Maestría en Salud Mental

Facultad de Trabajo Social - UNER

Tesis:

Turno estratégico. Configuración de las prácticas de trabajadores del Centro de Atención Primaria de la Salud P. J. Kentenich

Tesista: Lic. Chelotti, Teresa



Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Maestría en Salud Mental

Tesista:

Lic. Chelotti, Teresa Beatriz

Tesis:

Turno estratégico. Configuración de las prácticas de trabajadores del Centro de Atención Primaria de la Salud P. J. Kentenich.

Títulos de Grado:

Licenciada en Trabajo Social

Licenciada en Ciencia Política

Directores:

Magister Serra, María Florencia y Magister Sabogal, Juan

Paraná - Entre Ríos

Agosto de 2017

Agradecimientos

Esta tesis, realizada en el marco de la Maestría en Salud Mental, fue posible gracias a las oportunidades que me brindó mi hogar de estudios, la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos. A la Universidad Pública mis eternos agradecimientos.

Gracias a Florencia Serra y a Juan Sabogal, quienes dirigieron este trabajo acompañándome con mucha paciencia y con una palabra de alentadora para cada momento. Por los encuentros de muchas tardes en la Facultad, en las que me ayudaron a ir recorriendo este camino, por infinitos intercambios, por los mails, por las horas de lectura. A ellos gracias.

A mi familia, mis amigos y fundamentalmente a Cristian, mi compañero de vida, por comprender el uso de muchas horas de mi tiempo libre para llegar a cumplir esta meta. Gracias siempre por todos los momentos que me dan.

Resumen:

La presente investigación tiene por objetivo dar respuesta a la pregunta ¿Cómo se configuran las prácticas de los trabajadores del CAPS Kentenich en relación a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)? Nos abocamos a reconstruir las condiciones en las que se despliegan las prácticas, analizamos los actores, las políticas de salud, la institución, los usuarios. Consideramos que estas, entre otras cuestiones, nos brindan elementos de análisis para comprender la complejidad propia del espacio y las prácticas que allí se desarrollan.

Esta tesis se realizó desde un abordaje metodológico cualitativo, en una apuesta de generación conceptual. Se propusieron como técnicas entrevistas semi-estructuradas a los trabajadores del CAPS, análisis documental y observaciones del espacio institucional. Se recuperaron a su vez, como fuente de información datos cuantitativos sobre la población usuaria, relevados de primera mano.

Encontramos en el camino, aspectos de las prácticas más cercanos a las propuestas del modelo médico hegemónico y otros, que en cambio, apuntan a buscar espacios que habilitan acciones más vinculadas a una concepción crítica de la salud. En el marco de estas tensiones, nos ubicamos para pensar la noción de un *turno estratégico*. Entendido éste como un momento en el que los trabajadores reproducen, pero a la vez cuestionan el orden, tiempo en el que atienden la urgencia, pero se cuestionan los por qué de los problemas.

Si bien la configuración de las prácticas no tiene un modelo de producción univoco, hallamos que las mismas confluyen de un interjuego de actores, intereses y elementos; que a su vez dan cuenta de la convivencia de diferentes concepciones, en ocasiones encontradas, de salud y de la APS.

Índice:

Introducción.....5
Diseñando el camino. Situación Problemática e Interrogantes iniciales.....5
Otros puntos de partida. Antecedentes y vacancia.....9
Cómo se construyó el recorrido. Metodología y decisiones.....14
Estaciones transitadas. Organización de capítulos.....19

Capítulo I: Aproximaciones conceptuales: Atención Primaria de la Salud, Prácticas y estrategias políticas.....22
Categorías centrales de la investigación.....23
Estrategia de Atención Primaria de la Salud y Principales debates.....23
Prácticas y estrategias políticas.....27

Capítulo II: Atención Primaria de la Salud y Contexto.....30
Atención Primaria de la Salud en el contexto Argentino.....31
Aproximaciones a la APS en Entre Ríos.....34
APS en la ciudad de Paraná.....37
Programas implementados desde el CAPS. Articulaciones entre lo nacional, provincial y municipal.....39

Capítulo III: Centro de Salud P. J. Kentenich: recursos y actores.....42
Centro de Salud Padre José Kentenich.....43
Recursos en general.....46
Espacio físico del CAPS.....46
Recursos materiales de uso cotidiano.....47
Actores.....48
Actores de "afuera".....49
Actores de "adentro".....51
Siempre fue así, en el límite del sistema. Condiciones de contratación.....51
Espacios de capacitación.....53
Los "pacientes" de acá y los de allá. Demandas y articulaciones.....54

Capítulo IV: Concepciones, percepciones y relaciones entre los actores.....58
Complejidad. Multiplicidad de actores, recursos e intereses.....59
Caritas y espacio físico. Como problemático y caótico.....60
Actores de adentro. Contratación y condiciones.....63
Espacios de capacitación/ formación sobre salud.....68
Superposición de áreas programáticas. CAPS Santa Lucía y Kentenich.....70
¿Con quiénes?: La mirada de los trabajadores del CAPS en torno a los "pacientes".....72

Capítulo V: Atención, Promoción, Prevención, Participación.....80
Atención: Derivación o Filantrópico-caritativo.....81
Apuestas políticas: Promoción, Prevención, Participación.....85
Posturas sobre las prácticas de "Prevención, Promoción y Participación".....87
1er postura: "No salgo, no salimos" o "No hay tiempo, no damos abasto".....88
2da postura: "Salimos sí, sí. Pero hace rato que no podemos".....90
3ra postura: "En el consultorio, con cada mamá".....92

Capítulo VI: Concepciones de salud: Evaluación, apuestas y estrategias....99
¿Qué es y cómo está la salud? Perspectiva de los trabajadores del CAPS.....100
¿Y nuestras prácticas? Evaluación desde la perspectiva de los trabajadores....105
Entre lo que no me permite y lo que quiero. Apuestas y estrategias frente al "sistema de salud".....110

Conclusiones.....119

Siglas utilizadas.....124

Bibliografía.....125

Introducción:

Diseñando el camino. Situación Problemática e Interrogantes iniciales

El objeto de investigación de la presente tesis pretendió estudiar la Configuración de las prácticas de los trabajadores del Centro de Atención Primaria de la Salud Padre José Kentenich (en adelante CAPS) y, la relación que las mismas guardan con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS).

Cabe destacar, que la pregunta de investigación encuentra sus orígenes en el tránsito, experiencias y reflexiones realizadas como Trabajadora Social del CAPS Kentenich entre los años 2013 y 2014. En ese marco, y a los fines de contar con mayores precisiones en la descripción del escenario en el que se inscribe el estudio, reconocimos la necesidad de encarar una serie de acciones tendientes a recabar información que nos posibilitara acercarnos de un modo más riguroso al campo empírico, formular interrogantes y ajustar la lente de la investigación[1].

Estas acciones fueron desarrolladas en un primer momento de la investigación y se definen como una instancia exploratoria. Allí nos propusimos como principal objetivo actualizar información en torno a las configuraciones de las prácticas cotidianas que se desarrollan en el CAPS, la población usuaria del mismo, el contexto, las condiciones vinculadas a la salud, los recursos institucionales y la organización de la política del sector.

El empleo de técnicas de tipo cuantitativas nos proporcionó un variado cúmulo de información que mediante su sistematización y análisis fue arrojando pistas para delinear las preguntas que se constituyeron en el objeto de estudio de la tesis.

[1] La información recabada a partir de las técnicas citadas derivó en un la elaboración de un Diagnóstico de la institución, correspondiente al período 2014-2016, elaborado en principio desde el lugar de Trabajadora Social del CAPS y posteriormente como colaboradora del mismo.

Se realizaron aproximadamente 150 encuestas a usuarios del CAPS, se revisaron fichas, registros de salud de usuarios y documentos de los programas en implementación. En las encuestas se relevaron aspectos vinculados a la salud, lo habitacional, la situación social y económica de cada familia, como así también condiciones accesibilidad y sanidad del contexto, etc.

La información relevada nos posibilitó una mayor aproximación al conocimiento del espacio institucional y su compleja configuración, de la población usuaria, sus condiciones de salud y de vida, como así también de aspectos característicos del contexto territorial. Estos datos fueron claves en el proceso de construcción del objeto de estudio, a la vez que fueron recuperados y resignificados en cada uno de los nudos de problematización propuestos en la tesis.

Por otro lado, disponíamos de una serie de interrogantes inscriptos en el terreno de las prácticas, algunos de ellos del orden de ¿Qué concepciones de salud y de APS poseen los trabajadores del CAPS?, ¿Cómo perciben los trabajadores del CAPS a los usuarios?, ¿Cuáles son las prácticas que predominan en los trabajadores del CAPS?, ¿Cómo se organizan las prácticas al interior del CAPS y hacia afuera del mismo? Estas preguntas que funcionaron oportunamente como coordenadas de la intervención - en el marco de la experiencia profesional a la que se hizo referencia previamente- fueron puestas a dialogar con la información obtenidas en la instancia exploratoria, dando lugar a la que posteriormente se estableció como la pregunta de investigación y que habilitó las búsquedas plasmadas en este informe.

En este camino de búsquedas y tensiones, entre lo que sabíamos y lo que resultaba desconocido, en relación a lo que nos interesaba desarrollar a través de esta investigación, nos planteamos una serie de interrogantes, inquietudes y preocupaciones.

Consideramos, que para pensar las prácticas de los trabajadores del CAPS, es relevante tener en cuenta el contexto de descubrimiento del objeto de

investigación, y las dimensiones que lo integran: socio-histórica, política, económica, cultural e institucional.

La propuesta de este estudio gira, entonces, en torno a considerar cómo se desarrollan las prácticas de APS en el CAPS Kentenich, cuáles son las condiciones que las tornan posible y cómo juega en el trabajo cotidiano la estrategia de APS. Buscamos analizar las prácticas de atención, participación, prevención y promoción tensionando esto con los abordajes interdisciplinarios, interinstitucionales y comunitarios en tanto que todas estas dimensiones se plantean como constitutivas de la APS. Entendemos, que el contexto de descubrimiento visibiliza las particularidades del espacio institucional y aporta a complejizar los interrogantes planteados inicialmente.

Para cumplir con el objetivo delimitado, resultó necesario identificar y analizar los recursos de los que disponen los trabajadores, los tiempos, organización y demás aspectos institucionales que van aportando a la configuración de las prácticas de Atención Primaria de la Salud.

Nos preguntamos sobre las prácticas vinculadas a las actividades de atención, promoción, prevención, como así también aquellas que posibilitan trascender los muros de la institución, considerando el lugar que el equipo habilita para la participación de la población (que comprende el área programática del CAPS), a los fines de lograr abordajes comunitarios y participativos.

Existe una batería de políticas públicas en torno a la Atención Primaria de la Salud en la que identificamos la presencia de los tres niveles del Estado, sumado a esto contamos también con la presencia de Caritas. Estas políticas tanto de nivel nacional, provincial, como municipal y de otras organizaciones de la sociedad civil, vienen a proponer una serie de variadas acciones y recursos que estimulan la realización y sostenimiento de actividades de APS.

En lo que respecta a los actores en cuestión, consideramos de gran relevancia centrarnos en los trabajadores del CAPS. Específicamente en lo

relacionado a las prácticas que desarrollan cotidianamente, observando especialmente aquellos casos que se tornan disruptivos de las prácticas cotidianas y que debido a su complejidad demandan otro tipo de intervenciones.

A su vez, se consideró, relevante la mirada que los trabajadores del CAPS Kentenich tienen en torno a la población con la que trabajan cotidianamente. Esto aporta de modo sustancial al objeto analítico, ya que nos evidencia las percepciones y principales concepciones que los trabajadores poseen en torno a los usuarios y cómo eso va moldeando las prácticas. Por ello, se integra en el análisis a la población del área programática del CAPS, como demandantes y usuarios de los servicios de salud, en este caso de Atención Primaria.

Consideramos que el desafío investigativo radicaría en poder desentrañar ¿Cómo, y de qué manera se desarrollan las prácticas de los actores vinculadas al CAPS Kentenich?, ¿Qué aspectos estarían obstaculizando, o potenciando las prácticas de APS?, ¿En qué medida se logra trascender la atención de la urgencia, para desarrollar prácticas extramuros, comunitarias, participativas, de preventivas y promoción?

Nos ocupamos de recuperar las distintas perspectivas o puntos de vista, las concepciones de salud y de atención primaria que los trabajadores de este CAPS expresaban, entendiendo que son dichas concepciones las que habilitan tipos particulares de intervenciones. Posteriormente, analizamos cómo definen sus prácticas, o prioridades de acción en el espacio laboral cotidiano.

En relación al tiempo y el espacio en el que se ubica la investigación identificamos como lugar de estudio el Centro de Salud Kentenich, dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Paraná. El recorte temporal lo situamos en la actualidad, delimitando un período que recupera datos desde el 2014 y hasta fines del 2016. Pensamos, en este sentido, las prácticas que se desarrollan en este CAPS, haciendo referencia a algunas fuentes que permitiesen reconstruir la historia reciente de este equipo de trabajo y sus prácticas.

Otros puntos de partida. Antecedentes y vacancia

Tomamos a los antecedentes como la posibilidad de identificar vacancias y a su vez poder establecer otros puntos de partida que abonen a nuestro trabajo de investigación.

A decir de Sirvent y Rigal "Los antecedentes son *resultados científicos previos* referidos a nuestro objeto de investigación" (Sirvent y Rigal; 2015: 50). Resultan entonces, una contribución al armado de la investigación. Son aportes tanto en el sentido metodológico, como en lo que refiere a cuestiones sustantivas y pueden ser tomados como punto de partida.

Consideramos que los antecedentes nos posibilitan conocer los principales debates que se dan en el campo de estudio, las diferentes perspectivas de análisis, las disputas teóricas y políticas. Nos permiten, situar allí y dar sentido en esos debates, a nuestra pegunta de investigación, dando cuenta de nuestras miradas y contribuciones desde nuestro objeto de estudio.

A partir de lo expuesto, y a los fines de reconstruir las producciones por las que hemos podido transitar en este camino de la investigación, proponemos aquí un recorrido por tres líneas de trabajos científicos y académicos que resultaron de mayor aporte.

Distinguimos, a los fines de organizar los artículos relevados, los aportes de los antecedentes trabajados en estas tres líneas de estudio que consideramos abonan al objeto de investigación:

- ✓ Una **primera línea** evalúa la APS en diferentes encuadres territoriales. Esta nos permite repensar cómo se implementa la Atención Primaria de la Salud en diversos territorios, sin dejar de lado los insumos analíticos que nos brindan cada uno de los autores.

La propuesta radica en poder repensar la APS situada en un territorio determinado, ya sea a nivel latinoamericano, nacional o provincial. Puntualmente,

en el caso de Entre Ríos nos permite comprender y situar el problema de investigación.

En primera instancia tomamos un artículo elaborado por Leandro Nicolás Marcó y colaboradores (2007), el mismo se titula "Reformulación del primer nivel de atención de Salud en Entre Ríos"[2]. En este Informe de Investigación, se presentan una serie de observaciones sobre la situación actual que se consideran de utilidad para la reformulación de los servicios del primer nivel de atención de salud. Incluyendo el trabajo en terreno, tanto en su faz organizativa como en los flujos de información sanitaria en los que intervienen, se efectúan aportes para el diseño de normas para el funcionamiento de los centros de salud y la organización del trabajo comunitario.

Seguidamente y a fines de pensar el contexto nacional, retomamos el artículo de Alicia Stolkiner; Yamila Comes y Pamela Garbus (2011), titulado "Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina"[3]. Esta publicación se ocupa de trabajar, con gran rigurosidad científica, la Atención Primaria de la Salud en el contexto argentino. Las autoras trabajan las actuales modalidades que adquiere la APS en el ámbito internacional y exponen que en Argentina la tendencia a la segmentación se agudiza debido a la embestida neoliberal y a las reformas que experimento nuestro país. Puntualmente, este artículo brinda aportes que se constituyen en sustantivos para pensar el objeto de tesis, como así también ofrece aportes de tipo metodológico en cuanto a las estrategias y técnicas de recolección y análisis de datos.

Por su parte, el estudio titulado "La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud", de Román Vega

2 Este artículo seleccionado para reseñar aborda el Primer Nivel de Atención de Salud, focalizando el análisis en la Provincia de Entre Ríos. Se trata de un Informe de Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos (FCS - UNER), que integra un proceso de asistencia técnica al Ministerio de Salud de Entre Ríos.

3 Las autoras explicitan que se trata de una publicación emanada del Proyecto de investigación: "Estudio multicéntrico en APS: modelos asistenciales, integración al sistema de salud e intersectorialidad en contextos urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay".

Romero y otros (2008), profundiza en experiencias de Atención Primaria de la Salud en otro contexto nacional de Latinoamérica. Centrando la mirada en el caso de Bogotá, en un período determinado, esta producción nos aporta tanto aspectos sustantivos, respecto a cómo pensar las estrategias a implementar la equidad y los derechos a la salud, como así también pistas metodológicas y marcos analíticos desde los cuales abordar el objeto de estudio.

Finalmente, con la misma intención de ampliar la mirada al contexto latinoamericano, pero conservando el interés en la Atención Primaria de la Salud, se recupera el artículo titulado "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas", de Macinko J. y colaboradores (2007). El artículo hace énfasis en los países de América Latina, argumentando que ante los cambios experimentados desde las metas establecidas para el año 2000, las estrategias en salud deben actualizarse y por ello modificarse acorde a los contextos latinoamericanos, para afrontar de ese modo los problemas de salud actuales y futuros. Se señala, en este sentido, "Aplicar un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona" (Macinko, J y otros; 2007: 74).

- ✓ La **segunda línea** identificada propone pensar las prácticas en Atención Primaria de la Salud mirando grupos de población específicos, es decir focalizando la mirada a aquellas poblaciones que comparten alguna condición o característica. Otro denominador común, que identificamos en este caso, es el anclaje territorial que permite analizar las problemáticas desde la condición de proximidad a la población, como es el caso de los abordajes de situaciones específicas desde la APS.

Se trata, en esta línea, de aquellos estudios que toman grupos de población diferenciados por criterios etarios, o por cuestiones vinculados a afecciones de salud específicos, como así también riesgos a los que se hallan expuestas determinadas poblaciones. En esta línea, las propuestas de análisis centran la

mirada y analizan aspectos singulares de los grupos delimitados, no sólo considerando un recorte territorial y temporal acotado, sino también las características que hacen a la problemática o condición que los atraviesan como sujetos.

Uno de los artículos seleccionados desde este enfoque de investigación nos propone mirar y analizar la población comprendida por niños entre 1 y 3 años de lo que identifican como familias de bajos recursos. Se apunta a recuperar el estado nutricional y patrones de alimentación, para ello se cruza información correspondiente a las condiciones de las familias y la ubicación geográfica de las mismas, en lo que respecta al acceso a recursos (Pasarín y otros; 2016).

Un segundo artículo, nos ofrece un análisis sobre la tensión existente entre lo (i) legitimo e (i) legal de las mujeres en situación de aborto y las prácticas de los profesionales en relación a estas situaciones. Observando para ello la implementación de una estrategia sanitaria de atención pre y post aborto, hacen hincapié en el análisis de las tensiones entre lo que sería un enfoque materno-infantil hacia otro centrado en la salud y los derechos sexuales y reproductivos (López Gómez; 2016).

Finalmente, un tercer artículo que nos ofrece analizar la tensión existente entre salud mental y un trabajo de inclusión social para personas con padecimientos mentales. Se considera el saldo positivo que genera, tanto para el usuario de salud mental como para la comunidad, la integración de los primeros. Destacando fundamentalmente los vínculos generados y el apoyo de tipo informal (Ardila Gómez y otros; 2016).

- ✓ Por último, en la **tercer línea** identificamos los cruces que se dan entre la APS y las políticas que se diseñan para llevarla adelante. A nivel nacional, encontramos estudios abocados fuertemente al análisis de la implementación del Programa Remediar como política que atraviesa las prácticas cotidianas de los Centros de Salud de todo el país.

Uno de los textos relevados aborda la implementación del Programa REMEDIAR en el marco de la Provincia de Buenos Aires, centrando la mirada en el estudio de las prescripciones médicas. A través de las mismas identifican que la continuidad en los tratamientos de las enfermedades crónicas es baja, concluyendo que resulta de urgencia entablar acciones destinadas a identificar fuentes de dispersión y encausar esfuerzos para asegurar el tratamiento continuo y completo (Marín y otros; 2007).

En un segundo artículo en el que encontramos el uso de remedios provenientes del Programa REMEDIAR, Bernztein y Drake (2009), hacen énfasis en el estudio de la hipertensión arterial. Parten de considerar que en el marco de la crisis económica que atravesó nuestro país hacia el año 2001, grandes sectores de la población se vieron imposibilitados de acceder a la compra de medicación, toman el estudio de la hipertensión arterial por considerarla un motivo frecuente de prescripción.

Finalmente, contemplamos también en esta línea de estudios un Informe titulado "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina". Esta publicación nos ofrece un recorrido por el Programa REMEDIAR, para conocer las aristas del mismo desde los momentos previos a su gestación hasta los impactos positivos que el mismo genera en la población destinataria (Tobar; 2004).

Hallamos así, que las producciones que abonan a nuestro tema de investigación analizan diversos aspectos de la APS, como es el caso de las políticas destinadas a estos fines, intervenciones focalizadas en una problemática de salud o grupo determinado, o simplemente una lectura más global de la APS, ya sea en el territorio nacional o provincial.

Por lo antes señalado, consideramos relevante ajustar la lente y pensar la APS desde las prácticas de los trabajadores que la sostienen diariamente. Observando allí las concepciones que portan en torno a la salud, a la APS, a la

población usuaria, cómo desarrollan sus prácticas y cómo evalúan a las mismas. Es en esta dirección que esta tesis se propone plantear algunas contribuciones.

De cómo se construyó el recorrido. Metodología y decisiones

Respecto a la metodología y a las decisiones tomadas en el marco de la dimensión de la estrategia general para el desarrollo de la tesis, optamos por la propuesta de la Tradición Hermenéutica – Modo de Generación Conceptual.

Esta elección se fundamenta en que, respecto a la dimensión epistemológica, el objeto de esta investigación requirió una estrategia metodológica que garantice la posibilidad de ponerse en el lugar del otro, en este caso de los trabajadores del CAPS. Intentamos no juzgar sus acciones o inacciones respecto a la atención primaria de la salud, sino poder comprender qué se pone en juego en las prácticas que desarrollan cotidianamente, cuáles son las condiciones de posibilidad de las mismas y cómo piensan su trabajo y a la salud.

Por otra parte, la apuesta desde la dimensión lógica es justamente construir el objeto de investigación que contemple los significados que los sujetos le atribuyen a sus prácticas cotidianas, a las prioridades en lo laboral, a los recursos y su escases, a los tiempos, a su condición de trabajadores, y centralmente a la atención primaria de la salud. Buscamos, a partir de un proceso de abstracción creciente arribar a la construcción conceptual, no se trata de medir o verificar el cumplimiento de leyes generales.

En la línea de los antes planteado, los aportes teóricos en torno a las categorías centrales nos permiten agudizar la mirada y poder observar con más especificidad el objeto. Siempre considerando, que dada la resolución metodológica asumida, es en el proceso dialéctico en la confrontación teoría-empiria en el que podremos conocer y dar cuenta de la pregunta que orienta la investigación.

En este sentido, el acercamiento empírico se realizó a través de entrevistas[4], observaciones y análisis de documentos (Fichas de usuarios, registros de los profesionales, lineamientos generales de los programas en funcionamiento, etc.), nos permitió generar conceptos que emergieron de la comprensión de la realidad social. El objeto de esta investigación se constituye entonces en el horizonte de comprender este fenómeno en su singularidad, sin ambiciones de alcanzar generalizaciones.

Respecto a lo metodológico, consideramos que la pregunta de investigación: ¿Cómo se configuran las prácticas de los trabajadores del CAPS Kentenich en relación a la Estrategia de APS?, es una pregunta amplia que nos permite abrir luego en el diálogo teoría – empiria y generar a su vez otras preguntas de corte más específico.

Por ello, es relevante considerar que

> El análisis de la información empírica no es lineal. Supone un movimiento en espiral de ida y vuelta, de la teoría a la empírea y viceversa, que demanda la combinación continua de obtención y análisis de información. Se basa en registros detallados donde también se describe la implicación del investigador frente a la realidad. Supone el interjuego constante entre categorías "derivadas" de la teoría pre-existente y la construcción de nuevas categorías emergentes. Es incorrecto "esperar" a tener toda la masa de información, por ejemplo de las historias de vida para recién analizarlas como si fueran las respuestas de una encuesta de medición de variables. (Sirvent; Monteverde y Argulló; 2015).

Las unidades de análisis propuestas fueron cada uno de los trabajadores del Centro de Salud Padre José Kentenich de la ciudad de Paraná. La selección de casos, encuentra su fundamentación de la lógica elegida: Se parte de una lógica cualitativa, también denominada intensiva, la cual pone énfasis en la inducción analítica y en la generación de teoría, la comprensión, la especificidad y las verdades hipotéticas.

En esta lógica entendemos que se apuesta a trabajar con pocos casos para lograr así profundizar el significado que la población de estudio le atribuye al hecho social.

[4] Las entrevistas fueron realizadas a los trabajadores del CAPS Kentenich, para preservar la identidad de los mismos se apeló al uso de seudónimos.

> Es la que busca construir los esquemas conceptuales más adecuados a las realidades en estudio a partir de la información empírica más que verificar hipótesis predeterminadas de relación causal entre variables. No busca explicar; busca comprender, holísticamente, en un sentido de totalidad, dialécticamente, por qué un hecho social deviene o es de esta manera y no de otra. Se busca la esencia por detrás de las apariencias. Es la que trabaja con la implicación del investigador en la realidad estudiada; es la que no habla de neutralidad valorativa sino por el contrario de la existencia de supuestos ideológicos que deben explicitarse, de emociones que son parte de la construcción del dato científico (Sirvent; 2006:19).

Respecto a la fertilidad teórica de esquemas conceptuales podemos señalar que el modo de generación conceptual nos indica la centralidad de la construcción de categorías que describen y nos permiten comprender un determinado hecho social, en términos de los significados atribuidos por los actores a los fenómenos de su entorno cotidiano.

En esta línea Sirvent y Rigal (2015) nos plantean que los resultados buscados son esquemas conceptuales que den cuenta de fenómenos complejos. Dichos esquemas no pretenden ser generalizables estadísticamente, se apunta entonces a construir esquemas "(...) fértiles teóricamente para describir e interpretar el caso en estudio y ser transferibles a otros casos. Su validación reside en la seriedad y rigurosidad del proceso de construcción de tales esquemas y en la "fertilidad teórica" de los mismos" (Sirvent y Rigal; 2015:16).

Por ello la validación, adoptada para el desarrollo de esta investigación, está referida a la seriedad y rigurosidad del proceso de construcción de los esquemas conceptuales y se busca la fertilidad teórica de los mismos.

> Se trabaja entonces con nuevos procedimientos metodológicos y espacios de validación focalizados en la descripción del proceso de construcción del objeto en términos de esquemas conceptuales, tales como: la saturación, la historia natural de la investigación, las instancias participativas de retroalimentación como situaciones de triangulación in situ, los espacios de intervención y de transferencia (Sirvent y Rigal; 2015: 24).

Por lo señalado anteriormente, desde este diseño de investigación, se apuesta a la generación conceptual como modo de construcción de conocimiento, entendiendo que la validación de la misma se establecerá a partir de la fertilidad teórica.

Se realizó a lo largo de la investigación un muestreo intencional, que tuvo como finalidad recuperar las voces de los trabajadores del CAPS Kentenich. Partimos para la definición de la muestra, de la importancia de considerar la división de *turnos* en la atención que se brinda desde dicho centro de salud (mañana y tarde) y las diversas profesiones y tareas específicas a las que se abocan los trabajadores, que cuentan en ocasiones con atenciones direccionadas a grupos específicos, como son pediatría, ginecología, etc.

En la muestra intencional los casos son seleccionados como punto de partida del trabajo en terreno y en el muestreo teórico, son procesos progresivos y secuenciales de "ampliación o reducción de la muestra" según las clases y propiedades teóricas que van emergiendo en el camino, combinado de obtención y análisis de información.

El "cierre" de la muestra realizada se hizo por saturación, se intentó tomar la voz de los trabajadores respetando la heterogeneidad profesiones y actividades específicas a las que se abocan en el CAPS. Se entrevistó a empleadas administrativas, una empleada encargada de servicios generales, médica ginecóloga, médica pediatra, médica clínica, psicólogas, odontólogo, kinesióloga y enfermeras.

Respecto a las técnicas de obtención y análisis de información empírica, las mismas se fueron revisando, de modo permanente, a la luz de los aportes de la teoría, los señalamientos de los directores de tesis y otros aspectos que influyeron en la investigación. En síntesis, se propuso aquí la realización de entrevistas, análisis de registro del equipo de trabajo del Centro de Salud en cuestión, registros de los programas nacionales vigentes (Sumar, Remediar, etc.) y análisis de documentos (como fichas de pacientes y lineamientos formales de los programas).

Consideramos que valernos de las entrevistas a los trabajadores del CAPS[5] nos habilitó a conocer cuáles son sus principales intereses en este ámbito laboral, cómo organizan sus tiempos, a qué actividades le dedican mayor esfuerzo, qué concepciones tienen sobre la Atención Primaria de la Salud, cómo se conciben ellos mismos en cuanto trabajadores y en cuanto equipo de trabajo, sus deseos, aspiraciones, obstáculos cotidianos y potencialidades de su prácticas.

En el caso del análisis documental, se trata de una fuente que nos brinda información en doble vía. Por un lado, de las prestaciones que reciben los pacientes y por otro, de los programas con los que se desempeñan laboralmente los trabajadores del Centro de Salud.

En las fichas de los pacientes tanto de los niños como de adultos se realizan los registros de las atenciones y controles de salud que se llevan adelante en el CAPS, allí podrían constar atenciones directas de enfermedad o controles de salud, como así también las prestaciones realizadas para la prevención de enfermedades o promoción de salud, dando del servicio que se brinda de Atención Primaria de la Salud. Por otro lado, poder contar con los documentos en los que se encuentran establecidos los lineamientos básicos de los programas nacionales con los que organizan muchas de las prestaciones los trabajadores del CAPS, nos permitió conocer los recursos con los que cuentan y las acciones que se promueven desde los mismos.

Se propuso además observaciones en el espacio institucional. Esta técnica, más allá de los registros puntuales realizados en cada una de las instancias de campo en el CAPS, nos brindó dos registros de observaciones pormenorizados en los dos *turnos* de atención que ofrece el Centro de Salud. Un *turno* que considera el horario desarrollado entre las 7.00 y las 13.00 horas y otro *turno* que va entre el horario de las 13.00 y las 17.00 horas, teniendo en cuenta que la atención es en

[5] Es relevante considerar que para resguardar la identidad de los entrevistados y garantizar la confidencialidad de sus testimonios se optó por la utilización de seudónimos, considerando en caso de ser necesario las profesiones o actividades a las que se aboca el entrevistado.

horario corrido, pero que se produce un recambio del personal que se desempeña en uno y otro *turno*.

Estas observaciones, en conjunto con las entrevistas y el análisis documental anteriormente propuesto, nos permitieron realizar un análisis detallado de la dinámica que cotidianamente se desarrolla en el CAPS.

Estaciones recorridas. Organización de capítulos

Proponemos, a lo largo de seis capítulos, reconstruir los objetivos de investigación planteados. En ellos, intentamos organizar el análisis de datos e información obtenida, como así también exponer los resultados a los que hemos arribado, anudamos preguntas, reflexiones, aportes teóricos y empíricos a los fines de ir dando cuenta de la pregunta de investigación.

En el capítulo I nos proponemos realizar algunas aproximaciones teóricas, necesarias para establecer qué significados nutren a los conceptos principales a trabajar a los largo de la investigación. Identificamos entonces como concepciones centrales para la tesis, a las nociones de *Estrategia de Atención Primaria de la Salud, Prácticas* y *estrategias políticas*. En el caso de la primera, intentamos reconstruir algunos de los principales debates que la fueron nutriendo y que hoy en día atraviesan las prácticas de APS. Respecto a las nociones de prácticas y estrategias políticas nos proponemos marcar los principales puntos de análisis que nos aportan dichas categorías para el estudio propuesto.

A lo largo del Capítulo II, y a modo de breve encuadre, reconstruimos aspectos centrales de la historia de la Atención Primaria de la salud en nuestro país, para luego centrar la mirada en el contexto de la provincia de Entre Ríos y específicamente en la ciudad de Paraná.

Contando con los cimientos teóricos esbozados en los capítulos precedentes, en el capítulo III nos centramos en una descripción del Centro de Salud Padre José Kentenich. Recuperamos brevemente su historia y analizamos

en el marco de la actualidad el espacio institucional, los recursos e insumos con los que cuanta el CAPS, el personal que sostiene cotidianamente las prácticas, sus condiciones de contratación, los espacios de capacitación que dispone, entre otros aspectos. Nos preguntamos por los actores que integran la dinámica del centro de salud, aportando recursos, insumos, financiamiento, pero también condicionando y direccionando prácticas. Finalmente, en este apartado, analizamos la población usuaria del centro de salud, aquella que comprende el área programática y proponemos una distinción entre los usuarios que identificamos como "los de acá" y "los de allá", reconociendo que se trata de una población usuaria heterogénea, en la que la ubicación geográfica imprime condiciones específicas.

En el capítulo IV analizamos las concepciones, percepciones y principales relaciones entre los actores. Recuperamos allí la multiplicidad de actores, recursos e intereses presentes en el CAPS. Nos detenemos en el análisis de Caritas como un actor de relevancia en lo que respecta fundamentalmente al espacio físico y el uso del mismo. Al momento de pensar los actores sugerimos una distinción entre los de adentro y los de afuera, entendiendo por los primeros a aquellos que integran el espacio físico de modo cotidiano, es decir a los trabajadores del CAPS, en torno a las cuales relevamos las condiciones de contratación y las posibilidades de capacitación. Aquí nos interrogamos sobre las implicancias e incidencias en las prácticas cotidianas, de la superposición de dos CAPS en una misma área programática. Finalmente, recuperamos las concepciones de los trabajadores en relación a la población usuaria del CAPS.

A lo largo del capítulo V nos ocupamos de abordar aspectos centrales de la APS como: la atención, promoción, prevención y participación. Para encarar dicha tarea, en un primer momento observamos la atención de la urgencia y tensionamos la misma con la lógica de derivación o lo filantrópico- caritativo. En el caso del pasaje por la prevención, promoción y participación hacemos un análisis conjunto, entendiendo que las mismas pueden ser leídas como apuestas políticas que presentan una clara interconexión. Seguidamente, recuperamos las

concepciones de los trabajadores del CAPS, proponemos una tipificación con fines analíticos, identificando tres posturas, las cuales aclaramos se superponen y no son excluyentes entre sí.

Por último, proponemos en el Capítulo VI hacer un recorrido por las concepciones de salud que los trabajadores del CAPS nos ofrecen. Seguidamente, recuperamos la evaluación de las propias prácticas, encontrándonos allí fuertemente con lo que identifican como obstáculos. Finalmente, retomamos las apuestas y estrategias cotidianas frente a las dificultades o faltantes que los trabajadores encuentran en lo que reconocen como "sistema de salud".

En las conclusiones hacemos una presentación de los hallazgos y debates más importantes que reflejan nuestro aporte a la discusión. Hacemos un breve recorrido por los nudos centrales de problematización abordados en la tesis, dialogando más fluidamente con las preguntas de investigación e intentando arribar a algunos esbozos más próximos a lo que consideramos como una respuesta abierta.

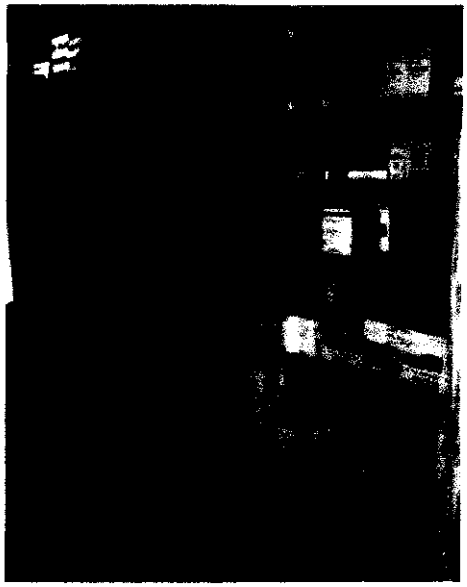
Capítulo I:

Aproximaciones conceptuales:

Atención Primaria de la Salud,

Prácticas y contextualización





Capítulo I:

Aproximaciones conceptuales:

Atención Primaria de la Salud, Prácticas y estrategias políticas

"Garantizar el derecho a la salud constituye uno de los grandes desafíos de la política pública. La multiplicidad de necesidades que se manifiestan en el sector se enfrentan a la tradicional escasez de recursos, por eso requiere de una estrategia comprehensiva, con objetivos claros, y capaz de desplegar las herramientas con las que cuenta el Estado en la regulación, el financiamiento y la prestación de una amplia gama de servicios y bienes" (Maceira; 2007: 15)

La pregunta que guía la presente investigación, apunta a conocer cómo se configuran las prácticas de los trabajadores del CAPS Padre José Kentenich y la relación que las mismas guardan con la Estrategia de APS. Repensar el recorte de tesis propuesto demandó inicialmente, por un lado, partir de los intereses e interrogantes iniciales que dieron lugar al objeto y, por otro, implicó identificar los elementos que comprenden al encuadre conceptual de la investigación.

Realizamos aquí, en primera instancia, un breve recorrido por la noción de Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Buscamos reconstruir los sentidos y premisas centrales de la misma, como así también los debates que fueron permeándola, entendiendo que la APS podría constituirse como horizonte que guíe las prácticas en el Centro de Salud.

En un segundo momento, tomamos la categoría de prácticas, proponiéndola en articulación a la noción de estrategia política. Fundamentalmente, debido a que entendemos que estas conceptualizaciones nos permiten observar las prácticas en tensión con la categoría de estrategia de APS.

Categorías centrales de la investigación

Estrategia de Atención Primaria de la Salud

Si bien es posible reconocer que la Organización Mundial de la Salud venía promoviendo la noción de Atención Primaria de la Salud con antelación a 1978, fue a partir de ese año, con la Declaración de Alma Ata, que se sientan las bases formales para comenzar a desarrollar políticas, prácticas e institucionalidad en propósito de la Atención Primaria de la Salud. Postulando, en esa línea, la meta de "Salud para Todos en el año 2000" (Maceira; 2007:15).

En aquella Declaración, se propone promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo. Fundamentalmente se sostiene que:

> La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración de Alma Ata; 1978).

Lemus y otros argumentan, en torno al surgimiento de la APS, "Al adoptar la APS como la estrategia para alcanzar la meta de *salud para todos* la OMS dio un nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria esencial a todas las personas en todo el mundo" (Lemus; 2013: 21). Sostienen, en ese sentido, que el término primario adquirió rápidamente connotaciones variadas, que iban desde cuestiones técnicas hasta políticas, más cercanas estas últimas a la cuestión de la participación.

Puntualmente, la propuesta de APS se asienta en algunos postulados básicos, se trata de la atención de la demanda en salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, con la búsqueda permanente de la participación de la población en los procesos de salud.

El modelo de APS planteado inicialmente no tardó en recibir duras críticas y cuestionamientos. Acompañado por la crisis del contexto de los ´80 se pasa de una concepción de Atención Primaria de Salud Integral a una Selectiva. Se abandona de este modo el potencial liberador y político participativo a favor de un modelo de APS más conservador y limitado.

En este punto, nos encontramos con uno de los principales debates en torno a la APS. Un autor referente, en el tema, es Mario Testa (1996), quien nos propone cuestionarnos si se trata de Atención Primaria o de Atención Primitiva. Este autor nos invita a repensar la calidad de la atención en los servicios de salud, preguntándonos si sus organismos conforman o no parte de la red institucional de salud, lo que enuncia como un derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. Testa denuncia que

> Lo grave es que los servicios de cobertura pública, destinados a la población de menores recursos, son los únicos que no reciben fondos de los otros subsectores, siendo por el contrario los fondos públicos una de las fuentes importantes para los servicios privados o de la seguridad social (Testa; 1996: 10).

La propuesta de APS *selectiva*, apuntaba a concentrar los esfuerzos en aquellas poblaciones que se mostraran prioritarias en las estadísticas, dejando de lado la instancia de desarrollo social y económico, que a través de la participación incluya a todos los sectores involucrados en la salud en la planificación de programas e intervenciones al respecto.

Hacia el año 2005 encontramos la Declaración de Montevideo, que apunta a nuevas orientaciones de APS en la región. En esta Declaración se reconoce la necesidad de contar con un análisis exhaustivo de la APS y una mirada crítica respecto de cómo renovarse en el marco de las necesidades contemporáneas en materia de salud y las características de la población. En este sentido, se destaca refiriéndose al propósito de la renovación de la APS, que se apuesta a revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, que resulte efectiva y sea sostenible, permitiendo resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejore la equidad (Lemus; 2013).

En la actualidad las apuestas por el modelo de Atención Primaria de la Salud reconocen que se trata de "(...) un modelo estratégico de salud, que no solo se identifique con la oferta de servicios, sino que también incorpore a la población usuaria como parte de un proceso de retroalimentación mediante prácticas participativas" (Maceira; 2007: 16).

Este modelo de salud también requiere de prácticas interdisciplinarias, que posibiliten la confluencia de aprendizajes y saberes de diversas disciplinas, permitiendo un eficiente uso de los recursos, en pos de propiciar mayor equidad y accesibilidad.

Otro rasgo central de la APS, lo constituye la apuesta a pensar la salud mediante la participación comunitaria, lo cual propone un enfoque amplio de la salud, haciendo hincapié en la comunicación y educación en salud. Relevando así las necesidades de la población, sin desconocer sus valores y tradiciones, fomentando a su vez la responsabilidad individual y comunitaria (Andía y Lignelli; 2007: 31).

Cabe señalar retomando los aportes de Testa (1996) que, al pensar la APS como puerta de entrada a la atención de la salud, resulta imperioso contar con personal formado y calificado. Sostiene al respecto que "(...) la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud" (Testa; 1996: 2).

Testa (1996) nos propone pensar las condiciones a las que encuentra expuesto el sistema salud en los países subdesarrollados y dependientes. Sostiene, en este sentido, que dichos países se encuentran apoyados sobre un trípode de escasez de recursos, indisciplina social y falta de coherencia y organización en los objetivos a alcanzar.

Ante los elementos característicos de APS apuntados anteriormente, y considerando las exigencias propias de la complejidad de los contextos en los que

la misma se inscribe, algunos autores nos invitan a pensar directamente en la noción de Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Señalan, en esa línea, que "En los últimos treinta años, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se convirtió en la política con mayor nivel de consenso a nivel internacional en orden a garantizar el derecho a la salud" (Ase y Burijovich; 2009: 27). No obstante, se identificaron diversos y cuantiosos obstáculos en su implementación, entre uno de las más relevantes se destaca los diferentes significados que fue adquiriendo la estrategia con el transcurso del tiempo, llegando a perder su sentido original.

Plantean, frente a ello, que "En la actualidad, el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, pretende devolverle a la estrategia de APS su inicial sentido garantista del derecho a la salud" (Ase y Burijovich; 2009: 27).

Testa nos plantea que incorporar el término estrategia implica reconocer que existe una confrontación en la resolución de algún tipo de enfrentamiento, siendo este entre enemigos o amigos, también identifica que se puede dar un enfrentamiento entre seres humanos, objetos o instituciones. El término estrategia es de origen militar y "(...) tiene que ver con comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en que hay que superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo" (Testa; 1995:11).

Encontramos, entonces, que pensar en términos de Estrategia de APS, nos permite situarnos en el territorio y contemplar las condiciones en las que la misma debe desarrollarse. Considerando, a su vez, el territorio en el que se inscribe, la multiplicidad de actores e intereses que estos representan, los recursos con los que cuentan y los modos de relación que cada uno propone.

Prácticas y estrategias políticas

De modo breve, recuperamos aquí las nociones de práctica y estrategias políticas, a los fines de exponer desde qué lugar nos posicionamos para mirar y analizar las prácticas de los trabajadores del CAPS Kentenich en lo que respecta a Atención Primaria de la Salud.

En primera instancia es relevante destacar que nos proponemos, en el presente trabajo, abordar el estudio de la configuración de las prácticas en la línea de lo señalado por Norbert Elias (1998). Este autor, nos propone la teoría de procesos sociales para analizar de modo riguroso las prácticas y discursos sociales.

Elias (1991) apuesta a la superación de la oposición individuo – sociedad o la dualidad holismo – individualismo. Sostiene el autor que mientras que el holismo descuida la dinámica societal y de civilización, el individualismo entiende a la sociedad como una sumatoria de individuos. Por ello, plantea la noción de proceso configuracional, como una "figura global siempre cambiante que forman los jugadores; incluye no solamente al intelecto, sino a toda la persona, a las acciones y a las relaciones reciprocas", antes de añadir que forma un "conjunto de tensiones" (Elias; 1991:157). Es decir, la noción de configuración social daría cuenta de un movimiento dialéctico entre lo social y lo individual, por lo cual afirma que no existe sociedad sin individuos, ni individuos sin sociedad.

En este sentido, recuperamos los aportes de Bourdieu, quien señala que "la práctica es una de las principales condiciones de la acumulación y de la transmisión de los privilegios, económicos, culturales, simbólicos" (Bourdieu; 1999:129). Por otro lado, y considerando el objeto de la investigación, este autor nos propone pensar que entre los agentes y el mundo social se da una relación de complicidad infraconsciente, infralingüística. Plantea, en este sentido, que "(...) los agentes inscriben constantemente en su práctica tesis que no se plantean como tales" (Bourdieu; 1999:144).

En la línea de lo antes desarrollado, podemos reconocer que

> Los agentes sociales que tienen el sentido del juego, que han incorporado un sinfín de esquemas prácticos de percepción y de valoración que funcionan en tanto que instrumentos de construcción de la realidad, en tanto que principios de visión y de división del universo en el que se mueven, no necesitan plantear como fines los objetivos de su práctica. (Bourdieu; 1999:144).

Bourdieu expresa que la teoría de la práctica propone que los objetos de conocimiento son construidos, no pasivamente registrados y que "(...) el principio de dicha construcción es el sistema de las disposiciones estructuradas y estructurantes que se constituye en la práctica y que está siempre orientado hacia funciones prácticas." (Bourdieu; 2015: 85).

En palabras de este autor, y repensando la categoría estudiada, podemos señalar que "La práctica tiene una lógica que no es la de la lógica y, por consiguiente, aplicar a las lógicas prácticas la lógica es exponerse a destruir, a través del instrumento empleado para describirla, la lógica que se pretende describir" (Bourdieu; 1999:147).

Finalmente, podemos señalar que los condicionamientos asociados a una particular clase de condiciones producen *habitus*, entendido este como principios generadores y organizadores de prácticas. El habitus genera prácticas tanto individuales como colectivas, garantizando así la presencia activa de la historia pasada (Bourdieu: 2015).

Considerando la noción de Estrategia de APS que compartimos en el apartado anterior y habiendo definido la noción de práctica, vemos pertinente resaltar el carácter político de estas últimas.

Para analizar la estrategia de APS, resulta necesario tener en cuenta la multiplicidad de actores y la diversidad de intereses que representan, como así también la complejidad propia de la confluencia de los mismos en el espacio de salud, por ello la necesidad de reconocer el posicionamiento político de las prácticas es central.

En este sentido, Testa (1996) nos plantea que los fines de transformación o de conservación son propósitos de tipo político, en tanto que la forma de alcanzar ese propósito es lo que se denomina *estrategia*. Más específicamente este autor reconoce que "(...) definimos política como una propuesta de distribución del poder y estrategia como la forma de implementación de la política" (Testa; 1996: 18).

Para concluir, sostenemos que la política puede comprenderse como el objetivo de la estrategia, por ello esta última podría ser un instrumento de la política. Siendo la política la pregunta por la distribución del poder, debemos comprender a la política y a la estrategia de modo separado, existiendo así grupos con iguales posiciones políticas y disimiles estrategias (Testa; 1996).

Capítulo II:

Atención Primaria de la Salud y Contexto





Capítulo II:

Atención Primaria de la Salud y Contexto

"(...) la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud" (Testa; 1996: 1)

En el presente capítulo, buscamos reconstruir la situación de Atención Primaria de la Salud en nuestro país y observamos algunas de las principales transformaciones de la historia reciente en materia de salud, como así también políticas que en la actualidad le dan cuerpo y aspectos que nos permiten pensar aristas del contexto provincial.

Seguidamente, reconstruimos de modo breve la situación de APS en la Provincia de Entre Ríos y consideramos los centros de atención primaria con los que cuenta la provincia y su distribución por Departamento.

Posteriormente, puntualizamos en la ciudad de Paraná y recuperamos la estructura institucional de APS, a los fines de situar el objeto de investigación y contextualizar la pregunta que guió nuestro camino.

Para finalizar el capítulo, recuperamos las principales políticas y articulaciones entre los diferentes niveles del Estado para su implementación. Tomamos los rasgos centrales de cada una de las políticas en cuestión, para luego en capítulos posteriores proponer un análisis de mayor profundidad.

Atención Primaria de la Salud en el contexto Argentino

Para situar la APS en el contexto nacional, consideramos relevante recuperar los aportes de Mario Testa (1996), afirmamos que la misma no puede ser pensada como un concepto totalizante, que revista la misma validez en circunstancias y países disimiles.

Señala este autor, continuando con la noción planteada, que la contextualidad de la APS está dada por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. En este sentido, sostiene que "Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica (...)" (Testa; 1996: 1).

Por lo antes señalado, resulta imprescindible centrar la mirada en el contexto argentino, en sus particularidades en lo que hace en materia de salud, y complejidades del escenario local. Señala Rovere que la Declaración de Alma Ata se presenta en un momento histórico en el que la mayoría de los países de la región de América del Sur eran gobernados por dictaduras militares. Expone, en este sentido, que "En el caso específico de la Argentina, la Declaración coincide justamente con un momento crucial del desmantelamiento del sistema sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias" (Rovere; 2012: 363).

Si bien podemos identificar antecedentes de prácticas de salud extra hospitalaria en los sesenta en algunas zonas rurales del norte del país y en las zonas periféricas a las grandes ciudades, las mismas fueron desarticuladas durante la dictadura.

El transcurso de la década del noventa no hizo más que acentuar la crisis en todos los aspectos relativos a las políticas públicas y de ello no estuvo exento el sector salud, dando paso a una fuerte tendencia a la mercantilización de la salud (Bertolotto y otros; 2012).

Cejas plantea que "El sector de la salud en la Argentina representa un caso extremo de asimetría en la información entre el proveedor de servicios y quién recibe los servicios" (2007: 75). Señala con esto que en la mayoría de los casos, los usuarios del sistema sanitario no se encuentran dotados de las capacidades para evaluar la calidad de los servicios que se le están brindando desde el sector salud.

En consonancia con lo planteado anteriormente, podemos afirmar que en salud se torna central el lugar que ocupa el Estado como garante de derechos ciudadanos y de accesibilidad a servicios de calidad. En lo que respecta a las políticas en torno a la salud, las mismas no se encuentran por fuera de las medidas de ajustes, focalizaciones y fundamentalmente del proceso de descentralización por el que atravesaron las políticas en general en nuestro país en la década del noventa.

Belmartino (2005) sostiene que los efectos de las medidas tomadas en el contexto hiperinflacionario (sintetizado en el traspaso del poder de modo anticipado de Alfonsín a Menem), pueden comenzar a medirse a partir de 1991, cuando el Plan de Convertibilidad logra estabilizar la moneda. La autora citada nos propone un análisis de lo que denomina estrategia de reforma del Sistema de Seguridad Social Médica donde la acción principal se basó en la desregulación de las obras sociales. Argumenta, en este sentido, que "Si el endeudamiento de las obras sociales puede servir como un indicador grosero de sus capacidades de gestión, las conclusiones no pueden ser más que negativas" (Belmartino; 2005; 158).

Respecto a las medidas más drásticas encaradas en materia de salud a lo largo de la década del noventa, tal como señalamos anteriormente, encontramos la política de descentralización o transferencias de servicios desde nación a provincias y municipios.

Al analizar la descentralización de los servicios de salud en nuestro país, Cetrángolo y Devoto (2002) reconocen que la misma se llevó adelante sin

considerar las recomendaciones habituales para este tipo de reformas, es decir de búsqueda de mayores niveles crecientes de equidad y eficiencia. Sostienen que por el contrario "(...) la descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios)" (Cetrángolo y Devoto; 2002: 15).

Por otro lado, no podemos perder de vista que se trata de un sistema de salud fuertemente anclado en las prácticas de tipo hospitalarias, destinando en consecuencia la mayoría de sus recursos al sector secundario y terciario. Podemos señalar en esta línea que "Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo- efectiva en el largo plazo" (Cetrángolo y Devoto; 2002: 15).

Finalmente, Alicia Stolkiner (2010) señala que en la última década se producen modificaciones de gran relevancia y con impacto directo en las políticas públicas en general y particularmente en las de salud. Se trata de un cambio vinculado a la revitalización de los derechos humanos, dejando atrás el modelo hegemónico de los noventa, el cual sostenía enfoques centrados en la lógica costo-efectividad. Por su parte, ese modelo médico hegemónico postulaba una mirada dicotómica en torno a la salud y su antagónica la enfermedad.

En este sentido, se deja atrás el modelo que proponía, al momento de referirse a la salud, considerar aspectos meramente biológicos, dejando de lado cuestiones vinculadas al contexto, al medio comunitario y las condiciones concretas de existencia. Encontramos, en los últimos años, políticas nacionales destinadas a la salud como el Plan Nacer, luego ampliado al Plan Sumar, el Programa Remediar, además de otros de tipo nutricional, que vienen a reforzar la estrategia de APS en Argentina.

Aproximaciones a la APS en Entre Ríos

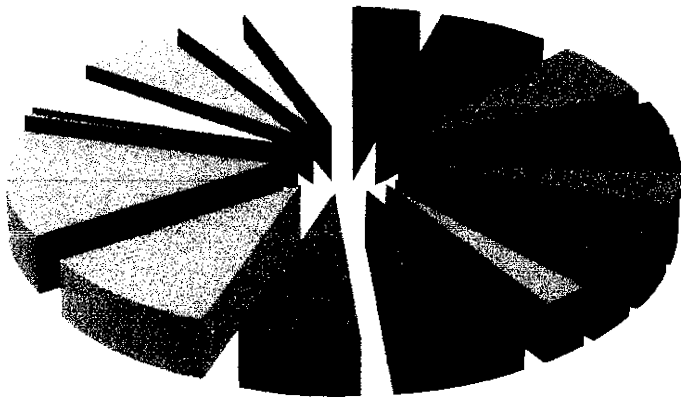
Pensar el mapa de Atención Primaria de la Salud en la provincia de Entre Ríos demanda recuperar los datos disponibles en los espacios de información oficiales del Ministerio de Salud. Para a partir de allí, señalar la situación institucional que revista la APS en la provincia, y posteriormente avanzar en los pormenores de la misma.

Según información oficial, contamos en la provincia con 206 Centros de Atención Primaria de la Salud dependientes del Ministerio de Salud Provincial. Los CAPS provinciales se hallan dispersos como muestra el gráfico a continuación:

Departamento	Cantidad de Centro de Salud	Porcentaje que representa en el total provincial
Colón	9	4,36%
Concordia	15	7,28%
Diamante	15	7,28%
Federación	7	3,39%
Federal	7	3,39%
Feliciano	9	4,36%
Gualeguay	9	4,36%
Gualeguaychú	7	3,39%
Islas	6	2,91%
La Paz	16	7,76%
Nogoyá	14	6,79%
Paraná Ciudad	22	10,67%
Paraná Campaña	27	13,10%

San Salvador	1	0,48%
Tala	10	4,85%
Uruguay	13	6,31%
Victoria	7	3,39%
Villaguay	12	5,82%

Centro de Salud Provinciales por Departamento



- Departamento Colón
- Departamento Concordia
- Departamento Diamente
- Departamento Federación
- Departamento Federal
- Departamento Feliciano
- Departamento Gualeguay
- Departamento Gualeguaychú
- Departamento Islas
- Departamento La Paz
- Departamento Nogoyá
- Departamento Paraná Ciudad
- Departamento Paraná Campaña
- Departamento San Salvador
- Departamento Tala
- Departamento Uruguay
- Departamento Victoria
- Departamento Villaguay

6

Como se planteó anteriormente, los centros de atención relevados, que se exponen en la tabla y el gráfico, son aquellos Centros de Atención Primaria de la Salud de dependencia provincial. Por otro lado, identificamos que al interior de cada Departamento se dispone de la creación de otros CAPS de dependencia municipal, teniendo en cuenta la demanda de salud que no logra ser abordada por los CAPS provinciales.

[6] Cuadro de Elaboración propia con fuentes de la página oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. http://www.entrerios.gov.ar/msalud/

Uno de los principales problemas al momento de hablar de APS resultan los canales de circulación de la información recopilada y la diversidad de herramientas de recolección de la misma. Hacemos referencia a los datos que los trabajadores de salud relevan de las poblaciones, problemáticas, necesidades y condiciones de vida, con registros que no son compatibles con otros propuestos por nación. O por otro lado, también es el caso de la información que se "levanta" desde algunos programas nacionales de salud, que se sistematizan en organismos centrales y no son "devueltos" a las provincias.

En este sentido, un informe elaborado por investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud de UNER, sostiene que los trabajadores de salud en terreno (agentes sanitarios) utilizan sus propias planillas de visitas domiciliarias, cuyos datos son condensados en una planilla especial por cada agente sanitario y luego son enviadas al Departamento central en Paraná (Marcó y otros; 2007). Señalan que generalmente la información no es procesada ni analizada en los CAPS correspondientes al sector. Una de las críticas fundamentales emanadas de estos autores, radica en los modos en los que circula la información relevada en materia de APS en la provincia. Plantean que no existe una devolución de información procesada a los efectores para poder abordar lo que se considere más urgente o preocupante en su área de incidencia.

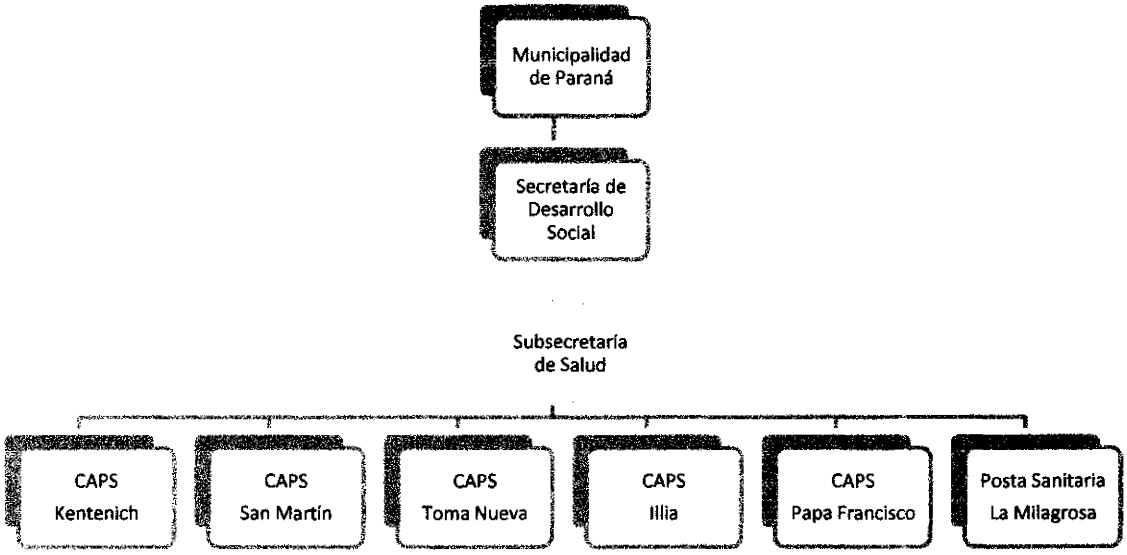
APS en la ciudad de Paraná

Además de los CAPS provinciales que identificamos en el apartado anterior, en la actualidad encontramos que en la ciudad de Paraná existen otros CAPS dependientes del Municipio de la ciudad.

En Paraná la Atención Primaria de la Salud se encuentra bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud, esta depende de la Secretaría Desarrollo Social de la Municipalidad.

Cabe destacar que en la anterior gestión municipal la estructura institucional de salud era diferente. Sin embargo, podemos reconocer que previamente los CAPS también dependían de la Subsecretaría de Salud, pero esta respondía a la Secretaría de Salud, Educación y Derecho Humanos, de la Municipalidad de Paraná.

Estructura actual de salud al interior de la Municipalidad de Paraná[7]



La Subsecretaría de Salud nuclea cinco Centros de Atención Primaria de la Salud, uno de ellos de modo co-gestionado con la provincia y finalmente una posta sanitaria.

El criterio de emplazamiento de los mismos responde a la distribución geográfica en la ciudad. Si bien inicialmente la intencionalidad fue cubrir zonas que los CAPS provinciales dejaban desprovistas de cobertura en salud, observamos que el CAPS que nos ocupa en el presente estudio (Kentenich), superpone parte de su área programática con la que corresponde al CAPS Santa Lucía, dependiente de la provincia.

[7] Gráfico de elaboración propia, información obtenida de la Nómina de autoridades de la página web de la Municipalidad de Paraná http://www.parana1.com.ar/galeria/nomina201611.pdf

Como veremos con mayor detenimiento más adelante, esta superposición de áreas programáticas genera entre otras cuestiones el desplazamiento de la población de un centro a otro en busca de atenciones especializadas, turnos disponibles, recursos o insumos para la atención de la salud. Del mismo modo, la distribución de la atención primaria de la salud en la provincia y específicamente en la ciudad de Paraná encuentra esfuerzos y recursos superpuestos en la planificación del sector.

Programas implementados desde el CAPS. Articulaciones entre lo nacional, provincial y municipal

El CAPS Kentenich cuenta con la implementación de programas nacionales, en coordinación con provincia y municipio, los cuales no solo posibilitan la distribución de recursos, sino que además permiten llevar adelante las actividades y atenciones cotidianas de salud, proveyendo recursos económicos y materiales.

Entre los programas nacionales se encuentran: Remediar, SUMAR, programa de estrategia nutricional (En coordinación con la provincia) y el programa PRO HUERTA (Programa Nacional que se articula con el Municipio).

Por su parte, el ***programa REMEDIAR*** cuanta entre sus principales objetivos con desafíos tales como:

- Garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública.
- Fortalecer la redistribución de medicamentos.
- Fortalecer la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención a través del envío de botiquines con medicamentos esenciales
- Promover la capacitación permanente de los recursos humanos en salud a partir de diferentes instancias formativas orientadas a

la actualización de conocimientos de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención[8].

Este programa garantiza la entrega de medicación acorde a lo recetado por el médico. La medicación indicada se entrega de modo inmediato al usuario, contando cada centro de salud con una farmacia provista de la medicación más frecuente para los diversos diagnósticos médicos.

Por otro lado, según consta en la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación, podemos señalar que hacia el año 2012 se pone en marcha el ***Programa SUMAR.*** Como una iniciativa que propone ampliar los lineamientos del Plan Nacer[9], y que tiene gran repercusión en lo que respecta a las políticas de Atención Primaria de la Salud.

El Programa SUMAR ofrece, a partir de considerar las evaluaciones de resultados del Plan Nacer, ampliar la cobertura, acceso a servicios y ejercicio de derechos de la salud de la población apuntando a garantizar cobertura universal. Por ello, el Programa SUMAR contempla a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años. Como veremos más adelante, al considerar los testimonios de los trabajadores del equipo de salud, el Plan SUMAR se constituye en un pilar de central relevancia, dado que al momento de la adquisición de recursos materiales e insumos para la atención médica, este programa permite codificar las atenciones y con el dinero que de ello se desprende realizar las compras que se consideren pertinentes.

La ***estrategia de apoyo nutricional,*** a través del programa de Apoyo Nutricional de la Provincia de Entre Ríos, postula como objetivo central acompañar el crecimiento y desarrollo del niño y la salud integral de la madre. Es una de las herramientas, que promovida por la provincia a través del Ministerio de Salud, realiza la entrega de leche en polvo fortificada en efectores entrerrianos a la

[8] Información extraída de la Página Web del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos. http://www.entrerios.gov.ar/msalud/programa-remediar/

[9] El Plan Nacer desde el año 2004 inició un camino innovador en la gestión sanitaria en Argentina, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas.

población materno infantil. La Nación envía 264.600 kilos distribuidos en tres tandas durante el año, y la inversión que demanda a Entre Ríos es de 5.200.000 pesos para cubrir los requerimientos.[10]

Este programa prevé la entrega de leche a mujeres embarazadas, a niños y niñas en riesgo nutricional, estipulando para cada beneficiario una cantidad determinada según sus condiciones y necesidades, tiene como requisito contar con los controles de salud actualizados.

El ***Programa PRO HUERTAS*** se implementa desde el CAPS, siendo una de las empleadas administrativas la referente a cargo de la ejecución del mismo en el área programática.

Este programa consiste en la entrega de semillas e información al respecto, a familias que las requieran y que deseen desarrollar una huerta en su domicilio. Entre sus objetivos se encuentra el de poder mejorar los hábitos alimenticios de la población, consumiendo el propio producido.

La persona encargada de la distribución de semillas articula con un área del municipio, que oficia como intermediaria con el Experimental de INTA de la ciudad. Posteriormente la encargada ofrece desde el CAPS a los usuarios las semillas y en ocasiones brinda charlas para evacuar dudas respecto a la formación de una huerta familiar.

Hemos considerado relevante, a modo de cierre de este capítulo, presentar este breve recuento y descripción de los programas que se implementan cotidianamente en el CAPS. En posteriores capítulos, nos ocuparemos de retomarlos desde las implicancias concretas en las prácticas de los trabajadores del CAPS, considerando lo expresado por los entrevistados respecto a los aportes y los aspectos desfavorables de las políticas.

[10] Información extraída de la página del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. http://www.entrerios.gov.ar/msalud/blog/2016/08/21/la-provincia-entrega-por-mes-mas-de-42-000-kilos-de-leche-en-polvo-para-mamas-y-bebes/

Capítulo III:

Centro de Salud P. J. Kentenich:

recursos y actores





Capítulo III:

Centro de Salud P. J. Kentenich,

recursos y actores

"(...) el espacio físico es de Caritas, ellos pagan algunos insumos de limpieza, de enfermería, y bueno después si está el SUMAR, está el REMEDIAR, después el municipio aporta, aparte de pagarle a los agentes municipales, algún que otro medicamento después hay personas que hacen donaciones de remedios que les quedan" (Entrevista a Daniela: Psicóloga: 2016).

En este camino de investigación resulta imprescindible recuperar, las características centrales de la institución de salud en la que se sitúa el objeto del presente estudio, en este caso el Centro de Salud P. J. Kentenich. Pensar un espacio como es el CAPS Kentenich nos ubica frente al desafío de retomar aristas variadas, desde su historia, sus políticas, sus recursos, los actores que lo habitan, las relaciones y fundamentalmente las prácticas que se desarrollan de modo cotidiano dentro y fuera de sus muros.

En esta apuesta se ubica la presente investigación, es decir, reconstruir la configuración de las prácticas que se desarrollan en el CAPS y ponerla en tensión con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Cabe aclarar que este capítulo se vale de diversas herramientas de recolección de datos, a saber: entrevistas a los trabajadores del CAPS, revisión de documentos inherentes a programas e información cuantitativa recabada a partir de encuestas a usuarios del CAPS. Este último significo un paso inicial del trabajo de la tesis, siendo que de allí fueron tomando forma algunas de las preguntas más potentes en torno a lo que posteriormente cristalizamos en el problema de investigación. En dicho trabajo se fueron realizando construcciones de datos en

torno a la población usuaria del CAPS, las principales atenciones y prácticas brindadas desde esta institución.

Aclaramos, a su vez, que en este capítulo nos ocuparemos de reconstruir de forma descriptiva los puntos señalados anteriormente, en tanto que en el siguiente nos dedicaremos a recuperar las concepciones de los trabajadores y analizar las mismas a la luz del objeto de investigación.

Centro de Salud Padre José Kentenich

El Centro de Salud P. J. Kentenich se encuentra situado en la calle Primer Congreso Mariano Nacional N° 3057 de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. La institución funciona bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, de la Municipalidad de Paraná (Entre Ríos).

El CAPS fue fundado en el año 2005, en un inmueble cedido por la organización Caritas (cuestión que marca determinadas prácticas que señalaremos posteriormente), el mismo había sido donado por su propietaria con el condicionante de que fuera usado con fines vinculados a la atención de la salud.

El área programática del CAPS comprende entre su zona de referencia a los barrios: Mainini I, Mainini II, El Perejil, Las Piedras, El Timbó, Arroyos Los Berros, Paracao y la zona localizada entre Lebensohn y Pascual Uva.

La dirección del Centro de Salud está a cargo de una médica pediatra, que además de las funciones propias de la dirección, realiza atenciones en el turno mañana.

En la actualidad, el Centro de Salud ha ampliado el número de profesionales y equipo en general, a su vez esto implicó la diversificación de las especialidades que se ofrecen para la atención. En el último año, se sumaron al equipo nuevas atenciones en cardiología y ecografía, además de un profesional

en medicina clínica. Contando además con la incorporación de equipamiento relativo a los servicios médicos enunciados.

Los profesionales con los que cuenta el CAPS responden entonces a especialidades como: clínica general, pediatría, ginecología, psicología, kinesiología, odontología, cardiología, ecografía, enfermería.

El rango horario de atenciones que se ofrece desde el Centro de Salud es el comprendido entre las 07:00 y las 17:00 horas, entre los días lunes y viernes, no contando con guardias los fines de semana y por fuera de los horarios detallados.

En las entrevistas realizadas al personal administrativo del CAPS, podemos señalar que en su mayoría reconocen que los usuarios destacan las buenas atenciones que se brindan desde la institución. En muchos casos, esto significa que usuarios que residen fuera del área programática del CAPS, incluso en zonas de la ciudad muy alejadas al barrio, solicitan telefónicamente turnos con determinados especialistas con los que desean continuar atendiéndose. Algunos usuarios argumentan que se han mudado del barrio y no quieren interrumpir el vínculo con un profesional determinado, otros porque le han recomendado la atención, o porque lo conocieron en otra institución de salud en el que ya no ofrecen sus servicios.

Respecto de los actores que integran este espacio, podemos señalar que además de los trabajadores del CAPS y los usuarios del mismo, confluyen actores estatales de los distintos niveles, nacional, provincial y municipal; actores de la sociedad civil como la Organización Caritas o la comisión vecinal; otras instituciones públicas que dialogan con el equipo del CAPS como escuelas, Copnaf y diferentes instituciones de salud.

Esta multiplicidad de actores en el espacio institucional del centro de salud propicia cuestiones favorables a la dinámica del CAPS, como la posibilidad de contar con fuentes de insumos, recursos materiales, financieros y abordajes en general, pero de esto nos ocuparemos en el capítulo próximo.

Por otro lado, la heterogeneidad descrita al momento de observar el desarrollo de las prácticas en el cotidiano, plantea algunos obstáculos vinculados a la divergencia en las situaciones de contratación de los trabajadores y la indefinición respecto de la procedencia de los insumos, fundamentalmente frente al faltante de medicación básica para el tratamiento de los usuarios, equipamiento médico e incluso productos de uso diario, como lo son los productos de limpieza. Estos puntos también los desarrollaremos con mayores precisiones más adelante, al abordar los actores y las relaciones que entre estos se dan.

Al referirnos a los actores encargados de la puesta en marcha de las políticas en el CAPS nos encontramos con recursos humanos (profesionales, técnicos y administrativos) con condiciones laborales y contrataciones heterogéneas, en algunos casos más precarios que otros. Es decir, los encargados de ejecutar las políticas, sus recursos y lineamientos se encuentran limitados en su disposición de tiempo y de energías, debido a los precarios contratos que traen aparejado en muchos casos situaciones de pluriempleo para poder sostenerse.

En este sentido, se torna dificultoso realizar, y dar continuidad, a acciones o pensar estrategias de trabajo interdisciplinario y desarrollar intervenciones que trasciendan la atención directa de demandas, que en muchos casos asumen la modalidad de demanda- atención- recurso (entendiendo en la mayoría de los casos que recurso es equivalente a medicación), para poder programar acciones destinadas a la prevención, promoción o trabajos de tipo comunitario. Cabe aclarar que al momento de dar cuenta de las configuraciones de las prácticas de los trabajadores del CAPS, se profundizará en los modos particulares en que estas condiciones se expresan e inciden en dichas prácticas.

Recursos en general

Espacio físico del CAPS

Como se esbozó al iniciar este capítulo, el espacio físico e inmueble en el que funciona el CAPS, fueron cedidos a Caritas por un particular para desarrollar allí acciones vinculadas a la atención de la salud. La fuerte presencia de esta organización con sesgo religioso desde los momentos iniciales, impuso en este centro de salud de modo particular, la lógica de la religión y la caridad. El espacio donado, que antiguamente fue una vivienda familiar, se modificó y adaptó como centro de salud por el municipio, quién se encargó de montar el equipamiento básico para tales fines.

En aquellos momentos, hacia el año 2005, la Municipalidad de Paraná asume la responsabilidad de hacer funcionar allí lo que sería el CAPS Kentenich. En la parte delantera de la vivienda se habilitó la atención de salud y permaneció en las habitaciones traseras un espacio en el que, hasta la actualidad, se desarrollan actividades propias de la Organización Caritas[11].

La parte del inmueble atribuido al CAPS consta de un espacio administrativo, dos salas de atención, una utilizada mayoritariamente para pediatría y por la tarde kinesiología y la otra para ginecología y atenciones de clínica general; una sala de enfermería, un consultorio de odontología con ingreso independiente del resto de los espacios; dos baños, uno disponible para los usuarios del CAPS y otro reservado para el personal. Finalmente y en forma de pequeños pasillos, divididos mayoritariamente por durlock, encontramos la sala de psicología, que también sirve de depósito, la farmacia, la cocina y la sala de espera misma. Todo lo antes detallado en dimensiones muy ajustadas para el mobiliario, los aparatos, y la circulación misma del personal y los usuarios.

[11] Los esfuerzos de Caritas se destinan fundamentalmente al acompañamiento de niños en edad escolar. Desde la organización se ofrecen una serie de actividades vinculadas a la formación. Entre los espacios que más se sostienen en el tiempo podemos destacar apoyo escolar, enseñanza, desarrollo de huertas y de modo esporádico un taller de oficios.

Recursos materiales de uso cotidiano

Respecto a los recursos materiales, cabe reconocer que, además del paquete de programas disponibles en el CAPS[12], se cuenta en la institución con recursos de diversas procedencias. En relación a los materiales de uso cotidiano, podemos señalar que Caritas aporta algunos insumos y cremas que se requieren para las atenciones y las curaciones de los usuarios (Gasas, cremas, etc.). Asimismo, esta organización dona eventualmente materiales de limpieza y colabora con eventos y festividades organizados por el personal del CAPS (Por ejemplo: Festejo del día del niño, día de la madre, aniversario de fundación del CAPS, entre otros).

Otros de los actores que se encuentran en diálogo permanente con el CAPS son los miembros de la Comisión Vecinal. Desde dicha organización se realizan también aportes materiales, fundamentalmente elementos para el funcionamiento cotidiano, como lo son productos de limpieza.

Por otro lado, el municipio cuenta con una línea de recursos los cuales pueden ser requeridos mediante nota a la Subsecretaría de Salud y se remiten al CAPS, se trata puntualmente artículos de librería.

Otros recursos son gestionados por los mismos trabajadores del CAPS, quienes recurren a estrategias como requerir donaciones de ropas, abrigos y alimentos, fundamentalmente en los momentos de mayor demanda. Por otro lado, se realizan petitorios de medicamentos a laboratorios e insumos para brindar la mejor atención posible.

[12] Los programas que actualmente se implementan en el CAPS fueron citados y desarrollados brevemente en el capítulo II. Se trata fundamentalmente del Programa SUMAR, Programa REMEDIAR, Programa Estrategia de Apoyo Nutricional, PRO HUERTAS, entre los más resonantes.

Actores

Para identificar y analizar el rol que desempeñan los actores es necesario recuperar los aportes de las corrientes encargadas del análisis institucional (Arito y Cerini; 2010), cuando sostienen que las instituciones se presentan como el campo de acción de los sujetos, los grupos y lo colectivo; siendo a su vez productoras y producto de procesos.

En el sentido de lo antes planteado, podemos sostener que "Cada organización institucional desarrolla sus propias lógicas según la diversidad de funciones que tienen creando una cultura y un estilo institucional y los actores con sus prácticas cotidianas las constituyen, las sostienen y las cambian" (Arito y Cerini; 2010: 1).

Por lo señalado, y considerando los aportes de análisis institucional, proponemos en este apartado identificar y analizar a los actores que comprenden la dinámica cotidiana del CAPS.

Identificamos, entonces, aquí los que denominamos "Actores de adentro" y "Actores de afuera". Queremos señalar con esto, que hay actores que integran y habitan de modo explícito el CAPS, nos referimos a los trabajadores que cotidianamente prestan los servicios de salud. Y por otro lado, los que llamamos "Actores de afuera" son aquellos que no estando presentes de modo cotidiano interfieren o aportan en la dinámica del CAPS, ya sea a través de la provisión de recursos, financiamiento, prestamos de espacio físico, entre otras cuestiones.

La propuesta de discernir analíticamente las particularidades y características de estos actores se construye no sólo a partir de la apuesta analítica, sino que también intenta recuperar las lecturas y fronteras que establecen los entrevistados en sus relatos, al distinguir, algunos de modo implícito y otros más explícitamente, entre estos grupos, identificándose a ellos mismos en el adentro cotidiano de la institución. Por otro lado, la clasificación apunta a desentrañar cómo la presencia de cada uno de estos grupos de actores y

su articulación va incidiendo y permeando las prácticas que se sostienen diariamente en el CAPS Kentenich.

Actores de "afuera"

Como se señaló, fundamentalmente en el apartado en el que analizamos la procedencia de los recursos e insumos con los que cuenta el CAPS, la diversidad de actores que confluyen en la institución le otorga rasgos particulares. Entendemos por actores aquellos agentes que aparecen de modo explícito o implícito y condicionan o influyen en la configuración de las prácticas del CAPS.

En el Centro de Salud, tal como advertimos, conviven actores público estatales (en los tres niveles de estado: Municipal, Provincial y Nacional) y actores de organizaciones del sector Público Societal como lo son Caritas y la Comisión Vecinal del Barrio, sin dejar de lado otras instituciones del medio.

Encontramos actores del espacio público estatal, representados de diversas formas y con pesos también disimiles en el marco de la institución. En el caso del nivel Nacional, se hace visible su presencia en el CAPS a través de los programas o planes como lo son el Plan SUMAR, el Programa REMEDIAR y articulaciones con el Programa Pro Huerta. En estos casos, el estado nacional remite a los centros de salud recursos, insumos, medicación e incluso partidas de dinero mediante estos programas. Con lo cual, podemos considerar que la presencia de este actor en el CAPS resulta vital para sostener las prácticas cotidianas de salud.

Cabe aclarar que dentro de los múltiples beneficios que aportan estos programas, encontramos que el SUMAR permite dentro de las facturaciones sostener el pago de servicios de un trabajador, siempre y cuando se destine su labor a cuestiones vinculadas a los objetivos de este programa. En el CAPS Kentenich, Paola, empleada administrativa abocada a tareas vinculadas al SUMAR se encuentra en condición de monotributista y percibe su sueldo mediante los aportes financieros del programa.

Por otro lado, y continuando dentro de los actores Público Estatales encontramos al Gobierno de la Provincia de Entre Ríos, el cual viabiliza programas como el de Estrategia de Apoyo Nutricional y a su vez pone a disposición la articulación con recursos y programas sociales dependientes de otras áreas de la política social. El Gobierno Provincial indicó el pase de personal de una empleada administrativa desde la sede central de la provincia del SUMAR al CAPS Kentenich, contando en el CAPS con agente formado en dicho programa nacional, en las cargas de códigos y particularidades del mismo.

Seguidamente, dependiente del espacio público estatal, nos encontramos con el nivel municipal, en este caso la Municipalidad de Paraná, quién funda el CAPS y aporta a la institución los sueldos del personal, con diversos tipos de contratación y condiciones. Así mismo, el CAPS recibe del Municipio recursos de librería, de limpieza y algunos remedios.

Por su parte, la comisión Vecinal del barrio en el que se sitúa el CAPS, cuenta con aporte monetario de los vecinos, dinero con el cual se proveen algunos recursos de limpieza y se aporta ante eventuales requerimientos de pequeñas refacciones del inmueble. La Comisión Vecinal presta al CAPS el espacio físico del Salón de la Vecinal, para realizar actividades vinculadas a los servicios de salud que se brindan, fundamentalmente las atenciones de ginecología relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, uno de los actores de mayor presencia en el CAPS es Caritas, quienes con los aportes que destacamos, encuentra legitimidad para imponer y condicionar ciertas prácticas, fundamentalmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, cuestión que analizaremos en el próximo capítulo.

Actores de "adentro"

Con la denominación los actores de "adentro" hacemos referencia a aquellos que tienen presencia de modo cotidiano el centro de salud, los trabajadores, tanto profesionales, como administrativos, que llevan adelante las atenciones y servicios de salud.

En este apartado nos abocaremos a la tarea de reconstruir las condiciones en las que los mismos llevan adelante su labor cotidiana, considerando cuestiones como las formas de contratación y las posibilidades de capacitación a las que acceden. En tanto que, en capítulos venideros, consideraremos aspectos relativos a la dinámica de la institución, los obstáculos y elementos facilitadores, entre otros elementos que nos irán dando pistas analíticas para desentrañar el objeto de investigación.

Siempre fue así, en el límite del sistema. Condiciones de contratación

Al observar las situación de los trabajadores del CAPS encontramos que la mayoría de los entrevistados manifiestan disconformidad e insatisfacción con las actuales condiciones de contratación en las que se encuentran, con los salarios, las exigencias y fundamentalmente la inestabilidad que significa no contar con la condición laboral como "personal de planta permanente".

Tal y como se señaló en el apartado anterior, los contratos dependen en su mayoría del municipio, pero también hay trabajadores cuyos salarios se cubren con aportes de Nación o con adscripciones provenientes de la Provincia.

Las modalidades de contratación que encontramos en el CAPS, las cuales se reproducen en todas las secretarías del municipio, son: Contrato de Obra Monotributista, Contrato de Obra, Contrato de Servicios y Planta Permanente.

Modalidades de contratación dentro del Municipio de Paraná[13]	
Tipo de contrato	**Características**
Contrato de Obra Monotributista	El período de contratación es de tres meses. Al renovarse el contrato de modo trimestral se dilatan los tiempos para cobro. El trabajador debe sostener el costo de las cargas sociales (Obra social y aportes jubilatorios). No percibe salario anual complementario, ni bonificaciones extras.
Contrato de Obra	Se genera una relación de dependencia del trabajador con el municipio. Reviste mayor estabilidad que el trabajador Monotributista. Se renueva anualmente. Cobertura las cargas sociales del trabajador. No genera antigüedad. Percibe salario anual complementario, o bonificaciones extras.

[13] Cuadro de elaboración propia, sustentado en las entrevistas realizadas a los trabajadores del CAPS Kentenich.

Contrato de Servicio	Mayor estabilidad laboral. Cobertura de cargas sociales del trabajador. Genera antigüedad para el trabajador. No distingue por categorías. Percibe salario anual complementario y bonificaciones extras.
Planta permanente	Brinda la mayor estabilidad laboral. Cobertura de cargas sociales del trabajador. Genera antigüedad para el trabajador. Ofrece distinciones por categorías, reconociendo grados de formación y otras cuestiones. Percibe salario anual complementario y bonificaciones extras.

Espacios de capacitación

En relación a los espacios de formación en salud a los que acceden los trabajadores del CAPS, encontramos en sus relatos diferentes apreciaciones y posturas al respecto. Mayoritariamente, los entrevistados reconocen que las capacitaciones no son las adecuadas a lo que demanda el desarrollo su labor, cuestionan lo relativo a la calidad, la cantidad, los contenidos, la frecuencia con la que se realizan, entre otras cuestiones que trataremos en este apartado.

Muchos de los trabajadores manifiestan que son ellos mismos, movidos por sus intereses y búsquedas profesionales los que optan por formarse, debiendo

asumir costos económicos y gestiones de permiso para realizar cursos, jornadas o diferentes capacitaciones.

Algunos de los trabajadores destacan la existencia de instituciones de formación, como universidades del medio local, u otras instituciones de salud, generalmente de tipo provincial, que garantizan espacios en muchos casos gratuitos a los que pueden acceder.

En contados casos, en los que los trabajadores reconocen que el municipio ofrece espacios de capacitación, cuestionan la organización, periodicidad o temáticas que se abordan. Detalles que terminan convirtiendo a la actividad en algo inaccesible o de poco interés.

En el Capítulo IV, analizaremos en profundidad las diferentes apreciaciones al respecto y qué implicancias tiene la formación para los trabajadores del Centro de Salud en el proceso de definición de sus prácticas.

Los "pacientes"[14] de "acá" y los de "allá". Demandas y articulaciones

Los trabajadores del CAPS destacan que la población con la que llevan adelante su labor cotidianamente es heterogénea. Consignan con ello que no se podría describir globalmente a los usuarios del CAPS, que los mismos presentan condiciones de vida, de salud y de acceso a recursos muy variadas.

En lo que refiere al espacio concreto de inscripción territorial del CAPS, podemos identificar que es un barrio con características singulares, ya que en sí se trata de una zona originalmente ocupada por viviendas al estilo de casas quintas, que en tiempos de menor poblamiento de la zona se utilizaban como casas de fines de semana.

[14] Utilizamos aquí el término "pacientes" entre comillas, porque es el modo en el que los trabajadores del CAPS identifican a los usuarios de los servicios de salud.

En tanto que la población que asiste mayoritariamente y recibe de modo cotidiano las atenciones del Centro de Salud se ubica geográficamente a 3 kilómetros de la institución, fundamentalmente en los Barrios El Perejil y Las Piedras.

La cuestión de lejanía geográfica, entre la institución de salud y la población que mayoritariamente hace uso de sus servicios, dificulta la accesibilidad en ciertas oportunidades. Por un lado, para las personas que pretender recibir algún tipo de atención o realizar consultas, como así también para el equipo de salud, el cual no cuenta de modo permanente con movilidad para llegar a la zona de mayor concentración de población objetivo. En ocasiones de emergencias médicas y/o necesidad de traslados, el personal del CAPS debe coordinar con otros Centros y acordar la posibilidad de contar momentáneamente con la ambulancia municipal.

Por lo anteriormente señalado, entendemos que las distancias y las dificultades de accesibilidad al lugar, se constituyen en puntos nodales al momento de comprender los modos en cómo se configuran las prácticas de APS en el Centro de Salud en cuestión.

En este sentido, señala Norma, administrativa del turno tarde del CAPS:

> *la población en sí es todo, porque acá viene gente que está en situaciones muy bien, pero a veces el hecho de que uno tiene que estar pidiendo turno a un médico y que se lo dan muy lejano. Entonces viene acá, y tiene un médico y lo tiene hoy o mañana, no tiene que esperar una semana o dos, es muy heterogénea, gente que está muy bien y gente que no (Entrevista a Norma; Empleada Administrativa: 2016).*

Fundamentalmente, se establece una distinción que podríamos catalogar como "los de acá" y "los de allá", esto significa que en la geografía se imprime una distribución que responde al lugar en el que se sitúa cada actor.

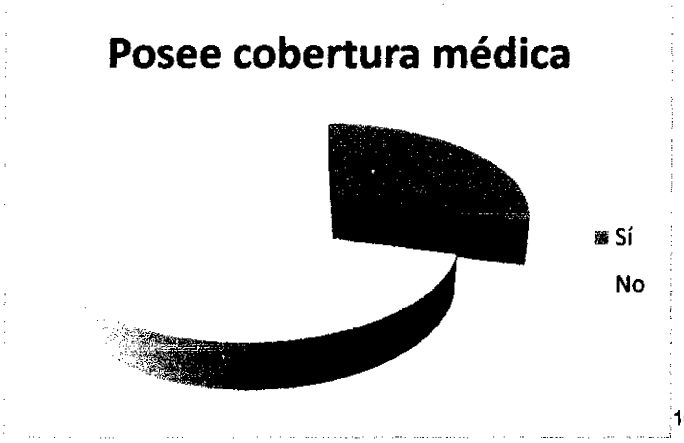
Encontramos así que el área programática del CAPS comprende a un territorio amplio, que abarca las zonas citadas con anterioridad[15]. Puntualmente el centro de salud se sitúa en un barrio, ubicando allí población con altas

[15] Ver apartado de este capítulo sobre el Centro de Salud.

posibilidades socioeconómicas, que en la mayoría de los casos cuentan con coberturas de salud privadas.

En tanto que las zonas más alejadas del CAPS, que comprende Mainini I, Mainini II, El Perejil, Las Piedras, El Timbó, Arroyos Los Berros y la zona localizada entre Labensohn y Pascual Uva, son las que se encuentran desprovistas no solo de cobertura de salud, sino que en muchos casos no logran satisfacer sus necesidades básicas.

Un indicador claro de la diversidad de población que realiza uso de los servicios del CAPS, se evidencia en que si bien un alto porcentaje de los usuarios no cuentan con obra social, es significativo el número que sí posee cobertura de salud y acude a los servicios del centro de salud.



[16]

Por lo antes señalado, cabe destacar que el mayor -71% de la muestra-demandante del centro de salud es el "vecino" que no cuenta con obra social. Pero también, en menor medida, concurren a la institución aquellos que siendo titulares de cobertura social ya sea por confianza con el equipo médico, por cercanía al centro de salud, o por simples controles periódicos demanda atenciones.

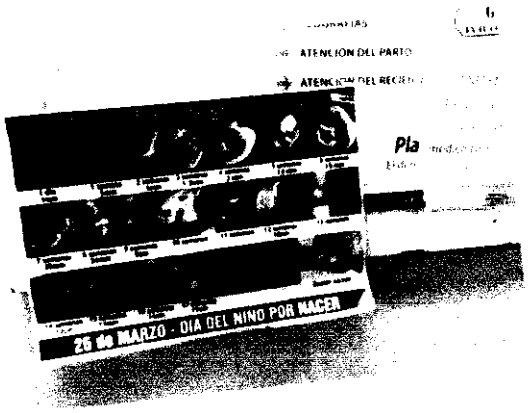
Además de las heterogeneidades citadas, que son propias del área programática, encontramos que esta problemática se acentúa al contar con

[16] Gráfico de elaboración propia. El mismo se basa en los datos recopilados en instancias de sistematización de 141 encuestas realizadas a usuarios del CAPS.

usuarios que residen por fuera del área programática y que asisten regularmente a demandar atenciones de diversos profesionales. Esto a su vez no es regulado por el mismo CAPS quien atiende sin hacer distinciones por zonas de referencia, otorgando mayores complejidades al intento de describir un perfil de la población con la que trabajan.

Capítulo IV

Concepciones, percepciones y relaciones entre los actores





Capítulo IV

Concepciones, percepciones y relaciones entre los actores

"Podemos decir que aquello que es complejo recupera, por una parte, al mundo empírico, la incertidumbre, la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto. Y recupera, por otra parte, algo relacionado con la lógica, es decir, con la incapacidad de evitar contradicciones" (Morin; 1997: 99).

En el presente capítulo recuperamos insumos trabajados en el anterior, a los fines de profundizar el análisis respecto a los recursos, los actores institucionales y los usuarios del servicio salud. Ponemos la mirada sobre las relaciones, la circulación de recursos y en cómo esto incide en las prácticas de los trabajadores del CAPS Kentenich.

En un primer apartado, pensamos la relación con los actores identificados en el espacio institucional. Tomamos para ello una clasificación de dos actores, aquellos que enunciamos como actores "de afuera", pensando allí de qué modo condicionan o permean las prácticas con sus definiciones y recursos. A su vez, los que denominamos los actores "de adentro", mirando las condiciones de contratación y de formación en las que se encuentran en la actualidad los trabajadores del CAPS. Al interior de este apartado, hacemos énfasis en el análisis del espacio físico, consideramos que es un punto nodal para pensar el objeto de investigación por dos cuestiones. Por un lado, las dimensiones y disponibilidad de espacios, que configura y otorga una dinámica de circulación de los trabajadores, no favoreciendo a la confluencia de los mismos. Y por otro lado,

la impronta religiosa y de la caridad que permea a la institución si consignamos la presencia de Caritas de modo permanente.

A continuación, un apartado en el que analizamos las implicancias de contar con otra institución de la misma complejidad de atención de la salud en el área programática, considerando la circulación de usuarios, de recursos y la superposición de esfuerzos.

Finalmente, nos proponemos recuperar y analizar la mirada y las concepciones que los trabajadores del CAPS portan en torno a los usuarios de los servicios de salud. Consideramos que, pensar a los usuarios de salud desde los trabajadores, nos aporta elementos de suma relevancia para desentrañar cómo se configuran las prácticas.

Complejidad. Multiplicidad de actores, recursos e intereses

Considerar la multiplicidad de actores, recursos e intereses en juego demanda asumir una lectura desde el paradigma de la complejidad. Siguiendo los aportes de Edgar Morin y posicionándonos en el paradigma de la complejidad, consideramos relevante pasar por los principios que el autor identifica al interior de dicha propuesta paradigmática.

Encontramos, entonces el principio dialógico, el que nos indica que la dualidad orden – desorden se da en el seno de la unidad, que se trata de términos complementarios y antagónicos. Un segundo principio reconoce la recursividad organizacional, indicando con la misma que somos producto y a la vez productores, como la imagen de un remolino. Finalmente, contamos con el principio hologramático, que indica que el menor punto del holograma contiene la totalidad, el todo está en la parte y viceversa. Se trata entonces de un paradigma que propone trascender el reduccionismo y el holismo (Morin; 1997).

En el caso del CAPS Kentenich encontramos un escenario complejo, en el que se vislumbran múltiples superposiciones. Por un lado, superposiciones de instituciones del mismo nivel en el área programática, en este caso de atención primaria de la salud. Y también encontramos al interior de la institución la convivencia, no siempre pacífica, de los tres niveles de estado (Nacional, provincial y municipal) y organizaciones de la sociedad civil.

A decir de los entrevistados, en ocasiones la multiplicidad de actores presentes en el Centro de Salud resulta favorable, fundamentalmente por la posibilidad de viabilizar recursos, insumos y abordajes de situaciones por distintos vías. Pero en oportunidades, la situación se complejiza en aspectos como la toma de decisiones, las organización de las prácticas y las relaciones cotidianas.

En lo que respecta a las políticas y recursos que llegan al CAPS de la mano del Estado en sus diferentes niveles, encontramos que los mismos presentan ciertos contratiempos. En este sentido, los trabajadores del centro de salud manifiestan que los recursos financieros de SUMAR, por ejemplo, llegan a destiempo, lo que implica grandes complicaciones. Por otro lado, la medicación proveniente fundamentalmente de REMEDIAR llega con partidas de medicación que no es necesaria y con faltantes de otros medicamentos sumamente indispensables para la atención de las enfermedades más comunes.

Por ello, podemos ver que la relación con estos actores no es totalmente armónica y organizada, impactando en las prácticas cotidianas del personal del CAPS en lo que hace a la prestación de servicios de salud.

Caritas. "Entre problemático y caótico"

Caritas es una organización de la Iglesia Católica que surge en el contexto internacional hacia 1950, en plena posguerra y descolonización. En tanto que en Argentina fue creada en 1956, por la Conferencia Episcopal Argentina,

arraigándose a partir de allí en el territorio nacional, en el marco de parroquias y capillas (Zapata; 2005).

La consideración de Caritas como actor relevante en el CAPS, se justifica a partir de haber recibido en concepto de donación con fines destinados a prestación de servicios de salud, sede el inmueble para la fundación del CAPS. Esta organización, aporta a su vez materiales de librería, limpieza, vendas y cremas, entre otras cuestiones.

La presencia de Caritas en el CAPS, a decir de los entrevistados, genera múltiples condicionamientos. Fundamentalmente, el aspecto en el que más se remarcan los límites impuestos por esta organización es en lo relativo a salud sexual y reproductiva.

Siguiendo a Zapata (2005) se pueden identificar dos tipos de personas constitutivas de Caritas: el voluntariado y los beneficiarios. En el medio de esta dualidad ubicamos al CAPS y sus prestaciones de salud, como una institución intermediaria. Condicionada por los mandatos religiosos y caritativos, y atravesada por las directrices señaladas por las políticas públicas y las demandas y necesidades concretas de la población usuaria.

De tal modo que, en una sala contigua al CAPS, se encuentra un espacio que es exclusivo para el desarrollo de actividades de Caritas, allí diariamente se encuentra una referente de la organización que reside en el barrio. Esta persona se encarga de controlar que no se exponga folletería, cartelería, ni ningún tipo de propaganda médica que haga referencia a métodos anticonceptivos. En relación a las prácticas de control destaca Andrea *"(...) por ahí nosotros tenemos que andar cuidándonos, porque viste que acá atrás tenemos el galponcito, donde viene la señora de Caritas, aparte a cada rato entra, entonces en ciertas cosas tenés que limitarte, para mí es una traba" (Entrevista a Andrea; Médica Ginecóloga: 2016).*

En esta línea, una de las principales restricciones impuestas por Caritas, es la condición de no suministrar métodos de anticoncepción o aplicarlos en el CAPS,

motivo por el cual la ginecóloga se encuentra limitada en sus prácticas profesionales.

Específicamente, los representantes de Caritas consideran que por haber cedido el espacio físico para la fundación del CAPS, tienen derecho a imponer límites en lo que respecta a prácticas de salud y fundamentalmente de salud sexual y reproductiva. Señala Andrea, *"(...) el mayor obstáculo que tenemos es Caritas, para ginecología, porque yo por ejemplo pondría mucho más..., la colocación de DIU, que te lo piden muchísimo, entonces para mí es una traba, funcionaría muchísimo" (Entrevista a Andrea; Médica Ginecóloga: 2016).*

Frente al requerimiento de aplicación o suministro de métodos anticonceptivos, por parte de las usuarias, se debe programar un turno en el salón de la Comisión Vecinal. La ginecóloga sostiene que *"(...) para colocar implantes las tengo que hacer primero que vengan acá que sé que ya están, después se van caminando tres cuadras y me esperan que termino de atender y me voy para allá a colocar el implante" (Entrevista a Andrea; Médica Ginecóloga: 2016).*

Reconocer las limitaciones que tienen las prácticas de salud sexual y reproductiva en el CAPS, nos remite a considerar la contradicción en la que se incurre con la raíz misma de los derechos promulgados en este sentido.

Sostienen, en este sentido, Petracci y Pechany "La reivindicación de derechos sexuales y reproductivos politiza relaciones sociales consideradas privadas o naturales, poniendo en cuestión los límites instituidos entre lo privado y lo público, y entre lo natural y lo social" (2007:19). Entendemos que los avances en la politización de las relaciones reconocidas como privadas, identificando que están en realidad atravesadas por una dimensión política, en este sentido las políticas de salud sexual y reproductiva deben apuntar a garantizar derechos para los usuarios.

Al centrar la mirada en lo que respecta al espacio físico, podemos destacar que en reiteradas ocasiones los trabajadores del centro de salud Kentenich

expresaron en las entrevistas que un gran obstáculo para el desarrollo de la labor cotidiana de atención se relaciona con la falta de espacio y las pequeñas dimensiones del mismo. Señalan, que la ampliación del espacio se constituye en un desafío a encarar colectivamente, considerando que esto implica entre otras cuestiones la rotación de profesionales, la imposibilidad de prestar otros servicios, sin dejar de lado la dificultad de contención de la demanda de los "pacientes" que esto representa.

Podemos evidenciar, que a lo largo de los relatos de los trabajadores, se desprende que un factor condicionante de las atenciones, y que en ocasiones genera conflictos, se trata de la disponibilidad de espacio físico.

La disponibilidad de consultorios para atender a los usuarios, resulta un determinante, fundamentalmente si consideramos que sólo se dispone de dos de estos espacios. Esto demanda grandes esfuerzos de coordinación previa de horarios de las atenciones que se presten, haciendo rotar a los profesionales en horarios claramente acotados y delimitados.

Actores de adentro

Contratación y condiciones

Respecto a las condiciones de trabajo, encontramos que mayoritariamente el personal que ingresa y arranca su trayectoria laboral en el municipio lo hace con la modalidad de contrato de Obra Monotributista, pudiendo esta condición extenderse por tiempo indefinido. Es decir, que la incertidumbre es parte de las reglas del juego, fundamentalmente si consideramos que los contratos de este tipo se renuevan trimestralmente.

Coincidimos con Sennett, quien sostiene que "Actualmente, las organizaciones flexibles están experimentando una organización distinta de la jornada laboral, el llamado "horario flexible". En lugar de *turnos* fijos que no varían

de un mes a otro, la jornada de trabajo es un mosaico de gente con horarios diferentes y más personalizados" (Sennett; 2015: 58-59 itálicas propias).

Según este autor, esta especie de reinvención de la burocracia, que arroja la especialización flexible, nos devuelve una concentración sin centralización. Concluye este autor que las instituciones se liberan de la jaula de hierro pero se hallan sujetos a nuevos controles, a una vigilancia vertical. "El tiempo de la flexibilidad es el tiempo de un nuevo poder. La flexibilidad engendra desorden, pero no libera de las restricciones" (Sennett; 2015: 61).

A decir de Sennett (2015), lo que vemos manifiesto en el CAPS respecto a los trabajadores que allí se desempeñan, es una forma de especialización flexible. Entendida esta como una antítesis del sistema de producción del que se valió el fordismo. Dejando a lugar a *Islotes de producción especializada*.

Otra de las grandes dificultades que plantea este tipo de contrataciones tiene que ver con la discontinuidad en la percepción de los haberes por parte de los trabajadores. Encontramos que al renovar trimestralmente se puede demorar entre uno y tres meses el cobro del sueldo. Por otro lado, los costos relativos a las cargas sociales de obra social y aportes jubilatorios corren por cuenta y gestión directa del trabajador que factura por la prestación de sus servicios.

Un caso paradigmático dentro de los contratos de tipo monotributista es la situación por la que se encuentra atravesando Daniela, una de las dos psicólogas del CAPS. Esta trabajadora cuenta con una trayectoria considerable dentro de la institución, habiendo iniciados sus tareas incluso antes de recibirse, primeramente con becas o pasantías, posteriormente con contrato de obra, que luego de un cambio de gestión de intendencia se interrumpe y al recontratar lo hacen bajo la modalidad de monotributo.

Al momento de la entrevista Daniela había decidido suspender las actividades en el CAPS, debido a que hacía cuatro meses no percibía su salario, Daniela sostiene *"siempre fue así, en el límite de estar contratada, de recibir una*

remuneración, pero sí los derechos de trabajo y la estabilidad ni hablar, en los dos cambios de gestión me he visto ahí, no solo en el borde, sino que fuera del sistema" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016).

La condición de Contrato de Obra implica entre otras cuestiones una relación laboral más estrecha con el municipio, respecto al tipo anterior de monotributo, sin que esto signifique mayor seguridad, el contrato se renueva anualmente y contempla la cobertura de las prestaciones sociales del trabajador, salario anual complementario.

Una de las desventajas de este tipo de contratación es que el trabajador no acumula antigüedad en el cargo, esto afecta al momento de computar las categorías cuando el trabajador logra pasar a planta permanente. Josefina recuerda respecto al contrato de obra que *"(...) fue terrible, porque en realidad yo perdí muchísimo, porque los años que uno está con contrato de obra no te corre la antigüedad, no te corre nada, asique fueron 4 años que yo trabajé cobrando el sueldo y nada más" (Entrevista a Josefina; Psicóloga: 2016)*

Otra de las formas de contratación que ofrece el municipio es el Contrato de Servicios, llegar a este estadio puede comprender un largo camino, según expresan los trabajadores entrevistados, no hay criterios establecidos, al igual que en los otros tipos de contratación, para pasar a esta condición.

El contrato de Servicio ofrece mayor estabilidad y continuidad en el cargo, aportes a las cargas sociales, vacaciones, salario anual complementario y a diferencia de los anteriores el trabajador puede comenzar a acumular antigüedad en el cargo. La desventaja que presenta este modo de contratación respecto del personal que se encuentra en planta permanente es la imposibilidad de cobros diferenciales por categorías, en las que entre otras cuestiones se reconoce el grado de formación del trabajador.

En la cúspide contractual que ofrece el municipio encontramos la condición de Planta Permanente. Como señalamos con anterioridad en esta situación están

garantizados todos los beneficios que eventualmente van haciéndose presente en las otras formas de contratos.

Llegar a contar con un cargo de planta permanente implica tiempo y decisión política. En múltiples ocasiones la espera trae aparejado situaciones como el pluriempleo que deben asumir frente a la incertidumbre los trabajadores, renuncias por la inestabilidad laboral que implican los diferentes tipos de contratos, y la rotación de personal por las instituciones. Expresa Lucía en relación al pluriempleo *"(...) hoy tenés que tener veinte mil trabajos para poder mantenerte, por eso hay tanto estrés, hipertensión, estrés por trabajar en puchitos (...) ahí tenés para pensar la salud mental de los médicos cómo está hoy" (Entrevista a Lucía; Médica Clínica: 2016).*

Respecto a las expectativas de pasar a formar parte del personal de planta permanente, encontramos que mayoritariamente los trabajadores sienten que se trata de posibilidades vinculadas al azar, como dejando entrever que no existen criterios de pasaje. Por ello Noelia plantea *"yo conozco a gente que ha estado muchos años, muchos, así que es algo que lo veo chato, no vivo con la esperanza que nos pasen a planta, es como una lotería" (Entrevista a Noelia; Kinesióloga: 2016).*

En otras ocasiones, el paso a planta permanente o a un mejor tipo de contrato es asociado por los entrevistados a cuestiones políticas. En este sentido señala Norma, quién en sus palabras realizo un "breve camino" para llegar a la condición de empleada de planta permanente, *"lo mío fue más político que otra cosa, sino estaría en la misma situación de los chicos que están en servicio, lo mío fue rápido, pasé de 5 años de contrato, a servicio un año y después a planta permanente" (Entrevista a Norma; Empleada Administrativa: 2016).*

Por otro lado, encontramos a una de las trabajadoras, encargada de tareas administrativas en el CAPS, con una adscripción proveniente de provincia. En este sentido, expresa Flavia *"tengo una suplencia extraordinaria, es el escalafón que está por debajo de la planta, si bien tengo los años correspondientes para entrar*

en planta después del anteaño no se abrieron nuevos contratos a planta permanente, yo quedé en suplencia extraordinaria" (Entrevista a Flavia; Empleada Administrativa: 2016).

Podemos observar que las condiciones de pasaje contractual en el ámbito de la provincia se encuentran establecidos formalmente, si bien, como señala Flavia en ocasiones no se cumplen. Respecto a esta adscripción, encontramos se trata de un personal que está en condición provisoria en la institución, dependiendo su continuidad en el CAPS de las disposiciones de autoridades del área de origen.

Finalmente, encontramos una situación laboral sostenida a partir del financiamiento que el Plan SUMAR remite al CAPS por los códigos de prestaciones brindadas. El pago de salario del personal se realiza mediante la modalidad de monotributo, en este caso nuevamente nos encontramos con todas las precariedades descriptas más arriba al referirnos a los trabajadores monotributistas de la municipalidad. Además, encontramos como desventaja que el pago del salario se encuentra sujeto por un lado, a la capacidad de cumplir con los códigos suficientes para recaudar el dinero equivalente al salario y, por otro lado, que las partidas monetarias lleguen en tiempo prudencial para efectuar el pago.

En el recorrido que hemos trazado, por las divergentes formas de inscripción laboral de los trabajadores del CAPS, sumado a las situaciones de pluriempleo que en muchos casos se deriva de ello, nos permite poner de manifiesto la especialización flexible que deviene de las condiciones actuales de *reinvención de la burocracia* (Sennett, 2015). Así, es posible distinguir una dinámica particular de la jornada de trabajo en la institución, que destaca como rasgo central la movilidad de los trabajadores y de sus prestaciones, lo que sin dudas gravita en los modos de vincularse, de circular por el CAPS y nos permite advertir algo de lo que Sennett (2015) plantea en términos que "devuelve una especie de concentración sin centralización".

Espacios de capacitación/ formación sobre salud:

La cuestión de la formación o capacitación en temas vinculados a la APS resulta de central relevancia, fundamentalmente si consideramos que los requerimientos de las prácticas en el área demandan de abordajes complejos frente a situaciones igualmente complejas. Nos encontramos entonces con el desafío de la formación permanente tanto del personal encargado de llevar adelante tareas de tipo administrativas, como así también de los profesionales.

En el caso de los profesionales, la apuesta gira en torno a la posibilidad de correr el velo de los saberes netamente disciplinares y poder adoptar una visión capaz de leer los problemas de salud desde otros ángulos, considerando aspectos sociales, culturales, habitacionales, psíquicos y que fundamentalmente habilite el diálogo con otros saberes. Cabe aclarar, que esto se constituye en un desafío de gran relevancia al considerar que los abordajes interdisciplinarios se constituyen en uno de los lineamientos propuestos desde la APS.

En relación a lo planteado, Cazzaniga (2002) señala que las profesiones son producto del movimiento modernizador de las sociedades. Sostiene que "La complejización de la vida social, fundamentalmente en el marco de los sistemas capitalistas trae aparejado, entre muchos nuevos fenómenos, la necesidad de la racionalización del saber de las prácticas sociales" (Cazzaniga; 2002: 1).

Vinculado a la calificación y formación específica en Atención Primaria de la Salud, nos preguntamos sobre las ofertas que propone la Municipalidad de Paraná como mayor responsable en lo que respecta a la contratación de recursos humanos. Ante ello, los trabajadores del CAPS sostienen que desde la Municipalidad no se ofrecen espacios de capacitación y que de hacerlo eventualmente las propuestas de formación no cuentan con la organización necesaria, realizando por ejemplo la cuestión de la difusión o convocatoria sin la antelación suficiente para la organización de los convocados.

Lo antes señalado no significa un detalle menor, ya que los profesionales lo destacan de forma reiterada. Se constituye en un problema por la multiplicidad de empleos y carga horaria que deben sostener laboralmente por fuera del CAPS, tal como fuera ya advertido, por lo cual la coordinación de horarios es un elemento que requiere destinar tiempos.

Los trabajadores del CAPS destacan, los esfuerzos que realizan para costear por sus propios medios las capacitaciones o formaciones que sean pertinentes a su desempeño en salud. En el sentido de lo planteado, sostiene Noelia en relación a las capacitaciones *"Lo que me puedo pagar yo, yo lo hago, yo me lo pago, y yo tengo que traer un papel donde diga que si falté o por qué lo hice fue porque no me cubren nada, absolutamente nada" (Entrevista a Noelia; Kinesióloga: 2016).*

Respecto a la ausencia de políticas o líneas de financiamiento para la formación o propuestas de capacitación del personal de salud, sostiene Mariela (2016) *"No, no, de la municipalidad nada, a veces son capacitaciones gratuitas de la provincia, y otras que las tenés que pagar vos, congresos y esas cosas pasa por el profesional, no hay como un aporte de la municipalidad en ese sentido".*

Muchos de los entrevistados destacan la relevancia de habitar otros espacios institucionales, en los que encuentran posibilidades de acceder a propuestas de formación gratuitas y de calidad. Reconocen espacios como las universidades locales, hospitales, otros centros de salud o espacios vinculados a la salud de provincia o nación. Daniela sostiene que *"en UADER hay varios seminarios, de salud pública, de interdisciplina más que nada, y al ser profesora es como una beca de la institución, no del municipio" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016).*

En relación lo anterior, podemos destacar que muchos de los espacios de capacitación, incluso son impulsados por los propios profesionales. Destaca María Ester*"(...) soy una de las integrantes del comité ambulatorio de la sociedad de pediatría que hace ya unos cinco años"* y continúa *"(....) el 1er miércoles del mes,*

se hace eso, que se invita a todos los centros de salud y vienen de distintas localidades, se invita a un profesional, generalmente con temas que nos interesan" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).

En algunos casos resaltan que la burocracia del Municipio dificulta solicitar apoyo económico para formación, o incluso los días que requieren de permiso para capacitarse. Al respecto Josefina comenta que tuvo la iniciativa de realizar una especialización vinculada a su profesión y salud en la provincia de Buenos Aires, pero debido a obstáculos burocráticos no tuvo más opción que desistir luego de cinco meses de cursado, señala que *"(...) cada mes tenía que presentar todo, buscar el cheque, pero se empezó a hacer tan engorroso y lo empezaron a dilatar tanto y a mí me vencía la fecha que tenía que pagar y todavía no me daban la plata" (Entrevista a Josefina; Psicóloga: 2016).*

Finalmente, para concluir este apartado, podemos reconocer que el recorrido por las principales características y modos de relacionarse entre los actores de adentro y los actores de afuera hecha luz sobre algunos condicionamientos de las prácticas y configuración del escenario institucional. Esto nos ayuda a vislumbrar la divergencia de intereses, recursos, toma de decisiones y objetivos puestos en juego por cada uno de los actores. Más adelante observaremos como ello incide de un modo significativo en la configuración de las prácticas de APS.

Superposición de áreas programáticas. CAPS Santa Lucía y CAPS Kentenich

A lo largo de este apartado nos proponemos analizar, de modo breve, otro aspecto que consideramos fundamental para comprender la configuración de las prácticas de los trabajadores del CAPS Kentenich, se trata de la superposición de áreas programáticas. Encontramos, en este sentido, que el CAPS Kentenich dependiente del Municipio y el CAPS Santa Lucía, de carácter provincial, comprenden en sus áreas programáticas zonas en común.

Esta situación, que podría leerse como un problema de planificación o coordinación interinstitucional, genera en la práctica cotidiana una serie de dificultades y deja al descubierto que la superposición no es meramente geográfica, sino también de población, de recursos, de atenciones y esfuerzos de los equipos de salud.

Estrada Ospina plantea, en relación a lo antes expuesto, que "Se observa una crisis de la planificación global y de la planificación de la salud, que se expresa en la incapacidad de dar una respuesta integrada y coherente frente a los problemas del sector y de la sociedad, siendo rebasadas permanentemente" (Estrada Ospina; 2006: 67). El autor sostiene a continuación que es a causa de las limitaciones conceptuales, metodológicas e históricas que encuentran en su camino los diagnósticos en torno al sector salud, que encontramos condicionada la formulación de políticas públicas.

Agregamos nosotros que esto impacta en las prácticas cotidianas de las instituciones de salud, no solo en las políticas a implementar, sino también en relación a las condiciones de contratación de los trabajadores, los recursos e insumos de salud, los bienes materiales en general. Por otro lado, impacta igualmente en la circulación de los usuarios de salud por los dispositivos, implicando la necesidad de que los mismos cuenten con mayores franjas de tiempo y de recursos para desplazarse entre un centro de salud y otro.

Siguiendo la crítica expuesta por Gastao Wagner de Sousa Campos (2009) al método Taylorista de gestión en salud, podemos señalar que con esta superposición institucional, estamos ante el riesgo de fragmentación de la asistencia, se ve comprometida la directriz de la integralidad de la atención. Es decir, encontramos a escala territorial dos instituciones que intervienen, en muchas ocasiones, con los mismos usuarios, fragmentando la mirada. Ante esto, nuestro autor nos propone apostar a una planificación ascendente, que cuente con la participación de profesionales y de usuarios.

Continuando con la propuesta el autor Estrada Ospina reconoce que debemos considerar que la salud – enfermedad y la complejidad del sector salud es en primera instancia un problema político. Plantea en este sentido que "(...) es en esta perspectiva como puede entenderse la tensión conflictiva generada por la superposición existente entre el modelo médico privado y el modelo administrativo de la salud pública" (Estrada Ospina; 2006:69).

Es así como encontramos múltiples superposiciones de instituciones en un mismo espacio geográfico. Es decir, que la provincia y el municipio cuentan con propuestas que en ocasiones no se planifican en coordinación con lo que se encuentra disponible con antelación. Esto trae aparejado ciertas implicancias, como la superposición de esfuerzos y recursos y por otro lado la circulación de usuarios entre una institución y la otra.

Maceira sostiene, al respecto, que

> "(...) garantizar el derecho a la salud requiere no solo del compromiso formal de las autoridades políticas y sanitarias, sino también de un modelo de atención que haga efectivo tal derecho y logre instrumentar el acceso a un sistema sanitario más inclusivo, participativo y eficaz." (2007: 15).

La apuesta radicaría en que a futuro se logre una planificación que articule y coordine los actores que diseñan y ejecutan políticas en APS, apuntar en este sentido a la maximización de los recursos y la garantizaría la accesibilidad de los usuarios.

¿Con quiénes?:

La mirada de los trabajadores del CAPS en torno a los "pacientes".

La mirada de los trabajadores del CAPS en torno a la población objetivo se evidencia de modo reiterado como focal, sobre todo si consideramos los relatos de los profesionales. Quienes al responder sobre la población que recibe cotidianamente el CAPS, señalan las características fundamentales desde el

abanico de "pacientes" que atienden y en casos desde las prestaciones que realizan con mayor frecuencia.

Nos resulta imprescindible recuperar los modos de nombrar y concebir a la población con la que los trabajadores llevan adelante sus prácticas cotidianamente. Coincidimos con Matus (2003) cuando sostiene que "Nadie llega en su condición de "persona natural" a solicitar los servicios (...) sino que emerge al interior de una categoría analítica determinada" (Matus; 2003: 55), señala la autora además que si esas denominaciones se realizan en términos estigmatizadores pueden condicionar las intervenciones.

Ante la pregunta por las principales características de la población, encontramos que priman expresiones tales como *"Atiendo niños mayores de 6 años y adultos" (Entrevista a Lucía; Médica Clínica: 2016)*, *"acá principalmente lo que hago es vacunar niños o mamás embarazadas" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016)*, o directamente señalan que trabajan con niños, con mujeres en su mayoría adolescentes, sin alcanzar a interrogar las condiciones de vida de los "pacientes". Es decir, no profundizan en la descripción o consideración de aspectos de la población con la que trabajan, más allá de su delimitación, haciendo una identificación etaria del grupo de usuarios a los que brindan sus servicios.

María Ester, pediatra del centro de salud, sostiene

> *"por ahí está un poco dividida la población porque somos dos pediatras, en la cual la mayoría de los pacientes continúan con una de nosotras y muy esporádicamente cambian, la población que yo tengo generalmente son madres adolescentes" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).*

Encontramos, en esta frase, una división que no solo responde a la focalización de la especialidad, sino además a una división al interior de la especialidad misma, es decir cada profesional lleva adelante el seguimiento de determinados "pacientes".

Sólo en contadas ocasiones los trabajadores hacen referencias a las condiciones de vida, las carencias, las necesidades de la población asistida,

siempre circunscribiendo la mirada en el par salud-enfermedad. En esta línea de pensamiento, Sebastián, el odontólogo del CAPS señala *"Y la población que viene acá es la que no accede ni siquiera al hospital, ni al hospital nuevo que está acá nomás, es decir vienen acá con la urgencia"*. Continúa con el relato y expone algunas situaciones propias de su especialidad *"Por ejemplo, yo lo que más hago son extracciones de dientes, porque ya vienen en mal estado y no se puede hacer nada, o por ahí tienen que venir a un tratamiento y ya no continúan, entonces es muy complejo" (Entrevista a Sebastián; Odontólogo: 2016).*

Hallamos aquí un punto central cuando nuestro entrevistado ubica a los usuarios del Centro de Salud en el lugar de aquellos que no pueden (por su condición, acceder a centros de atención de mayor complejidad), desplazarse por la ciudad y demandar abordajes de sus problemáticas en otras instituciones.

Cabría pensar, que la mirada de Sebastián apunta a representar al centro de salud como el último eslabón en una cadena de jerarquías en términos de asistencia a la salud.

Esta concepción, representada en el discurso de Sebastián, que concibe al CAPS como el último eslabón en una cadena de jerarquías en términos de asistencia a la salud, interpela la noción de APS como *puerta de ingreso* al sistema de salud.

Concebir de este modo a los usuarios y al centro de salud, nos coloca en el debate propuesto por Testa (1996), quien señala que pensar la atención primaria como *puerta de entrada*, implica que dicho nivel debe ser adecuado para responder a las exigencias de los demandantes, marcando un camino a seguir dentro del sistema. Este autor nos alerta del riesgo de que la APS se transforme en atención primitiva o atención pobre para pobres.

Al poner el acento en las necesidades y carencias de la población usuaria, se advierte el riesgo que los trabajadores del CAPS queden entrampados en la lógica de la carencia, de lo que falta, imposibilitando posicionarse en la lógica de la

potencia. Al respecto Mario Heler (2010) señala que la cuestión de la indefensión del ser humano y la dependencia del mismo con el medio en el que construye su mundo da cuenta de su condición de ser necesitado, carenciado. En tanto que es esa falta el motor de las construcciones humanas, esto es lo que da lugar a la humanidad misma.

En este sentido, pareciera que algunos de los trabajadores del CAPS identifican las principales carencias de la población. Reconocen sus limitaciones en lo que respecta a la realización de gestiones o trámites burocráticos, que van en algunos casos desde tramitar un *turno* en las oficinas de ANSES, hasta la gestión de un Documento Nacional de Identidad para sus hijos.

Otro aspecto que destacan de modo recurrente, son cuestiones como la falta de higiene personal en algunos casos, y la desaprobación en muchos otros, por la falta de cuidados. Destaca Laura *"Y hay problemáticas por broncoespasmos, que hay mamás que no cuidan a sus hijos en el invierno, andan descalzos y viven resfriados" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016)*. En este tipo de discursos, evidenciamos una responzabilización y culpabilización a las madres respecto de las condiciones de higiene y cuidado del grupo familiar en general. Si bien en el capítulo siguiente nos proponemos profundizar el análisis respecto a esta cuestión, podemos preguntarnos aquí y contrastar estas lecturas con el lugar que asigna la Atención Primaria de la Salud a los usuarios, viéndolos como protagonistas y coautores de las prácticas en salud.

Del relato de una de las profesionales de psicología identificamos que los "pacientes" que atiende desde su especialidad, no serían aquellos que más frecuentan el Centro de Salud. Es decir, no son aquellos usuarios de los servicios de enfermería, pediatría o ginecología, sino que se trata de aquellos usuarios con mayores posibilidades socioeconómicas. Daniela, sostiene en torno a la población de la zona del Perejil y las Piedras que *"han intentado hacer una consulta en psicología, pero no hemos podido empezar un trabajo en proceso, no era la población más humilde, que si son usuarios de otros servicios los que eran mis*

pacientes, con los que trabajábamos en psicología" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016).

Consideramos en relación a lo antes señalado, que resulta central pensar la dimensión de la *salud mental* como constitutiva de la salud. Nos preguntamos entonces, si lo planteado estaría dando cuenta de que la asistencia de la salud mental no aparece como una demanda o necesidad de los sectores más excluidos.

Sería posible, en la línea de lo expuesto, reconocer que la circulación de los usuarios por los espacios que ofrece el centro de salud, se configura en un doble movimiento, de las necesidades y de las propuestas de abordajes que ofrece el equipo del centro de salud.

Cabe destacar que los trabajadores del CAPS sostienen que la población que concurre al centro de salud circula no solo para encontrar abordajes de sus problemas de salud, sino también y en muchas ocasiones para obtener otro recursos o servicios. En el sentido de lo señalado, Paola, administrativa del *turno* mañana sostiene:

> *Sí, de salud, por lo general es de salud, pero vienen y te piden ropa, te piden la leche, te piden frazada, calzados, sí, todo ropa, porque siempre vienen por lo general ahora que estamos en el invierno vienen atacados, llenos de mocos, con el pecho cerrado." (Entrevista a Paola; Empleada Administrativa: 2016).*

Podemos entrever, en este tipo de declaraciones, las concepciones de salud de algunos de los trabajadores del CAPS. Quienes al reconstruir las demandas de los usuarios distinguen entre las demandas de salud y las que presentan un sesgo social, que a su entender no corresponde a la salud de las familias o usuarios. Se trataría entonces de una visión sesgada a la perspectiva médica hegemónica de la salud, dejando de lado concepciones que nos acercan a pensar el contexto y las condiciones de la población para pensar la salud. Lo social aparecería escindido de la concepción y las principales necesidades de salud, interpelando principios básicos de la propuesta de APS.

Sin embargo, los entrevistados destacan el "carácter humano"[17] de las atenciones que brindan a las personas que asisten al CAPS a demandar cualquier tipo de atención. Señala Noelia *"lo que la gente necesita es la contención, para mí brindarle amor al paciente, acá muchos carecen del cariño" (Entrevista a Noelia; Kinesióloga: 2016).*

Ante la pregunta por una situación que los haya interpelado en su práctica cotidiana, los trabajadores del CAPS en su mayoría recuperaron situaciones vinculadas a problemas estrictamente de enfermedad. Frente a ello, la salida de la situación, los abordajes propuestos culminan en algunos casos con traslados y derivaciones a instituciones de salud de mayor complejidad o salud mental, o entes que aborden de modo específico la problemática como el Copnaf[18], en tanto que en otros casos con intervenciones directas sobre la urgencia.

En algunas oportunidades, se destaca incluso la falta de seguimiento de la situación, no contando con información posterior a la derivación o a la intervención de derivación. En relación a lo antes desarrollado y haciendo referencia a una situación particular, señala Daniela, Psicóloga del CAPS, *"(...) en esa urgencia, y ese intento de hacer algo, registré si el nombre y el apellido, pero nunca busqué si era paciente del centro de salud, sí sé que era paciente de acá, pero fue hasta ahí no sé qué paso después, eso quedó así como pendiente" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016).*

Pensamos, que se deja entrever en los relatos un margen de abordajes que contempla desde aquellos que responden mediante la derivación a otros profesionales u otras instituciones, hasta aquellos que dejan a la deriva las

[17]Hacemos uso de la denominación de "Carácter humano", recuperando las palabras enunciada por los entrevistados. Con ello se destaca lo que ellos conciben con aquellas acciones que a su entender exceden a las prácticas de atención de la salud, y que tienen mayor proximidad a lo social, desde una perspectiva de la caridad o la beneficencia.

[18] El Consejo Provincial del Niño, Adolescente y la Familia (Entre Ríos), cuenta entre sus Objetivos centrales: Garantizar el pleno ejercicio de la ciudadanía y los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, la normativa nacional y provincial. Fortalecer a la Familia como el referente social primario para el desarrollo de los planes y programas. Realizar una amplia convocatoria de referentes sociales gubernamentales y no gubernamentales, grupos comunitarios, comprometidos solidariamente con el bienestar de los niños, niñas y adolescentes. Información extraída de la página web oficial de la institución http://www.entrerios.gov.ar/copnaf/index.php

situaciones, perdiendo el rastro. Entre estos últimos, en ocasiones encontramos argumentos que sostienen que es debido a la dinámica misma de la institución que se pierden de vista los abordajes que en algún momento estuvieron a su cargo.

Otra línea de situaciones significativas que subrayan los trabajadores del CAPS, también vinculadas a la atención de problemáticas de enfermedad, se relaciona a aquellas cuestiones que los interpelan desde la falta de insumos o equipamiento requeridos para brindar una atención acorde a la demanda de los usuarios. Noelia, Kinesióloga del CAPS sostiene haciendo referencia a una situación puntual

> *(...) me shockeó el tema de que yo lo hubiera podido cerrar la herida y por los tiempos y por lo que sale la terapia, es una terapia cara, es una terapia que se necesita de muchas cosas, y que la satisfacen en el hospital, la pude ayudar muy poco, cerró, y mejoró muchísimo (Entrevista a Noelia; Kinesióloga: 2016).*

Nuevamente, aquí sería posible preguntarnos si lo "primario" de la atención en salud no estaría planteando el serio riesgo de derivar en "primitivo", en el sentido que lo formula Testa (1996). Urge entonces atender tanto la precariedad que caracteriza las condiciones en las que se desarrollan las prestaciones de salud, como así también los modos de vincular la cuestión de la salud y la cuestión social.

Al respecto argumenta Testa:

> La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social y del comportamiento de la salud del conjunto de la población (1996: 9).

Finalmente, en contadas ocasiones, y no por ello menos relevante, los trabajadores intentan anudar de otros modos la cuestión de la salud y la cuestión social. Así observamos las referencias a casos de urgencia y catástrofe, como lo fueron las inundaciones de inicios del año 2016 y el impacto de las mismas en las condiciones de vida de la población. En este sentido, Laura expone

> *Y el asunto de las inundaciones es lo más feo que pasamos, la última inundación grande, que fue en verano, que venían de allá abajo a pedirnos chapas, ropas, de todo y nosotros hicimos notas, de todo y nadie nos dio bolilla, lo único que pudimos conseguir fue ropa (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).*

Sólo en una ocasión una de las entrevistadas se refiere a una cuestión estructural vinculada a las imposibilidades socioeconómicas, puntualmente a la falta de alfabetización de una familia. María Ester, la médica pediatra señala al respecto *"(...) de lo social hace poco me desbordó una chica adolescente, que me comentó que vivía con el padre, con su primer hijo y era analfabeta, o sea cuando yo empiezo a charlar con ella, ella me dice que no terminó la escuela primaria" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).*

Encontramos, entonces, que los relatos construyen imágenes de los usuarios que resaltan aspectos variados. Fundamentalmente los modos de nombrar hacen énfasis en la condición de "paciente". Muchas veces la mirada parece acotarse a las faltantes, las ausencias, las carencias. Pero en ocasiones desde el relato de los entrevistados, se destacan aspectos positivos, autonomías y fundamentalmente se llegan a leer las condicionantes económicas, sociales y habitacionales que los usuarios encuentran en su cotidianeidad. Identifican, en algunas oportunidades, que esto coarta en muchas oportunidades la posibilidad de que las problemáticas sean abordadas por ellos mismos.

Capítulo V

Atención, Promoción, Prevención, Participación





Capítulo V

Atención, Promoción, Prevención, Participación

"(...) se hace lo que se puede, porque no tenemos movilidad, ni recursos, los talleres que estaba haciendo se me dificultó mucho sostenerlos, porque aparte uno se siente como desgastado de tener que mantener las cosas solo, porque no tenés con quien. Porque si va conmigo la enfermera, no podés y si va conmigo la pediatra no puede atender, no podés, entonces por ahí también se dificulta, la chicas están haciendo cuando pueden salen, pero no se puede mucho" (Entrevista Josefina; Psicóloga: 2016)

Apuntamos en este capítulo a dialogar con las concepciones y posiciones asumidas por los trabajadores del CAPS, poniendo el eje de la mirada en los modos en que las dimensiones de atención, prevención, promoción y participación atraviesan la configuración de sus prácticas. Dimensiones que, tal como explicitáramos en el marco teórico, son constitutivas de la APS.

En un primer apartado planteamos el desafío de reconstruir analíticamente la atención que se brinda desde el CAPS. Nos encontramos allí, que ante aquellas situaciones disruptivas de las prácticas cotidianas, aparecen dos grandes opciones de abordaje o de atención. Por un lado, aquellas situaciones que al no encontrar respuesta en alguna especialidad médica, son derivadas a otro profesional o en casos más extremos a otras instituciones. Por otro lado, identificamos aquellas situaciones que son leídas por fuera de la demanda de salud y se piensan como carencias sociales, valiéndose allí de fundamentos caritativos, benéficos, de la buena voluntad de los trabajadores o del llamado "carácter humano" para el abordaje de las mismas.

En un segundo apartado, nos abocamos a la tarea del análisis de las dimensiones de la prevención, promoción y participación (3P), identificando las posturas que prevalecen en el relato de los trabajadores.

Destacamos así tres posicionamientos que reconstruimos a modo de tipos ideales: aquellos que reconocen que no se realizan prácticas de prevención, promoción y participación; aquellos que sostienen que se realizan estas prácticas pero sin la frecuencia suficiente; y por último aquellos que señalan que se trabaja con las 3P en el marco de las atenciones en consultorio. En estas dimensiones analizamos las implicancias de cada una de ellas a la luz de los discursos de los entrevistados, aclarando que se trata de posicionamientos que en oportunidades se superponen y confluyen, por lo cual la diferenciación resulta meramente analítica.

Atención: Derivación o Filantrópico-caritativo

Nos preguntamos aquí por el perfil que asumen las configuraciones de las prácticas de atención de la demanda y la urgencia, pensamos que las mismas transcurren en ocasiones entre prácticas de derivación o en abordajes filantrópicos – caritativos.

Tal y como señalamos en apartados anteriores, podemos evidenciar que en la reconstrucción de las actividades que cotidianamente desempeñan los trabajadores del CAPS, hay una recuperación permanente de las tareas estrechamente vinculadas a la atención de la demanda, reflejada en su mayoría en la atención en consultorio. En el caso de los profesionales médicos la atención culmina, en muchas ocasiones, con el suministro o indicación de algún medicamento y recomendaciones de tratamiento o programación de un nuevo turno, solicitud de una interconsulta, o derivación para otra institución de salud de mayor complejidad.

Prácticas que se inscriben en la lógica de la demanda-atención en un servicio de salud, y que pueden ser interpeladas desde lo que supone la APS como acción que no debe circunscribirse *"a la atención médica, y menos aún, a la atención médica primaria o peor, atención por personal no calificado"* (Franco-Gallardo 2012: 84).

A la vez observamos que las prácticas de los trabajadores encargados de tareas administrativas, se traduce en la gestión de trámites sociales, turnos médicos con los especialistas del CAPS, o de requerirlo fuera de la institución.

Al analizar los discursos de los entrevistados podemos suponer que las prácticas de atención de la salud en el CAPS Kentenich se inscriben mayoritariamente en la perspectiva médica hegemónica. Dichas prácticas darían cuenta de una concepción acotada de la salud, circunscripta a lo meramente disciplinar, a la especialidad del consultorio, escindiéndose de aquellos aspectos que se consideran exceden a las problemáticas de salud, como lo son las condiciones de vida de la población usuaria, los recursos básicos como alimentación, vivienda, condiciones sanitas del contexto barrial, entre otras. Tal y como se podrá advertir, en el desarrollo del próximo apartado, estas posiciones encuentran diferenciaciones y matices.

En los casos en los que la complejidad propia de la situación excede las herramientas habituales de resolución de problemas, los trabajadores se encuentran ante la posibilidad de replantear sus acciones, sus prácticas. En este sentido, y en el marco del trabajo de campo, nos preguntamos y pedimos a los entrevistados que hicieran el esfuerzo de recuperar alguna situación que haya resultado, por alguna cuestión en particular, disruptiva, movilizadora, que se mostrase fuera de los marcos de los abordajes tradicionales.

Esta pregunta que en un principio parece aislada, y tal vez hasta desentona respecto a la línea de interrogantes que se vienen proponiendo en las entrevistas, arrojó respuestas que no hicieron más que despertar nuevos interrogantes.

Así, como se enunció en el capítulo anterior, en su mayoría los entrevistados trajeron a cuenta situaciones del orden de lo sanitario, vinculadas con problemas de emergencia médica, algunas heridas, traumatismos, problemas de salud mental. Pero también, y en este caso en menor medida, citaron y describieron pormenorizadamente situaciones, que a su modo de ver, respondían al orden de lo social. Tomaron entonces, problemas nutricionales, de analfabetismo, habitacionales e incluso vinculados a desastres climáticos, como las inundaciones que azotaron a la ciudad de Paraná a principios de 2016, que tuvieron graves consecuencias, tanto materiales como simbólicas, en la vida de los usuarios del centro de salud.

En estas problemáticas descriptas por los entrevistados, en las que recuperaron cuestiones que consideran han producido un quiebre en las prácticas cotidianas, que los interpelaron desde algún lugar y deja de cara a la posibilidad de repensar sus prácticas, evidenciamos *dos salidas* que se plantearon como dicotómicas y en muchas ocasiones únicas. Se trata por un lado de la *derivación,* a otro profesional del CAPS, o en el caso que la complejidad de la situación lo demande, a otra institución que a entender del profesional cuenta con herramientas y recursos para tal fin. Por otro lado, vemos aquellas situaciones cuyas respuestas se encuentran en abordajes vinculados a lógicas cercanas a la beneficencia o caridad, donde emerge el "carácter humano" de los trabajadores.

Respecto de las prácticas de derivación nos interesa plantear algunas interrogaciones: ¿la derivación puede ser leída como la manifestación de la imposibilidad de desplegar abordajes integrales, tanto desde cada una de las disciplinas, como desde la propia institución?, ¿es posible advertir aquí una lógica de fragmentación permeando las prácticas de los trabajadores?, lógica que encontraría sus fundamentos en una excesiva división del conocimiento y que presenta expresiones particulares en las profesiones, las políticas y las instituciones.

Encontramos en la *derivación* una discusión que propone repensar las concepciones especializadas y fragmentarias del conocimiento, propio de la distinción disciplinar. De Sousa Campos (2009) nos presenta el debate reconociendo dos posturas frente al tema, ubica a los equipos de salud entre la especialización y la polivalencia. Por un lado, aquellos que cuentan con posicionamientos críticos respecto a la especialización de las disciplinas, lo cuales señalan la existencia de un monopolio del saber y la consecuente fragmentación del proceso terapéutico. En tanto que, por otro lado, se identifica una tendencia a la perdida a la identidad profesional, en la que los especialistas se transforman en técnicos polivalentes.

De Sousa Campos sostiene, en esta línea, que se trata de apostar a que "Todos los profesionales involucrados en un mismo tipo de trabajo, con un determinado producto u objeto identificable pasaran a conformar una Unidad de Producción" (De Sousa Campos; 2009: 90).

Si bien, hoy en día la posibilidad de contar con profesionales e instituciones especializadas en abordajes de problemáticas, nos garantiza ciertos saberes y manejo especializado, esto plantea serias dificultades al momento de proponer coordinaciones o abordajes interdisciplinarios o interinstitucionales, tal y como fue trabajado en mayor profundidad en el capítulo anterior.

Respecto a los abordajes más cercanos a la lógica de la beneficencia encontramos aquí que las prácticas religiosas permean las prácticas de salud, en ocasiones de la mano de los representantes de Caritas, quienes como se señaló anteriormente controlan fuertemente las intervenciones en torno a la salud sexual y reproductiva.

Las prácticas, a su vez se hallan atravesadas fuertemente por las posturas y creencias de muchos de los trabajadores del CAPS y en este caso no sólo miramos las acciones llevadas adelante en lo relativo a salud sexual y reproductiva. Encontramos que ante situaciones que resultan extremas o desestructuran por carencias que identifican como vinculadas a lo "social", apelan

a cubrirlas dejando al usuario de salud en un lugar pasivo, muchas veces colocando recursos y movilidad propios de los trabajadores para cubrir lo que identifican como carencia.

Reconocemos en los discursos de los entrevistados, que la visión de la salud acotada a lo que refiere a lo clínico, a las atenciones médicas, imposibilita identificar la salud como un derecho que excede ampliamente la atención médica, y por consiguiente como deberes del Estado, y a los usuarios como sujetos activos con potenciales para abordar dichas necesidades.

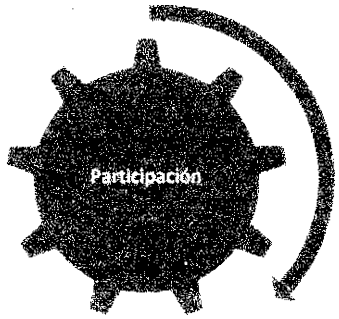
Apuestas políticas: Promoción, Prevención, Participación (3P)

Proponemos en este apartado pensar las dimensiones de promoción, prevención y participación de modo conjunto, articuladamente, pudiendo a partir de allí identificar las prácticas encaradas en dichos sentidos.

En relación a la APS y el desarrollo de acciones de prevención, promoción y participación, encontramos que la propuesta de *"Salud para Todos en el año 2000"* proponía apoyarse en cinco tácticas operacionales, en las que estas cobran central relevancia. Se trata de acciones que apuntan a: 1- Cobertura universal y prestaciones acordes a las necesidades; 2- Integrar los servicios de prevención, promoción, curación y rehabilitación; 3- Desarrollar servicios eficaces y culturalmente aceptables; 4- Apostar a la participación de las comunidades, y a que las mismas asuman responsabilidades; 5- Llevar adelante la acción sanitaria en vinculación con otros sectores de desarrollo (Franco-Giraldo; 2012).

Por lo antes señalado, entendemos que son prácticas que se retroalimentan y que emergen, según consideraciones de los trabajadores del CAPS como subordinadas a la atención de la urgencia y la demanda directa de los usuarios de los servicios de salud.

Comprendemos que la promoción, la prevención y la participación, al ser entendidas por los profesionales como subordinadas, también son leídas en ocasiones como cuestiones a abordar en los tiempos que "sobren", con los recursos y energías que queden disponibles luego de lo que suponen prioritario.



Entendemos que la estrategia de APS encuentra entre sus principios fundamentales la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la apuesta a la participación de la población usuaria.

Afirmamos, siguiendo a Franco- Giraldo (2012) que "Los procesos participativos, tienen un carácter político y son indispensables en el desarrollo de las políticas públicas, desde la construcción del problema hasta la evaluación de su impacto (...)" (Franco-Giraldo; 2012: 87). Este autor, reflexiona en relación a la apuesta por el fortalecimiento de procesos participativos, las prácticas de prevención y promoción en salud. De tal modo que al potenciar a las comunidades, las mismas podrían asumir el control de sus vidas, de su salud y de sus propias comunidades.

Valiéndonos de la propuesta de "tipos ideales" weberianos, construimos aquí una tipología[19] en la que identificamos, fundamentalmente, las principales

[19] Weber (1977) nos proponela construcción de un sistema de conceptos típico-ideales. En este sentido, el autor plantea que no es posible encontrar un tipo ideal puro. Parte, entonces, de

nociones que los trabajadores entrevistados plantean sobre las prácticas de prevención, participación y promoción. Estas tres posturas son: por un lado, aquella en la que se encuentran quienes sostienen que *no las realizan desde su rol* y que consideran que las mismas no se llevan adelante en el marco del CAPS. Una segunda postura que plantea que ese tipo de *prácticas se hacen esporádicamente.* Y finalmente una tercera postura, desde la que ubican el desarrollo de las prácticas de prevención, promoción y participación en el marco del *consultorio* o la *sala de espera.*

Podemos identificar que las argumentaciones que plantean los trabajadores respecto a estas tres posturas ideales identificadas en algunos casos son hibridas, hallando en un solo discurso más de un posicionamiento. Cabe aclarar que las mismas han sido propuestas con fines meramente analíticos.

Posturas sobre las prácticas de "Prevención, Promoción y Participación" (3P)

Postura 1: No Se hace 3P

Postura 2: Se hace 3P, pero poco

Postura 3: Se hace 3P en consultorio

considerar la realidad como una realidad infinita, allí la tarea del conocimiento sería ordenarla. En ese marco, el concepto de tipo ideal se constituye en un instrumento para unificar partes de esa realidad, las cuales son elegidas de modo contingente desde la base del interés particular del investigador.

1er postura: "No salgo, no salimos" o "No hay tiempo, no damos abasto"

En el caso de los profesionales que sostienen esta que identificamos como la primera postura, encontramos con que sus relatos justifican la imposibilidad de desarrollar prácticas de prevención, promoción y participación, aludiendo a la falta de tiempo disponible en el CAPS para estas cuestiones. Señalan que resulta imposible dejar de lado la atención del consultorio, en muchos casos plantean que la demanda resulta excesiva y que incluso no se logra cubrir.

Podemos entrever que las prácticas de atención de la demanda urgente insumen gran parte del tiempo que los profesionales destinan al CAPS. Señala una de las Psicólogas en consonancia a esto *"No, desde mi lugar de trabajo esa es la materia pendiente (...) tampoco nunca tuve tiempo para hacerlo, pero me parece que es el lugar específico para hacerlo, no me ha dado el tiempo, la cabeza, la demanda te chupa" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016).*

Es interesante reconocer, que en el fragmento de relato antes citado encontramos que la psicóloga logra identificar que el CAPS es el lugar propicio para desarrollar este tipo de prácticas. Habilita en su discurso un espacio de cierta criticidad sobre lo que se viene haciendo de modo natural y rutinario en el centro de salud. Sin embargo es de subrayar el reconocimiento de la profesional respecto de la condición de "materia pendiente" de las prácticas en cuestión, identificando con ello la relevancia que revisten las mismas.

En tanto que, seguidamente en el discursos hallamos justificaciones o argumentación del por qué desde el CAPS no se potencian ese tipo de prácticas, continúa Daniela *"tiene que ver con que hay profesionales o trabajadores específicos de terreno con los que no contamos, no solo porque los trabajadores o el centro de salud trabaje puertas para adentro y los profesionales trabajemos puertas para adentro"*. Identifica en esa línea, determinadas profesiones especializadas en la tarea, con las cuales no cuenta el centro de salud y sostiene *"sino también porque este lazo con la gente del trabajador social o del agente*

sanitario no existen, entonces como nosotros ofrecemos esto la gente se acostumbra a esto" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016).

Otras formas de argumentar la centralidad de las prácticas de atención de la demanda urgente, generalmente en consultorio, en detrimento de las prácticas de prevención, promoción y participación, remite a que las formas organizativas son las que disponen que sea de este modo. Como dejando entrever que la organización de las prácticas es inmutable, que las mismas no se pueden revisar, y que en última instancia responden a saberes hegemónicos que las habilitan.

Una de las enfermeras plantea en torno a sus prácticas cotidianas y refiriéndose específicamente a la prevención *"yo no lo hago, porque la clínica que viene lunes, miércoles y viernes actúa como si fuera una guardia o sea inyectables, o algún caso en particular lo vemos juntas, trabajamos en equipo, no tenemos otro personal para que haga campo" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

Podemos observar que aparecen expresiones de deseo por recuperar esos espacios vinculados a prevención, participación y promoción, a instaurarlos, a darles algún contenido, siempre luego de afirmar que en la actualidad no existen.

Una de las médicas pediatras sostiene al respecto *"A mí me gustaría que tuviera por ejemplo un día de poder salir a la comunidad, antes lo hacíamos, pero de pronto fue tanta la superpoblación, que dejar un día sin atender era preocupante" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).*

Continuando en esta línea, María Ester justifica la falta de iniciativa, destaca la falta de tiempo y fundamentalmente la falta de personal que pueda asumir la tarea *"por ahí no alcanza que no una sola pediatra vaya a resolver todos los problemas que pueda haber, necesitábamos por ahí la visión de dos y esto quedaba por ahí desatendido, entonces se nos complica la salida a la comunidad" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).*

Finalmente, cabe aclarar que al interior de esta postura encontramos que hay un reconocimiento de la inexistencia de acciones destinadas a trascender las prácticas de atención de la demanda en consultorio. Seguidamente los trabajadores exponen una serie de argumentos que recuperan desde las limitaciones temporales hasta la falta de recursos para realizar actividades. Otra cuestión que nos resulta de suma relevancia es que las prácticas parecieran estar institucionalizadas y legitimadas de este modo. La demanda de atención planifica el accionar cotidiano y lo que se piense por fuera carece de legitimidad y hasta parece injustificado dedicar una jornada de trabajo a la prevención, promoción y fomento de la participación.

2da postura: "Salimos sí, sí. Pero hace rato que no podemos"

Los discursos que refuerzan esta segunda postura son aquellos que destacan las prácticas de promoción, prevención y participación desarrolladas en el marco de esfuerzos y coordinaciones institucionales, aunque reconocen la discontinuidad de las mismas.

Representan verdaderos espacios de puesta en marcha de APS en todos sus elementos, encontramos allí declaraciones como *"todo el tiempo se está tratando, lo estuvimos trabajando mucho tiempo con el tema del dengue, charlando con las mamás, dándoles material informativo, nos donaron cajas con repelentes" (Entrevista a Flavia; Empleada Administrativa: 2016).*

Continuando con la exposición de las actividades desarrolladas, vemos que aparece un componente comunitario, cuando se plantean llegar a las familias con mayores dificultades de acceso al CAPS *"se reparte a la población a las mamás que venían se les daba, o llevamos a un par de casas de gente que sabemos que vive muy lejos, siempre se está tratando de trabajar con prevención, dentro de nuestras posibilidades" (Entrevista a Flavia; Empleada Administrativa: 2016).*

Sin embargo, ante esto que de primera mano parece una iniciativa significativa en lo que a prevención, promoción y participación respecta, encontramos que al preguntar la frecuencia con la que se desarrolla, la entrevistada advierte que se trata de una acción aislada, que se dio hace más de una año y que debería volver a hacerse y sostenerse con mayor frecuencia.

En esta línea, identificamos aquellos relatos que sostienen acciones emprendidas al respecto. Pero al momento de ahondar en detalles o frecuencia con las que se desarrollan las mismas, caen en el reconocimiento de que se trata de acciones que evalúan como insuficientes o aisladas.

Aportando a una lectura crítica de las prácticas y refiriéndose a la prevención, promoción y participación, señala una de las enfermeras del CAPS *"Muy poco se hace, muy poco porque no tenemos tiempo y no tenemos la asistente social ni el agente sanitario, todo eso va en eso también, que si nosotros tuviéramos aunque sea asistente social salimos" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).*

Al igual que en la primera postura vemos que luego de realizar un análisis de la insuficiencia de las prácticas, los trabajadores encuentran necesario argumentar y fundamentar las principales causas de incapacidad de acción.

En consonancia con la necesidad de revitalizar los espacios que hace tiempo no se sostienen, se plantean afirmaciones tales como *"acá se necesitan hacer charlas, para que las adolescentes sepan de prevención, las madres para los pediátricos, los adultos, por el tema de las vacunas" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).*

En algunos casos los entrevistados reconocen las carencias de la población usuaria, pudiendo hacer una lectura crítica de las limitaciones y las acciones que se podrían llevar adelante para potenciar el cuidado de la salud. Sostiene Laura en relación a lo señalado y destacando la centralidad de profundizar prácticas que generen concientización sobre cuestiones vinculada a la salud *" acá hay gente que*

viene y no sabe lo que es una vacuna, porque nunca se vacunó, no sabe ni leer, ni escribir" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).

Al interior de este tipo de posicionamiento identificamos que una de las formas de argumentar la discontinuidad en las prácticas de prevención, promoción y participación remite a que se las asocia a las incumbencias específicas de algunas disciplinas o profesiones, con las que en el último tiempo no cuenta el CASP.

Así Lucía, médica clínica del CAPS, asocia directamente las prácticas de prevención, promoción y participación a las actividades que se realizan extra muros y que son encaradas fundamentalmente por saberes propios de ciertas disciplinas, fundamentalmente el trabajo social. Encontramos que nuevamente se hace alusión a una propuesta de segmentación o fragmentación de los saberes y por ende de las incumbencias de las profesiones. Sostiene Lucía que *"estos últimos meses no, no hemos salido, pero dice que antes siempre, cuando había asistente social sí, por ahí van a ver alguna situación especial, van la enfermera en la moto, o va Victoria en el auto" (Entrevista a Lucía; Médica Clínica: 2016).*

En este segundo posicionamiento aparecen discursos que revalorizan lo que en algún momento se realizó al respecto, se trata de aquellos que al ahondar en la pregunta logran identificar que la frecuencia con las que se desarrollan las prácticas no resulta suficiente. Se aventuran incluso, en algunos casos, a pensar cuáles serían los mayores obstáculos y cuál sería el ideal respecto a estas prácticas.

3ra postura: "En el consultorio, con cada mamá"

Consignamos ahora aquellas posturas centradas fuertemente en los saberes y prácticas propias de cada especialidad. Encontramos aquí un anclaje en las prácticas realizadas en el marco del *consultorio*. Aquí, las lecturas de prevención,

promoción y participación se piensan de modo individual, apostando a que cada sujeto pueda hacer un efecto multiplicador en su medio.

Consideramos que existen aquí dos cuestiones a relevar. Por un lado, vemos el lugar de sujeto activo en el que en principio se ubica al usuario, confiando en que lo que se le indique o en el consultorio se replicara en espacios colectivos, ya sea en la sala de espera o en el contexto barrial. Aquí también podríamos leer la identificación de un sujeto, "la mamá", como única responsable y encargada del cuidado familiar, y por ello como sujeto al que se culpabiliza ante cualquier indicador de incumplimiento de estas normas de cuidado.

Encontramos en este punto un debate de gran vigencia en la actualidad, a partir del cual cabe analizar el lugar socialmente asignado a las mujeres y asumido por ellas en el seno del grupo familiar, como la encargada de las prácticas de reproducción social, educación y cuidados de los niños.

Aguirre (2005) sostiene en torno a los cuidados en salud a cargo de las mujeres que se trata de "desprivatizar" las problemáticas, de correrlas de la esfera privada y otorgarle vigencia entre los temas de interés público, para a partir de allí apostar a la integración en la agenda pública de los problemas sociales.

Cabe destacar, en la línea de lo planteado que "El campo de los cuidados como afecta más a las mujeres que a los hombres tiene dificultades en ser considerado como importante ya que las mujeres tienen menos poder en los espacios en que se detenta la representación institucional"(Aguirre; 2005: 9). Por ello, la autora sostiene que es preciso desarrollar acciones específicas que impulsen el debate sobre la socialización de los cuidados y apuntar a que las instituciones aumenten su implicación, a nivel central y territorial.

Se trata entonces, en la línea de lo propuesto por Eleonor Faur (2014), de jerarquizar el cuidado considerándolo un bien esencial, frente al cual el Estado debe diseñar políticas específicas, políticas de cuidado integral. Para encarar este

desafío resulta imperioso desandar la naturalización del maternalismo, que ubica a la mujer en el lugar de "cuidadora ideal".

A decir de la autora, la apuesta radica en analizar las prácticas desde una mirada sociológica, a partir de la cual comprender que la organización del cuidado infantil demanda políticas públicas corresponsables. En el marco de un mundo en el que los modelos de hombre proveedor y de mujer ama de casa de tiempo completo han caducado. Estos modelos revelan desigualdades, no solo en el reparto de las tareas, sino también de tipo socioeconómico para las mujeres de sectores empobrecidos, las cuales no cuentan con instituciones de cuidado para delegar la atención de sus hijos para así lograr acceder a un trabajo remunerado (Faur; 2014).

Podemos preguntarnos entonces ¿Cómo se piensa en este marco la participación?, ¿Qué se espera de los usuarios de salud?, ¿Se incluye la voz del otro o se trata de ubicarlo en un lugar de reproductor de prácticas disciplinadoras? ¿Cómo operan los estereotipos de género en estas expectativas?, ¿qué otras prácticas son posibles de ser pensadas desde el CAPS en la línea de desmaternalizar el cuidado y asumir el lugar del Estado como co-responsable del cuidado de la salud? Estas, entre otras tantas preguntas, nos movilizan las concepciones que los trabajadores muestran al respecto de los usuarios, y de cómo consideran debería ser la participación de estos en las prácticas de salud.

Al hablar de participación hacemos referencia a un término complejo, en el que podemos identificar distintas perspectivas. Cejas (2007) nos propone algunas: participación como fin o como medio, individual o colectiva, o situada en un momento específico de la política pública ya sea en el diseño, ejecución, monitoreo o evaluación. Encontramos distintos grados de relevancia de la participación, siendo el abanico de posibilidades desde una consulta a la toma efectiva de decisiones.

Una definición más precisa de lo que consideramos se trata la participación en salud la arroja Lamus (2001) cuando la define como "proceso en virtud del cual

los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a la salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario" (Lamus; 2001 en Cejas; 2007: 79).

Vemos entonces que algunas de las prácticas relevadas plantean el riesgo de reproducir la lógica fragmentadora, no solo de los sujetos y su medio social, sino también al interior del sujeto, por ello la prevención se otorga por especialidad, pediatría, clínica, odontología, y en consecuencia a medida que el sujeto se hace presente en el consultorio, mayoritariamente con una afección ya existente.

La salud es pensada en primera instancia como una responsabilidad individual, que el sujeto debe asumir también de modo individual. Encontramos aquí cierta cercanía a la ideología que nutría las políticas neoliberales de los años noventa, tal y como especificamos en el capítulo II.

Respecto a las prácticas que exceden la atención de la urgencia o la demanda clínica, entre las frases más resonantes que se enuncian al interior de esta postura encontramos *"No se puede, no hay tiempo, los otros tampoco tienen tiempo, no hay lugar"*. Estos son algunos de los motivos que imposibilitan, según los entrevistados, las prácticas colectivas, interdisciplinarias. Señala una de las enfermeras del CAPS *"Se les habla solamente a las mamás, porque no podemos ir a darles el curso a la comisión, la pediatra les habla por su parte, es todo individual, acá cuando se vienen a hacer atender, porque ellas nunca tienen tiempo" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).*

En numerosas oportunidades se identifica que las prácticas de prevención y promoción sólo tienen lugar al interior de los consultorios. Una de las trabajadoras, encargada de llevar adelante tareas administrativas sostiene en torno a la prevención que *"algo de prevención por ejemplo con la ginecóloga, de embarazos, después otra sería la enfermera con las vacunas y todo eso, que ellas están continuamente machacándoles y persiguiendo a las chicas que traigan los chicos a control y todo eso" (Entrevista a Paola; Empleada Administrativa: 2016).*

Nuevamente, vemos en este relato que las responsables por excelencia de lo que refiere a los cuidados y atenciones de los niños son las madres, ellas son sujetos a los que hay que concientizar e inculcar las normas y pautas de cuidado en lo que respecta a lo sanitario.

Podemos evidenciar claramente que las prácticas de prevención se realizan *puertas adentro*, en la medida de lo que se puede y con los recursos que se dispone. En tanto que, para los trabajadores, pensar esas prácticas por *fuera* de los muros del CAPS se encuentra coartado, ya que no depende de la voluntad del personal, sino de la falta de recursos y tiempos.

Sostiene Mariana, enfermera del CAPS, *"Nosotros más abarcativamente lo que hacemos es prevención acá y salir estaría bueno como prevención, pero no tenemos la cantidad suficiente de recursos humanos para poder salir, para hacer abordajes más que nada" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

Otro de los factores que imposibilita sostener prácticas de prevención, promoción y participación es la falta de saberes especializados en la cuestión comunitaria *"estaría bueno tener una asistente social para que pueda ser más abarcativa y focalizar algunos casos particulares que por ahí, pero como la falta de recursos humanos es..., escasea, por ahí queda como medio truncado el abordaje" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016)*

Andrea sostiene *"Haciendo la prevención sí, de qué modo, desde mi punto de vista en mi consultorio a través de la planificación familiar, hacemos no únicamente para que no queden embarazadas, sino que también todo lo que es enfermedades de transmisión sexual" (Entrevista a Andrea; Médica Ginecóloga: 2016).*

En algunos casos la prevención se asocia de modo más lineal a la ejecución directa de ciertas prácticas como la aplicación de vacunación. Si bien la vacunación puede ser pensada como práctica preventiva, la misma es un

momento, luego se debe avanzar apostando a la concientización de lo que implica el cuidado de la salud.

En el sentido de lo anteriormente señalado, sostiene una de las médicas clínicas del CAPS *"Acá trabajamos prevención por ejemplo con vacunación. Sé que afuera no han hecho nada, ahora por ejemplo no han salido por el tema de la ambulancia, no tenemos ambulancia y cuando la pedís nunca pueden" (Entrevista a Lucía; Médica Clínica: 2016).* En el relato identificamos que la responsabilidad de "salir", es decir de llevar adelante la tarea de prevención, promoción y apuesta a la participación, se piensa por fuera de su radio de responsabilidades, la médica señala que otros no salieron y explica los motivos.

Se deja entrever en los discursos de este posicionamiento que los profesionales piensan las prácticas de prevención no solo con destinos individuales, sino que también como surgidas de prácticas individuales. En relación a ello sostiene una de las médicas del CAPS *"Yo desde mi consultorio si, con estas medidas o también prevención que se hace de accidentes, adicciones, tabaquismo, en consultorio lo hago individualmente con cada paciente, trato de que eso individual llegue cuando charlan ellas en conjunto, que sea multiplicador" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).*

Finalmente, María Ester reconoce que si bien no es lo ideal, la *práctica individual*es la única modalidad que encuentra en las condiciones actuales de hacer prevención, promoción y en cierto modo de apelar a la participación. Así como la consideración de los usuarios de los servicios de salud, como sujetos activos, capaces de multiplicar con otros las experiencias y aprendizajes vinculados al cuidado de la salud.

Para concluir con esta tipificación, analítica, vemos que se trata de posturas que se plantean de modo hibrido, interrelacionadas, y que en líneas generales dan cuenta de las prioridades en las prácticas cotidianas.

Encontramos en los discursos claras argumentaciones de lo que no se puede, de por qué no se puede, de lo que en algunos casos desearían que fuera. Pero más claramente, identificamos que se reproducen principios individualizantes y prácticas más directas sobre la demanda.

Las apuestas parecerían estar en la línea de superar obstáculos que se encuentran por fuera de sus responsabilidades. Si bien hay una expresión de deseo en algunos casos de superar obstáculos, identificamos que no hay un cuestionamiento del accionar actual.

Capítulo VI:

Concepciones de salud:

Evaluación, apuestas y estrategias



Capítulo VI:

Concepciones de salud: Evaluación, apuestas y estrategias.

"Es indudable que la mayor parte de los comportamientos humanos se llevan a cabo en el interior de espacios de juego; dicho lo cual, el principio de esos comportamientos no consiste en una intención estratégica como la que postula la teoría de los juegos. Dicho de otro modo, los agentes sociales tienen "estrategias" que muy pocas veces se fundamentan en una verdadera intención estratégica."
(Bourdieu; 1999: 147).

En este capítulo final, nos proponemos mirar las concepciones de los trabajadores del CAPS en torno a cuestiones como la salud, sus prácticas cotidianas, desafíos y apuestas. Consideramos que estas problematizaciones nos posibilitaron anudar muchos interrogantes que atravesaron a los capítulos previos. Recuperar estas nociones, a la luz de los aportes teóricos propuestos por Bourdieu, es tarea central, considerando que a partir de ellas se puede explicar y analizar cómo se habilita un tipo de práctica particular.

En un primer momento, tomamos conceptualizaciones que los entrevistados nos ofrecen sobre lo que conciben como "la salud", cómo se encuentra la misma y cómo podría estar mejor. Los trabajadores recuperan aquí aspectos vinculados al sistema salud, a las políticas públicas del sector, a los actores intervinientes en el espacio institucional, a las prácticas y costumbres de los usuarios respecto a la salud, entre otras cuestiones.

Seguidamente, analizamos la evaluación que los trabajadores realizan de sus prácticas cotidianas. Intentamos vislumbrar allí qué cuestiones identifican como principales obstáculos, y qué movilizan los mismos, cuáles son las apuestas

que motorizan las acciones de los entrevistados relativas a lo institucional y laboral.

Finalmente, abrimos un apartado en el que ponemos en tensión lo expuesto hasta el momento con la noción de estrategia de APS, entendiendo que se trata de una cuestión que atraviesa al análisis del objeto de investigación propuesto. Nos preguntamos cómo se piensan las estrategias desde el espacio institucional, e intentamos establecer algunas tensiones con lo expuesto desde los marcos de Atención Primaria de la Salud.

¿Qué es y cómo está la salud? Perspectiva de los trabajadores del CAPS

La pregunta en torno a qué consideran es "la salud", disparó respuestas en direcciones diferentes. Por un lado, encontramos respuestas que retomaban las falencias de lo que consideran el sistema de salud[20], otros hicieron referencia a las políticas de salud, en tanto que algunos entrevistados se ocuparon de analizar las prácticas de salud de los usuarios.

En la primera línea de respuestas lo que consideramos como "sistema salud", justamente propone una visión de la salud como estructura, en la que existen innumerables piezas que la comprenden. Pensar "la salud" de este modo implica dos cuestiones, por un lado que son múltiples los factores que condicionan la salud y por ello pensar en qué es y cómo está la salud se constituye en una tarea compleja. Por otro lado, encontramos que al momento de conceptualizar la salud y evaluar el estado de la misma, los entrevistados se ubican por fuera de este "sistema salud", poniendo las responsabilidades en otras partes de la estructura.

[20] Mayoritariamente los entrevistados respondieron frente a la pregunta por el estado de la salud y de la APS, homologando a las mismas con el "sistema de salud". Entendiendo que el mismo refiere a las instituciones, políticas y decisiones desarrolladas por el Estado Nacional, Provincial o Municipal.

En su mayoría los trabajadores sostienen que la salud está mal, que las políticas no alcanzan, que los recursos no llegan, o que si lo hacen es a destiempo, que las demandas crecen al punto de desbordar las posibilidades de respuesta institucional o que los usuarios no cuidan la salud.

Una de las enfermeras del CAPS, sostiene desde su labor cotidiana que el sistema presenta claros déficit. Explica así sobre la salud que *"está muy mala, quieren hacer una prevención, lo mismo de la gripe, hacen campañas de prevención, cuando hay faltantes de vacunas, largan una campaña, vos las has visto y no cubren las necesidades de la población" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

Como señalamos anteriormente, en los discursos de los entrevistados podemos evidenciar que grafican a la salud como un sistema y ellos se dibujan por fuera, sostienen que el sistema condiciona sus prácticas, que las limita, que las clausura, así las fallas están por fuera de los trabajadores, en ese sistema que comprende al Estado, pero también a la comunidad y a sus organizaciones.

En la línea de lo antes expuesto Norma sostiene *"La salud está cada vez peor, se habla mucho, pero se actúa poco, porque se da en el informativo que a la salud hay que darle mucho auge, en la parte económica, social, pero hay mucha carencia" (Entrevista a Norma; Empleada Administrativa: 2016).* Continuando con el relato, la entrevistada manifiesta que la carencia se ubica, por un lado en el plano de las políticas, los recursos, y por otro lado y no menos importante, en las condiciones de vida de los usuarios de los servicios de salud.

Pensando la salud de modo más amplio, una de las enfermeras del CAPS sostiene sobre el sistema salud pública de la ciudad de Paraná *"tenemos dos hospitales desbordados por una situación carente de cosas que no te mandan, la municipalidad no te manda, la nación tampoco, y así. No digo que acá por ser municipal sea así, lo veo en la provincia también" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016)*

Muchos de los trabajadores entrevistados destacan, al momento de conceptualizar la salud, la potencialidad de la incorporación de algunas políticas públicas particulares, como el Plan SUMAR y el Programa REMEDIAR.

Puntualmente, una de las entrevistadas con una mirada de proceso de las políticas de salud destacó la relevancia y el impacto positivo de la incorporación de políticas como SUMAR y el REMEDIAR en materia de salud. Sostiene, en ese sentido, *"Creo que la atención primaria de la salud ha mejorado muchísimo planes como el REMEDIAR o el SUMAR han colaborado mucho, para que la atención primaria sea distinta"*. Continúa explicando el impacto en los casos concretos *"para que una mamá pueda acceder a un medicamento y a un profesional cuando el nene tiene una gripe y no cuando llega al hospital con una pulmonía o los controles periódicos de salud de niño sano" (Entrevista a Flavia, Empleada Administrativa: 2016).*

Otra manera de poner en relieve las implicancias de la ejecución de programas como REMEDIAR es considerar las dificultades de accesibilidad económica que la población usuaria del CAPS tiene a la medicación por sus propios medios. Así una de las enfermeras reconoce *"la gente cada vez tiene menos plata para ir a comprar antibióticos o cosas específicas y no hay otra cosa que la reemplace, lo tenés que comprar. REMEDIAR es bárbaro, pero a veces no suficiente para tantas cosas que hacen falta" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

En algunos casos, la salud es homologada a una cuestión individual, a la historia clínica que cada usuario de la salud tiene consigo. Entonces las miradas apuntan a analizar las prácticas de los usuarios, las condiciones de vida, las expectativas que depositan y lo que demandan al CAPS. Sostienen así que *"la gente está bien atendida, me parece que es muy cómoda también, porque por ahí vienen y no es tan necesario, la gente que menos necesita viene, está bien que es para todo el mundo, pero esa gente por ahí ya se abusa" (Entrevista a Paola; Empleada Administrativa: 2016).*

Mariana, una de las enfermeras sostiene en torno a la salud de los usuarios *"la veo mal en ese sentido en que nadie se cuida, o sea, hay gente que se cuida y hay gente que llega a lo último"*. Señala que los "pacientes" no respetan las indicaciones de cuidado según los diagnósticos que presentan explica que *"no tiene la conciencia de su estado de salud, por eso lo veo mal, porque diagnostica alguien algo y por lo general no se cuidan ellos, y no te estoy hablando de nivel educativo, es transgeneracional, culturalmente así, económicamente así" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

En la línea de lo expuesto anteriormente, una de las médicas clínicas del CAPS observa en torno a los usuarios que *"la salud pienso que no se los ve saludables, la gente llega cada vez peor acá, prevención hacemos hasta donde se ve, pero en los profesionales mismos notás que vemos cada vez más pacientes en el Centro de Salud" (Entrevista a Lucía; Médica Clínica: 2016).*

Estos discursos parecerían ser portadores de modalidades de culpabilización de los usuarios, de responzabilización de sus inacciones, en los que las condiciones de vida operan en el plano de la justificación de las imposibilidades. Los trabajadores que ubican a los usuarios en este lugar, sostienen que los mismos no asumen las responsabilidades por su salud o la de su grupo familiar, sin considerar la complejidad que revisten las situaciones particulares de aquellos que asisten al CAPS.

En dichos discursos, parecería quedar de lado el posicionamiento que propone concebir a la salud como derecho, aquel que plantea "(...) un enfoque de servicios de salud (...), centrado en los derechos humanos y en la necesidad de sistemas de salud fuertes" (Franco-Giraldo; 2012: 87). Esto demandaría, a decir de este autor, que se implementen estrategias complementarias, que permitan enfrentar aquellos determinantes sociales que amenazan a la salud, considerando las realidades sociales concretas.

Algunos de los entrevistados ubican la responsabilidad de modo total en los usuarios, fundamentalmente cuando se trata de determinados sectores, como

vimos en capítulos anteriores el lugar que se les asigna a las madres implica un depósito de responsabilidades del grupo familiar. En tanto que en el caso de los jóvenes la mirada es igualmente cargada de responsabilización y hasta se los culpabiliza. Expresa una de las trabajadoras del CAPS *"el paciente mientras más joven es más complicado, cuando son jóvenes tienen algunas cuestiones sin resolver, antes no veías tantos preadolescentes con crisis histérica, ataques de pánico, trastornos poco frecuentes, hoy sí, hay más obesos, hipertensos, diabéticos, hipotiroidismo, desorden metabólico" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

En la línea de lo anteriormente planteado, vemos como además de una responsabilización directa del sujeto, la tarea de prevención es enunciada como una carga. Sostiene una de las enfermeras del CAPS *"tenés que salir a la calle a decir "No comas con sal", qué se come y qué no, parece que es moneda corriente, "Sí, ya sé" te dicen, pero cuando le preguntás qué tienen que comer no lo sabe" (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).* Inmediatamente en la explicación, al verse interpelada en su tarea de prevención declara *"la prevención, no sé si falla, nosotros tampoco salimos, pero es como que no hay recurso humano para que salga, lo que pasa es que la demanda llega también, no es que no llega, estamos desbordados mucho (Entrevista a Mariana; Enfermera: 2016).*

Algunas lecturas de los trabajadores sobre los usuarios destacan aspectos de faltantes que exceden a las atenciones médicas hegemónicas[21], dichas carencias resultan, según sus apreciaciones, imposibles de cubrir. Sostiene una de las entrevistadas *"vienen a nosotros muchas personas, muchas familias, es muestra de que hay una carencia de la parte humana, nos cuentan sus problemas, lamentablemente nosotros no podemos hacer nada, podemos darle la atención del profesional, pero lamentablemente no podemos hacer más" (Entrevista a Norma; Empleada Administrativa: 2016).*

[21] Tal como desarrollamos en el Capítulo II.

Otras visiones en cambio, destacan la relevancia de considerar las condiciones de los usuarios y potenciar sus capacidades de cuidado de la salud *"debería ser inseparable, la parte humana, un paciente no es un número, es una persona, tiene una realidad atrás, muchas veces no es igual a la nuestra, no podemos dar nada por sentado, no podemos suponer que el otro sabe" (Entrevista a Josefina; Psicóloga: 2016).* Si bien las políticas, las instituciones y los propios usuarios de salud presentan limitaciones, está claro que eso lejos de inmovilizar habilita movimiento, preguntas, estrategias.

¿Y nuestras prácticas? Evaluación desde la perspectiva de los trabajadores

En primera instancia, consideramos pertinente explicitar que recuperamos las apreciaciones de los trabajadores en torno a sus propias prácticas, entendiéndolas en diálogo con todos los elementos que hemos analizado hasta aquí. Es por ello, que tomamos la propuesta de *configuración* de las prácticas planteada por Elias (1991) cuando sostiene que las configuraciones sociales de las mismas no se dan de modo atómico, sino más bien en diálogo permanente entre el individuo y la sociedad.

Bourdieu nos propone reconstruir las prácticas destacando la centralidad de considerar el habitus, comprendiéndolo como la historia hecha cuerpo (Gutiérrez; 2005). Este autor sostiene al respecto que "El *habitus* es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas" (Bourdieu; 1999: 19). A decir de este autor, los habitus son generadores de prácticas distintas y distintivas, pero también son esquemas clasificatorios, que diferencian lo que está bien y lo que está mal.

En la línea de lo antes señalado, Bourdieu expone que es necesario entender el sentido práctico, el sentido del juego social, para explicar y comprender las prácticas. Plantea el autor, en esta línea

> Los sujetos son en realidad agentes actuantes y conscientes dotados de un sentido práctico (...), sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (...), de estructuras cognitivas duraderas (...) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada (Bourdieu; 1999: 40).

Considerando lo antes expuesto, entendemos que es relevante identificar cómo evalúan sus prácticas los trabajadores del CAPS. Encontramos entonces que sostienen que están conformes con el desarrollo de las mimas, que pese a las adversidades del contexto, los usuarios, los recursos, se hace *lo mejor posible*.

Así sostiene el odontólogo del CAPS *"yo particularmente trato de dar más que una atención primaria, siempre, no quedarme solo en la atención primaria. Una muelita de juicio que tengamos que extraer se tiene que mandar al hospital, pero con lo que tengo acá puedo hacerlo" (Entrevista a Sebastián; Odontólogo: 2016)*. Deja en claro que los esfuerzos respecto de la complejización de las prácticas se realizan en lo que a la concepción hegemónica de salud refiere.

Muchos de los entrevistados ubican a su función en el marco de la APS como una instancia previa a otras que revisten mayores complejidades. Algunos proponen que es necesario trascender esos límites y brindar servicios según los requerimientos de los usuarios, tal y como evidenciamos en el relato de Sebastián.

Por otro lado, otros utilizan esa descripción de APS como puerta de entrada al sistema de salud para repensar sus propias prácticas. Así una de las psicólogas del CAPS reflexiona al respecto *"yo pienso la atención primaria como lo que está antes de estar en tratamiento, y yo siento que eso es lo que no he hecho, es como que mi trabajo es cuando la persona ya tiene un sufrimiento" (Entrevista a Daniela; Psicóloga: 2016)*.

En consonancia con lo planteado por Daniela, encontramos otros profesionales, que destacan la relevancia de los abordajes más allá de lo que identifican como clínico. Sostiene María Ester que

> *en muchos casos estamos llegando tarde, la salud va con una salud psicológica también, con una salud social, no es una salud solo desde el punto de vista de la enfermedad, o sea que yo no soy solo un cuerpo, sino que tengo una psicología que cuidar,*

tengo una sociedad en la cual tengo que ver qué es lo que está pasando (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).

Otras lecturas y evaluaciones de las prácticas enfatizan las acciones encaradas desde el CAPS. Así señala una de las enfermeras del Centro de Salud que *"Acá se les brinda y se les da lo mejor posible, viene una mamá o un papá, sea la persona que sea y yo veo que anda enferma y que viene solamente para tomarse la presión, yo los mando a que saquen turno y los vea un profesional" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).*

Puntualmente, las pediatras subrayan la relevancia de construir en sus prácticas cotidianas vínculos con los usuarios, a partir de los cuales lograr mayor cercanía *"Entonces yo creo que nosotros podemos llegar como pediatras a una población bastante heterogénea diríamos porque por ahí tenemos muchas mamás que fueron pacientes nuestras y ahora son mamás" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).* Según sostiene una de las entrevistadas estos vínculos con los usuarios permitirían lograr

si nosotros hacemos un buen vínculo podemos lograr algo, no sólo con lo que es el centro de salud, sino con la parte económica, la parte social, la parte psicológica, solos no vamos a hacer nada, es todo un conjunto de cosas (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).

Finalmente, hallamos que algunos entrevistados plantean la necesidad de apostar a prácticas más integradoras, no solo en lo que al accionar de los profesionales refiere, sino en lo relativo a la direccionalidad de las acciones y políticas *"puedo trabajar desde mi consultorio, trabajar ahí, pero si no tengo alguien que apoye la lactancia materna, le están dando la caja de leche, tengo que luchar con una cultura instalada, es muy difícil, tendría que ser mucho más integradora" (Entrevista a María Ester; Médica Pediatra: 2016).*

Algunas evaluaciones de las prácticas se realizan desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud, así advierte una de las encargadas de las tareas administrativas *"yo creo que dentro de nuestra posibilidades se está haciendo un muy buen trabajo, los pacientes se van contentos, los pacientes se sienten contenidos, vos te das cuenta cuando por ahí han venido mamás a*

contarnos a nosotros situaciones complicadas" (Entrevista a Flavia; Empleada Administrativa: 2016).

Por otro lado, encontramos posturas que consideran que las prácticas podrían ser diferentes, y que en esa línea sostienen los principales obstáculos. Los planteos de dificultades son variados y van desde ausencia de recursos, capacitaciones, profesionales, hasta espacio físico y mobiliario.

En los discursos de una de las administrativas observamos que se ubica por fuera del equipo de salud, parece hacer referencia directa a las prácticas de los profesionales y especialistas en salud. Esta entrevistada destaca la ausencia de recursos materiales y cómo esto impide que las prácticas se desarrollen *"Y la verdad que los atienden a todos muy bien, faltan por ahí cosas, por ejemplo el odontólogo hace meses que no recibe prótesis, él hace moldes para las prótesis y desde la gestión anterior no mandan prótesis nuevas" (Entrevista a Paola; Empleada Administrativa: 2016).*

La falta de capacitaciones es también un factor común en las evaluaciones que los entrevistados realizan sobre sus prácticas cotidianas. Cruzan a la vez esta ausencia con la imposibilidad de planificación que se les presenta a raíz del espacio físico. Sostiene una de las enfermeras del CAPS *"Estamos bien, pero falta las capacitaciones, y que vaya la gente, que se capacite la gente, pero ya te digo el espacio falta, y conseguir que la comisión vecinal te dé un lugar más, no tenemos lugar" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016).*

En una evaluación a nivel institucional recuperan la falta de profesionales que aborden aspectos que se consideran exceden a las pertinencias de los trabajadores con los que cuenta el CAPS. Encontramos aquí que la visión hegemónica de la salud acota lo que consideran por fuera de la salud y lo deja en manos de ciertas profesiones o saberes. Sostiene una de las trabajadoras *"bien estamos, nos hacen falta muchos profesionales que estamos pidiendo, tenemos ausencia del profesional que hace la asistencia básica de la salud, por ejemplo asistente social, agente sanitario, no tenemos cosas elementales para tener la*

salud un poco más completa" (Entrevista a Norma; Empleada Administrativa: 2016).

Las demandas por el espacio físico son las más resonantes en el CAPS, las imposibilidades de atenciones, articulaciones y conflictos que se generan a partir de la escasez de espacio lo convierte en la principal urgencia a resolver. Una de las trabajadoras destaca *"Para mí está bien, nos falta espacio, es muy chico esto, la farmacia es un pasillo, psicología es un cubículo, hay millones de porquerías que yo las tiraría si no sirven, hay sillas rotas que no se pueden tirar, cachivaches" (Entrevista a Noelia; Kinesióloga: 2016).*

Tal y como desarrollamos con mayor detalle en el capítulo III, observamos que los entrevistados resaltan las complicaciones que genera el espacio físico. Analizan que muchos de los faltantes que obstaculizan las prácticas no pueden siquiera gestionarse debido a la limitación del espacio físico. Señala así una de las psicólogas del CAPS en relación a la evaluación de las prácticas *"perfectos no, siempre se puede mejorar, la parte edilicia, por la cantidad de atenciones que se hacen por la cantidad de profesionales que somos requeriríamos de un lugar más amplio en general, para la comodidad de los pacientes" (Entrevista a Josefina; Psicóloga: 2016).*

Son pocos los entrevistados que logran trascender los obstáculos y proponer acciones que habiliten prácticas superadoras.

> *Yo creo que acá se trabaja muy bien, con lo que tenemos. Siempre se podría estar mejor. Por ahí se podrían hacer reuniones o encuentros donde todos podamos ir viendo por ejemplo las estadísticas de atención y poder ir comparando si disminuyó el número de pacientes de una especialidad o de otra y pensar por qué, qué pasó en el medio, cómo se puede mejorar algo, pensar el número como un indicio y ver qué está bien y qué se puede mejorar (Entrevista a Sebastián; Odontólogo: 2016).*

Observamos en la reflexión de este trabajador, que si bien logra repensar las prácticas, sigue atado a los marcos esbozados por el modelo médico hegemónico. Es decir, los espacios propuestos de encuentro y reflexión colectiva deberían mirar las estadísticas y números de atenciones realizadas en consultorio y a partir de dicha lectura evaluarían qué cuestiones se deben modificar, cuáles

están siendo correctamente desarrolladas, dejando por fuera todas aquellas situaciones o casos que excedan el dato cuantitativo. Encontramos nuevamente que prácticas como la prevención, promoción y búsqueda de fomento de la participación quedan relegadas en un segundo plano respecto de la atención de la urgencia.

Retomando la propuesta de Bourdieu, podemos pensar las prácticas detalladas hasta aquí en términos de estrategia. Sostiene Bourdieu, en esta línea, "(...) los agentes sociales tienen "estrategias" que muy pocas veces se fundamentan en una verdadera intención estratégica" (Bourdieu; 1999: 147). Señala el autor, que no necesariamente el agente social es consciente de estos mecanismos, no necesariamente se trata de una intención estratégica.

Por ello, en el próximo apartado nos damos la tarea de poner en evidencia aquellos obstáculos, límites o restricciones que constriñen el desarrollo de las prácticas y las estrategias que se despliegan en ese sentido.

Entre lo que no me permite y lo que quiero. Apuestas y estrategias frente al "sistema de salud"

Los desafíos y apuestas que exponen los trabajadores del CAPS fueron relevados de modo conjunto considerando que van de la mano, es decir que la presencia de los primeros, moviliza a las segundas.

Lo novedoso en este punto, es que los desafíos en la mayoría de los casos se ubicaron del lado de las cuestiones que se relevaban como atadas a falencias o faltantes externos a las prácticas y que además entorpecían las mismas. Encontramos así entre los más recurrentes aportes vinculados a las escasas dimensiones del edificio, la llegada a destiempo o en menores cantidades de los recursos provenientes de las políticas, incumplimiento de promesas de políticos, demandas de usuarios que no pueden ser abordadas debido a la falta de

aparatología o insumos necesarios, y la falta de fluidez de la llegada de recursos de parte de instituciones de la sociedad civil como Caritas o la Comisión Vecinal.

Por ello, el desafío de mejorar las prácticas, la calidad de la atención, o en ocasiones elevar la complejidad de los servicios prestados se ven inmediatamente obstaculizados por los faltantes. Sostiene una de las trabajadoras del CAPS en torno a las apuestas *"a mejorar el espacio físico siempre apostamos, a mejorar la calidad de atención a los pacientes, siempre, sé que Victoria estaba hablando con la gente de Caritas por el espacio, y la municipalidad tratando de ver la manera de agrandar" (Entrevista a Flavia; Empleada Administrativa: 2016).*

Pese a que la pregunta se propone abierta, para poder relevar aspectos relacionados con las prácticas, la reflexión de los entrevistados se propone en el plano de los faltantes externos, en su mayoría materiales. Es decir, parecería no haber una apertura a la pregunta de ¿Cómo se están desarrollando las prácticas?, ¿Qué cuestiones están priorizando como equipo de trabajo?, ¿Cuánto tiempo o qué actividades se destinan a la prevención, promoción y atención de la emergencia?, ¿La participación aparece en la institución como una verdadera propuesta que pretende incluir la voz y el saber de los usuarios y organizaciones territoriales?, estos y otros interrogantes no encontraron respuestas, ni dieron lugar a reflexiones en el marco de lo expuesto por los entrevistados.

En tanto que, en consonancia con los desafíos identificados anteriormente, las apuestas giraban con propuestas en el marco de los *"deseos"*, de aquello que brindaría condiciones ideales para continuar las prácticas en la línea de lo que se viene trabajando hasta la actualidad, pero con más espacio, más recursos, más insumos. En síntesis, más respuestas a la demanda de atención de la emergencia. Siempre pensando en la permeabilidad que tiene la práctica respecto de la lógica "demanda-respuesta".

Con esto queremos señalar que al momento de pensar los obstáculos escuchamos frases del orden de *"necesitamos más espacios porque es tanta la demanda que tenemos y la gente espera afuera, porque en el pasillo no hay lugar,*

y cuando van al odontólogo, el odontólogo tampoco tiene mucho lugar, y los hace esperar afuera y hace mucho frio" (Entrevista a Laura; Enfermera: 2016), o en la misma línea *"tener más espacio, más consultorios"*, *"que manden los remedios que necesitamos y en el tiempo que los necesitamos"*. Se deja en claro con ello que lo que requiere modificarse, lo que molesta, lo que hace ruido es la faltante material, exceptuando esto pareciera entonces que las prácticas están desarrollándose sin fisuras, sin problemas.

Los obstáculos identificados en las prácticas, de la evaluación que realizan los propios trabajadores, nos permiten comprender cuáles son las dificultades que los trabajadores experimentan cotidianamente en su espacio de trabajo. Vislumbramos allí cómo se posicionan frente a los mismos, aparece lo que identificamos como apuestas.

Un punto de interés resulta de lo planteado en el apartado anterior, en el que los entrevistados reconocen que la salud es un sistema, en el que existen múltiples actores, elementos y recursos que lo integran. Lo relevante es observar el lugar en el que los trabajadores se ubican, generalmente por fuera de dicho sistema, con lo cual las dificultades, las fallas de ese sistema, no dependen de su accionar. Nos enfocamos, en esta línea, en la importancia de pensar la práctica no como algo del orden de la reproducción acrítica, sino como un planteo situado en el que me pregunto en función de lo que sucede, de lo que tengo, de la red de relaciones y de un conjunto de actores que hacen a la situación en cuestión.

Del apartado anterior inferimos las dificultades de repensar las prácticas, la necesidad de repreguntar al cotidiano, de extrañarse respecto de aquello que parece no tener fisuras, no tener problemas y que es más, de no funcionar como se viene haciendo hasta el momento no hay posibilidad de sostenimiento institucional.

Testa (1995) es uno de los autores encargados de trabajar la noción de estrategia. Este autor nos invita a pensar dicha noción en el plano de la salud. Sostiene que la estrategia nos permite superar obstáculos que se oponen al logro

de determinado objetivo, es una forma de ponerse en situación para llegar a una meta determinada.

Entendemos, siguiendo los aportes expuestos por Testa, que la estrategia nos permite ganar tiempo y espacio, estableciendo condiciones que favorezcan a nuestro desempeño. En palabras de Baufre, uno de los referentes más reconocidos de la noción de estrategia nos propone pensarla como una maniobra destinada a ganar libertad de acción (Baufre en Testa; 1995).

Consideramos que la salud es un campo complejo, en el que los actores, saberes, intereses y recursos se relacionan en permanente tensión. Es esta complejidad la que demanda actuar de modo estratégico, la que nos llevaría a repensar aquellas situaciones que cuestionan el cotidiano, disparando en este caso, tal como veníamos observando, respuestas dicotómicas, del orden de la derivación del problema o de abordaje mediante lógicas más cercanas a la beneficencia.

Cabe destacar que si bien los obstáculos son identificados encontramos acciones de los trabajadores que podrían reconocerse como estratégicas, ya sea con el problema de la multiplicidad de actores, los recursos e insumos, el espacio físico, entre otras cuestiones.

En el caso de los obstáculos que se presenten por la multiplicidad de actores, encontramos que algunos de ellos cuentan con capacidad de imposición de ciertas normas en el juego de poder. Puntualmente, los representantes de Caritas, que al brindar el espacio físico consideran que cuentan con la capacidad de condicionar la implementación de políticas y prácticas básicas en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, vulnerando un derecho fundamental. Esta organización ejerce un mecanismo de control directo sobre las prácticas de los trabajadores del CAPS, debido a la cercanía física y las posibilidades concretas de monitorear acciones de prevención, promoción o atención tendientes a la planificación familiar.

A decir de Rossana Reguillo la vida cotidiana se nos presenta de modo simultaneo como "habilitante y constrictiva". Sostiene en torno a eso que "Sus mecanismos y lógicas de operación, al ser rutinizadas, constriñen a los actores sociales, les imponen unos límites, fijan unos márgenes y unos modos de operación, sin embargo, hay una franja de indeterminación relativa que deja espacio para la «improvisación»" (Reguillo; 2000: 79).

En el sentido de lo planteado por Reguillo podemos identificar que se ha rutinizado y aceptado la imposición que realiza esta organización, pero esto no ha operado como impedimento para que las prácticas de salud sexual y reproductiva se hagan en otro espacio, garantizando a la población la cobertura en el tema.

Otro de los aspectos a considerar como práctica estratégica es el uso del tiempo del consultorio para trabajar prevención, promoción y fomentar la participación de los usuarios de la salud, considerando el rol activo y capaz de desarrollarse como multiplicador de pautas saludables en su contexto.

Es decir, si bien no se identifican planificaciones de jornadas extramuros en las que se consolide estas tareas, identificamos en el CAPS algunas prácticas que cuestionan la mera atención de la urgencia o la demanda de los usuarios.

En el caso de las capacitaciones de los profesionales y trabajadores en general del CAPS, observamos que los mismos exponen lo deficitario de la propuesta de formación de los organismos encargados. Pero destacan inmediatamente las alternativas que encuentran para autogestionarse estos espacios, y garantizarse contar con las herramientas necesarias para estar a la altura de la complejidad de las situaciones. Vemos nuevamente, que en determinadas circunstancias lo que aparece como un obstáculo se transforma en un elemento que moviliza a los trabajadores.

El punto antes desarrollado no resulta el único a destacar, observamos que las prácticas adquieren un carácter colectivo al momento de elaborar petitorios, organizar reuniones con funcionaros y demandar por la mejora de condiciones de

contratación de los compañeros que se encuentran en situaciones de mayor precarización.

Vislumbramos la movilización que genera en los trabajadores el faltante de recursos e insumos para el funcionamiento. Las gestiones se encaran ante diferentes actores, que se relacionan de modo directo al centro de salud y de no ser suficiente se solicitan donaciones a otras instituciones.

Como señalamos, el espacio físico se reconoce como el mayor de los obstáculos el espacio físico, se despliegan una gran diversidad de estrategias cotidianas, que van desde organizar los turnos por especialidades, armando una especie de rompecabezas con el que la rotación garantiza que los usuarios que asistan puedan contar con las mejores condiciones de atención posible.

Por otro lado, hallamos múltiples gestiones y esfuerzos encaminados a la ampliación del edificio, si bien las mismas no cuentan con respuestas concretas por el momento, son indicios que dan cuenta de la ocupación por la superación de este obstáculo.

Encontramos aquí una puesta en tensión entre la concepción de salud que nutre las prácticas cotidianas, la lectura de los actores, los recursos, los insumos, los obstáculos y las potencialidades de sus prácticas.

En este sentido, vinculado a la salud vemos que la lógica que organiza el tiempo y el espacio en el CAPS es fundamentalmente la distribución de turnos, administrando de este modo la circulación de profesionales, en horarios, y espacios. Esto resulta imprescindible para garantizar el funcionamiento institucional, considerando las dimensiones escasas y la constante queja e identificación del tema del espacio como algo que en múltiples oportunidades se manifiesta como un obstáculo a las prácticas.

El ejercicio de análisis crítico de la presente investigación, implicó asumir un lugar diferente a la evaluación de las políticas públicas, en ese sentido, intentamos construir un análisis que diese cuenta de las dinámicas de los actores y cómo

desde su perspectiva constituyen y configuran sus prácticas cotidianas. Pensamos entonces la noción de un *turno estratégico*, haciendo alusión a las posibilidades concretas y a la situación actual de APS en el CAPS en cuestión.

Pensamos cómo se desarrollan las prácticas de APS en el CAPS Kentenich y encontramos que las mismas cuentan con aspectos de la reproducción de las prácticas médicas hegemónicas. Pero también cuentan con rasgos estratégicos, con prácticas que cuestionan el orden establecido, los poderes y los órdenes que se muestran como predominantes.

Vemos allí que no todo responde a la reproducción, ni todo es innovación. Fundamentalmente la APS responde a múltiples elementos que van dando lugar a la configuración de las prácticas, no podemos hablar entonces de "la estrategia de APS", tampoco del triunfo univoco del modelo médico hegemónico. Se trata más bien de pensar en contexto las condiciones, de que no sólo se trata de los obstáculos provenientes de las políticas, las instituciones, el financiamiento, sino que también son las condiciones de los trabajadores, de sus tiempos, de sus concepciones de salud y de APS, los usuarios, sus intereses, lo que demandan a la institución, cómo se acercan a la misma, qué esperan y qué están dispuestos a construir junto con la institución.

Consideramos entonces que los trabajadores están en condiciones de proponernos un **turno estratégico**, con lo que tienen y las ausencias (saberes, recursos, tiempos, espacios, etcétera). Desde el consultorio, tal vez, con un anclaje en las prácticas hegemónicas, pero conscientes del carácter y las capacidades de los usuarios, movilizando en ellos aprendizajes vinculados a la promoción y la prevención.

Según la significación propuesta por la Real Academia Española encontramos la siguiente noción de turno: "Dicho de una persona o de una cosa: A la que corresponde actuar en cierto momento, según la alternativa previamente acordada". Proviene del latín *tornus*= giro o vuelta.

Por otro lado, observamos que la definición del latín *tornus* nos habilita a pensaren términos de giro, vuelta, pudiendo encontrar allí un espacio en el cual lo estratégico puede ser leído como la asignación de nuevos sentidos a ese movimiento.

Consideramos que en esa lógica del *turno*, que organiza los vectores tiempo y espacio, y que en cierto modo ordena el encuadre en el que se desarrollan las prácticas, no determina específicamente el contenido de las prácticas que en ese marco se despliegan. En este sentido, consideramos que emerge la cuestión estratégica, en el espacio de turno, hallamos la convivencia, muchas veces en espacios dispuestos para la atención del síntoma, de la enfermedad, propicio para la reproducción de la lógica demanda-respuesta, podemos identificar prácticas que apuestan a la prevención, a la promoción de la salud, a fomentar la participación y el carácter autónomo de los usuarios de salud.

Por ello, consideramos que la posibilidad de pensar las prácticas desde la noción de *turno estratégico* nos habilita a conocer y recuperar la convivencia de aspectos vinculados al modelo médico hegemónico, pero también a prácticas que lo cuestionan. En esta línea, la noción de *turno estratégico*, de algún modo, evidencia un *continuum* entre el modelo médico hegemónico y las prácticas cuestionadoras, que no se inscriben en marcos binarios, sino que explícitamente obturan dichas lógicas para pensar en procesos y prácticas de mayor complejidad[22].

Para teorizar las prácticas retomamos a Bourdieu, cuando señala que "La práctica tiene una lógica que no es la de la lógica y, por consiguiente, aplicar a las lógicas prácticas la lógica es exponerse a destruir, a través del instrumento empleado para describirla, la lógica que se pretende describir" (Bourdieu; 1999:147). Lo que parecería un juego de palabras, nos propone en realidad no

[22] Propuestas estas que dialogan con la noción más amplia de estrategia de APS, pero que incorporan condiciones del contexto, que sitúan grandes lineamientos y que en ocasiones las adaptaciones no son tales, porque en el camino y con la lectura del contexto se modifican al punto de desdibujar la letra que nos proponen grandes postulados internacionales.

pretender abordar el análisis de las prácticas desde marcos preestablecidos, desde lógicas que invisibilicen aspectos singulares de la práctica. Describir y analizar las prácticas de los trabajadores del CAPS nos demandó reconstruir su propia lógica, sus tiempos, sus espacios, sus actores, sus juegos de poder. De ese intento devenimos en esta apuesta conceptual, la de *turno estratégico*.

Conclusiones:

Como señalamos anteriormente, la noción de *turno estratégico*, a la que arribamos en la presente investigación, hace referencia a una constructo habilitado por el camino recorrido. Nos habíamos propuesto como objetivo inicial responder al interrogante de ¿Cómo se configuran las prácticas de los trabajadores del CAPS Kentenich? Las ideas iniciales apuntaban a poner en tensión las prácticas con la propuesta de estrategia de APS, intentos estos que corrían el riesgo de esbozar juicios valorativos de las prácticas. Es decir, desde esta perspectiva, se nos presentaba el peligro de limitar nuestra mirada a determinar cuánto se acercan o cuánto se alejan dichas prácticas a los postulados de la estrategia de APS, o en todo caso limitarnos a observar cuáles son los facilitadores y los obstáculos que se le presentan a los trabajadores a la hora de definir estrategias de APS.

La construcción de la pregunta de investigación fue encarada desde la elección misma de los marcos epistemológicos, teóricos y metodológicos. Por su parte, las definiciones epistemológicas partieron de interrogantes gestados en la experiencia profesional y en la recopilación y elaboración de información cuantitativa en torno a la población usuaria. Respecto a la metodología apostamos a una estrategia de generación conceptual, que nos permitió en un proceso de abstracción creciente arribar a la construcción conceptual. El encuadre teórico, comprendido por nociones como estrategia de APS y prácticas nos aproximó a los análisis realizados en juego con la información empírica.

Nos propusimos entonces analizar la institución, sus recursos, políticas, los actores institucionales o *actores de adentro*, los *actores de afuera*, usuarios, concepciones en torno a la salud y a sus propias prácticas. Para posteriormente abocarnos a la tarea de problematización de relaciones, condiciones, principales obstáculos, desafíos y apuestas, que identificaban los actores en cuestión.

Respecto a los modos de concebir "la salud" encontramos que los trabajadores del CAPS cuentan con nociones diversas, pero una cuestión que aparece con fuerza es la identificación de la salud como un sistema, en torno al cual la mayoría de los casos los trabajadores se ubican por fuera. En relación a ello, los principales obstáculos para el desarrollo de las prácticas se asocian con la ausencia de recursos, espacios y condiciones de contratación.

En la intención de ir más allá de estos planteos, la dialéctica entre el trabajo empírico y conceptual, dio lugar a la construcción de la noción de *turno estratégico*, como categoría analítica para abrir y explorar un diálogo en doble vía. En primer lugar, cuestionarnos sobre la noción general de estrategia de APS, mirar una escala amplia, como una propuesta que se enuncia en estos términos desde Alma Ata (1978), y se reproduce por los principales organismos y acuerdos internacionales sobre salud. Nos preguntamos en esta línea sobre las implicancias de esta propuesta y entendimos retomando a Franco-Giraldo (2012) quien plantea que la concepción estratégica obligaba a realizar transformaciones estructurales en la sociedad y a reorganizar profundamente los servicios de salud, orientados a toda la población.

Pasar por estas nociones más amplias de estrategia nos derivó en la necesidad de hablar de modo situado, siguiendo a Testa (1996) podemos afirmar que no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, ya que no cuenta con la misma validez en cualquier país y circunstancia, se trata más bien de poder hablar de APS en el sentido concreto, considerando las condiciones del contexto.

Por ello, con el transcurrir de la noción misma de *estrategia*, y más aún al pensarla en el campo de la salud, nos permitimos pensar situadamente. Fue a partir de los cruces analíticos de los datos con la de la idea de estrategia que comenzamos a pensar las concepciones, las condiciones, los actores, los modos de vincularse, los recursos, todo ello otorgando un lugar de central de relevancia a los sujetos entrevistados.

Pasamos así, por diversos momentos en los que se expuso fuertemente la complejidad del espacio de APS estudiado. Reconstruimos lo que los entrevistados identificaron como obstáculos, qué impactos generaban esos obstáculos en su labor cotidiana, cómo convivían o intentaban modificarlos. Encontramos allí, que el *principio de recursividad*, nos permitió comprender la relación entre producto y productores de las prácticas de salud, comprender cómo los trabajadores son productores de las prácticas, pero a su vez hay prácticas que los condicionan.

Por otro lado, nos dimos la posibilidad de pensar aquello que los entrevistados identificaron como "sistema de salud", en el que frecuentemente se ubican por fuera. Se trata aquí de lo que nos propone el principio hologramático del paradigma de la complejidad. Es decir, el centro de salud, como así también cada uno de sus trabajadores son parte de ese "sistema salud", por lo que entendemos que con explicaciones holistas no estaríamos dando una lectura compleja, siendo también insuficiente quedarnos con reduccionismos que simplemente nos permitieran leer una parte. Consideramos, por ello, que leer las prácticas de los trabajadores de salud implica poder leer lo que el todo nos pone de frente.

El análisis empírico nos permitió aproximarnos no solo a las apuestas concretas, a las gestiones, a las acciones, sino fundamentalmente leer las prácticas en lo cotidiano, las posibilidades de acción al interior de lo que reconocen, en muchos casos, como el sistema salud, como una estructura que observan imposible de cambiar. Es allí, donde aparecen acciones micro, las "revanchas" a los órdenes establecidos, el cuestionamiento a saberes hegemónicos, la posibilidad de ceder el tiempo que demanda la urgencia, el apostar al potencial de los usuarios, a su capacidad de transmisor de saberes en su contexto, a la gestión autónoma de recursos, insumos, pero también de espacios de formación y capacitación.

Un *turno estratégico* nos lleva a pensar la convivencia de la propuesta médica hegemónica y los posicionamientos más cercanos a lo estratégico, nos remite a la idea de un *continuum*. Nos invita a comprender que en un campo con la complejidad que caracteriza al campo de la salud no se trata de cuestiones puras, sino más bien de hibridaciones, de grises, de matices.

Identificar y analizar las condiciones en las que se desarrollan las prácticas en el CAPS Kentenich, nos habilitó comprender cómo aún en las condiciones que impone la flexibilidad y precariedad laboral, aún en las complejidades y conflictividades que plantea la superposición de áreas de dependencia, aún ante las restricciones de recursos materiales, aún ante las limitaciones del espacio físico, se sostienen determinadas prácticas que apuntan a abordajes complejos, interdisciplinarios de prevención, promoción y fomentando en ocasiones la participación de los usuarios, reconociendo sus carencias, pero también apostando a incrementar sus potencias.

Consideramos, en este sentido, que conviven en las prácticas derivaciones sin mediaciones con abordajes complejos; atenciones centradas en la cura del síntoma con comprometidos trabajos de prevención, promoción y fomento de la participación; la lógica demanda – recurso con una verdadera puesta sobre la mesa de las capacidades de los usuarios y reconocimiento de autonomía de los mismos; limitaciones externas con aquellas pequeñas estrategias que subvierten lo impuesto.

Comprendimos que no se trata de pensar en una única estrategia de APS, en el sentido que dicha noción propone en su versión de amplia escala, sino justamente de reconocer una multiplicidad de estrategias. Se trata entonces de advertir el riesgo de invisibilizar las micro estrategias cotidianas que los trabajadores se dan en el diariamente de sus prácticas, que conviven y se desarrollan frente a las complejidades del contexto, mediante las que se pretenden garantizar derechos, recursos, mejorar condiciones, partiendo desde lo que se tiene, anclados en un territorio, con una población usuaria heterogénea, con

demandas y necesidades particulares, pero también con potencialidades singulares.

Lo antes señalado nos pone de cara al desafío de ejercitar una lectura situada, que nos permita visibilizar la configuración de las prácticas desde el lugar de los protagonistas de las mismas, desmontando juicios previos e intentando no imponer lógicas de análisis ajenas a la realidad estudiada.

Siglas utilizadas:

APS.....Atención Primaria de la Salud

CAPS.....Centro de Atención Primaria de la Salud

COPNAF.....Consejo Provincial del Niño, Adolescentes y la Familia

OPS.....Organización Panamericana de la Salud

OMS.....Organización Mundial de la Salud

3P.....Prevención, Promoción y Participación

Bibliografía:

- AGUIRRE, Rosario (2005): "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales". Reunión de expertos. CEPAL. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- ANDÍA, Ana María y LIGNELLI, Bárbara (2007): "Estrategias comunicacionales en Atención Primaria de la Salud: El caso del Programa de Salud Reproductiva de Mendoza". En: MACEIRA, Daniel (2007): "Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios". 1ra Edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- ARDILA –GÓMEZ, Sara y otros (2016): "El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales". Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.
- ARITO, Sandra y CERIN, Lucrecia (2010): "Análisis Institucional y Organizacional". Cuadernillo de Ciclo de Complementación Curricular. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social. Paraná (Entre Ríos).
- ASE, Iván y BURIJOVICH, Jacinta (2009): "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?". Revista Salud Colectiva. Buenos Aires.
- BELMARTINO, Susana (2005): "Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina". Revista Salud Colectiva. La Plata. Páginas 155 - 171.
- BERNZTEIN, Ricardo G. y DRAKE, Ignacio (2009): "Uso de medicamentos en hipertensión arterial en el primer nivel de atención pública

argentina. La experiencia del Programa Remediar". Revista Argentina de Cardiología / Vol. 77 Nº 3.

- BERTOLOTTO, Analía; FUKS, Ana; ROVERE, Mario (2012): "Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto". Saúdeem Debate. Río de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 362-374, jul./set. 2012

- BOURDIEU, Pierre (1999): "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción". Editorial Anagrama. Barcelona.

- BOURDIEU, Pierre (2015): "El sentido práctico".- 1ed (especial). Buenos Aires. Siglo Veintiuno. Ediciones 2015.

- CAZZANIGA, Susana (2002): "Trabajo Social e Interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud". Revista Margen. Edición 27. Edición Electrónica. http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html

- CEJAS, Cintia A. (2007): "Participar en salud: un proceso en permanente construcción". En: MACEIRA, Daniel (2007): "Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios". 1ra Edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- CETRÁNGOLO, O. y DEVOTO, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual. Documento presentado en el Taller "Regional Consultationon Policy Tools: Equity in Population Health", PAHO-Universidad de Toronto, Toronto.

- ELIAS, Norbert (1991): "Qu'est-ce que la sociologie?". La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube.

- ELIAS, Norbert (1998) [1939] El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas. Buenos Aires. FCE.

- ESTRADA OSPINA, Víctor Mario (2006): "Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?". 1ed. Buenos Aires. Editorial Espacio.

- FAUR, Eleonor (2014): "El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual". Buenos Aires. Siglo XXI.

- FRANCO-GIRALDO, Álvaro (2012): "Atención Primaria de la Salud (APS) ¿De regreso al pasado?". Revista Fac. Nac. Salud Pública. Páginas 83 - 94.

- GUTIÉRREZ, Alicia (2005): "Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu". Ferreyra Editor. Córdoba, Argentina.

- HELER, Mario y otros (Comp.) (2010): "Lógica de las necesidades. La categoría de "necesidades" en las investigaciones e intervenciones sociales. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

- LEMUS, J. D.; ARAGÜES Y OROZ, V.; LUCIONI; M. C. y Colaboradores (2013): "Salud Pública y Atención Primaria de la Salud". Corpus Editorial. Buenos Aires, Argentina.

- LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra (2016): "Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto". Salud Colectiva | Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

- MACEIRA, Daniel (2007): "Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios". 1ra Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

- MACINKO, James; MONTENEGRO, Hernán; NEBOT ADELL, Carme; ETIENNE, Carissa y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007): "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas" RevPanam Salud Publica; 21(2/3):73–84.

- MARCÓ, Leandro Nicolás; LEPRATTE, Leandro; BLANC, Ariel; BOFFELLI, Marina; MURILLO, Mirta; AROISO, Gladys (2007): "Reformulación del primer nivel de atención de Salud en Entre Ríos". Informe de Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos, que integra un proceso de Asistencia técnica al Ministerio de Salud de Entre Ríos.

- MARÍN y otros (2007): "Utilización de Medicamentos del Programa REMEDIAR en la Provincia de Buenos Aires, Argentina".Latin American Journal of Pharmacy. (formerlyActa Farmacéutica Bonaerense).
- MATUS, Teresa (2003): "La intervención social como gramática. Hacia una semántica propositiva del Trabajo Social frente a los desafíos de la globalización". En Revista de Trabajo Social Nº 71. Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- MORIN, Edgar (1997) Introducción al pensamiento Complejo. GEDISA. Barcelona.
- PASARÍN, Lorena (2016): "Estudio cuali-cuantitativo del estado nutricional y la alimentación en niños de 1 a 3 años de familias de bajos recursos en dos grupos poblacionales con diferentes actividades productivas (Buenos Aires, Argentina), 2007-2008".Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- PETRACCI, M. y PECHENY, M. (2007): "Argentina. Derechos Humanos y Sexualidad". CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Buenos Aires.
- REGUILLO, Rosana (2000) "La clandestina centralidad de la vida cotidiana". En Lindón Villoria, Alicia (Coord.) *La Vida cotidiana y su espacio-temporalidad.* Barcelona, ANTROPHOS. Pág.77 a 94.
- ROVERE, Mario (2012): "Atención Primaria de la Salud en Debate". Saúdeem Debate. V. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. Rio de Janeiro.
- SENNETT, Richard (2015): "La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo". Barcelona. Editorial ANAGRAMA.
- SIRVENT, María Teresa; MONTEVERDE, Ana Clara y ARGULLÓ, Marcela (2015): "Los tres desafíos metodológicos y didácticos". Diapositiva 55. Material de circulación interna del Seminario de Tesis de la Maestría en Salud Mental, UNER. Paraná, Entre Ríos.

- SIRVENT, María Teresa y RIGAL, Luis: (2015): "Metodología de la Investigación social y educativa. Diferentes caminos de producción de conocimiento. Manuscrito en proceso de revisión. Buenos Aires, Argentina.

- SOUSA CAMPOS, Gastao (2009): "Gestión en salud. En defensa de la vida". Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.

- STOLKINER, Alicia; COMES, Yamila y GARBUS, Pamela (2011): "Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina". Artículo de Revista: Ciencia y Salud Colectiva.

- STOLKINER, Alicia (2010):"Derechos Humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente". Rev. Medicina Social, www.medicinasocial.info.

- STOLKINER, Alicia y SOLITARIO, Romina (2007): "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: La articulación entre dos utopías". En: MACEIRA, Daniel (2007): "Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios". 1ra Edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- TESTA, Mario (1995): "Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)". Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- Testa Mario (1996): "Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud". Hospital Virtual "Negro el 21". Un espacio de salud irreverente.

- TOBAR, Federico (2004): "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina". Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington D.C.

- VEGA ROMERO, Román; ACOSTA RAMIREZ, Naydú; MISQUERA MENDEZ, Paola Andrea; RESTREPO VELEZ, María (2008): "La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud".

http://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/207

- ZAPATA, Laura (2005): "La mano que acaricia la pobreza. Etnografía del voluntariado católico". Antropofagia. Buenos Aires, Argentina.

Otras fuentes:

- Declaración de Alma Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

- Página Oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. Consulta realizadas entre los meses de marzo y diciembre de 2016.

http://www.entrerios.gov.ar/msalud/

- Página oficial del Consejo Provincial del Niño, Adolescente y la Familia (Entre Ríos)http://www.entrerios.gov.ar/copnaf/index.php