

I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Límites y posibilidades de las acciones en el primer nivel de salud. El recurso humano de Capital y Banda en Santiago del Estero entre 2006 y 2012.

Cordero, Romina Andrea y Lopez Pepa, Gabriel Alejandro.

Cita:

Cordero, Romina Andrea y Lopez Pepa, Gabriel Alejandro (2015). *Límites y posibilidades de las acciones en el primer nivel de salud. El recurso humano de Capital y Banda en Santiago del Estero entre 2006 y 2012. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-079/313>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Condiciones de posibilidad de las prácticas sanitarias en el primer nivel de atención. El recurso humano de Capital y Banda en Santiago del Estero entre 2005 y 2013

Autores

1. Romina Andrea Cordero

INDES-FHCSyS- UNSE

Socióloga

romiperversI@yahoo.com.ar

2. Gabriel Alejandro López Pepa

INDES-UNSE

Estudiante de Sociología

gabrielalejandrolopezpepa@gmail.com

Resumen

Este trabajo toma como objeto de análisis los tipos de vinculación¹ que el recurso humano (RRHH) ocupado en las tareas de Atención Primaria de la Salud (APS)² de las ciudades de Capital y Banda mantienen con el Estado provincial. Con ese fin se avanzó en la identificación de los dispositivos³ que permiten sostener algunas de esas vinculaciones. Asimismo, identificar las particularidades del ingreso y permanencia al sector sanitario y en particular al 1° nivel de atención nos ubica frente a las condiciones de posibilidad para la realización de ciertas prácticas desde la APS, a la vez que nos exige pensar en las contribuciones que la modalidad de trabajo promovida por esa estrategia otorgan al ejercicio y consolidación de la ciudadanía en estados subnacionales como Santiago del Estero. Durante el trabajo resultó de utilidad reflexionar los tipos de vinculación a partir de los tipos de racionalidad weberianos, principalmente para repensar las vinculaciones estado, trabajadores del sector público de salud y sectores de la sociedad destinatarios de las acciones sanitarias.

Reforzar la autoridad estatal con inversiones en recursos financieros y recursos humanos capacitados mejora la calidad, accesibilidad y equidad de la atención médica, a la vez que otorga un marco propicio para la ejecución de políticas públicas, es preciso considerar la cultura, los habitus y saberes anclados en las instituciones ya que juegan un papel central en la orientación y

¹ fueron de gran utilidad los datos estadísticos aportados por el área de APS del Nivel Central del Sistema de Salud

² En 1978 la OMS convocó a los estados miembros para apoyar la “Declaración de Alma Ata”. Allí se establecía que la salud es un derecho humano fundamental...que requiere de la intervención de otros sectores sociales y económicos, además del sector de salud... El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud...

³ El trabajo con entrevistados relacionados al 1° nivel de atención que ingresaron en diferentes momentos del período analizado fue de gran utilidad para arribar a una propuesta sobre este aspecto.

desarrollo de las prácticas sanitarias. Si bien este trabajo no presenta un análisis de los aspectos mencionados, incorpora una breve descripción de los aspectos estructurales y organizacionales del primer nivel de atención en particular y del sector sanitario provincial en general, para luego concentrarse en el tema objeto de análisis de esta ponencia.

La metodología de trabajo siguió la línea cualitativa que otorgó flexibilidad para la indagación y articulación de diferentes fuentes. El trabajo con entrevistas permitieron un acercamiento a los dispositivos de ingreso y permanencia, a la vez que nos aproximaron a las miradas que los trabajadores del área tienen sobre las prácticas desde la APS en lo institucional y comunitario. La consulta a fuentes secundarias como los informes institucionales, los mapas de zonas sanitarias, los organigramas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSyDS) se utilizaron para construir una descripción del sector. Finalmente el trabajo con las planillas de personal para APS, correspondientes al año 2009, se usaron en la construcción de gráficos y tablas sobre los tipos de vinculación que los trabajadores mantienen con el Estado provincial.

El trabajo se organiza en 3 apartados: 1) una breve mención de la orientación que asumieron las políticas del sector sanitario en Argentina durante los 90 y luego de la crisis del 2001, en tanto marco para repensar la APS en el nivel subnacional sobre temas como; a) organización del sistema a partir de APS; b) inversión y RRHH para APS; c) promoción de la intersectorialidad a partir de una mesa de diálogo que reúne al Estado, el sector sanitario y las organizaciones de la comunidad; 2) descripción de la estructura y organización del subsector público de Salud en Santiago del Estero y; 3) análisis de la situación del RRHH trabaja en el 1° nivel de atención bajo la supervisión de la Dirección de APS del MSyDS provincial, en los departamentos de Capital y Banda. Para ello se identificaron los tipos de vinculaciones con el Estado provincial y los dispositivos de ingreso y permanencia en el sector. Cabe aclarar que la aproximación sobre la vinculación trabajador- estado es parcial porque la información trabajada corresponde al personal registrado por la Dirección de APS del MSyDS. No obstante, nos acerca a lo que acontece en la estructura mayor del sistema.

Palabras clave: **Vinculación laboral- recurso humano en Salud- Estado subnacional**

1.- Políticas sanitarias en Argentina entre los 90 y la crisis del 2001

La década de los 90 encontró a la Argentina inmersa en una crisis económica que se vio agudizada por el predominio de las políticas neoliberales, el vaciamiento del Estado y la intervención del mercado como puntos claves de la agenda política. El paradigma de época, *menos Estado y más Mercado* obligó al Estado Nacional a reducir las intervenciones sobre problemáticas sociales de importantes sectores de la sociedad. En ese marco fueron transferidas las responsabilidades de financiamiento y gestión de las instituciones del estado nacional a las provincias, obligándolas a ensayar y aplicar nuevas modalidades de administración y funcionamiento. Se trató de un proceso de mercantilización de la salud que modificó las acciones dirigidas a la población como consecuencia, entre otros aspectos, del recorte de fondos para políticas públicas. Un ejemplo concreto fue lo ocurrido con la política de APS, al ser reducida a un conjunto de prácticas carentes de reflexión y aislada de sus determinantes sociales, económicos, culturales, etc., imposibilitadas de responder a los problemas socio-sanitarios más urgentes.

Es preciso recordar que con el desarrollo del estado moderno los avances y acciones científicas se entrelazaron cada vez más con las acciones políticas. Así ciencia y política ya no pueden considerarse como esferas equidistantes de la realidad social, dado que por las intersecciones de sus acciones, las proximidades y dependencias de los sujetos que participan de una y otra se configuran complejos entramados de relaciones que las establecen y sostienen en cada escenario particular. No es el campo de la salud pública ajeno a ello. Como afirma Benavides (2008) “la salud pública es un campo muy singular de actividad profesional y académica, donde la vocación científica y política están muy próximas. Tanto, que pueden -y a veces pasa- confundirse, sobre todo en períodos de agitación política”

Retomando, al producirse la descentralización de las instituciones fue delegada la organización político-administrativo, de las mismas, a las provincias. Paralelamente se promovió la creación de los *hospitales públicos de autogestión* en las provincias -por Decreto Nacional n° 578/93- con autarquía financiera y competencias para cobrar por la atención a los usuarios y a la seguridad social, asimismo reservaban la gratuidad del servicio a la población que no podía pagarla.

Otro aspecto que no podemos pasar por alto fue el papel protagónico de los municipios cuando emprendieron la creación de centros de salud de primer nivel de atención organizados en ausencia de una política rectora estatal. Resultó de ello una variedad del impacto sobre la

población difícil de evaluar. Un rasgo distintivo de esos centros fue que la mayoría incorporó RRHH a partir de formas de contratación precaria o engañosa, como becas, contratos a término, subsidios, etc., (Bertolotto, Fuks & Rovere, 2012).

Como consecuencia de la precariedad administrativa y organizacional, muchos vieron el inicio de la metamorfosis de ese *primer nivel de atención* que al expandirse en precariedad e informalidad tomaba las características de un *primer nivel de contención* (Bertolotto, Fuks & Rovere, 2012).

Los problemas institucionalizados durante las reformas de los 90 y la crisis del 2001 plantearon un doble desafío al sector sanitario, pero principalmente al 1° nivel de atención que por su contacto directo con la comunidad se enfrentó a la emergencia de nuevos problemas sanitarios derivados de la crisis económica, social y política que colapsó al Estado. Se puede recurrir a las estadísticas del periodo sobre morbi-mortalidad materno infantil para visualizar el impacto de la crisis y la población que resultó más afectada.

En su intento por recuperar la vinculación estado-ciudadanía y de responder con acciones que mejoraran la calidad de vida, durante el 2003 el Estado Nacional aplicó un paquete de políticas sanitarias que tuvieron por objeto sostener la atención de la población que dependía del sistema y recibir a la que había quedado desempleada o que estaba con trabajo precarizado y que ya no podía sostener el pago de una obra social. Sin duda, las políticas públicas impulsadas por el kirchnerismo hacían pensar que el Estado podía jugar un papel central en la resolución de las diversas problemáticas enfrentadas por un importante sector de la población pauperizada.

Entre 2002 y 2007 el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) aplicó un conjunto de medidas tendientes a reducir el impacto de la crisis, fortalecer la APS y disminuir la tendencia hospitalocéntrica de los servicios estatales. Los esfuerzos se concentraron en tres acciones: 1) reducir el paquete de prestaciones básicas obligatorio para la seguridad social a un paquete de emergencia, 2) decretar la emergencia sanitaria, y 3) asegurar la provisión de medicamentos, a partir de la concreción del Programa Remediar⁴. Es preciso recordar que los cambios operados no fueron de carácter estructural, pero sí enfocados a recuperar la regulación y el poder de rectoría del MSN- sin desconocer la autonomía de las provincias- (op.cit, 2009). Se trataba de un modelo

⁴ El Programa **Remediar** es un proyecto nacional que garantiza la provisión de medicamentos a través del envío de botiquines y otros insumos para centros de salud; impulsa propuestas en las provincias para consolidar redes de salud provinciales y promueve la capacitación permanente de los recursos humanos en salud, con el objetivo de fortalecer el Primer Nivel de Atención en las provincias.

que adhería al discurso internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del cual demandaban un retorno a la APS.

Para el 2004 se anuncia el Plan Federal de Salud⁵ con un modelo sanitario basado en la construcción de redes y fundamentado en la estrategia de APS como organizadora del sistema. El MSN asignaría recursos financieros a los programas ejecutados localmente que se evaluaban a partir de variables de producción y resultados. Remediar y Médicos Comunitarios (MC) serían los programas más desarrollados. En el caso de MC es particularmente interesante porque el objetivo central era capacitar y proveer de personal a los centros de salud del primer nivel de atención para fortalecer la APS. En muchas provincias aquellos programas fueron una estrategia del estado para incorporar personal capacitado, pagado con recursos nacionales.

En 2009 se crea el Programa de Salud Familiar que tenía por objetivo integrar a los programas que promovieran la APS. Sin embargo el sistema volvería a colapsarse con la epidemia de influenza AH1N1 de ese mismo año. Este era un panorama desalentador, frente a las inversiones giradas al sistema desde el 2004.

Una explicación podría ser que en el área de la salud pública las inversiones y políticas no avanzaron sobre los problemas estructurales, quedando sin resolverse los problemas de base y manteniendo la desigualdad en el acceso al derecho a la salud. Por el contrario, en otras áreas como las políticas sociales los cambios fueron más profundos, da cuenta de ello la creación de la asignación universal por hijos (op.cit, 2009).

a) Organizar el sistema a partir de APS

La propuesta de APS era también una forma de avanzar hacia la cobertura universal, ya que los gastos crecientes e irracionales no daban respuesta a las necesidades de la población (Báscolo, 2011). Para que el primer nivel de atención funcione, según los criterios de la APS, necesita de recursos económicos que aseguren al nivel capacidad resolutiva, equipos de salud, cobertura horaria y extensión geográfica.

⁵ La APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo y su entorno con la medicina científica. La atención primaria será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos. La estrategia avanzará hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada. De esta manera, se conseguirá que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud, así como en acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas (Bases del Plan Federal de Salud, 2004-2007: 26).

Un sistema de atención orientado por los principios de la APS buscará un acceso integral e integrado, incorporando a las familias y la comunidad para la planificación y la acción (González García y Torres, 2010).

En el caso de Santiago del Estero, existe una Dirección de APS –que funciona el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSyDS)- desde el año 2000, pero recién en 2005 se relanza el programa de APS⁶-finalizada la última Intervención Federal a la provincia-, con objetivos, organigrama y funcionamiento específicos de cada dependencia. Sin embargo no se detallaban las acciones por realizar, ni las metas que se pretendían alcanzar. Situación que da cuenta de la persistencia de la debilidad normativa dentro del sector, donde la única ley relacionada a la APS es la Ley 6.796 que le asigna presupuesto (Martínez, [et.al.], 2007). Pudimos saber a partir de las entrevistas a diferentes actores institucionales relacionados con la APS que ese presupuesto no está disponible para ejecución, y que además se desconoce el monto y los rubros a los cuales puede ser destinado.

En el 2005, la Provincia inicia un camino que hace suponer que por su estructura burocrática y la presencia de un programa provincial específico se darían las condiciones para que el sistema avance en la consolidación y extensión de una red de APS. No obstante, la histórica precarización de la infraestructura, la debilidad normativa y la escasa o nula articulación entre los diferentes niveles del sector fueron algunos de los obstáculos con los que deberían trabajar técnicos, profesionales médicos, personal de salud en general, y las políticas de nivel nacional que comenzaban a llegar a nuestro territorio.

En cuanto a lo organizativo y para mejorar la disponibilidad y calidad de la información –falencia histórica en el sistema- se realizaron esfuerzos para informatizar el sistema llevando computadoras a diferentes centros de salud. Pero, la dispersión y baja confiabilidad de los datos por ausencia de un registro único–en particular sobre las atenciones diarias que se realizan a los pacientes-, la escasa o nula capacitación del personal administrativo y la poca comunicación de los trabajadores del área, serían obstáculos difíciles de superar, y trabajar sobre ellos demandaría tiempo y recursos.

⁶ Vigente en la provincia desde la década del 60, al igual que en varias provincias argentinas que pusieron en práctica diferentes versiones del Plan de Salud Rural iniciado por el Dr. Carlos Alvarado en Jujuy, en 1966.

Al consultar sobre estos temas a personal de los centros de primer nivel de atención en las ciudades Capital y La Banda, pudimos saber que, las evaluaciones que Plan Nacer⁷ realizaba sobre las prácticas de gestión y administración de los servicios de salud –en el marco de las trazadoras que debían cumplirse para sostener el giro de dinero y recursos materiales- se convirtieron en una oportunidad para concretar la capacitación del personal que cumplía funciones administrativas. Resulta ser que muchos decisores políticos y responsables de centros de salud vieron en ello una necesidad a resolver, dado que era la primera vez que disponía de autonomía financiera.

En lo relativo a las acciones de referencia y contrareferencia interhospitalaria, siguen sin consolidarse esas prácticas, tan necesarias para asegurar una atención de calidad. A ello se suma, que muchos centros de salud todavía tienen dificultades para institucionalizar el uso de la historia clínica única, empobreciendo la disponibilidad de información oportuna y veraz sobre los pacientes.

Considerando lo planteado, resultan significativas las observaciones de Martínez ([et.al.],2007) ya que para la época se proyectaba crear departamentos de APS en los doce hospitales zonales del subsector público de salud –con el objetivo de crear la red en APS- y confeccionar una historia clínica única para APS –sabemos que la historia clínica fue terminada y que está siendo aplicada, pero no existen datos que permitan conocer cómo impacto este documentos en la disponibilidad y calidad de datos para el sistema, ni en el tipo de servicio que recibe la población-.

b) Los recursos y el personal de la APS

El RRHH para APS demanda planificación estratégica e inversión a largo plazo para capacitación, empleo seguro, desarrollo de habilidades e incentivos personales a partir de la actualización permanente de los conocimientos. El personal de APS comprende a todos los integrantes del centro de salud, de manera tal que la mirada y las acciones deben contemplar a todos, independientemente que se trate de profesionales médicos o técnicos.

⁷ El Plan Nacer brinda cobertura de salud a embarazadas, púerperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. El Plan tiene como finalidad disminuir los índices de morbimortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud. El Plan Nacer funciona en los hospitales, maternidades y centros de atención primaria a partir de un esfuerzo conjunto entre la Nación y las provincias en el marco estratégico del Plan Federal de Salud buscando lograr mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud, favorecer la inclusión social y mejorar la calidad de vida de nuestra gente. En Santiago del Estero, fue implementado en el año 2005 a partir de un Convenio entre la Nación y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia (Fuente:<http://msaludsgo.gov.ar/web2/index.php?cargar=articulo&id=71>).

Los recursos del sistema deben ser adecuados, sostenibles y apropiados a las necesidades de salud (González García y Torres, 2010).

Al indagar sobre la situación del sector sanitario en Santiago del Estero, muchos trabajadores del área, coinciden en afirmar que el deterioro estructural del sistema sanitario y la ausencia de políticas de salud son el resultado de los 50 años de gobierno juarista⁸.

[...] estamos frente a una institución deteriorada, tanto en el funcionamiento como en estructura con recursos físicos, humanos y equipamiento insuficientes, resultado de la casi ausencia de políticas de salud en décadas. La existencia de una estructura piramidal o sistema vertical y centralizado (Martínez [et.al.], 2007: 61).

Sin embargo, a partir del 2005 y con la llegada del Frente Cívico⁹ al gobierno se instalaba el optimismo a partir de las expresiones políticas que proponían descentralizar el sistema y mejorar la comunicación entre los servicios. Si bien, muchos atribuyeron las remodelaciones de UPAS y hospitales, el reequipamiento, adquisición de ambulancias y radiotransmisores, etc. a esos pronunciamientos, lo cierto es que, estos adelantos también coinciden con la ejecución de importantes políticas de salud, impulsadas por el Gobierno Nacional, que vertían a las provincias fondos económicos y materiales. Así mismo, es preciso atender a los períodos de Intervención Federal en los que también se realizaron modificaciones e inversiones. En cualquiera de los casos, sigue siendo un aspecto a indagar el alcance y la dirección de esos fondos para el primer nivel de atención, a fin de discriminar cuánto de lo operado corresponde a fondos y políticas nacionales y cuánto a las provinciales.

En el área de salud materno infantil, una importante inversión se caliza a través del Plan Nacer. Esto se hace visible en una mejoría en la infraestructura hospitalaria, en equipamiento, instrumental e insumos, que en Santiago del Estero (como en otras provincias) se encontraban en estado de abandono. [...] Además de las inversiones en bienes, ha habido un aumento en los recursos humanos que trabajan en el sector salud. (Canevari, 2011:33).

⁸ El Dr. Carlos Juárez estuvo al frente del gobierno provincial, con algunas interrupciones militares y alternancias democráticas e intervenciones federales, desde 1948 hasta diciembre de 2003.

⁹ Luego de la Intervención Federal del 2004, el interventor Pablo Lanusse llama a elecciones el 25 de Febrero de 2005, resulta electo el por entonces intendente de la Ciudad Capital de Santiago del Estero, Dr. Gerardo Zamora (UCR), que lideró el Frente. Así terminaban más de 50 años de gobierno peronista personificados en la figura del Dr. Carlos Juárez y de su esposa Mercedes Aragonés de Juárez.

El Plan Nacer generó un ingreso autónomo a los hospitales y centros adheridos [entre ellos las UPAS provinciales], independientemente de los montos adjudicados por el Ministerio de Salud. Los fondos deben ser utilizados exclusivamente para la atención de las mujeres y sus hijos/as y muchos de los servicios han logrado mejorar su infraestructura, la provisión de insumos y la contratación de personal. [...]El rubro en el que ha habido mayores gastos es en la contratación de personal. Esta libertad otorgada a los directores de hospitales o de Unidades Primarias de Atención, ha permitido que se hagan inversiones que no benefician a las mujeres y los/las niños/as, además de la malversación de fondos públicos (op.cit, 2011:34-35).

Respecto de lo citado, los trabajadores del área suelen observar que, en realidad lo que se dio con la llegada de Pan Nacer y el programa de Médicos Comunitarios, etc., fue un desentendimiento del Estado Provincial sobre temas vitales como las políticas de salud y los recursos humanos.

c) APS como facilitadora de la intersectorialidad

El trabajo intersectorial contribuye al desarrollo humano y potencia la equidad de los servicios de salud. El lugar que ocupen los individuos y las comunidades dependerá del nivel de organización y democratización de los efectores de la salud, así como de los gobiernos nacionales, provinciales y municipales de cada país (González García y Torres, 2010). La participación social en salud, es una expresión de la participación cívica en general que, visibiliza los valores sociales del sistema de salud y favorece el control social de las acciones públicas y privadas que impactan en la sociedad.

Como hiciéramos referencia párrafos arriba, el sistema de salud santiagueño no dispone de una red intrahospitalaria que favorezca la circulación de los pacientes en el sistema. La red comunitaria tampoco existe, no hay una concepción de red en el imaginario social de los miembros de la comunidad, ni en los miembros del equipo de salud. Cuando se habla de la participación comunitaria de los miembros de la comunidad, a estos se les asigna un rol totalmente pasivo. Los profesionales en los servicios suelen expresar: “debemos enseñar a los pacientes...” “la comunidad debe aprender a...”. Pero la realidad indica, que en la mayoría de los casos la participación se asocia con la acción que los agentes sanitarios realizan en terreno, o con las charlas que los educadores sanitarios ofrecen en el centro de salud, en el último de los casos, valoran la participación por el número de concurrentes a esas charlas (Martínez [et.al.], 2007).

Retomando las observaciones de Martínez, diremos que en algunos centros de salud se emprendieron actividades orientadas a promover la participación de la comunidad, pero que estos no funcionan como espacios para la toma de decisiones conjuntas. Muchos profesionales aseguran que las crisis políticas, sociales y económicas de la provincia es un factor a tener en cuenta cuando se piensa a la población como un actor con potencialidades de participación. Esas crisis han operado en detrimento de la identidad y de los canales de participación en diferentes espacios, haciendo que el desinterés de la población sea cada vez mayor, y que las acciones emprendidas por esta sean cada vez más aisladas.

2.- Estructura del Sistema Público de Salud santiaguense

En este apartado haremos referencia a la estructura del subsector público de salud santiaguense. Existe en ello, una doble finalidad, por un lado queremos dar cuenta del tamaño del sector público de salud y por otro valorar la importancia de este para el extenso territorio provincial, donde más del 50% de la población depende de la atención pública.

El Censo de 2001 mostraba que solo el 36.33% (292.310 personas) de la población santiaguense tenía obra social o plan de salud privado, mientras que el 63.7% (512.147 personas) tenía como única opción el subsector público. Luego del Censo de 2010 se pudo conocer que el 43.74% (382.346 personas) disponía de cobertura de salud desagregada en las categorías: obra social, prepaga por obra social, prepaga por contratación voluntaria o programas y planes estatales de salud, mientras que el 55.45% restante (aproximadamente 485.433 personas) no contaba con ningún tipo de cobertura.

Al igual que en el nivel nacional, el servicio de salud provincial está integrado por tres subsistemas: público, de seguridad social y privado. Para el sector público, la infraestructura disponible es de 53 hospitales en todo el territorio provincial, categorizados según complejidad y disponibilidad de internación: 20 son hospitales zonales que conforman la cabecera de cada zona, disponen de consultorio externo para las cuatro clínicas básicas, algunas especialidades, internación, odontología, laboratorio, Rx y ECG; 17 son hospitales distritales, más pequeños, que brindan clínica médica, algunos tienen laboratorio y RX; y 16 son hospitales de tránsito con cuatro a seis camas cada uno. También existen 380 puestos o postas sanitarios, sin internación, que dependen de los hospitales zonales o de los distritales, distribuidos por todo el territorio provincial y que brindan atención médica básica. Generalmente, están a cargo de un auxiliar de enfermería y, solo en algunos casos cuentan con visitas de médicos de acción radiante.

La situación de los hospitales del interior históricamente ha sido deplorable y aún hoy persisten grandes limitaciones. Los cincuenta años de gobiernos juaristas dejaron un rastro de desolación. Las políticas de descentralización y achicamiento del Estado y el intento de reforma para el sector salud, dejó como saldo estructuras hospitalarias obsoletas, desabastecidas y con personal insuficiente (Canevari, 2012:33).

Nótese que, aún con la infraestructura mencionada, nuestra provincia junto con Chaco y Formosa se encuentra entre las de mayor desprotección en salud del país. Existe un alto porcentaje de población descubierta, porque el sistema ha sido incapaz de resolver los problemas de los sectores más vulnerables, situación que da cuenta de su evolución ‘crítica’.

Las derivaciones realizadas desde los hospitales del interior tienden a sobrecargar la atención de la capital y en consecuencia del Hospital Regional. Si bien la estructura es radial y los hospitales cabecera de zona, podrían resolver algunos casos, esto no siempre funciona operativamente (Canevari, 2012: 34).

De la relación entre dispersión geográfica de la población y el acceso a los centros de salud, surge que los centros asistenciales de mayor complejidad se encuentran en la Capital provincial y su región Metropolitana, y que la accesibilidad por vía terrestre se ve dificultada en gran parte del territorio provincial como consecuencia de las rutas sin pavimentar y del déficit de medios de transporte tanto público como privado. Esta situación ha sostenido prácticas locales que se traducen en ejemplos de inequidad y desigualdad para el acceso al cuidado de la salud, consolidando formas particulares en la relación entre la ciudadanía y los servicios de salud.

La accesibilidad de los santiagueños al sistema tradicional de atención médica tenía severas restricciones [...] los recursos, permanentemente volcados a la atención médica, o mejor dicho particularmente al tratamiento, no se correspondían con los resultados: los niveles de mortalidad materno-infantil, desnutrición, cobertura de vacunas, control de embarazadas, porcentaje de partos institucionales, etc., se hallan entre los peores del país (Torres, 1999: 11).

La provincia también se divide en **12 zonas sanitarias** y, las zonas 11 y 12 corresponden a la Ciudad Capital y La Banda concentrando la mayor cantidad de centros de salud, con 9 hospitales zonales, 4 distritales y 3 de tránsito de los 53 existentes. Si bien se realizaron varias propuestas para mejorar la operatividad de las zonas sanitarias a partir de la re zonificación, todavía no se alcanzó el objetivo.

Disponibilidad de centros de salud de nivel I

En los barrios de la Ciudad de La Banda y los periféricos de la Ciudad Capital se encuentran las UPAS. Si bien, algunas son más importantes que otras por su capacidad de atención y recursos disponibles, en general todas cuentan con atención clínica, pediátrica, obstétrica y enfermería. Atienden en promedio 8 horas diarias.

La Ciudad de La Banda dispone de 7 UPAS y dos Puestos de Salud en los Barrios Villa Yanucci y Bajo de Vertiz haciendo un total de 9 centros de nivel I. En la Ciudad Capital las UPAS sumaban un total de 23, a los que se agregaron las UPAS I y II del Barrio Mariano Moreno, completando un total de 25. En total, el nivel I de atención metropolitano cuenta con 34 centros. Completan la totalidad de centros de nivel I, 60 puestos sanitarios distribuidos 33 para el Departamento Banda y 27 para Capital, en todos los casos monitoreados por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSyDS.

3.- Situación del personal de Salud para APS. Departamentos Capital y Banda

En este apartado realizamos una lectura de la situación laboral del recurso humano de 82 establecimientos sanitarios de los 94 que son monitoreados por la Dirección de Atención Primaria de la Salud del MSyDS santiagueño en los departamentos de Capital y Banda, durante el período 2009. En el departamento Capital existen 52 centros de los cuales 47 registran datos de personal, y el departamento Banda tiene 42 centros de los cuales 35 registraron datos de personal.

Durante el proceso de análisis pudimos distinguir un total de **11 formas de relación** con el Estado provincial: Planta permanente, Contrato de servicio, Contrato de locación, Subsidio hospitalario, Médico comunitario, Sumar, Remediar + Redes, Plan de Emergencia Social, Plan Jefes y Jefas, Argentina Trabaja, Plan de Ayuda Económica, Adscripto- municipal, más allá de la fuente de financiamiento del cargo, (Nacional, provincial o municipal, etc.).

En lo relativo a los cargos en los centros de salud se identificaron un total de 23, agrupados en 7 categorías. Se tomo como referencia la discriminación realizada por el MSyDS: **Profesionales médicos** (Ginecología, Médico de Familia y Comunitario, Médico de Familia, Clínico, Medicina Rural, Pediatría y Cardiología), **Otros Profesionales Universitarios** (Educador Sanitario, Psicólogo, Lic. en Obstetricia, Kinesiólogo, Odontólogo), **Otros Profesionales no Universitarios** (Chofer, Mecánico dental, Técnico en Laboratorio, Técnico Protésico Dental, Técnico Radiólogo, Profesor de Educación Física, Servicio de Enfermería), **Personal de Enfermería** (no se especifica si se trata de Enfermeras universitarias o de personal formado en

otros centros educativos), **Personal Administrativo, Agentes Sanitarios y Personal de Maestranza.**

Martínez (2007) señala que en el subsector público de salud santiagueño el 89% de los trabajadores ingresó sin concurso público, y que en su mayoría se trata de médicos. La composición de los equipos de salud está centrada en el campo médico, ocasionando que la participación en la toma de decisiones del resto de los profesionales no médicos sea baja, y que para el caso de los agentes sanitarios sea, casi, nula. Sin lugar a dudas, los centros de atención primaria no lograron modificar el perfil biomédico.

Si bien durante el 2004 las autoridades sanitarias -de la última Intervención Federal en la provincia- expresaron su deseo de mejorar la calidad de atención en el primer nivel, la ausencia de datos y la precariedad de los existentes imposibilitó el correcto diagnóstico de la situación socio-sanitaria provincial. No obstante se designaron educadores sanitarios, obstetras, técnicos y profesionales en áreas consideradas críticas. También fueron nombrados 417 agentes sanitarios: para las áreas operativas del interior 340 y 9 para el trabajo de terreno, se 68 afectados a hospitales u otros servicios. Para Capital y Banda se nombraron 137, de los cuales 82 trabajarían en terreno y 55 en otros servicios. Muchos departamentos provinciales no contaban con agentes sanitarios. Era la primera vez que se llamaba a concurso para cubrir cargos de agentes sanitarios, obstetras y educadores sanitarios. También fueron seleccionados profesionales y técnicos a los que se afectaría con contratos de locación de servicios y por subsidio.

En lo referido a la capacitación y actualización del RRHH, las autoridades sanitarias no lograron establecer un programa sostenido, haciendo que las mismas sean esporádicas y selectivas.

A modo de cierre

-Para el Departamento Banda se trabajó sobre una población total de 451 trabajadores entre todas las categorías. Del análisis surgieron las siguientes formas de relación con el Estado provincial

distribuidas en: 19,73% Planta Permanente, el 29,04% a Contrato de Servicio, el 18,18% a Contrato de Locación, el 1,55% a Subsidio Hospitalario, el 22,83% Médicos Comunitarios, el 0,22% Plan Jefes y Jefas, el 7,54% Sumar y el 0,89% Adscripto Municipal. Podemos advertir que si bien el 68,5% corresponden a fondos provinciales, solo el 19,73% de los trabajadores se encuentran en situación de seguridad laboral bajo la figura de Planta Permanente. El 31,48% restante se encuentra afectado al sistema de salud con los fondos que provienen de Planes y Programas Nacionales.

-Para el Departamento Capital se trabajó sobre una población total de 1159 trabajadores entre todas las categorías. Del análisis surgieron las siguientes formas de relación con el Estado provincial distribuidas en: 22,95 % Planta Permanente, el 31,92 % Contrato de Servicio, el 21,87% Locación de Servicio, el 0,26% Subsidio Hospitalario, el 13,11% Médicos Comunitarios, el 0,69% Plan Jefes y jefas, el 0,6% Plan Emergencia Económica, el 0,86% Argentina Trabaja, el 7,07% Sumar, el 0,086% Remediar +Redes, y el 0,34% Plan de Ayuda Económica. Podemos advertir que si bien el 77% del 100% corresponden a fondos provinciales, solo el 22,95% de los trabajadores se encuentran en situación de seguridad laboral bajo la figura de Planta Permanente. El 22,75% restante se encuentra afectado al sistema de salud con los fondos que provienen de Planes y Programas Nacionales.

-De lo presentado se advierte que hay una situación de inseguridad laboral para un porcentaje significativo del personal que trabaja en los centros de salud. Y que esta tendencia coincide con la observada para muchos casos en el ámbito nacional y latinoamericano sobre los RRHH para APS.

- Así mismo la organización del sector sanitario sigue presentando una tendencia medico hegemónica en la afectación del recurso para APS, dado que en los gráficos se advierte que existe una afectación significativa de personal que no realiza tareas de terreno y que solo tendrá contacto con la comunidad si se da la demanda de atención en el centro de salud, ya sea espontanea o por turno programado. Estos datos deben ser considerados conjuntamente los señalamientos realizados en el cuerpo de este trabajo sobre los aspectos organizativos, estructurales e históricos.

Bibliografía

-Báscolo, Ernesto (2011) “Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina” en *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2763-2772, 2011.

- Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Mayo 2004.
- Bertolotto, A, Fuks, A & Rovere M (2012) “Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y de modelos de conflicto.” En Revista Saúde em Debate-Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 362-374, jul./set. 2012.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. 1ª ed.- Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud y UNSE.
- González García, G & Torres, R (2010) *Políticas de Salud*. Módulo 5. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. 1 ed. 2a. Reimp.- Buenos Aires.- Ministerio de Salud de la Nación
- Martinez, D [et.al.] 2007 Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación. - 1a ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2007.
- Saltalamacchia, Homero (2005a,b,c). Del proyecto al análisis: aporte a una investigación cualitativa socialmente útil. Tomo I, II y III Buenos Aires: El autor.
- Stolkiner, Alicia (2009) “El sector salud en la Argentina. ¿Qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001?” en XV Conference of International Association of Health Policy. Helth and Global Crisis. Toledo, (Spain) September 24 to 26, 2009.
- Tobar, Federico (2006) [coord.] “La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina” Diagnóstico y Desafíos. 1º de Enero de 2006. Recuperado de www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf.
- Torres, Rubén (1999) “La estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje de un sistema sanitario”. El proyecto UPA en Santiago del Estero. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Facultad de Derecho. CEDES.-Fundación ISALUD. Tesis de Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Septiembre 1999.-