

# ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN TIEMPOS DE CRISIS

Experiencias de un equipo de salud  
en el conurbano de Buenos Aires



BETINA FREIDIN  
MATÍAS S. BALLESTEROS  
MERCEDES KRAUSE  
AGUSTÍN D. WILNER  
ANA VINITSKY



Atención primaria de la Betina Freidin, Matías S. Ballesteros, Mercedes  
salud en tiempos de crisis Krause, Agustín D. Wilner y Ana Vinitsky

# ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN TIEMPOS DE CRISIS

Experiencias de un equipo de salud en el  
conurbano de Buenos Aires

Betina Freidin, Matías S. Ballesteros,  
Mercedes Krause, Agustín D. Wilner  
y Ana Vinitsky



Atención primaria de la Betina Freidin, Matías S. Ballesteros, Mercedes salud en tiempos de crisis Krause, Agustín D. Wilner y Ana Vinitsky

ISBN: 9789878647708

Imagen de tapa: Carola Noguera

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva del/los autor/es.

Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires / Betina Freidin... [et al.]. – 1a ed adaptada. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Betina Freidin, 2020.

Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-86-4770-8

1. Atención Primaria de Salud. 2. Argentina. I. Freidin, Betina.

CDD 362.042

Este libro fue compaginado desde [TeseoPress](#).

# Indice

Agradecimientos y prólogo

1. Introducción

2. La atención primaria de la salud en el contexto argentino

3. El desborde asistencial en el centro de atención primaria de la salud y el establecimiento de prioridades

4. Medicamentos, tratamientos integrales para pacientes diabéticos y vacunas

*Estrategias frente a los faltantes,  
frustraciones y reclamos*

5. La articulación con otros niveles de atención y el trabajo en red

Conclusiones

Bibliografía

Anexo

## Agradecimientos y prólogo

Agradecemos a la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y a la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia y Tecnología –recientemente rejerarquizado como tal– por los respectivos subsidios de investigación que nos otorgaron para realizar el estudio en el que se basa este libro, que tiene como sede institucional el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA.

Nuestro muy especial agradecimiento a las y los integrantes del equipo del centro de atención primaria de la salud (CAPS) público donde realizamos el trabajo de campo, en el conurbano norte de la provincia de Buenos Aires, quienes, con extrema generosidad, nos brindaron su tiempo, interés y la mejor de las disposiciones para que pudiéramos hacer las entrevistas. Para respetar el anonimato, no podemos mencionar sus nombres; tampoco el CAPS ni el barrio o la localidad. A ellas y a ellos dedicamos el presente libro.

Camila Mosteiro participó del trabajo de campo y de las distintas instancias de la sistematización de los datos, así como en una versión preliminar del análisis de estos.

Agradecemos a Carola Noguera por su colaboración con el diseño de la tapa del libro.

Concluimos el trabajo de campo a fines de julio del año 2019. Los testimonios del equipo de salud del CAPS reunidos en este libro muestran la vulneración de derechos generada por la aplicación de las políticas regresivas de los

últimos años y los efectos perniciosos para la salud para gran parte de la población que reside en su área programática. Con el cambio de gobierno nacional en el mes de diciembre se produjo una reorientación de la política de salud pública, que incluyó la declaración de la emergencia sanitaria, decisión política que, esperamos, ayudará a revertir las profundas inequidades sociales en el acceso a la salud que se consolidaron en los últimos años. También se han comenzado a implementar políticas de protección social y redistributivas que, anhelamos, contribuirán a aliviar el deterioro de las condiciones de vida de los grupos sociales más vulnerables.

*Las autoras y los autores  
Buenos Aires, diciembre de 2019*

## Introducción

*Los programas nacionales que proveen de recursos al primer nivel de atención como medicamentos, capacitaciones, financiamiento de profesionales, que nutren la red de centros de salud estatales, nuestro principal lugar [como médicos generalistas] en el sistema, están en un momento de funcionamiento débil, sin formar parte de acciones priorizadas y con sus redes en un deterioro visible. A esto se agrega algo muy importante que [...] los que trabajamos en la capilaridad del sistema, en la frontera de la comunidad con el sistema de salud, venimos advirtiendo en este tiempo y es el impacto que estas políticas [de ajuste] están teniendo en las comunidades, que han visto disminuida en forma importante su calidad de vida al aumentar la pérdida de puestos de trabajo, al reducirse la capacidad adquisitiva de los salarios, con la consiguiente caída en sus capacidades de autodeterminación, siendo estos factores claramente determinantes de la situación de salud de la población*

Alasino, 2019: 4

El objetivo de este libro es analizar las experiencias y visiones de los integrantes del equipo de un centro de atención primaria de la salud (CAPS) en relación con su trabajo en un barrio popular de la periferia norte del conur-



bano bonaerense, correspondiente a la región sanitaria v. Más específicamente, a lo largo de los capítulos indagamos cómo la crisis económica y social que ha deteriorado las condiciones de vida de la población impacta en el trabajo asistencial y comunitario que el equipo realiza en el barrio, en un contexto de limitada disponibilidad de recursos profesionales e insumos. Consideramos, asimismo, condiciones de más largo plazo, referidas al trabajo en red de los servicios de salud en el territorio que, junto con las características de las políticas sanitarias nacional, provincial y local, condicionan el trabajo cotidiano del equipo de salud y el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención de los pacientes. Realizamos el trabajo de campo desde marzo hasta fines de julio del año 2019, como parte de una investigación cualitativa mayor en curso con vecinas y vecinos del barrio sobre el cuidado de la salud, acreditada y financiada por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica<sup>[1]</sup>.

Conocer las experiencias y visiones del equipo de salud sobre su trabajo en el primer nivel de atención en un barrio en el que gran parte de su población vive en condiciones de vulnerabilidad sociosanitaria adquiere particular relevancia en un contexto de profundización de la crisis socioeconómica que atraviesan el país y la provincia de Buenos Aires, en particular (ODSA, 2017, 2019b; Roffler y Arroyo, 2019), con altos niveles de desempleo, precarización laboral y disminución de la capacidad adquisitiva del ingreso, en un contexto de fuerte retracción de la economía y alta inflación que ha incrementado de manera sostenida el número de hogares en situación de pobreza. También es relevante considerando las políticas sanitarias nacionales que, a partir de la crisis de 2001-2002, priorizaron el fortalecimiento

to del primer nivel de atención y la asignación de recursos financieros y humanos a través de distintos programas, pero que, en los últimos años, sufrieron reorientaciones, fuertes recortes presupuestarios y retrasos en las entregas de insumos que afectaron el acceso de los grupos más vulnerables a recursos de salud esenciales (como medicamentos y vacunas) y las condiciones de trabajo de los trabajadores del sector (Ceriani y Kanterewicz, 2019; Chiara, 2019). Consideramos, asimismo, las características de las políticas provinciales y locales sanitarias, con sus continuidades y cambios a lo largo de los últimos años, las que, en un marco institucional de gestión descentralizada, imprimen su especificidad y su complejidad al trabajo de los equipos de salud en el territorio. Siguiendo a Moro (2012: 57), la conformación del subsector público en el conurbano de Buenos Aires ha llevado a que en el nivel territorial se entrecrucen las jurisdicciones nacional, provincial y municipal con competencias de regulación y gestión de recursos humanos y servicios, así como para el diseño de políticas sectoriales, lo que constituye un entramado institucional sin un planteo claro de funciones para cada jurisdicción. El análisis del trabajo de los profesionales en el primer nivel de atención, a su vez, se enmarca en un contexto más general para los trabajadores del sector salud, que –como lo documentan Novick y Rosales (2006: 34)– se ha caracterizado por el avance de la precariedad laboral y el deterioro de las condiciones de trabajo, la extensión de la jornada y la intensidad del trabajo y la desintegración de los equipos de salud, con el consecuente deterioro en las prácticas y en la calidad de atención.

El libro está organizado del siguiente modo. En el capítulo 1, desarrollamos la perspectiva teórica que sustenta los

objetivos de la investigación, la metodología seguida y las características del barrio y del CAPS donde llevamos a cabo el estudio.

En el capítulo 2, caracterizamos la estrategia de la atención primaria de la salud (APS) desde su institucionalización, a fines de los años setenta por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el lugar que ocupan los CAPS y su trabajo articulado con otros efectores de mayor complejidad asistencial. Describimos brevemente las características del sistema de salud argentino, las políticas de descentralización sanitaria que se sucedieron desde los años setenta y la especificidad que presenta la gestión sanitaria en la provincia de Buenos Aires. Incluimos, asimismo, un apartado sobre la política nacional de jerarquización y fortalecimiento de la estrategia de APS que tomó impulso a partir del año 2003, como consecuencia de la crisis socioeconómica de los años 2001-2002 y de la declaración de la emergencia sanitaria, con el desarrollo de planes y programas orientados a priorizar el acceso a los servicios y a medicamentos esenciales y una sección sobre las continuidades y los retrocesos ocurridos durante la gestión del gobierno de Mauricio Macri (2015-2019), con recortes presupuestarios y demoras en las entregas que afectaron a los distintos programas, decisiones políticas que acompañaron la desjerarquización del Ministerio de Salud como secretaria, que pasó, como tal, a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Referimos, asimismo, a algunos aspectos de la política sanitaria bonaerense de este período con impacto negativo para la población de menores recursos.

En los capítulos 3, 4 y 5 presentamos los resultados del trabajo de campo con el equipo de salud. El capítulo 3 se centra en las características de la demanda de atención en

un contexto de deterioro de las condiciones de vida de gran parte de la población del barrio, lo que los entrevistados caracterizan como un desborde asistencial –que se agudiza en los meses de invierno por la estacionalidad epidemiológica–, y en cómo dicho contexto impacta en la dinámica de trabajo del equipo de salud por no contar con suficientes recursos humanos, así como en las distorsiones en las tareas de APS que se producen al tener que administrar la “sábana corta”. En un escenario de desborde asistencial se organizan los llamados “operativos”, por la falta de disponibilidad de turnos programados para cubrir una gran cantidad de controles de salud obligatorios requeridos para el cobro de asignaciones y planes sociales, y ante los cuales los médicos generalistas muestran ciertas reticencias. Destacamos, asimismo, el mejor funcionamiento del área de salud materno-infantil y las condiciones institucionales y organizativas que lo facilitan.

En el capítulo 4 abordamos cómo los médicos manejan la falta de medicamentos –una problemática recurrente del sector público, que se agudizó en los últimos años con los recortes y demoras en las entregas del programa Cobertura Universal de Salud (CUS)-Medicamentos (ex-Remediar)– y cómo esto repercute en el trabajo cotidiano de los profesionales y genera inequidad en el acceso a recursos de salud básicos de cuidado para los pacientes. Una sección aborda las limitaciones que enfrentan los médicos generalistas para la atención integral de los pacientes diabéticos, quienes –además del acceso gratuito a fármacos y otros insumos– requieren, para el manejo de la enfermedad, poder participar de actividades de promoción y prevención que brinde el equipo de salud. Estas actividades se han visto muy restringidas no solo por la necesidad de racionar los

recursos humanos en un contexto de desborde asistencial, sino también por obstáculos que imponen las políticas municipales de contratación y capacitación del personal de salud. Se suma el deterioro de las condiciones de vida de la población al aumento de los niveles de pobreza y de inseguridad alimentaria, que llevan a que los médicos tengan que adaptar estrategias terapéuticas y consejerías para no quedar “fuera de foco”. Tanto en este capítulo como en el 3, los testimonios de los miembros del equipo de salud muestran sentimientos de frustración e indignación ante la vulneración del derecho a la salud de amplios sectores de la población que atienden y por los límites que enfrentan para hacer su trabajo en APS, con los replanteos como agentes de salud y los dilemas ético-profesionales que conllevan. Una última sección analiza los trastornos que generan los faltantes de vacunas obligatorias y cómo proceden las enfermeras para priorizar la vacunación de los grupos más vulnerables y, al mismo tiempo, alentar al resto a completar el calendario por diferentes medios.

En el capítulo 5 nos focalizamos en las experiencias del equipo de salud con la red de atención en la que se inserta el CAPS. Analizamos las consecuencias que tiene el funcionamiento deficitario en la articulación con los efectores de referencia, y con las instancias de gestión de la región sanitaria, para las derivaciones a especialistas, estudios complementarios, la realización de trámites para medicamentos especiales y otros recursos para los pacientes. Hacemos foco en el funcionamiento de las vías formales de articulación y en los mecanismos informales que movilizan los profesionales para gestionar el acceso, pero también, en ocasiones, los mismos pacientes. Vemos cómo las fallas en la articulación con los establecimientos de segundo nivel e instancias

de gestión municipal y provincial repercuten en un trabajo adicional para el equipo y las consecuencias que tienen para la continuidad e integralidad de la atención de los pacientes. Damos cuenta, asimismo, de lo que los médicos describen como un “desdibujamiento” de los niveles de atención por déficits en el segundo nivel que generan una sobrecarga de tareas asistenciales para el CAPS. Las preferencias de atención de algunos pacientes, que consideran la “salita” como su lugar de referencia para cuadros que requieren atención en una guardia hospitalaria, también contribuyen a dicho desdibujamiento. Incluimos en este capítulo las dificultades en la articulación con el subsector de las obras sociales (el PAMI, en particular) para el acceso a prestaciones para la población afiliada, lo que también redundará en un trabajo adicional para el equipo de salud para poder gestionar el acceso a la atención. Finalmente, damos cuenta de las áreas en las que la articulación funciona correctamente y se constituye como un recurso para la integralidad y la continuidad de la atención de los pacientes. Un último capítulo está dedicado a las conclusiones del estudio.

### **Perspectiva teórica**

Comprender el accionar del equipo de salud del CAPS, con los significados y lógicas que sus miembros le atribuyen, requiere tener en cuenta que sus integrantes se desempeñan en un marco institucional definido por las políticas públicas y los programas de salud que implementan. Las funciones y metas de salud pública por cumplir en el CAPS se sitúan en la estrategia de APS e implican la interacción del personal con actores de otros establecimientos de salud y niveles de atención, autoridades sanitarias de distintas jurisdicciones y agentes e instituciones de otros sectores estatales. Los

miembros del equipo de salud, de acuerdo con sus funciones en la gestión, el rol y la formación profesional, desarrollan sus actividades a partir de rutinas, procedimientos reglados y normas y según los recursos humanos, materiales y tecnológicos con los que cuentan, así como a las características de la población bajo su área programática.

Sus acciones están enmarcadas en procesos institucionales y de gestión específicos que contemplan el escenario local e imprimen una dinámica particular atendiendo a las ideas, las valoraciones y los intereses que guían sus acciones (Pagnamento, 2014). Como lo especifican Bianco y Grigaitis (2005: 17-18), la estructura organizativa del equipo supone objetivos comunes y una división del trabajo según disciplinas relevantes para cada problemática abordada y los niveles de responsabilidad y las características sociodemográficas y culturales de la población. Entre las responsabilidades del equipo se encuentran: la gestión del efector en distintos niveles político-institucionales del sector y de otros sectores comunitarios y extracomunitarios; el diseño de proyectos de investigación, capacitación e intervención; la planificación y la coordinación de actividades; el monitoreo y la evaluación, y la administración. Estas tareas suponen relaciones de poder entre los miembros del equipo para potenciar la capacidad operativa y promover la autonomía de las acciones. Siguiendo a Kalinsky y Arrúe (1996: 13), en el quehacer cotidiano del equipo de salud se constituyen "zonas virtuales de negociación" en dos direcciones:

En la primera, los equipos de salud van adecuando las normas institucionales, que son las que dirimen lo correcto de lo que no lo es, a las necesidades y posibilidades que enfrentan, ya sea como simple vía de sobrevivencia o como una es-