

CAPACIDADES ESTATALES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD EN LOS TERRITORIOS: APS Y RENOVACIÓN DE LA GESTIÓN

Iván Ase
Cecilia Berra
Jacinta Burijovich
Manuel Ducant
Elian Chali
Lorena Krank
Lucía Mindelberger
Agustín Lohaiza
Jeremías Miretti
Solana Yoma⁴

Presentación

La ponencia presenta los primeros resultados de una investigación que busca generar conocimiento para la revisión conceptual y metodológica de los dispositivos de Atención Primaria de la Salud (APS) que las jurisdicciones nacional, provincial y municipal implementan en los territorios de la ciudad de Córdoba.

En relación a las razones estratégicas para esta revisión, se pretende aportar a mejorar la calidad de las prestaciones, incorporar los aprendizajes a la toma de decisiones, generar capacidades, así como profundizar en la coherencia de las intervenciones de los dispositivos que tienen como eje la APS.

Tiene como propósito contar con elementos de comparación y mejoramiento del desempeño para el conjunto del sector salud y, centralmente, para aquellos servicios orientados por la estrategia de APS. Caracterizar los diferentes dispositivos de APS, identificar sus capacidades y sus déficits y contar con experiencias sistematizadas y documentadas permite ampliar la comprensión sobre la complejidad de la transformación de los servicios y mostrar diferentes itinerarios de solución de los distintos problemas abordados por los equipos interdisciplinarios (fases, puntos críticos, generación de instrumentos para su superación) tomando en cuenta los diferentes contextos locales e institucionales.

La revisión de las experiencias, desde Alma Ata hasta la actualidad, demuestra que la APS puede ser interpretada e implementada de muy diversas y contradictorias maneras. La puesta en práctica de la estrategia de APS se caracterizó por su heterogeneidad y sus discontinuidades. En el plano conceptual, la

⁴ Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Facultad de Ciencias Sociales. Correo electrónico: jaschele@gmail.com

APS ha estado sujeta desde un inicio a diferentes interpretaciones que reflejan perspectivas políticas y sanitarias divergentes.

La revisión de la estrategia de APS, conocida como APS renovada se enmarca en el enfoque de derechos. En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos ha fijado no solo las obligaciones negativas, sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado con respecto al cumplimiento de los derechos sociales en general y del derecho a la salud en particular.

Esto significa que ha definido no solo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial los económicos, sociales y culturales. En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado (Naciones Unidas, 2006), accesible para todos.

En procesos paralelos al desarrollo de este marco normativo internacional y sin desarrollar canales de comunicación con el enfoque de derechos, en la mayoría de los países de América Latina se está revisando el funcionamiento de los organismos estatales y poniendo en cuestión su capacidad y eficacia directiva. Conseguida la legitimidad y la validez institucional, los Estados latinoamericanos necesitan reafirmar sus poderes y alcances para lograr una administración pública de calidad (Aguilar Villanueva, 2007). Esto implica un proceso de redefinición de los programas y servicios de las organizaciones, en vista de la reestructuración de los mismos.

En este sentido, tender puentes entre la perspectiva de derechos, la renovación de la gestión pública y la implementación de la estrategia de APS en los territorios permitiría superar una visión tecnocrática, visibilizar el carácter político de la administración pública como parte del proceso de “quién consigue qué” y reorientar el diseño de los servicios hacia el efectivo cumplimiento de los derechos humanos.

Por lo anterior, la finalidad de esta ponencia es, en el marco de los desafíos de la nueva gestión pública, analizar y comparar a los distintos efectores de salud del primer nivel de atención (Centros Integradores Comunitarios –CIC– del Ministerio de Desarrollo Social; Centros de Atención Primaria de la Salud, del Ministerio de Salud de la Provincia y los dispensarios dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba) desde algunas dimensiones definidas en la estrategia de la APS renovada y las capacidades estatales para su efectiva implementación..

Se incorpora un análisis de las intervenciones que realizan los diferentes actores que abarca los siguientes aspectos: la revisión de los dispositivos, su inserción en un particular entramado institucional, el nivel operativo a través de su planificación y su modelo de implementación y la relación con los territorios donde los dispositivos se encuentran insertos.

Analizar y comparar la implementación de estos dispositivos permite obtener información sobre cómo la forma en que intervenciones diseñadas de manera centralizada se inscriben en una matriz política y atraviesan el entramado de actores, instituciones y marcos regulatorios sanitarios locales.

El problema de la investigación

¿Cuáles son las capacidades estatales de los dispositivos de APS implementadas por las distintas jurisdicciones (CIC, CAPS y dispensarios) a nivel territorial en la ciudad de Córdoba?

A partir de la formulación del problema de la investigación se derivan las siguientes preguntas clave orientadoras: ¿Desde qué perspectiva se diseñan las intervenciones? ¿A qué problemas pretenden dar respuesta? ¿Cuáles son las estrategias diseñadas? ¿Existe coherencia entre los dispositivos y las políticas de las distintas instituciones involucradas (Municipalidad, ONG, espacios interinstitucionales)? ¿Cuál es el nivel de apropiación de los actores locales (equipos municipales, organizaciones de la sociedad civil, ONG y espacios interinstitucionales) del tema de la APS renovada, de sus objetivos, de los cambios en la modalidad de gestión? ¿En qué medida participan los actores locales (equipos municipales, organizaciones de la sociedad civil, ONG y espacios interinstitucionales) en la aplicación y gestión de la intervención?

Metodología

Para el desarrollo de la investigación se propuso un diseño evaluativo de tipo comprensivo y holístico que permitió elucidar la racionalidad de los actores que participan de los dispositivos analizados. A través de esta evaluación se pretende aportar en la valoración de las estrategias, modelos de gestión e intervenciones como resultado de compartir significados e interpretaciones acerca de sus realidades. La evaluación se centró en: las capacidades estatales, las herramientas de gestión y la relación con los actores sociales y políticos a nivel territorial.

Para el cumplimiento de los objetivos anteriormente señalados se llevaron adelante las siguientes acciones: Identificar las capacidades estatales, describir exhaustivamente los tres tipos de dispositivos, analizar y contrastar el modelo teórico definido (APS renovada con enfoque de derechos) con el efectivamente implementado en los tres dispositivos identificando sus déficits. Al ser un estudio cualitativo se utilizó el muestreo teórico para la selección de las personas que participaron de las entrevistas.

Se realizaron entrevistas a informantes clave de los tres dispositivos, tanto a las autoridades como al personal operativo.

En esta ponencia presentamos los primeros resultados obtenidos del análisis de contenido de las entrevistas. El proceso de análisis de datos cualitativos que implica las tareas de codificación, de categorización y de conceptualización permitió conocer los sentidos y significados que los actores que participan de los dispositivos le otorgan a las distintas dimensiones en estudio.

Los dispositivos analizados

1. Los Centros de Integración Comunitaria

Los Centros de Integración Comunitaria (CIC) *“constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social en un ámbito físico común de escala municipal”*.⁵

Así definidos, se conciben como espacios públicos con potencial para profundizar el desarrollo local desde los mismos territorios; con la finalidad de contribuir al trabajo interdisciplinario, intersectorial y participativo, enfatizando el sentido integral de las acciones de salud y desarrollo social, lo que redundaría en un impacto directo en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades donde estos Centros se despliegan. Asimismo, *“desde una perspectiva territorial, los Centros Integradores Comunitarios se proponen profundizar y desarrollar las formas democráticas inscriptas en los espacios públicos de las diferentes comunidades, teniendo como eje el desarrollo local en la activación de los recursos en poder de las comunidades”*.

Este proyecto se inició a fines del año 2004 y en una primera etapa se localizaron en 500 comunidades. Se buscó integrar los servicios y prestaciones sociales y de salud, y el desarrollo de los planes nacionales. De ahí que éstos Centros se definieran como motores para el desarrollo local, como educadores

⁵ La página de referencia no está actualmente disponible. <http://www.desarrollosocial.gov.ar/notas/CIC5.asp>. Información descargada de ese sitio el día 17 de abril del 2010.

populares, y se apuntara con ellos a promover y asistir en temas de salud pública y problemáticas sociales.

Enmarcados en lo que se anuncia como la “nueva concepción de las políticas sociales”, los CIC asumen un trabajo de articulación entre: Nación, Provincias, Municipios, Organizaciones Sociales y Políticas y la Sociedad Civil; a la vez que articulan tres Planes Nacionales: Plan Nacional Manos a la Obra, Plan de Seguridad Alimentaria y Plan FAMILIAS.

En la misma línea de esta nueva concepción para la política pública, los CIC buscan materializar el “*abordaje integral de las problemáticas sociales*”, el que se entiende por un lado, como la contribución al “*desarrollo de la persona, su familia y su contexto*”; y por el otro, como la superación de las desarticulaciones y fragmentaciones de las políticas sectoriales, ineficaces frente a la complejidad de lo social. Son espacios no sólo físicos, sino –fundamentalmente, según se dice– socio–políticos de encuentro e identificación de actores, desde una perspectiva multisectorial y multiactoral.

La modalidad de trabajo en los CIC supone una serie de estrategias desplegadas para el cumplimiento de ese objetivo principal, a saber:

*Integralidad: “*La intervención profesional (comprendida en las instancias de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) deberá ser realizada de manera interdisciplinaria y articulada con el fin de brindar una atención integral que responda a la concepción de la persona como ser bio–psico–social.*”

*Asistencia, Prevención y Promoción: “*El equipo de trabajo del CIC abordará los distintos aspectos de la atención (asistencia, prevención y promoción) construyendo estrategias que puedan intervenir en las necesidades sociales y de salud que no son expresadas de manera inmediata*”.

*Participación Comunitaria: “*Promover la participación de la comunidad en las instancias de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las distintas actividades que se desarrollen. El acceso a la información, el espacio y las decisiones del CIC deberán generarse con formas participativas y (a través de la) toma de decisiones colectivas*”.

Las funciones fundamentales de los CIC, se relacionan con las acciones desplegadas a los fines del Desarrollo Social y de la Salud, impulsando la promoción social y la prevención socio–sanitaria a través de la participación de las instituciones involucradas de manera tal de responder de modo conjunto a las demandas y necesidades planteadas en el territorio. El abordaje sanitario se enmarca dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud; el Desarrollo Social asume un abordaje integral, por ello se asumen estrategias desde lo educativo, laboral, cultural, deportivo, el sentido de pertenencia y la identidad. En

la primera etapa de su implementación, los CIC fueron ubicados en los lugares más vulnerables del país y se establecieron los siguientes servicios: atención primaria, diagnóstico y laboratorio, atención generalista en salud y otros como prestaciones odontológicas, pediátricas y ginecológicas. Se brindan también servicios de desarrollo infantil, seguridad alimentaria, alfabetización, acción social, capacitación para la producción en oficios, son algunos de ellos.

2. Los Centros de Atención Primaria de la Salud

La creación y trayectoria institucional de los dieciocho centros de atención primaria de la salud provinciales (CAPS), se inscribe en la política habitacional de los barrios ciudad ubicados en la periferia de la capital cordobesa. Por lo mismo será necesario revisar ésta para contextualizar y particularizar el campo de acción de los mencionados efectores, que en su mayoría se ubican en dichos espacios territoriales.

En el año 2003, tras los desbordes del Suquía y el tornado que ocasionó desastres en el nordeste de la ciudad capital, el gobierno provincial implementó el plan de erradicación de villas y asentamientos de las zonas potencialmente inundables. Se argumentó la necesidad de dicha política declarando el “estado de emergencia hídrica y social” (Decreto 2565/01) (Boito 2009:55), y se llevó adelante a través de la construcción de las denominadas ciudades barrio bajo el Programa de Hábitat Social “Mi casa, mi vida”, financiado por el BID (Boito 2014:49). El programa involucró la construcción de 12.000 viviendas (entre 200 y 600 viviendas cada complejo), la mitad de las cuales se encuentran en dichas ciudades barrio que se inauguraron entre 2004 y 2008, y se ubican la mayoría por fuera de circunvalación.

Desde el punto de vista del diseño de la política, el hecho de que cada ciudad barrio posee sus edificios particulares (escuela, centro de salud, posta policial, comercios y salón comunitario), deja ver el reconocimiento por parte de los técnicos de las dificultades para la comunicación con el resto de la ciudad. Pero además, el traslado forzado de sus habitantes por medio de gendarmería, que en algunos casos implicó cohabitar con ex habitantes de barrios enfrentados históricamente, impactó fuertemente en las redes sociales y laborales de las personas.

Los dieciocho centros de atención primaria de la salud abrieron sus puertas pocos días después de la llegada de sus habitantes a las ciudades barrio. Las cuales, como se dijo se encuentran mayoritariamente por fuera de circunvalación y en la periferia.

Los trabajadores que integran los CAPS devienen principalmente de tres programas diferentes, lo que deriva en la existencia de equipos heterogéneos en cuanto a sus trayectorias y formación. Por un lado, aquellos que comenzaron sus funciones con la apertura del centro, fueron en su mayoría egresados de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Familiar. Dicha residencia era un programa de tres años de formación específica en Atención Primaria de la Salud, que se desarrolló desde el 2002 y hasta el 2009, año en que culmina con su última cohorte. Ese mismo año se suman a este equipo inicial más profesionales médicos y enfermeros provenientes del Programa Provincial 136, que había funcionado también entre 2002 y 2009. Este último programa ponía a disposición ambulancias y médicos a domicilio. Los profesionales que se incorporaron venían de hospitales o se formaron en el campo de la urgencia y emergencia. Es decir, sus trayectorias eran muy distintas y con una concepción de la práctica en salud centrada en la asistencia. Esto trajo conflictos con el equipo que ya estaba trabajando, quienes en su mayoría venían de la residencia de salud familiar y daban predominancia a las acciones de prevención y promoción. En el año 2013 se decide ampliar el horario de atención a 24 horas, en 7 de los dieciocho CAPS con el objetivo de dar respuestas básicas en urgencias. En esos 7 CAPS, se incorporan los trabajadores para realizar las tareas propias de Emergencias y Urgencias. Esto también redundó en conflictos al interior del equipo y en los vínculos con la comunidad. Sobre todo dificultades para coordinar acciones de prevención y promoción con la resolución de emergencias. En algunos casos también trajo problemas a nivel del espacio físico.

Además la inclusión del sistema de 24 horas incrementó la cantidad de personas de zonas programáticas cercanas que asisten al CAPS, es decir que la demanda de atención por parte de la llamada zona de influencia creció sin que se incrementaran los recursos, se agrandaran los equipos o se optimizaran los sistemas para responder a la creciente demanda.

En cuanto a las condiciones de contratación de personal, la mayoría de los trabajadores de mayor antigüedad integran la planta permanente del Ministerio desde los concursos de 2011, luego de varios años de ser becarios y algunos de estar bajo la figura del contrato temporal. En cuanto a los miembros más nuevos, la mayoría son contratados.

3. Los centros de salud del Municipio de la Ciudad de Córdoba

La presencia de los centros de salud municipales comienza a consolidarse a partir de 1974 cuando se crea la Dirección General de Atención Médica Periférica

de la cual pasan a depender los primeros efectores municipales los entonces llamados Centros Materno Infantiles. Durante el último gobierno militar (período 1976-1983), la política de salud municipal avanza en la conformación del primer nivel de atención. Sin embargo, en ese mismo período se inicia la construcción de dos efectores de máxima complejidad, como son el Hospital Infantil Municipal y el Hospital Municipal de Urgencias.

Es necesario señalar que, hasta este momento, la jurisdicción provincial, también desarrollaba servicios en los tres niveles de complejidad. Por lo tanto, en los comienzos de la década del 80, existían en la ciudad de Córdoba efectores provinciales tanto del primer nivel de atención como del tercer nivel de atención. Este fenómeno parece comenzar a abordarse en el año 1982 cuando desde el gobierno provincial se intenta introducir cierta racionalidad en la organización de los servicios públicos de salud. Así, en dicho año, se transfieren a la Municipalidad de Córdoba todos los efectores pertenecientes a la jurisdicción provincial que corresponden al primer nivel de atención, en un intento de unificar la puerta de entrada al sistema público de salud. A partir de este momento, y con mayor énfasis desde la reinstauración del sistema democrático de gobierno en 1983, el discurso sanitario estatal sostiene que el primer nivel de atención es patrimonio exclusivo de la política de salud de los municipios y que sobre él deben concentrar sus recursos materiales, humanos y financieros.

Mediante la denominada “Atención Primaria de la Salud”, la Municipalidad de Córdoba brinda a los vecinos una primera contención sanitaria con una infraestructura de casi 100 centros de salud, entre las Unidades Primarias de Atención de la Salud –UPAS– y los dispensarios que se han ubicado estratégicamente en los barrios de la ciudad.

Desde el año 2004 se han inaugurado diez nuevos centros. En los cuales se entrega leche, medicamentos esenciales, vacunas y anticonceptivos. Esta contención se encuentra enmarcada dentro de los distintos programas que desarrolla la Dirección de Atención Primaria de la Salud, cuya estructura administrativa sostiene este nivel primario de contención. Tal repartición trabaja con la misión de asegurar la cobertura a toda la población de escasos recursos de la ciudad, enfatizando la atención del grupo familiar; organizar el Primer Nivel de Atención de la Red Asistencial, implementar la articulación docente asistencial. El propósito que se persigue es desarrollar un sistema regionalizado de complejidad creciente con un sistema ágil de derivación y comunicación, favoreciendo la referencia y contrarreferencia con una cobertura del 100 por ciento de la población vulnerable, reforzando la interjurisdiccionalidad con la partici-

pación gradual de la comunidad en la programación, ejecución y evaluación del programa, con base en la estrategia de la APS.

En la Dirección de Atención Primaria de la Salud coexisten efectores con diferentes niveles de complejidad:

- Unidades primarias de atención a la salud (UPAS): su denominación hace referencia a un nivel primario de prestación. Están geográficamente ubicadas en zonas periféricas de la ciudad. La población que asiste es de pobreza estructural que pertenece a villas de emergencia y asentamientos marginales.

- Centros de Salud: los centros de salud municipales ejecutan un conjunto de programas, elaborados en el nivel central municipal que son de implementación obligatoria para todos los centros por igual. La idea de organizar las prestaciones por programas tiene como fundamento el de producir una cierta racionalización de los servicios que se ofrecen en torno a lo que se define como prioridades de salud en una zona o región. De esta manera, los programas no sólo indican lo que la política de salud municipal considera como prioritario, sino que también, en cada uno de ellos, se definen objetivos específicos, tipo de cobertura, recursos asignados y formas de evaluación de los mismos.

La organización por programas intenta revertir el perfil tradicional de los servicios públicos de salud que se caracterizan por ser netamente asistenciales y de respuesta a la demanda espontánea. La programación significa la posibilidad de ofrecer una prestación de tipo integral que garantice la atención permanente de la salud, y que no sólo espera la consulta espontánea de un paciente a partir de una patología instalada, sino que implica, también, actividades de promoción y prevención, captación activa de pacientes y seguimiento de los mismos. Los centros de salud disponen de una estructura edilicia de mayores dimensiones que las UPAS y mayor cantidad de recursos humanos. Se encuentran ubicados en zonas de la periferia de la ciudad con mayor población de grupos en riesgo sanitario y social y con altos índices de pobreza e indigencia.

La gestión de la APS en los dispositivos analizados⁶

Aspectos comunes a los tres dispositivos

Al comparar los dispositivos, la primera conclusión que es posible extraer es que no se han logrado avances para alcanzar una definición uniforme del concepto de APS. Esto también lleva a la dificultad para establecer criterios de evaluación y monitoreo que permitan fortalecer iniciativas de implementación con estructuras y funciones orientadas hacia los valores de la APS. Según Haggerty y otros⁷ existe un factor condicionante general para el logro de los objetivos de la APS. Este factor se relaciona con la capacidad local de planificación, seguimiento, evaluación y promoción de la participación comunitaria.

La orientación de la APS más extendida es la “selectiva”. Esto no es una situación exclusiva de los dispositivos del primer nivel de atención analizados. Más bien, es una visión generalizada del lugar que ocupa el subsistema público de salud que se presenta con un discurso universalista pero sus prácticas tienden a ser focalizadas en la población sin cobertura y de menores recursos.

Se puede afirmar también, que cada jurisdicción cuenta con algunos dispositivos que en la mayoría de los casos funciona en forma paralela y con escasa comunicación entre los mismos. La poca coordinación entre las instituciones aumenta la fragmentación y no se logra una atención integrada. La coordinación es el desafío más importante. Se limita a intervenciones particulares y sólo es fomentada desde el nivel central para tratar de resolver problemáticas puntuales en sus efectos más visibles.

No se desarrollan acciones intersectoriales que permitan la intervención en los determinantes que afectan la salud y no hay una planificación de la oferta local de los servicios que pueda responder a las necesidades de salud de la población.

Solo los CIC han llevado adelante algunas experiencias incipientes que promueven un enfoque comunitario y participativo de la gestión de los servicios. La participación se valora como un insumo y como un resultado de la APS pero hay dificultades para su efectivización en los territorios.

Los dispositivos analizados se encuentran en zonas con necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, son los CAPS los que se insertan en lugares de profunda exclusión social e inequidad en el acceso a los servicios.

⁶ Ver cuadro anexo

⁷ Haggerty JL, Yavich N, Bascolo EP, Grupo de consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de la salud en América Latina. Revista Panam. Salud Pública 2009; 26(5):377-84.

Uno de los factores que ha condicionado la efectiva implementación de la estrategia de APS es la discontinuidad del apoyo político.

No hay una organización multidisciplinaria de los equipos, ni oferta de trabajadores formados con esta orientación para cubrir las necesidades de salud de la población que reciban modalidades de contratación congruentes con la estrategia de APS.

No se cuenta con sistemas de información con capacidad de vincular los dispositivos que se encuentran en el primer nivel de atención con el resto del sistema.

La capacitación no es sistemática y no está enfocada estratégicamente para abordar necesidades de formación en APS.

Primeras conclusiones: La política del primer nivel de atención en las tres jurisdicciones

Desde la década del 70 se ha construido en la Argentina un fuerte consenso en torno a la distribución de responsabilidades sanitarias entre las distintas jurisdicciones del estado. Este acuerdo sostiene que el primer nivel de atención es de responsabilidad exclusiva de los gobiernos municipales y/o comunales mientras que los niveles de atención de mayor complejidad corresponderían a los gobiernos provinciales y, en algunos casos, nacional.

Este acuerdo es el que ha sostenido el proceso de descentralización de efectores de baja complejidad en la Provincia de Córdoba desde sus inicios, a mediados de la década del 80, hasta la actualidad. Cabría preguntarse entonces: ¿por qué las tres jurisdicciones estatales poseen efectores de primer nivel de atención en la Ciudad de Córdoba? Una primera aproximación construida a partir de la información recogida en la investigación permitiría adelantar una respuesta posible.

La Municipalidad de Córdoba posee efectores de baja complejidad desde la década del 70 y a lo largo de los años han ido logrado un grado de institucionalización tal, que ha permitido que, más allá de los circunstanciales gobiernos y sus políticas para el sector, el primer nivel de atención en salud se haya convertido en el eje principal de la política de salud municipal desde entonces. Los diversos gobiernos municipales intentan dejar su impronta en el primer nivel de atención mediante diversas propuestas o estrategias que pretenden maximizar sus resultados sanitarios, pero ninguno discute ya que éste es un nivel de responsabilidad municipal de manera prioritaria. En este sentido, la

política de salud municipal se orienta predominantemente hacia el primer nivel de atención.

La jurisdicción provincial posee, en cambio, sus efectores de primer nivel de atención (Caps) a contramano de lo que esta jurisdicción ha venido definiendo como su política de salud desde que se concluyó el proceso de descentralización: la provincia tiene responsabilidad exclusiva sobre la mediana y alta complejidad en todo el territorio provincial. Esto hace que para la jurisdicción provincial los Caps ocupen un lugar marginal en su agenda de prioridades y no exista una política específica para los mismos, más allá de los intentos de quienes tienen a cargo la coordinación de los mismos de darle una racionalidad a la presencia de los Caps en la estructura sanitaria provincial. La combinación de actividades de prevención y promoción con la atención de las urgencias podría enmarcarse dentro de estos intentos.

Además, las dificultades para encontrarle “un lugar” a los Caps en la estructura provincial queda en evidencia con el intento de “hospitalización” administrativa. Es decir, actualmente el Ministerio de Salud pretende convertir el Programa Caps en un “programa” presupuestario hospitalario bajo responsabilidad de la Secretaría de Servicios Asistenciales (Hospitales de Capital), manera que se habría encontrado para que los Caps dispongan de recursos propios y su personal pueda hacer una carrera sanitaria a partir de la construcción de una estructura orgánica de la que formarían parte los 18 Caps en funcionamiento.

Es decir, diversas estrategias para hacerle un lugar y encontrarle una función a efectores que la provincia viene definiendo como ajenos a su responsabilidad, pero que son el efecto residual de situaciones de conflicto vividas entre las jurisdicciones provincial y municipal que impidieron que desde el momento de creación de los Barrios Ciudades sus Caps quedaran bajo gestión municipal.

Finalmente, la existencia de los Cics también genera algunos interrogantes sobre la presencia del estado nacional a nivel territorial y su grado de responsabilidad al respecto. Sin embargo, es posible encontrar diferencias sustanciales en comparación con la situación de la jurisdicción provincial.

A partir de una mirada relativamente crítica sobre los resultados del proceso de descentralización sanitaria en nuestro país, a partir del 2003, el estado nacional pretende reconstruir su lugar a nivel territorial. En este sentido, los Cics se crean en el marco de una decisión política que propicia que el estado nacional se vincule con los ciudadanos del país a través de diversos programas nacionales verticales sin mediaciones de autoridades provinciales o municipales. Así, tanto los programas, como los recursos financieros y los recursos humanos son nacionales. Esta política, podríamos decir, viene a romper con la

tendencia instalada en la Argentina desde mediados de los 80 en el sentido del repliegue del estado nacional de los territorios en beneficio de las provincias y municipios. El estado nacional pretende construir su legitimidad a partir de convertirse en un actor principal a nivel local en la resolución de los problemas sociales y sanitarios y de establecer un vínculo directo con los beneficiarios de sus programas y políticas.

En el caso del sector salud, más allá de la decisión política general, el estado nacional considera que la única manera de recuperar la función de rectoría, incidiendo en la política sanitaria local y mitigando los efectos atomizadores de la descentralización, era mediante una intervención de las características de los Cics. Intersectorialidad, primarización, participación social y mirada social de los problemas de salud eran la impronta que el gobierno nacional pretendía instalar a nivel local y para lo cual los Cics eran la herramienta privilegiada.

Debe decirse que la estrecha vinculación de los Cics con una estrategia de construcción de legitimidad y poder político por parte del gobierno nacional anterior, es lo que hoy pone en riesgo la supervivencia de este dispositivo de intervención sectorial en el largo plazo. Su excesiva “politización”, tal vez, ha sido a la vez, su virtud y su defecto, mirado en términos de sus posibilidades de institucionalización y sostenimiento más allá de los gobiernos circunstanciales.

Anexo: Cuadro comparativo: diferencias entre los dispositivos analizados

	CIC NACIONAL	CAPS PROVINCIAL	CENTROS DE SALUD MUNICIPAL
DEFINICIÓN DE APS	Énfasis en el sentido integral de las acciones en salud y desarrollo social. Trabajo sobre los determinantes sociales de la salud	Primer contacto (iniciado por los pacientes) a toda hora. Prevención y promoción. Atención por programas. Tareas ejecutadas “extramuros”	Selectiva. Conjunto de servicios limitados orientados a la atención de algunas enfermedades prevalentes, a la demanda espontánea y a la atención materno-infantil. Atención por programas. Énfasis en la promoción y prevención. Capacidad de resolución técnica
POBLACIÓN OBJETIVO	Las comunidades, las organizaciones y las familias ubicadas en las zonas más vulnerables	Las comunidades de los Barrios-Ciudades. Por fuera de la circunvalación (anillo vial que cerca el ejido urbano)	Acceso universal con énfasis en la población sin cobertura. Autoselección de la población en áreas delimitadas geográficamente
DEPENDENCIA INSTITUCIONAL	Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Salud de la Nación. Las mesas de gestión eran coordinadas por personal dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad	Depende de la Secretaría de Servicios Asistenciales. Dirección de Hospitales Capital.	Secretaría de Salud de la Municipalidad. Dirección de Atención Primaria de la Salud.

<p>RELACIONES INTERJURISDICCIONALES</p>	<p>Acuerdos de trabajo entre Nación (CAJ, Senaf, Médicos comunitarios, etc.) y Municipio (desarrollo social y salud). La provincia realiza el control burocrático del programa médicos comunitarios. Se suscribieron convenios específicos entre nación, provincias y municipios.</p>	<p>Baja o nula articulación Informalidad</p>	<p>Se establecen articulaciones por casos concretos. Vínculos informales</p>
<p>RELACIONES INTERSECTORIALES</p>	<p>Alta intensidad. Se crean las mesas de gestión, institucionalidad que modifica los procesos con los que se toman las decisiones. Perspectiva multisectorial y multiactoral</p>	<p>Se establecen articulaciones por casos concretos. Baja intensidad. Inicio de contactos por problemáticas específicas: violencia, salud sexual y reproductiva, adicciones.</p>	<p>Casi nula</p>
<p>RELACIONES INTRASECTORIALES</p>	<p>Abordaje integral de las problemáticas sociales</p>	<p>Derivación por niveles de complejidad creciente</p>	<p>Derivación por niveles de complejidad creciente</p>

PLANIFICACIÓN	Planificación participativa con las organizaciones del territorio y acordadas en las mesas de gestión	Planificación “re-activa”. Se diseñan soluciones ad hoc y aisladas ante problemas que no se construyen colectivamente sino que son identificados por algunos de los actores involucrados.	Metas definidas y establecidas como compromisos de gestión a nivel central. A nivel de los centros de salud, se planifican las actividades “extramuros”
EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	En teoría, la evaluación es participativa con las organizaciones sociales	A partir de informes anuales, ajustan actividades sin horizontes temporales más amplios. Formal y burocrática	Evaluación por resultados. A nivel de los centros de salud solo es asumida como una instancia formal para responder a una demanda de las autoridades
PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN		Información sobre indicadores básicos. Diagnósticos intuitivos y empíricos. Informes con datos cuantitativos de cantidad de prestaciones o insumos utilizados	Meta: computadoras en red e historias clínicas digitalizadas. Se incorporan las actividades comunitarias
PRESUPUESTO FINANCIAMIENTO		No cuentan con recursos propios	No hay restricciones presupuestarias

CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS		Médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales. No todos los equipos están completos	Equipo básico: Médico, enfermero, trabajador social y psicólogo. No todos los equipos están completos
CARRERA SANITARIA	sin carrera	Sin carrera	
SITUACIÓN DE REVISTA DE LOS EQUIPOS	Becarios	Personal de planta. Becarios	Personal de planta
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	Supervisiones quincenales con tutores y facilitadores	No hay una evaluación formal	No hay una evaluación formal

<p>CAPACITACIÓN</p>	<p>Formación de posgrado de 2 años. Especialización en salud social y comunitaria. Acuerdo con las Universidades con tutores y facilitadores financiado por Nación.</p>	<p>Se establece una tensión entre capacitación y asistencia por la escasez de recursos. No existe desde la coordinación de CAPS un programa de capacitaciones sistemático con temáticas priorizadas, tiempos y espacios estructurados, y docentes especializados. los trabajadores de los CAPS desarrollan las capacitaciones relacionadas con exigencias de programas (Mapec, Remediar, Redes, etc.) y cuando son convocados, participan en capacitaciones de la Dirección de Atención Primaria de la Salud municipal (DAPS).</p>	<p>Los equipos sostienen reuniones con cierta periodicidad: ateneos, presentación de casos, etc.</p>
---------------------	---	--	--

<p>AUTONOMÍA (como discrecionalidad para decidir o empoderamiento de las organizaciones)</p>	<p>Autonomía para la planificación de acciones, dependencia de los recursos estatales.</p>	<p>Equipos con alto nivel de autonomía en las decisiones de cómo y con qué actores de la comunidad articular. Tienen plena decisión en cuanto al nivel de la asistencia (enfoque disciplinar, tipo de tratamiento a desarrollar, etc.), y del tipo de trabajo a desarrollar en prevención y promoción. Sin embargo, el Ministerio decide qué política o programa se aplicará, incluso sin evaluación sobre capacidad de respuesta ni participación de los trabajadores de los caps. La creciente demanda, sumado al número de requisitos que los programas exigen, y los tiempos destinados a trabajos administrativos o de registro de información, aumentan mucho el volumen de trabajo, limitando el margen para las iniciativas propias en los efectores.</p>	<p>La mayoría de los centros de salud cuenta con autonomía para la realización y planificación de las estrategias que se llevan a cabo en cuanto al manejo del centro. Lo real es que están limitados por los programas que se bajan y la cantidad de persona con el que cuentan para la realización de las actividades.</p>
--	--	---	--

<p>RELACIÓN CON LOS TERRITORIOS</p>	<p>Política de proximidad de la Nación en los territorios sin mediaciones. Políticas de acción directa. Relación con las organizaciones sociales. El CIC era una herramienta de construcción política-territorial. La presencia del Estado nacional como un actor local. Territorio es un concepto político</p>	<p>Lógica sectorial. Se observa un deficiente reconocimiento de las particularidades socioambientales, políticas y sanitarias de estos territorios en los diseños de política pública. Se destaca la violencia de la gente hacia los equipos de salud. La complejidad del trabajo fuera de la “circunvalación”</p>	<p>Área Programática: lógica sanitaria. Distribución espacial y formal sin respetar la lógica de funcionamiento y de la vida de la población. El único criterio de accesibilidad es el de la proximidad geográfica. Es un área de “responsabilidad”</p>
<p>INTERDISCIPLINA</p>	<p>Entendida como atención a problemáticas sociales. Paradoja: el programa se llama “médicos comunitarios”</p>	<p>Discursos pro-interdisciplina con prácticas hegemónicas médicas, en algunos casos discriminatorias. Con roles asignados estereotipados. Depende de cada uno de los Caps</p>	<p>En los centros de salud hay diferentes disciplinas lo cual no implica que se trabaje interdisciplinariamente en todos los casos.</p>

Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resolución CD45.R3. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud. [En línea] Washington DC:OPS; 2004 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD45.r3-s.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2005 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/th/os/APS-documentoposicion19-07-05.pdf>
- ABRAMOVICH V., “*Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*”, en Revista de la CEPAL. 2006;(88):35-50.
- COURTIS C., compilador. *Ni un paso atrás: la prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*. Buenos Aires: Editores del Puerto; 2006.
- SALTMAN R., RICO A, BOERMA W, editores. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. England: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.
- ASE I., “*La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto Neoliberal*”, en Salud Colectiva. 2006;2(2):199-218.
- LA SERNA, C.; ASE, I.; BURIJOVICH J. “*La Reforma del Sector Salud en la Provincia de Córdoba*”, en: *Políticas de Atención Primaria de la Salud. Córdoba: Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud*, IIFAP, PROAPS; 2007.
- PAUTASSI L., BURIJOVICH J. “*Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo*”, en: Rico N, Marco F, coordinadores. *Mujer y Empleo. La reforma de salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL, Siglo XXI Editores; 2006. p. 301-338.
- SUREL Y., “*Relaciones entre la política y las políticas públicas*”, en: Franco R, Lanzaro J, coordinadores. *Política y políticas públicas en los procesos de reforma de América Latina*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2006.
- El concepto de Buenas Prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a otro comprensivo. Burijovich, Jacinta. Pág. 29 a 40. En Coloquios de investigación cualitativa. Subjetividades y procesos sociales. Maite Rodigou Noccetti y Horacio Paulin (coordinadores editoriales) Universidad Nacional de Córdoba. ISBN 978-950-33-0867-7 2011.
- Una nueva gestión pública en salud: de la eficiencia a la garantía de derechos. Cap. VII Burijovich Jacinta Ivan Ase. En *La medición de derechos en las Políticas Sociales*. Abramovich V. y Pautassi L. (comp.). Editorial El Puerto. Buenos Aires 2010
- Capacidades institucionales para el logro de la equidad de género en las políticas de salud locales. Burijovich Jacinta. En *La cuestión de género en las políticas locales*, Fundación Centro de Integración, comunicación, cultura y sociedad. CICCUS Buenos Aires, 2011. 208 p. ISBN 978-987-1599-76-9

Entre el intervencionismo y el mercado, ¿qué tipo de Estado abonan las políticas sociales del nuevo siglo? Ase; Burijovich, Echavarrí, Moreira Slepoy, Santiago, Mirretti En Frente a la crisis ¿qué hacer con el Estado? Ase, Iván; La Serna, Carlos; César Peón compiladores. IIFAP, UNC. SAAP 2010 ISBN 978-987-05-8385-1

Reforma Sectorial, Descentralización y Empleo en salud en Córdoba. Cap. V. Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo. Cap. VII en Mujer y Empleo: La reforma de salud y la salud de la reforma en Argentina. Laura Pautassi y Jacinta Burijovich. María Nieves Rico y Flavio Marco. CEPAL, GTZ y Editorial Siglo XXI, Argentina 2006. ISBN 987-1220-69-3, ISSN: 978-987-1220-69-3. Pág. 235- 280 y Pág. 301- 338.