

Obstáculos sociales y organizacionales para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Graciela Enria, Claudio Staffolani.

Cita:

Graciela Enria, Claudio Staffolani (2004). *Obstáculos sociales y organizacionales para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS)*. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/701>

Obstáculos sociales y organizacionales para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS)

Profesora (MG) Graciela Enria.

Fac. de Cs. Médicas de la UNR – CIURN, , enria@ciudad.com.ar

Profesor Claudio Staffolani.

Fac. de Cs. Médicas de la UNR, cstafol@hotmail.com

Resumen

Las transformaciones propuestas por la OMS a través de la Declaración de Alma Ata (año 1978), impactaron rápidamente en nuestro país, al menos desde el punto de vista teórico, atravesadas por cuestiones históricas y políticas. Con la llegada de la democracia, en la ciudad de Rosario comienzan a convivir dos sistemas de APS, uno a cargo de la Municipalidad de Rosario y el otro a cargo de la Provincia de Santa Fe. El objetivo de este trabajo es evidenciar algunos de los obstáculos que conspiran para el desarrollo de una gestión en salud basada en la planificación estratégica, tal como se propone desde los organismos internacionales. Estos obstáculos, tanto sociales como organizacionales, posibilitan el desarrollo de tres consecuencias: una es el aumento de la complejidad de la cobertura de salud que brinda el estado para su utilización por parte de la comunidad, otra es el aumento de los gastos económicos que trae aparejado la burocratización del servicio de salud, por último -y más importante- la centralización de las decisiones que conspira en contra de una mejor situación de salud de la población.

La recolección y análisis de datos se realizó a partir de métodos cualitativos basados en muestreo teórico.

Desarrollo de la Ponencia

Introducción:

La estrategia de salud definida a partir de la Declaración de Alma Ata¹ (1) como “Atención Primaria de la Salud” (APS); fue considerada como el instrumento óptimo para dar cuenta de la meta “Salud para todos en el año 2000”. Se fundaba en el cumplimiento de una serie de submetas, tales como: alcanzar una esperanza de vida mayor de 70 años, lograr una mortalidad infantil inferior a 30 ‰, una cobertura de vacunación del 100% de los niños menores de un año y de las mujeres embarazadas, la provisión de agua potable al 100% de la población, una accesibilidad del 100% de la población al servicio de salud, etc.. Esta política comprendía, además, una serie de programas dirigidos a poblaciones especiales como son los niños, las madres, los trabajadores, los adultos mayores, los discapacitados, también se abocaba a cuestiones generales como la nutrición, el saneamiento ambiental, la prevención de accidentes y otras más delimitadas como el control de las enfermedades específicas. Desde el punto de vista “ideal”, la APS está dirigida a la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordadas a partir de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación social. La concreción de dichos ideales, se formalizan a partir de diferentes aspectos que podrían presentarse desde la perspectiva de H. Vuõri² y se expresan dentro de un marco que nos hace comprender a la APS como un conjunto de actividades, como una forma de organización, como un nivel de atención, como una filosofía.

Tratando de integrar cada uno de estos criterios, podríamos expresar que la realización de los programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para mejorar

la eficacia³ del cuidado de la población por parte del Estado, hace necesario una readaptación de los recursos humanos y materiales, con el fin de darles una característica de funcionamiento expresada a partir de niveles ascendentes de complejidad. El Centro de Salud (CS) o Centro de Atención Primaria (CAP), en este sentido, cumple un rol fundamental al ser el espacio sanitario más cercano a la población objeto de intervención. De esta manera, el CS se constituye en el eje por medio del cual se desarrollaría la planificación estratégica de la salud (desde las bases del sistema), a partir de la posibilidad que brinda la accesibilidad de la comunidad al servicio y su conocimiento para dar una respuesta inmediata.

En Rosario, municipio de un millón de habitantes, se presenta una situación, que no se repite en ningún otro espacio político argentino. Desde hace veinticinco años, las disputas por la apropiación del territorio, hacen que se concreten dos sistemas supuestamente basados en los principios de la APS: el municipal y el provincial, los que no han mostrado el impacto esperado en la población desde el punto de vista del mejoramiento de los indicadores de salud. De alguna manera, esto se expresa en la creación de nuevos efectores de salud y la ampliación de los ya existentes, que no se condicen con el aumento de la población. Reconociéndose de ésta manera que la política de salud se basa en el principio de atención de la enfermedad a partir de la satisfacción de la demanda espontánea, más que en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En dicho contexto, el objetivo de este trabajo es describir algunos obstáculos sociales y organizacionales que impiden un mejor desarrollo de la planificación estratégica en la gestión de los sistemas de salud municipal y provincial basados en la Atención Primaria de la Salud (APS) que conviven en la ciudad de Rosario. Entendiendo la planificación estratégica (PE) como “ ... un instrumento destinado a optimizar la conducción de una

organización y la asignación de los recursos en función de las personas, la misión y el impacto”⁴. En este sentido la PE es un sistema donde las decisiones se toman a partir de la detección de las oportunidades, la identificación de los obstáculos y la orientación de los recursos a partir de una lógica de cambio de la realidad.

La PE participa de una cultura de la anticipación, de la creación del futuro, buscando reducir los riesgos que depara la incertidumbre, detectando los cambios que se avecinan y diseñando el futuro que se desea con una actitud proactiva, de invención.

En este sentido, Carlos Matus⁵ diferencia la “coyuntura dinámica”, de la “política construida”. La primera sería la fuerza que surge de la realidad y se impone a los hombres, en cambio la segunda, es un conjunto de ideas que los hombres imponen a la realidad. La perspectiva que sigue la PE participa de esta última visión de la gestión, tratando de intervenir sobre la realidad para transformarla hacia estándares apetecibles.

En el caso de las políticas de salud pública organizada desde la APS en la ciudad de Rosario, la gestión basada en la PE debería llevar a un mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad a partir de intervención y transformación de la realidad. Sin embargo, lejos de todo esto, sigue siendo la coyuntura la que determina reactivamente la gestión sanitaria en los sistemas de salud que imperan en la ciudad de Rosario, a partir de acciones que apuntan a superar los emergentes por medio de una organización normativa (vertical), planificada desde lugares centrales que ignoran gran parte de la realidad sobre la que operan. Por lo tanto, la coyuntura dinámica impone su lógica de incertidumbre, que en el campo de la salud pública se expresa en la gestión basada fuertemente en la atención de la enfermedad emergente.

Material y Método:

Para poder describir los obstáculos que dificultan un desarrollo efectivo de la planificación estratégica en los sistemas de salud basados en la APS que conviven en la ciudad de Rosario, se implementó una metodología cualitativa basada en el análisis de los recursos materiales y datos obtenidos de entrevistas semiestructuradas a funcionarios y ex funcionarios de los sistemas de salud municipal y provincial. El trabajo de campo se realizó siguiendo los postulados metodológicos del Muestreo Teórico desarrollado por Barney Glaser y Anselm Strauss⁶. La información recolectada, seleccionada, codificada y analizada a partir del método de comparación constante⁷, fue orientando las decisiones por medio de los datos que surgieron a través de las categorías que permitieron desarrollar la teoría. En el Muestreo Teórico la misma información que surge va controlando la teoría emergente y permite decidir cuál es la información que se debe escoger y donde encontrarla, hasta que las categorías puedan ser saturadas⁸.

Las decisiones iniciales para la recolección teórica de información, estuvo basada solamente en una perspectiva general, en este caso: ¿Cuáles son los obstáculos que dificultan el desarrollo efectivo de una planificación estratégica?. Los motivos de indagación inicialmente han sido los conceptos de salud, salud pública, APS, planificación, participación comunitaria, que han llevado a analizar categorías y propiedades como: tipo de funcionario (de carrera y político), característica de la organización (horizontal o vertical), objetivos de la organización (reactivos o proactivos), modelo de planificación (normativa o estratégica) y lugar otorgado a la comunidad respecto de la planificación y evaluación de las estrategias de salud.

Resultados:

A partir del desarrollo de la investigación emerge una primera hipótesis que guió la misma: el desconocimiento, que los actores encargados de promocionarla, tienen sobre los beneficios de desarrollar esta forma de planificación, funciona como obstáculo para la gestión de la APS basada en la PE. Podríamos decir que esta primera hipótesis describe ampliamente el problema. Posteriormente surgieron otras hipótesis que ayudan a comprender otros obstáculos como son la existencia de sistemas de control y autocontrol en cada uno de las organizaciones (municipal y provincial) con características diferenciales pero en ambos casos muy influenciados por las estructuras partidarias que gobiernan cada uno de los sistemas

En el caso de la provincia, el sistema disciplinar reproduce dos comportamientos que podríamos tipificar como “*ethos fundacional*” y “*ethos disciplinar*”. El primero deriva del gobierno militar que fue quien organizó el sistema de APS en las ciudades de Santa Fe y Rosario. Esta organización estuvo muy marcada por una distribución piramidal que los actores de la época llaman desburocratizada, donde los profesionales Médicos ocupaban casi absolutamente todos los niveles de planificación. Además, el centro espacial de planificación se ubicaba en las sedes ministeriales y en los hospitales como último espacio de racionalidad. En este sistema inicial, las órdenes son dirigidas en forma absolutamente vertical, remediando el accionar militar. Una característica muy fuerte en los funcionarios de la época era la fascinación por el cumplimiento de las órdenes emanadas del ámbito nacional e incluso de los organismos internacionales (OMS, OPS). Otra característica de la planificación en salud de la época, era la improvisación en la aplicación de la política de APS, ya que, la implementación y organización del sistema basado en APS, se hizo sin una formación previa de los recursos humanos, hecho que llevaba a reproducir el modelo tradicional, donde el saber “científico”, encarnado en el saber Médico, era la única instancia de toma de

decisiones y evaluación de las estrategias implementadas. Por lo tanto, el éxito o fracaso de las acciones se sopesaban desde los criterios profesionales sin tener en cuenta la opinión de la comunidad, comunidad que solo adquiriría humanidad una vez que ingresaba al sistema como enfermo.

El concepto de salud imperante en los funcionarios de esta época se confunde fácilmente con el de enfermedad, salud es aquella instancia a la que se accede cuando se ha curado la enfermedad. En el mismo sentido, el concepto de salud pública se expresa en las acciones terapéuticas que se llevan a cabo sobre todo en los hospitales, que a su vez es reconocido como el único centro de operaciones viable. Además, la salud pública y los efectores públicos son asociados con los sectores menos favorecidos económica y socialmente de la población, hecho que justificaba que cualquier estrategia de atención que se implementara, positiva, negativa o inocua, sea aceptada y valorada como un esfuerzo de la “ciencia” sobre causas que la supera y son de un orden casi natural.

En cambio el *ethos* disciplinar, que se reproduce a partir de la democracia se estructura sobre otro principio que es de autocontrol, a partir de una serie de normativas escritas a través de decretos y leyes que fueron delimitando y estriando el accionar de los recursos humanos. En el período democrático, es donde se crean la mayoría de los C.S., lugar central de la planificación estratégica, sin embargo muy pocos de estos C.S. fueron creados en lugares decididos a partir de las características urbanísticas, culturales o epidemiológica. La razón que gobernó mayoritariamente la apertura de C.S. en el ámbito provincial, sobre todo en la segunda mitad de la década de los 80, fue la política partidaria y las necesidades de los punteros políticos de mostrar su influencia sobre las autoridades, reproduciendo el concepto de salud como atención de la enfermedad y asociado fuertemente a la pobreza, ya que la totalidad de

los C.S. se abrieron en las zonas más carenciadas, que además era la justificación perfecta para decidir la inversión. Es decir, que desde el desarrollo del sistema de APS sigue actuando las mismas concepciones teóricas que conspiraron y siguen conspirando con la posibilidad de planificar estratégicamente, ya que la población destinataria de la política describen tres características que la devalúa como actora activa de la planificación y la participación en las estrategias de salud, ellas son: ser pobre, ignorante y enferma.

En el período democrático, con la intención, al menos desde la expresión de los documentos de la época, de mejorar la implementación del sistema público provincial de salud basado en la APS, se desarrollan una serie de normativas que organizaron un sistema de control de gestión y de las competencias de cada uno de los integrantes del sistema, que conspira fuertemente con la planificación estratégica, ya que describe una organización fuertemente centralizada y con tantas instancias de aplicación a partir del nivel central, que hace prácticamente imposible el desarrollo de estrategias adecuadas a las necesidades de cada población dada sus características mórbidas, sociales, económicas y culturales. En la Resolución N° 2612 del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social del año 1984, se describen todas las instancias por las que deben transitar las estrategias de acción para que puedan ser aplicadas a la población que, como se ha manifestado anteriormente, mayoritariamente no responden a las necesidades y características de la comunidad objetivo. Esas instancias son, ordenadas desde el lugar más central hasta el más cercano a la comunidad: “Estructura de Conducción”, “Órgano Orientador y Normalizador”, “Asistencia Asesora”, “Atención Extramural”, “Hospital Base” y “Centro Comunitario.

Otra característica del *ethos* disciplinar que se desarrolla a nivel del sistema provincial, es la diferencia de objetivos y de prácticas que se dan entre los funcionarios

políticos y los de carrera, entre los primeros no son pocas las oportunidades en que han intentado realizar transformaciones a nivel de la organización del sistema para que pueda lograrse el desarrollo de una PE, sin embargo esas transformaciones no se han podido implementar por la gran resistencia al cambio producida –sobre todo- a nivel de los funcionarios de carrera. En estos últimos, se describe un accionar común a lo largo del tiempo para anular cualquier cambio que implique algún desequilibrio en la relación de fuerzas que se dan dentro de la burocracia estatal. Para lograr este objetivo se asocian elementos de diferente naturaleza: las diversas líneas o grupos de poder dentro del partido gobernante, el sindicato también muy relacionado con la estructura del Partido Justicialista, y los resortes jurídicos presentes en la misma organización. La conjunción de estos elementos han impedido en los últimos 20 años cualquier cambio que posibilite una PE, un ejemplo de ellos es la imposibilidad de que lleguen a los C.S. directamente los recursos económicos para poder decidir desde ese lugar el destino de esos fondos a partir de la elaboración local de las prioridades. Otro ejemplo es la Incorporación de la figura del Representante de la Comunidad en el Directorio de los Hospitales Base Referencial, figura que originalmente se creía que podría accionar desde ese lugar para hacer llegar las necesidades y deseos de la comunidad, pero al poco tiempo de entrar en funciones reprodujo los mismos vicios del sistema burocrático y se constituyó en otra figura del sistema que asegura la verticalidad de la gestión.

En el ámbito del sistema municipal de salud, los obstáculos para la PE se manifiestan en una modalidad diferente pero con algunas similitudes. Las similitudes tienen que ver con los principios desde los que se parte y la perspectiva desde la cual se interpreta el concepto de salud como una metáfora de enfermedad y de salud pública en relación con la pobreza. En cambio las diferencias están muy determinadas por las características de acción política del partido gobernante que mantiene un

control más estricto de los niveles burocráticos a partir de un sistema que combina el contrato por período como relación laboral y la pertenencia obligada a la estructura partidaria para poder ser contratado u ocupar lugares importantes dentro del sistema. Esta situación, asegura el estricto cumplimiento de las normativas emanadas desde los espacios centrales de planificación so pena de no renovación del contrato o de expulsión.

Desde el punto de vista histórico, si bien el primer C.S. que se habilitó en Rosario siguiendo los principios de la APS ha sido en el año 1978, sin embargo podríamos decir que la organización del sistema de salud desde la perspectiva de APS fue recién a partir del año 1989 cuando accede al gobierno municipal el Partido Socialista Popular. A partir de ese momento, se reorganizan las funciones de cada uno de los efectores dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y se abrieron la mayor parte de los C.S. en lugares propios y en convenio con Vecinales y demás Instituciones comunitarias. Una primera característica de esta organización, es que los C.S. dependen centralmente, administrativa y operativamente, de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública. Los C.S. no cuentan con presupuesto propio ni tampoco pueden determinar las prioridades de las estrategias de salud a seguir ya que no disponen de las herramientas fundamentales para ello, puesto que en los C.S. no se construyen los perfiles patológicos de las enfermedades diagnosticadas ni tampoco de la percibidas por la comunidad. Además, el territorio de acción de los C.S. se construye a partir del lugar de referencia de los enfermos, quedando zonas grises de las cuales no se tiene información de las características sanitarias de la comunidad de esos espacios poblacionales. A esta determinación territorial en el sistema de salud municipal se lo denomina organización matricial.

A partir de la división administrativa de la Municipalidad de Rosario en seis Distritos Municipales (Norte, Sur, Oeste, Sudoeste, Sudeste y Centro) se crea en la Dirección de Atención Primaria la figura de los Coordinadores de Distritos, con el objetivo de mejorar la comunicación entre los C.S. ubicados dentro de los Distritos y la Dirección de Atención Primaria, sin embargo dicha comunicación siguió reproduciendo el mismo modelo de planificación normativa (PN), ya que quienes ocupan el lugar de Coordinador de Distrito solo sirven como nexo entre la normativas planificadas desde la Dirección de Atención Primaria y los C.S. Un hecho que evidencia esta situación, es que a partir del año 2004 se organizan reuniones entre los Coordinadores de Distrito y los integrantes del equipo de salud de los C.S. junto a la comunidad, con la intención de lograr una mejor comunicación entre los actores, pero ante las demandas de la comunidad las respuesta de los Coordinadores es la previamente preparada por el sistema, las decisiones a tomar dependen de una consulta con las autoridades para lograr su visto bueno, visto bueno que reproduce los objetivos partidarios superiores. Además, los Coordinadores al momento de la reunión, no cuentan con información de las características sociales y culturales ni del perfil patológico de las enfermedades diagnosticadas y percibidas para poder planificar con la comunidad, y a partir de esa información planificar las acciones que la comunidad, con el asesoramiento del equipo de salud y el sistema de salud, pueda implementar. En esas mismas reuniones con la comunidad, reuniones que se podría pensar que son para alentar la participación comunitaria en la estrategia de salud, sin embargo la actitud manifiesta del Coordinador de Distrito es desalentar la organización de la comunidad para que no se constituya en un órgano de evaluación de la gestión.

Discusión:

Luego del período de implementación inicial que se dio durante la dictadura militar que gobernaba el país en los momentos en que se difundía a nivel mundial la política de APS a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se esperaba revertir la forma tradicional de planificación de los servicios y acciones para la atención sanitaria de la comunidad reconocida como planificación normativa, es decir, ordenada reglamentariamente desde los lugares centrales o más altos de la pirámide organizacional del sistema de salud, manteniendo una rigidez y jerarquización de las prioridades que mayoritariamente no se corresponden con la realidad, la demanda y las necesidades de la población.

Las críticas a nivel internacional sobre la planificación normativa, no fueron solamente la consecuencia de una evaluación de los efectos sanitarios de las acciones del Estado para velar por el bienestar de la comunidad, también mediaron razones económicas, ya que el aumento de los costos de la medicina y la inversión pública en el cuidado de la salud de las poblaciones no se veía reflejado de igual forma en el mejoramiento de los indicadores epidemiológicos.

En este sentido tanto el Gobierno Municipal de Rosario como Provincial de Santa Fe, exaltan el hecho de dedicar un alto porcentaje de cada uno de los presupuesto al área de la salud, que se ubican entre los más altos del país, sin embargo en las Bases del Plan Federal de Salud 2004 –2007 se remarca la fuerte disparidad de la inversión en salud dónde la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Neuquen destinan más de 270 \$ por habitante al año, mientras que la provincia de Santa Fe al igual que Buenos Aires, Misiones, Córdoba, Corrientes y Tucumán el gasto por habitante no supera los 80 \$ anuales⁹.

Siguiendo las perspectivas de la APS ya mencionadas de H. Vuõri como un conjunto de actividades, como una forma de organización, como un nivel de atención y como

una filosofía, se tratará de reflejar como estos obstáculos para la implementación de la PE toman cuerpo en las características generales de los sistemas de salud basados en la APS en la ciudad de Rosario

Como un conjunto de actividades, la APS en Rosario mantiene desde la perspectiva de los funcionarios una relación directa con la atención de las necesidades de salud de la población más pobre. Interrogados los funcionarios sobre la razón que determinaba el hecho de que en el centro y el macro centro de Rosario no hubiera C.S., la respuesta, luego de superar la sorpresa de aquello que nunca se ha imaginado, indefectiblemente lleva a una primera respuesta del orden de que "...no hace falta por las características de la población", pero inmediatamente surge otra respuesta aún más llamativa "... que ahora también en el centro vive gente pobre fruto de las .ultimas crisis económicas, lo que justifica la creación de C.S. en el centro de la ciudad".

Otro punto de análisis en que podríamos caracterizar la APS es el de nivel de asistencia, lo que implica ser considerada como un primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud. Este primer punto de contacto que puede funcionar independientemente de los demás niveles del sistema, se espera que no se reduzca a la atención de la morbilidad, sino que trabaje -sobre todo- en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a partir de la participación efectiva de la comunidad en el autocuidado y en las decisiones sobre la forma y la evaluación de las acciones implementadas. En el caso específico del sistema de salud dependiente de la Provincia de Santa Fe, los Centros de Salud (CS) dependen de los Hospitales de Referencia a partir de una organización en Áreas Programáticas, la APS queda supeditada a la figura del Hospital Referencial, con una imagen disminuida de parte de la comunidad y de los mismos integrantes del sistema de salud, que repercute negativamente sobre el concepto de primer punto de contacto, el que quedaría

reducido a una instancia burocrática para poder alcanzar los niveles “superiores” de atención médica. El sistema de salud que depende de la Municipalidad de Rosario, si bien con algunas diferencias ya que los C.S dependen en forma centralizada directamente de la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Atención Primaria, reproduce el mismo rol de paso obligado para que la comunidad acceda a niveles de mayor complejidad.

También se puede caracterizar la APS como estrategia de organización de los diferentes servicios del sistema de salud. De acuerdo a las características de la población y a la relación costo-beneficio, las peculiaridades de la población no solo deben ser tenidas en cuenta desde la perspectiva de los CS sino también desde los demás niveles del sistema (mayor complejidad). La organización estratégica de los diferentes niveles de atención depende de una visión más amplia de la comunidad sin perder el enfoque basado en lo local, sobre esta base se deben estructurar la cantidad y lugar de los efectores de nivel referencial y las especialidades de los niveles de alta complejidad necesarios para cubrir satisfactoriamente los requerimientos sanitarios de la población sobre la que se organiza el sistema de salud. En Rosario, de 11 Hospitales o efectores de mediana y alta complejidad (que se dedican específicamente al tratamiento de enfermedades), 7 de ellos funcionan en el centro y macrocentro de la ciudad¹⁰ (HECA, CEMAR, H. Provincial, H. Centenario, H. Carrasco, H. Vilela , H. Agudo Avila) y solo 4 en lo que habitual y despectivamente se denomina “periferia” (H. Alberdi, H. Zona Norte, H. Saenz Peña y H. Geriátrico). En cambio, en la misma zona del centro y macrocentro de Rosario no existe ningún C.S., nivel de efector que dentro del sistema debería tener el rol fundamental de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Podríamos inferir de estos datos de la realidad, que los 500 mil habitantes que viven en la zona céntrica y macrocéntrica no son beneficiados por estrategias de promoción y prevención, ya que no existe en esta zona C.S., y que paradójicamente esta población tiene una sobreoferta de efectores públicos y privados¹¹ que solo cuenta con tecnología para atender su enfermedad cuando ésta se presente “asarosamente”.

Contrariamente, en la zona “periférica” conviven 80 C.S (el 100 % de los C.S. de la ciudad), para una población aproximada de 500 mil personas, a razón de un C.S. por cada 6 a 6,5 mil ciudadanos. Los estándares internacionales para zonas urbanas de razón entre C.S. y cantidad de población es de un C.S. por cada 15 mil a 25 mil personas según las características poblacionales¹², por lo que se evidencia una oferta tres a cuatro veces superior a la aconsejada para lograr una ecuación que beneficie la salud de la población. En realidad, esta sobre oferta adquiere cierta lógica en el hecho de que en los C.S. no se desarrollan estrategias exitosas de promoción y prevención, por lo que su rol queda reducido solamente a la atención de enfermedades “emergentes” para descomprimir la atención en efectores de mayor complejidad (hospitales). Una opinión muy generalizada entre los funcionarios, tanto municipales como provinciales, es que la razón del aumento de consultas en los efectores públicos es producto de la pérdida de la obra social en una franja importante de la población, hecho que es real y muestra la característica reactiva del sistema que solo actúa cuando se presenta el problema, pero también es real que el sistema de “Salud Pública” desconocía las características sanitarias de esa parte de la población. Por último, la APS como filosofía hace alusión a los criterios ético-jurídicos que implican la accesibilidad que debe tener la población a la atención, tanto desde el punto de vista espacial como económico. También al principio de igualdad de la atención que se brinde sin discriminar por grupos sociales, de género, políticos, étnicos o religiosos. Es

evidente que los criterios éticos jurídicos de accesibilidad e igualdad son ampliamente vulnerados, pero cabe reconocer que sin que se ejerza una discriminación social, de género, política, étnica o religiosa, ya que en los “sistemas de salud” que conviven en la ciudad de Rosario se despliegan una planificación basada fuertemente en la atención de la enfermedad y no en la prevención de ésta y la promoción de la salud.

Un comentario aparte merece el criterio de equidad, que también forma parte de la filosofía de la APS, por medio del cual la atención de salud debe establecer las prioridades de sus acciones a partir de la máxima “mayor atención para el que más lo necesita”, que habitualmente queda travestida en la de “mayor atención al que menos tiene”, fruto de la asociación entre Salud Pública y pobreza que caracteriza este medio. Esta diferenciación entre “el que más lo necesita” y “el que menos tiene” es básica para que la APS pueda cumplir con la meta de “salud para todos” a través de las actividades, organización, nivel de asistencia y filosofía, ya que en la práctica, mayoritariamente, es entendida como una política de atención solo para la población más vulnerable (pobre), lo que inmediatamente dispara la idea, y las consecuencias que de ella se desprende, de “salud pobre para pobres”, que es a lo que en definitiva queda reducida la salud pública y la APS.

Bibliografía:

- VUÖRI, H., *¿Qué es la Atención Primaria de Salud?*, , Atención Primaria Vol 1, Madrid, 1984, págs. 3 y 4.
- TORO PAPAPIETRO, L., *Notas sobre gestión y planificación estratégica*, Curso/Taller de Planificación Estratégica en VIH/SIDA, Bs. As. , 1999. Pág. 16
- MATUS, C., *Estrategia y plan*, Ed, S. XXI, México, 1998, pág 26

- GLASER, B. and STRAUSS, A, *The Discóvery of Grunded Theory*, Chicago:Ed. Aldine, 1967; 123-171
- ZURRO, A., y CANO PEREZ, J., *Atención primaria de la salud*, Ed. Harcourt Brace, Madrid

¹ Lugar de reunión de la OMS en el año 1978

² VUÖRI, H., *¿Qué es la Atención Primaria de Salud?*, Atención Primaria Vol 1, Madrid, 1984; pág 3 y 4

³ Eficacia es la medida en que se cumple la meta propuesta o el impacto de una acción.

⁴ TORO PAPAPIETRO, L., *Notas sobre gestión y planificación estratégica*, Curso/Taller de Planificación Estratégica en VIH/SIDA, Bs. As., 1999, pág 16

⁵ MATUS, C., *Estrategia y plan*, México, Ed, S. XXI, 1998, pág 26

⁶ GLASER, B. and STRAUSS, A, *The Discóvery of Grunded Theory*, Chicago, Ed. Aldine, 1967, pág. 123-171.

⁷ Idem anterior, pág. 234-272

⁸ Saturación significa que ninguna información adicional se hallará para poder desarrollar propiedades de las categorías. Idem. anterior; pág 243.

⁹ Bases del Plan Federal de Salud 2004 – 2007. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud Mayo de 2004

¹⁰ Uno más, el nuevo HECA, se está construyendo dentro de la misma zona

¹¹ En el centro y macro centro conviven el 90 % de los efectores privados de la ciudad.

¹² ZURRO, A. y CANO PEREZ, J., *Atención primaria de la salud*, Madrid: Ed. Harcourt Brace, 1999.