferentes tipos, vivienda, etc.), generando un marco legal que aseguraba, entre otras cosas, el pleno empleo y la estabilidad laboral de los ciudadanos. El Estado de Bienestar y la intervención estatal que este presupone, fue uno de los blancos predilectos de la ofensiva que impulsó la reforma neoliberal. Bajo el supuesto de que la iniciativa privada es más eficiente que la regulación estatal, el Estado de Bienestar fue desmantelado, y los derechos sociales pasaron a ser considerados bienes de consumo, adquiribles en el mercado como cualquier otra mercancía y a la “medida” de lo que cada individuo desea y quiere comprar. La desintegración de este estado, construido sobre los valores de la solidaridad grupal, tuvo un impacto directo en las redes sociales que caracterizaron a la Argentina durante buena parte del siglo XX, como uno de los países con mayores niveles de integración social de la región (Lo Vuolo et. al. 1998).

Este proceso de desintegración social se expresa con total claridad y crudeza en imágenes que se repiten en mayor o menor medida en todas las regiones de la Argentina: gran crecimiento de las villas miseria al lado de opulentos barrios privados y countries de aquellos que “ganaron” (Svampa, 2004), numerosas familias con necesidades básicas insatisfechas alimentándose de la basura y gran cantidad de niños en situación de calle, edificios y estructuras de antiguas fábricas abandonadas, las instituciones del Estado (escuelas, salud, etc.) profundamente deterioradas, desfinanciadas y vaciadas, con un gran deterioro del espacio público y una creciente contaminación del medio ambiente.

### **La APS integral y las formas asumidas desde Alma Ata.**

#### **El pasaje desde las experiencias aisladas a políticas públicas inclusivas**

En Septiembre de 1978 tuvo lugar en Alma Ata, República de Kazajstán, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, OMS, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.

---

<sup>14</sup> Algunos datos que muestran la tendencia durante los últimos 30 años en la Argentina son los siguientes: tasa de desocupación en 1974: 4%; 2001: 23%; porcentaje de participación de los trabajadores en el PBI (indicador directo de la distribución de las riquezas) 1974, 62%; 2003: 19%; brecha entre el decil de la población con mejores y el de menores ingresos: 1974, 12 veces; 2004: 32 veces; porcentaje de población sin Obra Social: 1974: 4%; 2002: 48%; hogares con necesidades básicas insatisfechas (conurbano bonaerense): 1974: 2%; 2004: 24%.



Allí los representantes de 134 naciones aprobaron una declaración en la que se instaba a todos los gobiernos, agentes de salud y de desarrollo y la comunidad mundial a que adopten medidas urgentes para *promover y proteger la salud de todos los ciudadanos*.

Se acordó que algunos de los problemas de salud más graves del mundo podían abordarse mediante la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud APS, que consiste en:

*"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, a costos sostenibles, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación en todas las etapas del desarrollo, con espíritu de responsabilidad y autodeterminación".*

La estrategia de APS propuesta planteaba los siguientes pilares básicos: *integralidad, universalidad, equidad, participación comunitaria, acción intersectorial, tecnologías básicas científicamente validadas y eficacia/costo*.

Como tal debía ser una estrategia vertebradora de todo el sistema de salud y no solamente un nivel de atención. Esta propuesta es conocida como *APS integral o amplia*.

Si bien sus promotores reconocían la amplitud y ambigüedad de la propuesta, planteaban que esto no debía ser un obstáculo sino por el contrario una guía consistente para la acción y la reflexión, respetando la historia y realidad social de cada país (*Grodos y Bethune. 1988*).

Sostenían además, que la propuesta no había aparecido de la nada y como un milagro, sino que su espíritu había sido extraído de las lecciones y experiencias pasadas.

#### ¿Qué ocurrió con la propuesta original durante estas tres décadas?

Un análisis crítico del *Documento para la discusión: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (OPS-OMS. 2005)* acerca de lo ocurrido con la APS en las diferentes regiones y países del mundo muestra que:

- ✓ Si bien la mayoría de los países adoptaron la APS, esto no quiere decir que lo hayan hecho respetando la propuesta original. La mayoría modificaron de manera variable alguno o varios de los aspectos de aquella.
- ✓ Los cambios tuvieron que ver con las adaptaciones, recortes y/o reformulaciones de acuerdo a las realidades concretas sociales, económicas, sanitarias y políticas de cada país.
- ✓ Algunos países lograron generar Sistemas integrales de salud liderados por la APS (*Starfield, 2001*).
- ✓ Algunas de las modalidades de "APS" surgidas, son muy diferentes a la *APS integral*, al punto de preguntarnos si es correcto seguir hablando de una única APS.

Podría decirse que APS no tiene un significado único. De esto surge la necesidad de adjetivar la APS según, las características que adopta en cada región.

En el siguiente cuadro, recurriendo a la clásica categorización de *Vuori (1999)*, se presentan las formas adoptadas por la APS durante los últimos años, plasmados en sistemas de salud y modelos de atención concretos, señalando además, cual es la

concepción de salud-enfermedad puesta en juego y los aspectos enfatizados en cada uno:

*Formas o modalidades de la APS*

|  | <b>Intervenciones selectivas (APS Selectiva)</b>   | <b>Atención primaria como primer nivel de atención</b>   | <b>Alma Ata: “APS amplia o Integral”</b>  | <b>Enfoque de salud y Derechos ciudadanos/humanos</b>   |
|--|--|--|---|---|
| Definición de APS y concepción de salud-enfermedad | La APS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los problemas de salud más prevalentes. Intervenciones a través de programas focales. Gran desarrollo en países pobres. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar. | La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar. | La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles. | Concibe la salud como un derecho humano y 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 políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad. |
| Énfasis  | Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres   | Un nivel de atención de un Sistema de Salud  | Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.   | Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales  |

Adaptado de Vuori

### El modelo de las intervenciones selectivas ("APS selectiva")

Uno de los movimientos que más duramente criticó los postulados de la propuesta de Alma Atta, fue la autodenominada *"Atención Primaria de la Salud Selectiva"* (Walsh y Warren. 1979).

Con el argumento de que la propuesta *integral* sería muy costosa y utópica, varios organismos internacionales, incluida la UNICEF, propusieron esta nueva estrategia. La misma se presentaba como realista en término de logros, al punto de ironizar a la propuesta *integral* planteando que abanzaría sus objetivos para el 90'. Sus acciones se basaban en una serie limitada de enfermedades, seleccionadas según su frecuencia, tasa de morbilidad y disponibilidad de terapéuticas fácilmente accesibles.

Es interesante citar textualmente los argumentos de sus promotores para comprender las consecuencias de la propuesta:

*"Frente a la multiplicidad de problemas de salud a los que los hombres están confrontados, no podemos atacar a todas las enfermedades desde ahora. La meta retórica fijada en la conferencia de Alma Atta –una vida social y económicamente productiva para todos gracias a la APS integral– desafortunadamente no será alcanzada en un futuro cercano. En muchas regiones, las prioridades deben ser despejadas a fin de instituir medidas de control. Debemos elegir las medidas que utilizan los recursos humanos y financieros disponibles, que son limitados, del modo mas eficaz y mas eficiente<sup>15</sup>"*

Un análisis superficial puede hacernos concluir que se trata de una propuesta realista y realizable, basada en el sentido común, pues si hay problemas altamente prevalentes estos deberían ser resueltos primero. Con el tiempo y el lugar se fueron agregando otros problemas a la lista original, pero siempre conservaba la lógica de ser selectiva.

Un análisis un poco más profundo, pone en evidencia sus falencias tanto teóricas como prácticas, entre las que pueden señalarse las siguientes:

- i) Presenta un importante empobrecimiento de la forma de concebir la enfermedad; ésta queda reducida a problemas definidos solamente por el saber biomédico, los que sólo mencionan aquellos aspectos relacionados con la reproducción biológica de la vida de las poblaciones y personas, ignorando los otros niveles y aspectos de la reproducción (*comunal-cultural; política-estatal y económica-societal*)
- ii) Al desconocer la integralidad en la que transcurre la vida humana, las intervenciones focalizadas se vuelven ineficaces e ineficientes en mayor o menor tiempo.
- iii) No reconoce la importancia de la participación de la comunidad tanto en lo referente a la definición de sus propios problemas de salud-enfermedad, como en el diseño de las estrategias para atenderlos. Las poblaciones son consideradas como *objeto de intervención* y no como *sujetos de derecho*.
- iv) Sus intervenciones responden a una lógica vertical y normatizada; los trabajadores de los equipos de salud tampoco son reconocidos como sujetos de saberes de la realidad sanitaria y epidemiológica en la que trabajan, situación que también contribuye con la ineficacia e ineficiencia de la propuesta.
- v) Al montar su estrategia en base a programas con fecha de inicio y fin, incurre en el grave error de pensar que los problemas de salud, aun los biomédicos, desaparecerán con una intervención acotada en el tiempo.

---

<sup>15</sup> Walsh and Warren: *op. cit.*

Vi) La intervención selectiva sobre problemas prevalentes no debe ser confundida con el concepto de equidad; esta dimensión presupone otros aspectos, como el acceso a los servicios, los recursos disponibles por los sujetos –no solo económicos- y las representaciones y prácticas de la comunidad en torno a los problemas de s-e-a, que desbordan ampliamente la presencia o ausencia de alguna enfermedad como único criterio para su definición.

Las críticas a la *APS selectiva* también llegaron tempranamente<sup>16</sup>, pero no bastaron para detener la difusión masiva a nivel mundial, sobre todo en los países más pobres, los que en el marco de las reformas de ajuste neoliberal las percibieron como una propuesta sumamente adecuada en término de costos económicos.

Estas intervenciones, presentadas bajo el formato de programas focalizados, fueron promovidas y financiadas por los organismos de crédito internacional (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo), contribuyendo a aumentar la deuda externa.

La evidencia acumulada durante estas décadas señala la gran ineficacia e ineficiencia de esta modalidad de APS, lo que no impide que periódicamente sigan apareciendo en muchos países de la periferia, variantes de este tipo de intervenciones.

#### ¿Existe un denominador común a las reformas de la propuesta de Alma Atta realizadas por cada país?

Si bien es correcto asumir que los Sistemas de servicios de salud dentro de cada sociedad son el producto de una construcción histórica y social que depende de un entramado de factores económicos, sociales, culturales y políticos que le otorgan cierta singularidad con respecto a otros países, para el objeto que estamos abordando, *el desarrollo y reformas de la APS durante las ultimas décadas*, no deben dejarse de lado los procesos globales que por su magnitud y extensión tuvieron la capacidad de atravesar las fronteras de los diferentes países, generando un nuevo orden social que incluyó a los sistemas de salud.

La relación entre las *reformas neoliberales* y las *reformas en los Sistemas de salud* durante los últimos años no es un tema menor, si recordamos que uno de los blancos predilectos de sus promotores fueron las instituciones del Estado Benefactor y los crecientes gastos utilizados por éste para asumir entre otros aspectos, la atención de la salud de la población.

Entre las críticas más frecuentes hacia el Estado Benefactor, desde las propuestas neoliberales se pueden mencionar:

- ✓ El estado es un administrador ineficiente y burocrático que no puede dar respuesta en tiempo y en forma a la atención de la salud de los individuos.
- ✓ Cada individuo tiene necesidades concretas y diferentes a los demás, sabiendo mejor que nadie cuales son, que desea y en que quiere gastar.
- ✓ En tal sentido, sostener un sistema basado en valores como la solidaridad es obsoleto; cada individuo consume según sus necesidades; no es correcto que quien no tenga necesidades aporte al sistema.
- ✓ Cada individuo es libre de comprar en el mercado de servicios de salud, un seguro a la medida de sus necesidades.

---

<sup>16</sup>Grodos y Bethune: *op. cit.*

- ✓ El Estado deberá hacerse cargo mediante intervenciones específicas, de aquellos grupos y personas que no tengan la capacidad para comprar un seguro. Si lo desea, puede comprar en el sector privado, seguros para estos grupos.
- ✓ Las empresas de seguros de salud, al igual que en el mercado de bienes, competirá libremente para vender sus seguros a las personas.
- ✓ El mercado de compañías de seguros se ira saneando progresivamente, pues aquellas compañías que por su ineficiencia no puedan competir, quedarán rápidamente excluidas del juego.
- ✓ La situación de pocas compañías aseguradoras pero fuertes es aconsejable, en tanto abarata los costos globales del Sistema, pues a través de la economía de escala pueden imponer mejores precios, manejar más y mejor información y disminuir los gastos de transacción.

Por el contrario, algunas de las críticas hacia los supuestos neoliberales son las siguientes:

- ✓ Bajo esta perspectiva, la atención de la salud pasa de ser un derecho social a un bien privado, de mercado, y como tal debe ser provisto por cada individuo según sus necesidades y posibilidades; se rompen los lazos contruidos a partir de la solidaridad.
- ✓ Los individuos pierden el estatus de ciudadanos para convertirse en consumidores/clientes.
- ✓ Las empresas de seguros comparten las características de toda empresa con fines de lucro en una sociedad capitalista. Compiten por captar los recursos económicos de los consumidores; forman grandes corporaciones a través de las cuales diversifican las áreas de inversión; tienen un compromiso directo –en tanto empresas con fines de lucro– con la reproducción del capital; no están exentas de cualquiera de los mecanismos que distorsionan el “libre juego del mercado”: formar monopolios, seleccionar clientela según riesgo, etc.
- ✓ El estado debilitado pierde la capacidad de regular el sistema y garantizar no sólo los bienes públicos, sino también aquellos derechos sociales usufructuados en términos individuales.
- ✓ Al existir diferentes opciones y planes de seguros, de acuerdo a las posibilidades de compra de cada individuo, el sistema se vuelve altamente fragmentado, segmentado e inequitativo.
- ✓ La equidad y la solidaridad, como valores sociales, no existen dentro de la lógica de mercado.

En este marco, algunos aspectos separados del sentido integral de la propuesta original de la APS, otorgaron sustento y cierto aire renovador a los discursos reformistas neoliberales (*Merhy, 2006*).

Ya se hizo referencia a los supuestos de la *APS selectiva*, su relación con los organismos internacionales de crédito y su expansión en los países y sectores pobres.

Pero el interés de los reformadores neoliberales, no sólo se limitó a tratar de capturar los fondos estatales –conseguidos muchas veces a través de préstamos externos– destinados a la atención de las poblaciones pobres, sino que su gran interés estuvo puesto en la gran masa de recursos económicos a conquistar en el mercado de seguros.

Para este nicho de consumidores, muy heterogéneo en cuanto a la capacidad de compra de servicios de salud, se adaptaron otros aspectos de la APS.

Uno de ellos es el modelo de *APS puerta de entrada*, donde los seguros adquiridos - habitualmente los planes más económicos- brindan servicios restringidos al primer nivel de atención, en base a una canasta básica/mínima de servicios; estos servicios básicos son ofrecidos por la figura de un médico del primer nivel, que actúa como portero del sistema, resolviendo la mayor cantidad de situaciones sin utilizar otros niveles, con el objetivo fundamental de disminuir los gastos del sistema; los seguros más económicos cubren aspectos relacionados a enfermedades comunes y actividades de promoción y prevención; ante situaciones de mayor gravedad se deben adquirir otro seguros -más caros- o bien, recurrir a los servicios del Estado.

Las propuestas de los 90', conocidas como *Atención gerenciada (Managed care)* son un claro ejemplo de esto (*Iriart et. al. 1999; Merhy. 2006*).

En este sentido, considero que cualquier propuesta de "APS" debe ser analizada a partir de los valores y de la materialidad que la sustenta, pues mas allá del nombre, cada una de ellas esconde diversos intereses y compromisos que poco tienen que ver con la propuesta de Alma Atta o con aquellos nuevos movimientos de la salud comprometidos con la vida y enrolados en un movimiento más amplio que lucha por la puesta en marcha de políticas sociales y públicas inclusivas y universales, que garanticen el pleno acceso no sólo a los cuidados de salud -de manera integral, continúa, longitudinal y equitativa- sino al resto de los espacios de la vida social y la cultura.

#### ¿Que pasó en nuestro país con la APS?

Una de las características más sobresalientes del Sistema de servicios de salud en nuestro país durante el siglo XX, es que si bien brindaba una cobertura universal, presentaba una gran fragmentación interna.

El Sistema de servicios de salud estaba segmentado en varios sectores, conocidos clásicamente como los tres subsectores: el público, el de las Obras sociales y el de los seguros voluntarios de salud -privado-<sup>17</sup>. Esto constituyó, según la tipología de *Esping-Andersen (1993)*, un "*híbrido institucional*".

Los hechos más sobresalientes relacionados con la reforma de los 90' fueron los siguientes:

- ✓ El gran aumento de la desocupación resintió el financiamiento del subsector de OS, sobre todo de aquellas más pobres, a la vez que sobrecargó al subsector público.
- ✓ Las empresas de medicina prepaga aumentaron su participación en el mercado tratando de captar aquellos sectores con mejores capacidad de pago.
- ✓ Aquellos aspectos de las reformas que intentaron romper con el pacto corporativo entre las OS sindicales más poderosas y las corporaciones prestadoras de servicios (sanatorios privados), no lograron sus objetivos (*Belmartino, 2004*).

---

<sup>17</sup> Si bien existen mejores modelos clasificatorios, dado los objetivos de este trabajo, utilizare este dado su popularidad y simpleza. Para otras modalidades de clasificatorias, recomiendo a *Esping-Andersen (1993)* y *Belmartino (2000)*

- ✓ Los servicios públicos de salud fueron empujados a participar en el juego de la autogestión de recursos financieros, compitiendo con las OS y seguros (*Merhy, 2006*).
- ✓ Simultáneamente, a través de diferentes mecanismos el subsector público era desfinanciado –recortes presupuestarios, congelamiento de nombramientos, falta de mantenimiento edilicio y reposición de insumos y equipos-.
- ✓ La descentralización administrativa de los Estados nacionales y/o provinciales a municipios sin la transferencia efectiva de recursos<sup>18</sup>.
- ✓ El desarrollo y expansión de un primer nivel de atención y de la “APS”, ligado mayoritariamente al subsector público desde inicios de los 80’ y a algunas Obras Sociales y sanatorios privados hacia mediados y finales de los 90’.

Si bien antes de Alma Atta –finales de 60’, principios de 70’- surgieron en diferentes provincias Argentinas experiencias de aumento de la cobertura a través de un primer nivel de atención, vinculado por lo general al trabajo de agentes sanitarios (*Alvarado, 1976*)<sup>19</sup>, el mayor desarrollo de este nivel y de la “APS” en el subsector público tuvo lugar a partir de los 80’.

En la actualidad existen en el territorio nacional, aproximadamente 6000 CAPS - Centros de Atención Primaria- dependientes de las administraciones municipales y provinciales<sup>20</sup>.

*Bárbara Starfield (2001)* viene desarrollando desde hace varias décadas una metodología para evaluar los sistemas de salud liderados por la APS, y que se ha mostrado adecuada al momento de su aplicación a múltiples escenarios y realidades<sup>21</sup>.

Nuestro país no cuenta con una tradición sólida en producir información sistemática que permita evaluar el desempeño del Sistema de salud en general y de la “APS” en particular, y en el caso de existir, no da cuenta de aquellos aspectos específicos de la APS, pues reproducen indicadores tradicionalmente utilizados para la evaluación hospitalaria.

La evaluación de un sistema de salud organizado en la APS debería dar cuenta de aquellos atributos que la diferencian de los demás niveles de atención. Algunas de estas dimensiones son: la integración entre los niveles (integración vertical), la longitudinalidad del proceso de atención (integración horizontal), la coordinación, la cobertura real de la población de las áreas de referencias, la capacidad de respuesta ante los derechos de los usuarios, el abordaje integral por equipos multidisciplinarios de la problemáticas de salud-enfermedad-atención, las acciones intersectoriales y el

---

<sup>18</sup> En el caso de la provincia de Buenos Aires, el proceso de descentralización comenzó en 1992 como una más de las reformas del sector público impulsado desde el Ministerio de salud de la provincia. Este se propuso pasar a la órbita municipal el primer y segundo nivel, regionalizando la alta complejidad. Al 2002 solo quedaba bajo dependencia provincial un 7% de la red pública de salud. Esta situación contrasta con el resto de las provincias argentinas. Santa Fe y Córdoba siguen a Buenos Aires, con algo menos del 25% con dependencia municipal (los procesos políticos que explican esta realidad son diferentes en cada una de estas), mientras que para la gran mayoría el sistema público depende totalmente de la provincia (*Sarghini y Menéndez, 2002*).

<sup>19</sup> En este sentido pueden nombrarse las experiencias de Jujuy, Neuquén, Misiones y norte de Santa Fe, hacia finales de los 60 y principios de los 70’ (*Alvarado, 1976*)

<sup>20</sup> Fuente: Boletín PRAPS-REMEDIAR (2005)

<sup>21</sup> Starfield propone una metodología para evaluar los sistemas de salud liderados por la APS, según los siguientes atributos: primer contacto y cupo, longitudinalidad, integralidad, coordinación, respeto por los derechos y vínculo, utilizados en varios escenarios. (*Starfield, 2000*)

nivel de participación comunitaria. Reconocemos que no es simple la construcción de indicadores que den cuenta de estos atributos, pero debería avanzarse en ellos antes de medir con los clásicos indicadores de producción hospitalaria.

Tampoco son frecuentes las investigaciones evaluativas<sup>22</sup> sobre la "APS", excepto algunas experiencias a nivel de los sistemas municipales<sup>23</sup> o de algunos programas<sup>24</sup>, con lo cual los argumentos que sostienen la posición desarrollada en este artículo sobre las características de la APS del sector público en la Argentina, son en gran medida producto de la especulación.

Es posible que las características adoptadas mayoritariamente por los Sistemas de APS públicos en nuestro país, los que no estuvieron al margen de los vaivenes producto de las múltiples políticas que directa o indirectamente afectaron al sector salud en general, sea la de una "APS híbrida", donde conviven en diferentes proporciones servicios que brindan una atención "selectiva", muchas veces "primitiva", en torno a programas y actividades focales, junto a una "APS primer nivel" totalmente desvinculada y desconocida por el resto del sistema, junto a intervenciones que se asemejan a una "APS integral", gracias al esfuerzo y al compromiso de muchos de los integrantes de los equipos de salud, quienes a pesar de las dificultades estructurales abordan las problemáticas en toda su complejidad.

En este sentido y dada la multiplicidad de pequeñas y grandes experiencias locales, sostenidas por los trabajadores del primer nivel, es que cobra sentido la necesidad de producir un salto cualitativo en donde éstas pasen de ser hechos aislados y fragmentados para transformarse en *políticas públicas incluyentes y equitativas*, que garanticen los derechos produciendo en el mismo acto ciudadanía.

Este salto no puede hacerse sin sujetos, trabajadores y usuarios, dispuestos a luchar contra aquellas situaciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio. Tampoco puede hacerse sin el Estado y sus agencias y las instituciones de la sociedad civil.

Estas experiencias muestran que muchas veces los trabajadores y equipos son capaces de producir en medio de la adversidad: i) prácticas en salud colectiva, donde a partir de procesos locales de programación participativa y en base a diagnósticos epidemiológicos que incluyen la visión de la comunidad, aseguran la equidad, la participación, la eficiencia, la prevención y la promoción de la salud; ii) prácticas clínicas ampliadas y contextualizadas de atención de la salud, que aseguran la integralidad y la continuidad en el abordaje de cada problema de salud, sostenidas en un vínculo interpersonal con el equipo, más allá de las consultas en otros niveles de atención; prácticas que gracias al diagnóstico situacional posibilitan una utilización criteriosa de las *tecnologías duras (aparatoología)* como de las *blandas-duras* (saberes clínicos y epidemiológicos, protocolos, etc.); iii) prácticas dirigidas a garantizar la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud según necesidades concretas; a través de las llamadas *tecnologías blandas* de los actos de producción de cuidados (desarrollo de posibilidades de escucha, alojamiento, diálogo y flexibilidad de

---

<sup>22</sup> Contandriopoulos et. al. Define y desarrolla el concepto, alcances y las metodologías para las Evaluaciones normativa y sistemáticas y las Investigaciones Evaluativas (Contandriopoulos, A. P. 1997)

<sup>23</sup> Instituto de la "Salud Lazarte": "Gobernanza equidad y APS". En la segunda parte presenta una investigación exploratoria de la APS en 12 municipios de la Argentina. Rosario. 2006.

<sup>24</sup> Bloch, C. et al.: Evaluación del programa provincial de APS en la Ciudad de Rosario. CESS. Santa Fe. 1988.



la institución en relación con las heterogéneas necesidades de la comunidad). Muchas veces los equipos comprenden que los determinantes de los problemas de salud-enfermedad son los mismos que generan las dificultades de acceso, para lo cual diseñan actividades de discriminación positiva que puedan dar cuenta de la peculiaridad de cada situación, asegurando el derecho a la salud a la vez que la dignidad y la libertad de las personas.

## Bibliografía

1. Alvarado, C. et. al. "Evaluación del programa de salud para poblaciones rurales". Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Jujuy. 1976.
2. Almeida Filho, N. "La ciencia tímida. Ensayos para la deconstrucción de la epidemiología". Lugar Editora. Bs. AS. 2000.
3. Ahmad, O.; Lopez A. y Inoue M.: "The decline in child mortality: a reappraisal". Bulletin of the World Health Organization. 78:1175-1190. 2000.
4. Belmartino, S.: "Las nuevas reglas de juego en el sector salud: ¿quien será el arbitro?". Lugar Editora. Buenos Aires. 2000.
5. Belmartino, S.: en "Salud colectiva". Hugo Spinelli compilador. Lugar Editora. Buenos Aires. 2004.
6. Bloch, C.; Troncoso, M. C.: "Evaluación del programa provincial de APS en la Ciudad de Rosario". CESS. Santa Fe. 1988.
7. Boletín PROAPS-REMEDIAR. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Vol. 3. N° 18. Mayo/junio 2005.
8. Boron, A.: "Tras el búho de minerva. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo". CLACSO. Consejo editorial de Ciencias Sociales. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2000.
9. Brehil, Jaime. "Epidemiología crítica". Lugar Editora. Bs. As. 2003.
10. Britos, Nora.: "La trayectoria de la ciudadanía en Argentina. Derechos humanos y ciudadanía". En "Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el trabajo social". Nora Anquín compiladora. Páginas 27 a 65. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2003.
11. Castellanos, P. L.: "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud". Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la salud. Volumen 10. N° 4. Washington. 1990.
12. Contandriopoulos, A. P. "La Evaluación en el Área de la Salud: conceptos y métodos". Capítulo 2. del libro *Avaliação em Saúde*. Editorial FIOCRUZ. Río de Janeiro 1997.
13. Esping-Andersen, G. "Los tres mundos del Estado de Bienestar". Ediciones Alfonso el Magnánimo- IVEI. Valencia. 1993.
14. Frost, W.H.: *Epidemiology*. In *Papers of Wade Hampton Frost*. New York, Oxford Univ. Press. Pág. 493-542. (1941)
15. Grodos, D.; Bethune, X.: "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". Cuadernos medico sociales. N°46. Rosario. 1988.
16. Guiddens, Anthony: "Capitalismo y la moderna teoría social. Un análisis de los escritos de Marx, Durkheim y Max Weber". Idea Books. Barcelona 1998.
17. Instituto de la "Salud Lazarte": "Gobernanza equidad y APS". Segunda parte. Rosario. 2006.
18. Iriart, C., Merhy, E.; Waitzkin, H.: "La atención gerenciada en América Latina: tras nacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". Caderno de Saude publica. Río de Janeiro. 1999.
19. Levcovitz, E.; Acuña, C.: "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud". Revista Gerencia y políticas de salud N° 5. Pág. 11-32. Colombia. 2003.
20. Lo Vuolo, R.; Barbeiro, A. "La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador". Miño y Dávila Editores. CIEPP. Buenos Aires. 1998.
21. Marshall, T.; Bottomore, T.: "Ciudadanía y clase social". Editorial Losada. Buenos Aires. 1998.
22. Merhy, Emerson Elías: "Salud: cartografía del trabajo vivo". Capítulo 1 y Apéndices I y II. lugar Editora. Buenos Aires. 2006.

23. OPS/OMS: "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe". Capítulo N° 4: 84-85. Washington. 2003.
24. OPS/OMS: "La salud en las Américas". Volumen 1. Washington. Edición 2002.
25. OPS/OMS: "Renovando la APS en las Américas". Documento borrador. Mayo 2005.
26. Restivo, Néstor y Raúl Dellatorre. "El Rodrigazo, 30 años después. Un ajuste que cambió al país". Claves para todos. Colección dirigida por José Nun. Capital Intelectual Ediciones. Buenos Aires. 2005.
27. Sader, E.; Gentili, P. (compiladores): "La trama del Neoliberalismo: mercado, crisis y exclusión social". CLACSO. EUDEBA. Segunda edición. 2003.
28. Sarghini y Menéndez. "Cuaderno 63". Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. 2002
29. Sevarés, J. "El imperio de las finanzas. Sobre las economías, las empresas y los ciudadanos". Grupo Norma Editora. Buenos Aires. 2005
30. Starfield, B.: "Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología". Capítulo 1 y 2. MASSON. Barcelona. 2001.
31. Stjephen, K; Diderichsen, F. et. al. "Bases sociales de las disparidades en salud" Desafío a la falta de equidad en salud. De la ética a la acción. Fundación Rockefeller/OPS. Publicación Científica N° 585. 2002.
32. Svampa, M.: "La brecha urbana. Countries y barrios privados". Claves para todos. Colección dirigida por Jose Nun. Capital Intelectual. Buenos Aires. 2004.
33. Whitehead, M. "The health divides". Inequalities in health. Page 215-356. Penguin. London. 1988.
34. Ugalde, A.; Homedes, N.: "La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias en América Latina". Cuadernos Médico Sociales. N° 82. Páginas 95-110. CESS. Rosario. 2002.
35. Vuori, H. Tomado de "En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. 4<sup>ta</sup>. Edición. Volumen 1. Harcourt. Barcelona. 1999.
36. Warren, J.; Walsh, K.: "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries". New England J. Med. Pág. 967-974. 1979.